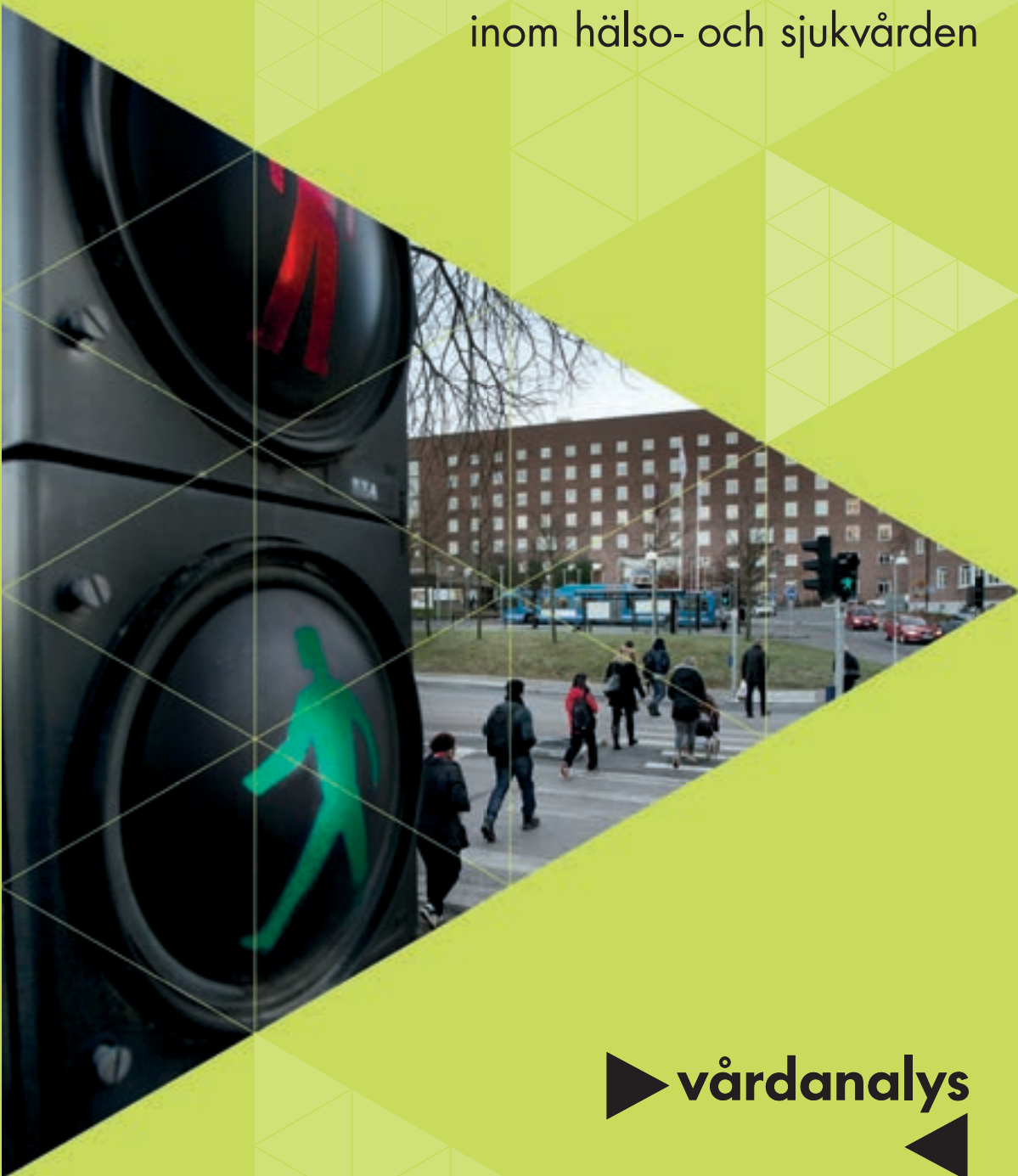


Rapport 2012:4

# Grönt ljus för Öppna jämförelser?

Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser  
inom hälso- och sjukvården



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Rickard Kilström (bilden är ett montage)

**Tryck:** TMG Sthlm, Stockholm 2012

ISBN 978-91-87213-02-1

# Grönt ljus för Öppna jämförelser?

Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser  
inom hälso- och sjukvården



Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Vetenskapligt ansvarige Joakim Ramsberg har varit föredragande.

Stockholm 2012-11-28  
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström  
*Styrelseordförande*

Kerstin Wigzell  
*Vice styrelseordförande*

Anders Anell  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Myndighetschef*

Joakim Ramsberg  
*Föredragande*





Indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och effektivitet används i allt större utsträckning inom välfärdssektorn i syfte att öka insynen i verksamheterna och stimulera till kvalitetsutveckling. Hälso- och sjukvården var pionjärer på området när de första samlade nationella jämförelserna av hälso- och sjukvårdens resultat publicerades 2006. I budgetpropositionen för 2013 lyfter regeringen fram öppna jämförelser som en av de mest centrala insatserna för att uppnå de hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna. European Observatory on Health Care Systems and Policies beskriver i sin genomgång av svensk hälso- och sjukvård från 2012 de öppna jämförelserna som en av regeringens mest betydelsefulla reformer.

*Öppna jämförelser* bedrivs som ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), men i slutänden är jämförelserna ett statligt uppdrag, vars direkta kostnader i huvudsak finansieras av staten med medel som fördelas i Dagmaröverenskommelsen. Sedan 2009 finns en nationell strategi för öppna jämförelser som beslutats av regeringen.

Publikationen *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* har i debatten beskrivits som central för utvecklingen av vården i Sverige. Den anses av många representera ett paradigmskifte vad gäller öppenhet med vårdens resultat. Men utvecklingen har inte varit utan kritiker. Det finns ett fåtal utvärderingar av *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården sedan tidigare. De har varit välgjorda, men de har finansierats av organisationerna som driver arbetet med jämförelserna. Dessutom har inte alla viktiga frågor täckts in, bland annat vad gäller graden av måluppfyllelse och ändamålsenligheten i organiseringen av arbetet med *Öppna jämförelser*.

Vårdanalys tog därför initiativ till en samlad oberoende utvärdering av *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården.

*Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* har bidragit till ett ökat fokus på kvalitet och utfall för patienterna. Det finns indikationer som tyder på att de särskilt bidragit till att höja lägstnivån. Däremot har *Öppna jämförelser* inte i lika hög utsträckning bidragit till att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn för allmänheten. Effekten på datakvaliteten är begränsad och det finns stora luckor i underliggande data. Sammantaget innebär detta att *Öppna jämförelser* inte på ett tillfredsställande sätt mäter hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet på alla områden.

*Öppna jämförelser* befinner sig i ett vägskaal. De har med relativt små medel utvecklats till ett värdefullt instrument. Rätt hanterat finns en stor potential för att instrumentet ska bli en ännu starkare kraft i svensk hälso- och sjukvård. Från ett patient- och medborgarperspektiv kan olika former av öppna jämförelser leda till direkt nytta genom ökad transparens och på sikt möjligen utgöra ett stöd i valsituationer. Indirekt kommer en förbättrad kvalitet i hälso- och sjukvården naturligtvis patienterna till del. Vi hoppas genom denna rapport kunna bidra till den strategiska utvecklingen av *Öppna jämförelser*.

Vi har för avsikt att fortsätta vårt arbete inom området. Närmast kommer en utvärdering av öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre. Vi kommer också på olika sätt att fördjupa analysen av de öppna jämförelsernas strategiska utveckling och de viktigaste framtidsfrågorna redan under 2013.

Joakim Ramsberg har varit projektledare och Hanna Sjöberg (QRC Stockholm, Karolinska Institutet) och Therese Östh har varit projektmedarbetare.

Vi vill framföra ett tack till de respondenter som deltagit i studien. Utan ert stora engagemang skulle utvärderingen inte varit möjlig att genomföra.

Till projektet har en referensgrupp varit kopplad bestående av Birgitta Almgren, Kjell Asplund, Stefan Jutterdal, Carola Lemne, Roger Molin och Olof Stephansson. Vi vill särskilt tacka referensgruppen som har lämnat viktiga synpunkter och bidrag till arbetet.

Stockholm i november 2012

Fredrik Lennartsson



# Innehåll

<b>Sammanfattning.....</b>	<b>13</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>25</b>
1.1 Så gjorde vi studien .....	26
Litteraturstudie.....	26
Intervjuundersökning.....	27
Enkäter.....	27
Medieanalys .....	28
Organisationsutvärdering .....	28
Dataanalyser .....	28
<b>Bakgrund – vad är Öppna jämförelser? .....</b>	<b>31</b>
Grönt, gult eller rött? .....	34
2.1 I Öppna jämförelser ingår olika typer av indikatorer .....	35
2.2 Visionen för Öppna jämförelser är att de ska kunna användas som vårdvalsinformation .....	37
<b>Öppna Jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården .....</b>	<b>41</b>
3.1 Det går att jämföra .....	42
Resultaten analyseras i ökad utsträckning på lokal och regional nivå.....	42
3.2 Det finns en viss misstro mot data i Öppna jämförelser .....	44
Misstron varierar .....	44
Misstron gäller olika aspekter .....	45
Tolkningssvårigheter .....	45
Extern validitet: mäter indikatorerna rätt saker? .....	46

Mäter indikatorerna på rätt sätt? .....	47
3.3 Öppna jämförelser stimulerar till förbättringsåtgärder .....	47
3.4 Öppna jämförelser har troligen positiva effekter på vårdresultatet.....	50
Tidigare forskning lämnar inget definitivt besked .....	50
Egna analyser antyder att skillnaderna mellan landstingen minskar.....	51
Samlad bedömning av Öppna jämförelserns påverkan på vårdresultatet....	57
3.5 Öppna jämförelser tycks inte leda till påtagliga negativa konsekvenser....	58
Efter Öppna jämförelser 2008 ökade andelen njursjuka med rätt behandling .....	59
3.6 Analys och slutsatser .....	61
<b>Vårdens resultat är öppna – men alltför svårtolkade.....</b>	<b>65</b>
4.1 Genomslaget för Öppna jämförelser har ökat i lokalmedierna men inte i riksmidierna .....	66
4.2 Öppna jämförelser är intressant, men kan vara svår genomträngligt .....	68
4.3 Patientorganisationerna använder Öppna jämförelser i begränsad utsträckning.....	69
4.4 Analys och slutsatser .....	70
<b>Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data.....</b>	<b>73</b>
5.1 Indikatorerna täcker en stor del av hälso- och sjukvårdens kostnader och volymer.....	74
Indikatornätet är grovmaskigt och vissa områden är bristfälligt täckta.....	75
5.2 Öppna jämförelser bygger på väl utbyggda register men det finns problem med täckningsgrad och datakvalitet .....	76
Stora delar av öppenvården omfattas inte av hälsodataregistren .....	77
De nationella kvalitetsregistren täcker stora delar av slutenvården men täckningsgrad och datakvalitet varierar.....	78
Den nationella patientenkäten och Vårdbarometern har vissa brister i svarsfrekvens.....	79
Definitionerna i väntetidsdatabasen har blivit mer enhetliga .....	80
Brister i kostnadsdata gör det svårt att jämföra effektiviteten.....	80
5.3 Öppna jämförelser kan ge bättre förutsättningar för god täckningsgrad.....	81

5.4	Många anser att rankningen är problematisk och att case mix-justeringar bör göras .....	86
5.5	Riskerna med att kvaliteten i inrapporteringen försämras kan varken verifieras eller avfärdas.....	90
5.6	Analys och slutsatser.....	91
	Bättre grunddatatäckning, kvalitet i befintliga data och utvecklad statistisk presentation.....	91

## **Organisationen av arbetet med Öppna jämförelser måste utvecklas.. 95**

6.1	Öppna jämförelser är ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen.....	95
6.2	Organisationen för Öppna jämförelser bedöms som effektiv .....	96
6.3	Samarbetet mellan Socialstyrelsen och SKL är både en styrka och en utmaning.....	97
6.4	Organisationerna har inte fokuserat på målet om öppenhet .....	98
6.5	Organisationens nuvarande form kan inte utveckla Öppna jämförelser i enlighet med strategin .....	98
6.6	Styrningen av organisationen kring Öppna jämförelser har brister.....	99
6.7	Analys och slutsatser .....	99
	Organisationen måste utvecklas .....	99

## **Bilaga 1 ..... 103**

## **Referenser ..... 113**







# Sammanfattning

Myndigheten för vårdanalys har utvärderat den årliga rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* samt effekterna av denna rapport.

## UTVÄRDERINGENS BAKGRUND

*Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den huvudsakliga aktiviteten utgörs av öppen publicering av information om kvalitet, resultat och kostnader inom hälso- och sjukvården. Sedan 2006 har rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, nedan kallad *Öppna jämförelser*, publicerats årligen. Jämförelserna baseras på indikatorer och mått som hämtas från redan befintliga datakällor.

I rapporten uttalas att *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården har följande syften:

- Att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att resultat och brister synliggörs. De ska sporra landstingen till fördjupade analyser, förbättringar, bidra till lärande mellan landstingen och ge en grund för att initiera förbättringsarbete. Vi kallar detta **förbättringsmålet**.
- Att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn för allmänheten. Vi kallar detta **öppenhetsmålet**.
- Att bidra till bättre tillgång till och högre kvalitet i data om resultat och prestationer i hälso- och sjukvården. Vi kallar detta **datakvalitetsmålet**.

*Öppna jämförelser* har beskrivits som central för utvecklingen mot en internationellt högklassig och mer jämlik vård i Sverige och anses representera ett paradigmskifte vad gäller öppenhet med vårdens resultat (1).

Regeringen har genom riktade satsningar stimulerat utvecklingen av *Öppna jämförelser*. År 2009 lanserades också en *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten* i syfte att ytterligare accelerera utvecklingen. Men det finns kritik mot att offentliggöra vårdens resultat och effektivitet. Därmed har *Öppna jämförelser* stundtals orsakat stor medial debatt. Det handlar om frågor som bristfällig kvalitet i data, orättvis rangordning av landstingen och brist på bevis för att en öppen resultatredovisning faktiskt leder till bättre kvalitet och effektivitet.

Det har tidigare genomförts några få utvärderingar av publikationen *Öppna jämförelser*. Men det har saknats en heltäckande, aktuell och oberoende utvärdering av graden av måluppfyllelse och ändamålsenligheten i organisationen av arbetet.

## Syfte

Syftet med Vårdanalys utvärdering är att bedöma i vilken utsträckning de tre uttalade målen med *Öppna jämförelser* har uppnåtts. Därutöver har vi analyserat om organisationen av arbetet varit ändamålsenlig eller inte.

## Genomförande

Utvärderingen har genomförts med en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Vi har genomfört ett stort antal intervjuer med personer på både nationell nivå och inom landstingen. Myndigheten har även studerat den vetenskapliga litteraturen på området, policyrapporter och andra dokument. Vi har också genomfört en särskild studie av mediegenomslaget för *Öppna jämförelser*. Utöver det har en enkätundersökning skickats till patient- och pensionärsorganisationer, hälso- och sjukvårdsdirektörer i samtliga landsting, verksamhetschefer i två landsting (Kalmar och Stockholm) samt kvalitetsregisterhållare för nationella kvalitetsregister som har använts i *Öppna jämförelser*. Därtill kommer analyser av statistik och data.

Inom ramen för utvärderingen har forskare från Karolinska Institutet genomfört en separat analys av organisationen av arbetet med *Öppna jämförelser*. Organisationsanalysen baseras på studier av dokument, intervjuer och konsultation med en expertpanel.



## UTVÄRDERINGENS RESULTAT

Utvärderingens resultat kan sammanfattas i fyra slutsatser:

- ▶ *Öppna jämförelser* har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården
- ▶ *Öppna jämförelser* har medfört en ökad transparens avseende vårdens kvalitet men presentationsformen är inte lämplig för allmänhet och media
- ▶ Effekten på datakvaliteten är begränsad men *Öppna jämförelser* bidrar till att synliggöra brister i data
- ▶ Organisationen måste utvecklas

**Förbättringsmålet:** *Öppna jämförelser* har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården

*Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården har skapat bättre möjligheter för uppföljning och jämförelser av hälso- och sjukvårdens resultat. De har inneburit att hälso- och sjukvårdens resultat har blivit tillgängliga, särskilt för landstingsledningarna. Landstingsledningarna har tidigare ofta varit hänvisade till kostnadsdata och strukturella mått, till exempel antal vårdplatser. En konsekvens av tillgängligheten är att politiker och tjänstemän nu kan föra en bättre dialog med professionerna om vårdens innehåll. Det har underlättat möjligheterna för beslutsfattare att ställa krav på förbättrade resultat. För landstingsledningarna och i viss utsträckning verksamhetschefer inom vården utgör *Öppna jämförelser* också ett underlag för att ta strategiska beslut om vilka förbättringsområden som bör prioriteras.

Sammanfattningsvis tyder utvärderingen av *Öppna jämförelser* på att rapporten har bidragit till att utveckla landstingens strukturer för styrning. De har också medfört ett ökat fokus på kvalitet och sjukvårdens utfall för patienter snarare än bara ekonomi. Däremot är jämförelserna otillräckliga för att användas i det löpande verksamhetsnära förbättringsarbetet.

Det kan av flera skäl vara mer realistiskt att förvänta sig synliga effekter av *Öppna jämförelser* på vissa processmått än på resultatindikatorer. Det beror på att resultatmått som presenteras i *Öppna jämförelser* till en viss del speglar variationer i befolkningssammansättningen snarare än variationer i hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Det gäller till exempel ”5-årsöverlevnad i lungcancer”. Det kan också ta lång tid innan effekterna av ett förbättringsarbete syns i resultatmått.

Processmått är däremot i allmänhet enklare att påverka. Ett exempel på ett processmått är andel patienter som får ”vård på strokeenhet”. Den effekt vi framförallt kan vänta oss är att de landsting och enheter som är sämst

utvecklas snabbare än de som är bättre. Vid en analys över tid av tio processindikatorer förbättras också de landsting som får en dålig rankning i *Öppna jämförelser* mer än de som får en bättre rankning. Vår utvärdering tyder sammantaget på att vårdens processer påverkas av offentliggörande av data, även om det inte varit möjligt att påvisa orsakssambanden.

Det finns även risker för negativa konsekvenser av *Öppna jämförelser* när det gäller förbättringsmålet, som inte ska ignoreras. Till exempel sägs att ”det som mäts blir gjort”. Omvänt finns det en risk att det som inte mäts inte blir gjort, och att resurser leds bort från en produktiv användning inom något område som inte täcks av *Öppna jämförelser*. Jämförelser och rankning baserat på indikatorer som inte har ett samband med ett önskat beteende eller hälsoutfall riskerar därmed att leda till negativa konsekvenser genom felaktiga prioriteringar. Men det finns få empiriska bevis på sådana konsekvenser både i vår utvärdering och generellt.

Det har skett en utveckling av prestationsbaserade ersättningssystem i landstingen där kvalitetsindikatorer används som grund för beräkning av ersättning. Vår bedömning är att ekonomiska incitament som kopplas till indikatorbaserade jämförelser kan öka effekten av jämförelserna väsentligt, både de positiva konsekvenserna och risken för negativa konsekvenser.

**Öppenhetsmålet:** *Öppna jämförelser* har medfört att vårdens resultat är öppna – men alltför svårtolkade för allmänhet och media för att skapa full transparens

*Öppna jämförelser* har på flera sätt inneburit en verklig öppenhet om hälso- och sjukvårdens resultat. Tidigare var den offentligt tillgängliga och användbara informationen om vårdens kvalitet och prestationer betydligt mer begränsad. Det finns ett stort egenvärde i att data är tillgängliga för alla. Trots detta har öppenhetsmålet enligt vår bedömning inte nåtts fullt ut. Få utanför hälso- och sjukvården känner till och kan tolka resultaten i *Öppna jämförelser*. Därför kan allmänheten i första hand förväntas få information genom medias rapportering, men också via patientföreningar och andra forum. Utvärderingen visar att presentationen av jämförelserna är lämpad för tjänstemän i landstingen snarare än för allmänhet och media.

Utvärderingen visar att *Öppna jämförelser* över tid fått ökat genomslag i medier. Utvärderingen visar också att genomslaget förändrats: i nationella medier och fackpress har genomslaget minskat medan det har ökat i lokala medier.

**Datakvalitetsmålet:** Effekten på datakvaliteten är begränsad men *Öppna jämförelser* bidrar till att synliggöra brister i data

Datatillgången inom hälso- och sjukvården är genom bland andra hälsodataregister och kvalitetsregister god inom flera områden och datakvaliteten är med internationella mått mycket hög. Samtidigt har *Öppna jämförelser* relativt dålig precision i betydelsen att indikatorer och mått inte tillsammans mäter hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Vår utvärdering visar till exempel att 25 procent av diagnosgrupperna med störst volym och kostnad helt saknar indikatorer, till exempel vård vid trauma, KOL-vård, inflammatorisk tarmsjukdom och missbruk. Dessutom är vissa områden av stor betydelse för befolkningen och vården dåligt täckta, då det endast finns ett fåtal indikatorer. Det gäller framförallt primärvård, psykiatri, tandvård, barnsjukvård, ambulanssjukvård, rehabilitering och geriatrik.

Lite drygt hälften av indikatorerna som redovisas i *Öppna jämförelser* i hälso- och sjukvården kommer från de nationella kvalitetsregistren som är väl förankrade i hälso- och sjukvårdens professioner. Täckningsgraden (det vill säga hur stor andel av patienterna med exempelvis en viss sjukdom som finns med i ett visst register) är generellt god i de register som används i *Öppna jämförelser*, men i vissa av registren finns problem med bristande täckningsgrad och skillnader i täckningsgrad mellan landstingen. Dessutom behöver registren i större utsträckning inkludera mått på patienternas egna bedömningar av hälsa och resultat av ingrepp och behandlingar.

Det finns också brister i underliggande data från Socialstyrelsens hälsodataregister. Till exempel omfattar Patientregistret inte primärvård och insatser av andra än läkare inom den specialiserade öppenvården. Det beror på att det saknas förordningsstöd för att hämta in sådana uppgifter på dessa områden. Med fler privata utförare ökar också behovet av rapportering från dessa. Där har det varit stora bortfall i rapporteringen.

Indikatorer som speglar patienternas uppfattning om vården hämtas bland annat från den nationella patientenkäten. Här finns allvarliga brister i eftersläpningen i data då enkäten genomförs för sällan.

*Öppna jämförelser* ska behandla både kvalitets- och effektivitetsjämförelser. Men effektivitetsdata kräver kunskap om insatta resurser och sådan kunskap saknas för den större delen av hälso- och sjukvården. Idag omfattas cirka 70 procent av den somatiska slutenvården av redovisningen Kostnad Per Patient (KPP) – en diagnos- och åtgärdsbaserad kostnadsredovisning. Psykiatri och primärvården omfattas knappast alls. Tre av landstingen använder inte KPP överhuvudtaget.

Ett annat stort problem för användningen av *Öppna jämförelser* är den

långa tiden mellan mätning och publikation av indikatorer. För vissa indikatorer är glappet bara ett år men för flertalet är det två, tre eller fler år. Det gör att mätningen inte speglar den aktuella situationen och därmed finns det en risk för felaktiga bedömningar av förbättringsbehoven.

Kvaliteten i underliggande data, som nationella kvalitetsregister och hälso-dataregister, har förbättrats under tiden som *Öppna jämförelser* har använts. Det finns också en uppfattning om att datakvaliteten i de olika underliggande registren och undersökningarna påverkas positivt genom att publiceras i *Öppna jämförelser*. Det skulle kunna ske exempelvis genom ökade krav från huvudmännen att vårdgivarna ska rapportera till registren. Det är dock oklart i vilken utsträckning förbättringarna i underliggande data faktiskt är en effekt av *Öppna jämförelser*.

När indikatorer publiceras i *Öppna jämförelser* ökar användningen för andra syften än för förbättringsarbete, vilket ökar riskerna för manipulering. Speciellt visar forskningen att riskerna ökar när indikatorerna används för prestationsbaserade ersättningssystem. Användningen av grundläggande data för fler syften än de ursprungliga ökar behovet av kvalitetssäkring.

## Organisationen måste utvecklas

Organisationen för *Öppna jämförelser* ska verka för att produkten uppfyller förbättringsmålet och öppenhetsmålet. Målen svarar mot olika behov och representerar två olika perspektiv som kan vara svåra att förena. De två organisationerna som står bakom *Öppna jämförelser*, SKL och Socialstyrelsen, har på motsvarande sätt olika roller och intressen. SKL:s huvudfokus är på förbättringsmålet och Socialstyrelsens fokuserar på öppenhetsmålet. Det ger upphov till interna spänningar och en upplevd otydlighet om roller och ansvar inom projektorganisationen.

Delar i den nuvarande organisationen fungerar väl. Landstingen uppfattar det som en fördel att den nationella nivån kommunicerar ”med en röst”. Vi bedömer också att den nuvarande organisationen lyckats producera *Öppna jämförelser* till en rimlig kostnad och med godtagbar kvalitet.

Även om den nuvarande organisationen har vissa fördelar bedömer vi att den inte är idealisk för att uppnå vare sig förbättrings- eller öppenhetsmålet. Vidare bedöms att den nuvarande organisationen inte har förutsättningar att bedriva ett offensivt utvecklingsarbete.

## REKOMMENDATIONER

*Öppna jämförelser* har med relativt små medel utvecklats till något som har stor betydelse för sektorns utveckling. Samtidigt har vår utvärdering tydliggjort att det finns mer att göra innan *Öppna jämförelser* har nått *förbättringsmålet, öppenhetsmålet och datakvalitetsmålet*. Utvärderingens resultat synliggör den fortsatta utvecklingspotentialen för att publikationen ska bli en ännu starkare positiv kraft i svensk hälso- och sjukvård.

Vi anser att *Öppna jämförelser* tydligt skapar ett mervärde och anser att fortsatta satsningar behövs inom området. Mer kan göras för att driva på utvecklingen. Utifrån utvärderingens resultat ger Vårdanalys följande rekommendationer:

### ► *Utforma ett system för att sätta målnivåer*

Utvärderingen har visat att målnivåer bör införas – åtminstone på prioriterade områden – för att *Öppna jämförelser* och kvalitetsregistren ska bli kraftfullare verktyg för att utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet. Att redovisa hur respektive landsting/sjukhus/verksamhet uppfyller målnivåerna för olika områden skulle väsentligt underlätta och förbättra kvaliteten i prioriteringsarbetet. Det skulle också vara relevant för bredare målgrupper att inte bara veta hur resultaten fördelas över landstingen utan också vad som faktiskt är en god nivå. Arbetet med att sätta målnivåer pågår, och är på vissa områden långt framme. Ansvaret för att bedriva detta angelägna arbete bör omedelbart tydliggöras. Det är angeläget att målnivåer är kunskapsbaserade och inte ett utslag av en förhandling eller en politisk process. Därför anser vi att arbetet framför allt bör bedrivas av kvalitetsregistren med stöd av relevanta myndigheter som till exempel Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen.

### ► *Stärk kommunikationsarbetet för att öka transparensen för patienter och medborgare*

I syfte att öka transparensen vad gäller vårdens resultat behöver öppna jämförelser kommuniceras tydligare och starkare. Regeringen bör se till att organisationen som producerar *Öppna jämförelser* har större fokus på – och tillräckliga resurser för – att bedriva ett mer offensivt kommunikationsarbete. Det är bland annat angeläget att arbeta med fler kommunikationskanaler än rapporten. En annan viktig utveckling är att fler och andra aktörer bearbetar och analyserar resultaten som presenteras i *Öppna jämförelser*, till exempel genom att belysa skillnader mellan landstingen i något avseende. Ett sådant ”tolkningsstöd” har stor potential att öka allmänhetens och medias intresse och förståelse för jämförelserna.

► *Driv på utvecklingen mot fler patientrapporterade utfallsmått*

Information om patienternas upplevelse av vården är centralt för att kunna bedöma kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Ändå saknas patientrapporterade mått helt för 9 av de 13 områden som redovisas i *Öppna jämförelser*. Att få in fler – och bättre – patientrapporterade resultat i *Öppna jämförelser* måste ges prioritet i utvecklingsarbetet. I de flesta fall är det kvalitetsregistren som behöver skynda på arbetet med att utveckla patientrapporterade utfallsmått. Detta arbete pågår och är en del av den nationella satsningen på kvalitetsregister men frågan bör ges högre prioritet.

► *Öka aktualiteten i data*

Indikatorerna har delvis olika användning. De indikatorer som är mer snabbbrörliga och påverkbara på kort sikt är viktiga ur ett styrnings- och utvecklingsperspektiv. Dessa borde publiceras mer frekvent och med tidsserier för att bli mer användbara. Därför bör också tillämpningen av statistisk processtyrning (SPS) utvecklas. SPS innebär att övervaka och systematiskt analysera och identifiera kvalitetssänkande variationer i till exempel vårdproduktionsprocesser. Det skulle möjliggöra systematiska analyser av trender och därmed underlätta beslut om effektiviserande åtgärder. Generellt bör tidsserier ges större utrymme än tvärsnittsanalys (nuvarande stapeldiagram och konfidensintervall).

Genom att skapa en kontinuerlig återrapportering av vissa prioriterade indikatorer från några kvalitetsregister och andra datakällor skulle kravet om mer aktuella data delvis kunna tillgodoses. Där det finns behov av snabbare återkoppling än idag, kan ett pilotprojekt med en begränsad uppsättning indikatorer stå som modell för fortsatt arbete med att öka aktualiteten i vissa relevanta data.

► *Utveckla grunddata inom prioriterade områden*

På vissa stora områden har utvärderingen visat att indikatorer saknas, exempelvis inom psykiatri och primärvård. Det handlar om stora och viktiga områden där tillgången på data behöver prioriteras. Vissa satsningar görs inom dessa områden. Vi rekommenderar att de som har ansvar för att utveckla data inom dessa områden tar hänsyn till databehoven för *Öppna jämförelser*. Vad gäller hälsodataregistrerna behöver relevanta författningsändringar genomföras, så att hela den specialiserade öppenvården och primärvården inkluderas. I dagsläget saknas data inom dessa viktiga områden.

Idag är det inte möjligt att jämföra effektiviteten i hälso- och sjukvården, vilket *Öppna jämförelser* också syftar till, eftersom stora delar av hälso-

och sjukvården inte omfattas av data om kostnad per patient (KPP-data) för olika insatser. Regeringen bör vidta åtgärder i syfte att utveckla KPP så att hela hälso- och sjukvården omfattas.

► *Utveckla och säkra datakvaliteten i register och undersökningar*

Kvaliteten i befintliga register och undersökningar behöver fortsätta att utvecklas. Det gäller dels att öka täckningsgraden till vissa register, dels att utveckla och säkra datakvaliteten i övrigt, till exempel när det gäller skillnader i rapporteringen från olika enheter. Med ökad användning av registerdata för kvalitetsutveckling, forskning och ledning behöver kvaliteten i data säkras och förbättras kontinuerligt. Detsamma följer också med den ökade användningen i ekonomiska styrsystem. Det finns skäl att tydligare systematisera metodstödet för datakvalitetsarbete och utforma riktlinjer för täckningsgradsanalyser, bortfallsanalyser och valideringsstudier för alla register.

► *Genomför ett strategiskt arbete och tydliggör syfte, mål, organisation och långsiktig finansiering för Öppna jämförelser*

Utvärderingen tydliggör att det nuvarande konceptet för *Öppna jämförelser* i många avseenden är en kompromiss mellan olika syften och mål. Det är en stor utmaning för nuvarande organisation att uppnå de mål som anges. Det framstår tydligt att det finns anledningar att fortsätta analysera behoven hos olika målgrupper för att tydliggöra syfte, mål och produktlinjer. Det är särskilt angeläget att besvara frågan om hur allmänheten, patienter och brukare ska ges tillgång till användbar information. Var ansvaret för denna information ska ligga och hur den ska utformas bör styras av hur den enskildes beslutsmöjlighet bäst kan stärkas. Utvärderingen har tydliggjort att det krävs ett strategiskt arbete för att kunna ta nästa steg i utvecklingen av *Öppna jämförelser*. Vi anser att regeringen bör ta ett samlat grepp om den fortsatta utvecklingen, organisationen och långsiktiga finansieringen av *Öppna jämförelser*.









## Inledning

I den här rapporten presenterar Vårdanalys en oberoende utvärdering av *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården. *Öppna jämförelser* är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där huvudaktiviteten utgörs av öppen publicering av information om kvalitet, resultat och kostnader inom hälso- och sjukvården. Den huvudsakliga produkten är rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, nedan kallad *Öppna jämförelser*, som har publicerats årligen sedan 2006. Jämförelserna baseras på indikatorer och mått som tas från redan befintliga datakällor.

Det framgår av inledningen till den årliga rapporten att *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* har följande syften (28):

- Att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att resultat och brister synliggörs. Det ska sporra landstingen till fördjupade analyser, förbättringar och bidra till lärande mellan dem samt ge grund för att initiera förbättringsarbete. Vi kallar detta **förbättringsmålet**.
- Att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn för allmänheten. Vi kallar detta **öppenhetsmålet**.
- Att bidra till bättre tillgång till och högre kvalitet i data om resultat och prestationer i hälso- och sjukvården. Vi kallar detta **datakvalitetsmålet**.

Utvärderingen fokuserar på hur väl arbetet med *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården har uppfyllt målsättningarna ovan. I utvärderingen analyserar vi också om arbetet med *Öppna jämförelser* har varit ändamålsenligt organiserat.

År 2009 tog Socialdepartementet tillsammans med Socialstyrelsen, Sveri-



ges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna fram en *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten* (47). Strategin innebar bland annat att de öppna jämförelserna skulle utvecklas för att fylla ytterligare syften och rikta sig till andra målgrupper, exempelvis fungera som information till patienter för att kunna välja vårdgivare.

I denna utvärdering granskar vi inte genomförandet av hela strategin och dess mål. I de delar som berör utveckling av den nuvarande produkten *Öppna jämförelser* är det viktigt att relatera till strategins mål. En viktig del av strategin är till exempel målet att *Öppna jämförelser* ska omfatta de patientgrupper som motsvarar den största delen av hälso- och sjukvårdens kostnader och volymer. Det är viktigt att bedöma var jämförelserna står i det avseendet idag.

Rapporten är disponerad utifrån de tre målen med *Öppna jämförelser*. Först presenteras förbättringsmålet, sedan öppenhetsmålet och sist datakvalitetsmålet. Efter det följer ett avsnitt om hur arbetet med *Öppna jämförelser* organiseras.

I kommande rapporter från Vårdanalys kommer vi att utvärdera och analysera *Öppna jämförelser* inom vård och omsorg om äldre. I en separat rapport kommer vi att analysera hur *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvård och vård och omsorg om äldre skulle kunna utvecklas för att bättre möta framtidens behov.

## 1.1 Så gjorde vi studien

Utvärderingen har genomförts genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder och arbetet kan beskrivas i följande delar:

- Litteraturstudie
- Intervjuundersökning
- Enkäter
- Medieanalys
- Organisationsutvärdering
- Dataanalyser

### *Litteraturstudie*

Vi har gått igenom den vetenskapliga litteraturen som behandlar effekterna av öppen rapportering av kvalitetsdata. Sådan rapportering görs på olika sätt i olika länder, och sjukvårdens organisation och även kultur skiljer sig åt. Därför kan man inte vänta sig att internationella resultat ska vara direkt tillämpbara i Sverige. Det är ändå viktigt att studera vad som har studerats med vetenskapliga metoder inom området.

Det finns flera systematiska genomgångar av forskningsläget publicerade. En relativt nyligen publicerad Cochrane-rapport är den mest rigorösa genomgången (23). Endast fyra studier uppfyller kvalitetskraven för att inkluderas i genomgången. Framförallt är det avsaknaden av en riktig kontrollgrupp som gör att de flesta studier exkluderas. Andra systematiska genomgångar har inkluderat evidens av lägre kvalitet (36), (44), (13). I alla översikter vi refererat till är författarna eniga om att tillgången på evidens är en begränsande faktor för vilka slutsatser som kan dras. Vi gör bedömningen att Cochrane-rapporten tillämpar alltför strikta inklusionskriterier i ett läge med begränsad tillgång på empiri och baserar vår egen översikt på den systematiska översikten av Fung et al (14). Där analyserades litteratur publicerad fram till och med halva 2006. Vi har använt samma sökord som den ursprungliga artikeln, men begränsat sökningen till de största och mest relevanta databaserna PubMed och EconLit. Sökningen var tidsbegränsad till litteratur publicerad efter sökningen som Fung et al gjort till och med den 1 maj 2012. Sökningarna gav totalt 3 482 träffar varav 80 valdes ut genom granskning av titel. Efter läsning av abstrakt återstod cirka 50 artiklar som lästes igenom. Av dem togs 22 med i denna rapport (2), (3), (6), (8), (16), (17), (22), (30), (32) (37), (38), (39), (43), (46), (59), (61), (62), (63), (64), (65), (66), (67).

Vi har förutom den vetenskapliga litteraturen på området även studerat policyrapporter och andra dokument.

### *Intervjuundersökning*

Vi har genomfört ett antal intervjuer med personer både på nationell nivå och inom de tre landstingen Kalmar, Stockholm och Jämtland. I de tre landstingen har personer med olika positioner intervjuats, exempelvis politiker, höga tjänstemän och verksamhetschefer. På nationell nivå har vi intervjuat personer med kunskap om Öppna jämförelser. Dessutom har ett par personer som representerar patienter och media intervjuats.

### *Enkäter*

Vi genomförde webbaserade enkätundersökningar som togs fram i SurveyMesh ([www.surveymesh.se](http://www.surveymesh.se)) och skickades ut via e-post till hälso- och sjukvårdsdirektörer, verksamhetschefer, registerhållare och patient- och pensionärsorganisationer. Webbenkäter skickades ut till hälso- och sjukvårdsdirektörerna i samtliga landsting (n=21) den 23 augusti 2012 och till kanslicheferna på 42 patientorganisationer och fem pensionärsföreningar (n=47) den 24 augusti 2012 (se Tabell Bilaga 1). Enkäter skickades även till ett urval av verksamhetschefer i Stockholms läns landsting (n=99) (Karolinska universitetssjukhusen

i Solna och Huddinge och Södersjukhuset) den 21 september 2012 och (Södertälje sjukhus) den 27 september 2012 och till samtliga i Kalmar läns landsting (n=105) den 24 september 2012. En enkät skickades till de registerhållare vars kvalitetsregister täcks i *Öppna jämförelser* (n=43) den 27 september 2012. Cirka en vecka efter försändelserna skickades en påminnelse till samtliga mottagare av enkäterna. Svarsfrekvensen för hälso- och sjukvårdsdirektörerna var 95 procent, patient- och pensionärsorganisationerna 32 procent, verksamhetschefer 43 procent och registerhållare 70 procent.

I rapporten presenteras sammanfattande deskriptiv statistik för ett urval av frågorna. Svarsfrekvenser för samtliga frågor finns redovisade i appendix på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se). Enkätfrågorna redovisas i Bilaga 1 nedan.

### *Medieanalys*

Retriever, ett analysföretag inom media, gavs i uppdrag att genomföra en kvantitativ analys av mediegenomslaget för *Öppna jämförelser*. Analysen baseras på Retrievers svenska webb- och printarkiv, ett arkiv för redaktionellt material med historik från 1987.

Mediegenomslaget analyserades både med antal artiklar och förekomster fördelat över perioden 2006 fram till och med 2011 och även mediekkanaler, det vill säga vilka som har tagit upp nyheten.

### *Organisationsutvärdering*

Inom ramen för utvärderingen har en separat analys av organisationen av arbetet med *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* genomförts av forskare från Karolinska Institutet. Organisationsutvärderingen beskriver arbetet, kostnader, kommunikation, samarbete, måluppfyllelse och ändamålsenlighet utifrån policydokument och ett antal intervjuer med personer som arbetar med *Öppna jämförelser*, kvalitetsregister och användare av *Öppna jämförelser*. Slutligen har en expertpanel satts samman och konsulterats. Organisationsutvärderingen finns i sin helhet att ladda ner på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se).

### *Dataanalyser*

Slutligen har vi även genomfört egna analyser av statistik och data. Ett analysföretag, Ramböll Management Consulting AB, ställde samman data för analys och genomförde vissa analyser.







## Bakgrund – vad är Öppna jämförelser?

*Öppna jämförelser är en uppsättning indikatorer som redovisas återkommande och som beskriver verksamheter med avseende på kvalitet och effektivitet. Syftet är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv hälso- och sjukvård med god kvalitet.*

Öppna jämförelser är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL. Den första rapporten med öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården publicerades 2006. I *Öppna jämförelser* är det möjligt att jämföra information om kvalitet, resultat och kostnader. Jämförelserna baseras på indikatorer och mått (33). *Öppna jämförelser* togs till en början fram inom hälso- och sjukvården men har kommit att utvecklas för allt fler verksamhetsområden som kommuner, landsting och regioner ansvarar för. *Öppna jämförelser* publiceras nu inom sammanlagt 13 områden, bland annat inom hälso- och sjukvård, folkhälsa, vård och omsorg om äldre, socialtjänst, trygghet och säkerhet, ekonomiskt bistånd, företagsklimat, hemlöshet, brottsoffer och skola. Det pågår också diskussioner om att ta fram öppna jämförelser på nya områden, exempelvis kollektivtrafik.

Arbetet med *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* finansieras genom statens och huvudmännens årliga Dagmaröverenskommelse. Det är benämningen på regeringens överenskommelse med SKL om vilka områden inom hälso- och sjukvården som ska stå i fokus för statliga stimulansmedel.

Huvudprodukten i de öppna jämförelserna av hälso- och sjukvården är

den årliga redovisningen av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting*. I den årliga redovisningen ingår både den skriftliga rapporten med tillhörande bilagor och data och analyser som publiceras av Socialstyrelsen och SKL på webben. Den skriftliga rapporten har tre bilagor som enbart publiceras på webben: beskrivning av indikatorer, täckningsgradsjämförelse och vårdkonsumtion för ett urval processer. Data till indikatorerna hämtas från ett stort antal datakällor, exempelvis hälsodataregistren vid Socialstyrelsen, nationella kvalitetsregister, Vårdbarometern, Nationell patientenkät och Väntetidsdatabasen. SCB:s ekonomistatistik och SKL:s verksamhetsstatistik används också tillsammans med DRG-gruppering (*Diagnosis Related Groups*) för att redovisa kostnad per prestation.

*Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* har tre huvudsakliga syften (28).

Rapporten ska för det första stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten (*förbättringsmålet*). Det framhålls vidare att medborgarna i ett demokratiskt samhälle har rätt till full insyn i vad gemensamt finansierade verksamheter åstadkommer – helt enkelt vad man får för pengarna. *Öppna jämförelser* ska därmed ge underlag för en debatt om hälso- och sjukvården och ge allmänheten möjlighet att utkräva ansvar (*öppenhetsmålet*). Slutligen är det ett uttalat mål att rapporten ska främja utvecklingen av data inom hälso- och sjukvården. Genom att använda data för syftena ovan ställs krav på att de exempelvis ska vara av god kvalitet och aktuella (*datakvalitetsmålet*).

De öppna jämförelserna inom hälso- och sjukvården sammanställer mått och indikatorer på resultat och prestationer i hälso- och sjukvården från redan existerande register och undersökningar, bland annat de som nämnts ovan. De underliggande registren och undersökningarna har tillkommit för olika syften. Till exempel är de nationella kvalitetsregistren uppbyggda av läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper i sjukvården för att följa upp och förbättra kvaliteten inom exempelvis ett sjukdomsområde. Den nationella väntetidsdatabasen å andra sidan används för att följa upp hur väl landstingen lever upp till den nationella vårdgarantin. Figur 1 illustrerar hur öppna jämförelser är en länk i kedjan som gör individdata till information om vårdens resultat som kan användas för olika syften.

I *Öppna jämförelser* redovisas indikatorer i tabeller och diagram och som ett stöd för läsaren finns en kort text som kommenterar vad indikatorn handlar om och hur en tolkning kan göras.

**Figur 1.** Schematisk illustration över vägen från data till information om hälso- och sjukvårdens resultat.

Exempel på data



Exempel på användning

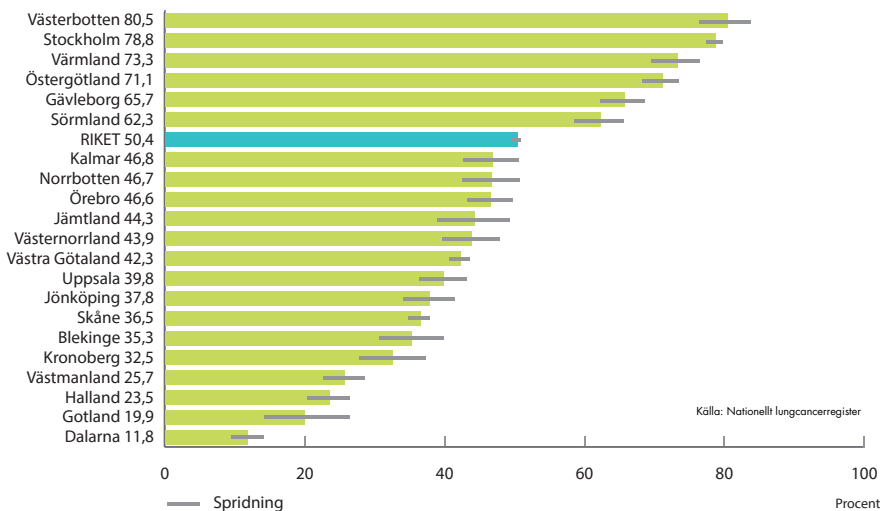
Lokal kvalitetssäkring, studier och förbättringsarbete – professioner, verksamhetschefer och forskare

Styrning och ledning – landstingsledningar

Nationella jämförelser, analyser, information – befolkning, nationella myndigheter, media, patientorganisationer

Redovisningen omfattar däremot inte någon analys av orsakerna till variationer i resultat. Det dras inte heller några slutsatser om konsekvenserna av variationerna. Figur 2 visar ett exempel på hur data presenteras i *Öppna jämförelser*.

**Figur 2.** Exempeltabell från *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2011* s.303. Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, 2002–2009.



## Grönt, gult eller rött?

Efter redovisningen av de olika indikatorerna presenteras en ranking av landsting och sjukhus i samlad tabellform. Värdena är relativa och landstingen rankas med hjälp av färger, där den bästa tredjedelen av landstingen får grön färg, den sämsta röd och tredjedelen i mitten gul för varje indikator (se figur 3).

**Figur 3.** Exempeltabell från *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2011* s.390.

		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar
Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde									
73	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, Kv.	↑ 21,5	↑ 29,4	↑ 21,6	↑ 15,6	↑ 13,4	↑ 17,9	↑ 21,6	↑ 16,1
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, M.	↑ 17,4	↑ 21,5	↑ 17,0	↑ 11,8	↑ 11,6	↑ 15,5	↓ 17,8	↓ 12,6
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	↑ 20,4	↑ 27,4	↑ 20,4	↑ 14,5	↑ 12,9	↑ 17,2	↑ 20,5	↑ 15,1
74	Effekt vid beh.start med biologiskt läkemedel, Kv.	↓ 33,4	↓ 34,1	↓ 39,0	↓ 36,0	↓ 31,0	↓ 38,0		↑ 23,7
	Effekt vid beh.start med biologiskt läkemedel, M.	↓ 40,3	↑ 42,4	↑ 55,5	↓ 35,6	↑ 43,9	↑ 54,4		↑ 36,0
	Effekt vid behandlingsstart med biologiskt läkemedel	↓ 34,6	↓ 36,5	↓ 43,4	↓ 36,1	↓ 34,7	↓ 41,5		↓ 23,9
75	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biologiskt läkemedel, Kv.	↑ 44,1	↓ 45,5	↑ 51,5	↓ 56,7	↑ 38,0	↑ 51,7		↓ 23,3
	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biologiskt läkemedel, M.	↑ 45,5	↓ 47,0	↑ 55,8	↓ 52,2	↑ 30,6	↑ 70,8		↑ 61,8
	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biologiskt läkemedel	↑ 44,8	↑ 47,3	↑ 53,4	↓ 55,8	↑ 34,2	↑ 55,4		↑ 41,7
<b>Diabetesvård</b>									
78	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård, Kv.	↓ 51,3	↓ 50,8	↓ 46,6	↓ 52,3	↓ 48,9	↓ 53,9	↓ 50,3	↑ 50,7
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård, M.	↓ 48,7	↓ 47,6	↓ 46,8	↓ 51,7	↓ 47,5	↓ 50,8	↓ 46,3	↑ 46,3
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård	↓ 49,8	↓ 48,9	↓ 46,7	↓ 51,9	↓ 48,1	↓ 52,2	↓ 48,0	↑ 48,2
79	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes, Kv.	↓ 15,0	↓ 15,2	↓ 15,5	↓ 9,8	↑ 14,4	↑ 19,6	↓ 15,2	↑ 16,7
	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes, M.	↓ 17,0	↓ 19,1	↓ 14,8	↓ 13,0	↑ 16,8	↑ 18,6	↓ 16,3	↑ 14,7
	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes	↓ 16,1	↓ 17,3	↑ 15,1	↓ 11,5	↓ 15,7	↓ 19,1	↓ 15,8	↑ 15,6
80	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård, Kv.	↑ 22,7	↑ 21,3	↓ 17,1	↓ 20,8	↑ 30,2	↑ 23,4	↑ 22,9	↑ 25,7
	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård, M.	↑ 21,4	↑ 19,9	↓ 17,8	↓ 19,8	↑ 29,4	↑ 23,1	↑ 21,3	↓ 23,2
	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård	↑ 21,9	↑ 20,5	↓ 17,5	↓ 20,2	↑ 29,8	↑ 23,2	↑ 22,0	↑ 24,3
81	Måluppfyllelse för blodtryck, typ 1 diabetes, Kv.	↑ 52,1	↓ 47,6	↑ 53,3	↓ 43,1	↓ 58,1	↑ 55,8	↓ 46,1	↓ 47,4
	Måluppfyllelse för blodtryck, typ 1 diabetes, M.	↑ 40,4	↓ 36,5	↓ 41,7	↓ 36,3	↓ 47,0	↑ 45,2	↓ 42,8	↓ 36,4
	Måluppfyllelse för blodtryck, typ 1 diabetes	↑ 45,6	↑ 41,5	↑ 46,9	↓ 39,4	↓ 51,9	↑ 50,0	↑ 44,2	↑ 41,6
82	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård, Kv.	↑ 41,9	↓ 39,0	↓ 35,7	↓ 43,4	↑ 51,8	↓ 39,4	↓ 46,0	↓ 41,7
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård, M.	↑ 47,2	↑ 45,6	↑ 38,0	↓ 50,2	↑ 58,5	↑ 47,2	↑ 51,6	↑ 48,1
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård	↑ 44,9	↑ 42,8	↑ 37,0	↑ 47,3	↑ 55,6	↑ 43,7	↑ 49,2	↑ 45,4
83	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, Flickor	29,9	27,5	48,0	29,8	40,7	27,6	65,7	30,9
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, Pojkar	34,0	35,1	50,4	33,3	45,1	35,0	69,5	37,6
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn	32,1	31,6	49,3	31,5	43,1	31,6	67,8	34,3
84	Amputation vid diabetes	272	266	291	195	240	251	257	226
85	Metformin vid nedsatt njurfunktion, Kv.	↑ 60,2	↑ 57,7	↓ 63,7	↑ 55,5	↑ 64,2	↑ 61,0	↑ 59,9	↑ 64,3
	Metformin vid nedsatt njurfunktion, M.	↓ 38,9	↓ 38,7	↑ 32,4	↓ 46,9	↑ 37,5	↑ 38,5	↓ 39,3	↓ 33,3
	Metformin vid nedsatt njurfunktion	↑ 51,0	↑ 49,9	↓ 51,2	↓ 52,0	↑ 54,3	↑ 52,2	↓ 51,6	↑ 51,8
<b>Hjärtsjukvård</b>									
86	Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus	9,8	9,5	6,9	13,4	5,0	10,8	11,2	8,5
87	Dödlighet efter hjärtinfarkt, Kv.	↑ 27,5	↑ 27,6	↓ 23,6	↑ 27,3	↓ 31,2	↑ 29,0	↑ 23,2	↑ 27,9
	Dödighet efter hjärtinfarkt, M.	↑ 29,7	↑ 30,1	↑ 22,3	↑ 29,3	↓ 31,0	↑ 30,2	↑ 25,3	↑ 30,7
	Dödighet efter hjärtinfarkt	↑ 28,7	↑ 29,1	↑ 22,6	↑ 28,7	↓ 31,1	↑ 29,3	↑ 24,6	↑ 29,5
88	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, Kv.	↑ 13,1	↑ 13,2	↓ 13,4	↓ 12,6	↑ 12,7	↑ 12,5	↑ 12,8	↑ 12,6
	Dödighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, M.	↑ 13,8	↑ 14,1	↑ 12,0	↑ 13,3	↑ 12,1	↑ 12,5	↑ 12,6	↑ 13,4
	Dödighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	↑ 13,3	↑ 13,5	↑ 12,4	↑ 12,9	↑ 12,2	↑ 12,3	↑ 12,6	↑ 13,0
89	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, Kv.	↑ 13,3	↑ 12,3	↑ 12,5	↑ 11,8	↑ 13,1	↑ 15,0	↑ 12,4	↑ 11,7
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, M.	↑ 14,3	↑ 13,7	↑ 13,0	↑ 12,6	↑ 13,7	↑ 15,6	↑ 14,5	↑ 13,5
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	↑ 13,7	↑ 12,9	↑ 12,6	↑ 11,9	↑ 13,6	↑ 15,1	↑ 13,4	↑ 13,1
90	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑ 81,2	↑ 77,8	↓ 75,0	↓ 84,4	↑ 82,1	↑ 77,6	↓ 76,9	↑ 83,8
	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, M.	↓ 82,7	↑ 84,7	↑ 84,3	↓ 87,5	↓ 81,5	↓ 82,7	↓ 81,5	↑ 85,5
	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt	↓ 82,3	↑ 83,2	↑ 82,3	↓ 86,8	↓ 81,6	↓ 81,3	↓ 80,6	↑ 85,0
91	Tid till reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑ 63,4	↑ 72,4	↑ 83,3	↓ 40,7	↓ 56,5	↑ 71,1	↑ 70,0	↑ 64,5

## 2.1 | Öppna jämförelser ingår olika typer av indikatorer

Det finns olika typer av indikatorer. De klassificeras vanligen som resultat-, process- eller strukturindikatorer.

En resultatindikator ska mäta slutresultatet för patienten, till exempel ”dödlighet efter hjärtinfarkt”.

En processindikator är en mätbar och påverkbar indikator som antas ha betydelse för vårdprocessens resultat. Det finns även intermediära resultatmått, som till exempel återinläggning eller HBA<sub>1c</sub> för diabetiker, som mäter någon händelse som kan sägas ligga mellan processen och slutresultatet för patienten. Helst ska intermediära mått och processindikatorer ha en bevisad koppling till slutresultatet för patienten. Ett exempel på en processindikator är andel patienter som får ”vård på strokeenhet”.

En strukturindikator mäter förutsättningarna för att uppnå goda resultat och kan till exempel svara på om det finns personal med en viss utbildning tillgänglig eller om en viss operationsteknik används. Alla typerna av indikatorer är användbara, fast för olika syften.

I arbetet med att ta fram *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* har ett antal kriterier använts som vägledning för att välja ut indikatorer (28):

- **Mätbar och tillgänglig.** Indikatorn ska vara mätbar, väl definierad och data ska finnas tillgängliga på nationell nivå. Indikatorerna ska återkommande kunna rapporteras.
- **Vedertagen och valid.** Indikatorn ska vara vedertagen och därmed gärna förekomma i andra, etablerade indikatorset. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt av sjukvården som den avser att mäta.
- **Relevant.** Indikatorn ska avse väsentlig volym/kostnad, eller väsentlig aspekt eller problem.
- **Tolkningsbar.** Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.
- **Påverkbar.** Det ska vara möjligt för landstingen och hälso- och sjukvården att kunna påverka sitt utfall.
- **Resultat och process.** Både resultatmått och processmått kan användas. Processmått ska avse åtgärder i hälso- och sjukvården som bedöms ha en stark påverkan på resultatet för patienten.

I den nationella strategin för öppna jämförelser (47) redovisas också ett antal krav som bör ställas på en indikator. Där anges förutom kraven ovan att in-

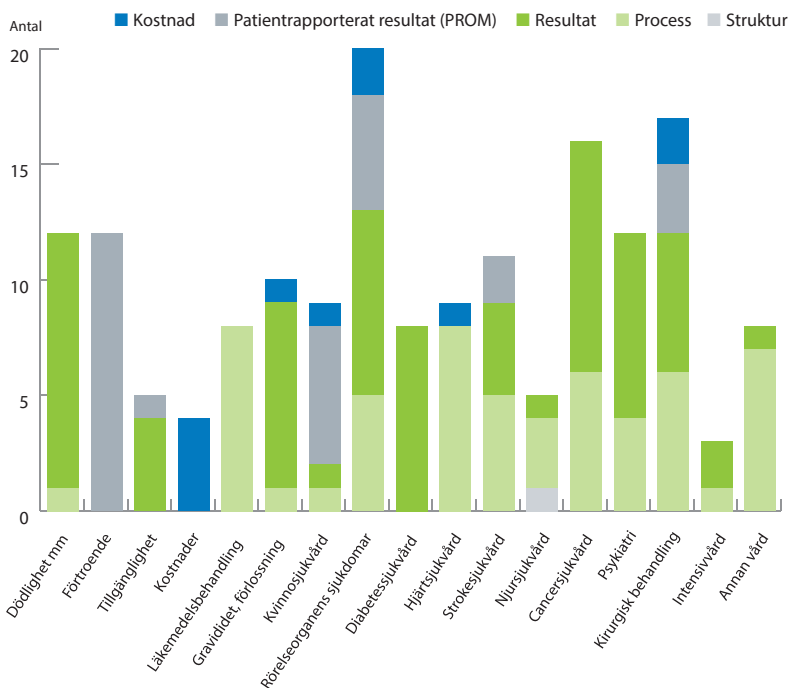


dikatorerna ska hämtas från redan tillgänglig information, vara påverkbara mellan redovisningsintervallen, vara tillgängliga med kort tidsfördröjning och vara föremål för omprövning om de inte är relevanta. De bör kunna jämföras mellan länder och komma från samma tidsperiod och helst vara av resultatkaraktär.

Förutom dessa aspekter måste den som ställer samman jämförelserna göra ett medvetet urval bland de indikatorer som uppfyller grundkraven. I detta avseende är det viktigt att välja indikatorer som speglar de förhållanden man vill belysa. Beroende på syftet med mätningen kan det finnas skäl att välja mått som är antingen mycket breda eller mycket detaljerade. Även antalet indikatorer som krävs för att belysa en kvalitetsaspekt beror på vad syftet är och vem mottagaren är.

Det tänkta användningsområdet kan påverka urvalet av indikatorer även på andra vis. Om syftet med *Öppna jämförelser* enbart hade varit att åstadkomma förbättring hade man kunnat prioritera att lyfta fram de indikatorer där det finns stora variationer eller där alla landsting i ett internationellt perspektiv ligger sämre till. Nu ingår till exempel barnadödlighet i *Öppna jämförelser*, trots att alla landsting i ett internationellt perspektiv har mycket goda resultat, eftersom man vill ge en rättvis och ärlig bild av detta viktiga resultat i det svenska vårdssystemet.

**Figur 4.** Indikatorer i *Öppna jämförelser* av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat 2011.



I 2011 års rapport ingår 173 indikatorer. Endast en av dessa är en strukturindikator (57). Figur 4 visar fördelningen på olika områden och typer av indikatorer. Resultatindikatorer som rapporteras av patienter (så kallade PROM:s) och kostnadsindikatorer redovisas separat.

## 2.2 Visionen för Öppna jämförelser är att de ska kunna användas som världsvalinformation

År 2009 utformade Socialdepartementet tillsammans med Socialstyrelsen, SKL, Vårdföretagarna och Famna en *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten* (47). Då hade *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvård givits ut tre gånger genom samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL och den var redan en etablerad produkt. Visionen om *Öppna jämförelser* som formuleras i strategin är: *Aktuell information när du vill ha den som du vill ha den*. Inom några år kommer det, enligt visionen, finnas lättillgänglig, aktuell, ändamålsenlig, målgruppsanpassad och tillförlitlig information som stödjer:

- fria val för patienter och brukare
- förbättrings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- granskning och utvärdering av hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Strategin säger också att *Öppna jämförelser* ska:

- omfatta brukar- och patientgrupper som motsvarar den största delen av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens kostnader
- vara anpassade och tillgängliga för alla relevanta målgrupper
- kunna användas som ett verktyg för att styra berörda verksamheter
- analyseras och omsättas i praktiskt utvecklingsarbete av lokala funktioner

*Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården syftar i nuvarande utförande inte till, och är inte utformade för, att stödja patienternas val av vårdgivare. Inom äldreområdet finns däremot det webbaserade verktyget Äldreguiden som en del av *Öppna jämförelser*. Äldreguiden syftar till att stödja brukarnas val av vård- och omsorgsgivare. Någon motsvarande tjänst finns inte inom ramen för *Öppna jämförelser* av hälso- och sjukvården.











## Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården

Det övergripande målet med *Öppna jämförelser* är främst att förbättra hälso- och sjukvården. De flesta menar att det är det allra viktigaste målet och några att det är det enda målet. Det vi har valt att kalla **förbättringsmålet** innebär att *Öppna jämförelser* ska bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att resultat och brister synliggörs. Det ska sporra landstingen till fördjupade analyser, förbättringar och bidra till lärande mellan dem samt ge grund för att initiera förbättringsarbete (28).

Logiken i *Öppna jämförelser* som stöd för verksamhetsutveckling bygger på att tre viktiga faktorer uppfylls. För *det första* att det är möjligt och meningsfullt att med hjälp av mått och indikatorer beskriva och jämföra verksamheten som olika landsting eller andra enheter utför (vilket är den information som tillhandahålls i *Öppna jämförelser*). För *det andra* att mottagaren av informationen analyserar och tolkar den och för *det tredje* att verksamheterna och professionerna reagerar och förändrar något så att verksamheten verkligen blir bättre. Det sistnämnda steget kan, men måste inte, komma efter en omvärldsreaktion av något slag. Det innebär att omvärlden reagerar på resultaten i publiceringen och försöker få verksamheten att förbättra sig eller att den som har ett sämre resultat väljs bort av patienter och brukare.

Omvänt finns det faktorer som kan leda till att den önskade positiva förändringen uteblir, eller att det till och med blir ett negativt utfall. En sådan faktor är misstron mot att de data som används mäter det resultat som verksamheterna faktiskt presterar. Reaktionerna på data från både omvärlden och verksamheterna kan också leda bort från det önskade utfallet. Om till exem-

pel en verksamhet reagerar på ett dåligt resultat genom att börja manipulera den inrapporterade statistiken leder det inte till något positivt utfall.

I de följande avsnitten presenteras resultat från utvärderingens intervjuer, enkäter, litteraturgenomgång och analyser. Vi konstaterar nedan att:

- ▶ Det går att jämföra – landstingen och berörda verksamheter anser att mått och indikatorer i *Öppna jämförelser* är relevanta
- ▶ Resultaten analyseras i ökad utsträckning på lokal och regional nivå
- ▶ Det finns en viss misstro mot data i *Öppna jämförelser*
- ▶ *Öppna jämförelser* stimulerar till förbättringsåtgärder
- ▶ *Öppna jämförelser* har troligen positiva effekter på vårdresultatet
- ▶ *Öppna jämförelser* verkar inte leda till påtagliga negativa konsekvenser

### 3.1 Det går att jämföra

Intervjupersonerna i undersökningen anser generellt att det går att ta fram meningsfulla jämförande kvalitetsdata. Det är naturligtvis en förutsättning för att *Öppna jämförelser* ska kunna ha någon effekt och någon användning.

Det råder delade meningar om huruvida data i *Öppna jämförelser* ska användas för relativa rankningar mellan landsting, eller om enbart absoluta resultat bör presenteras i förhållande till ett målvärde. Även färgmarkeringarna som i rapporten används för att med färgerna grönt, gult och rött markera den tredjedel av landstingen som har bäst, medel respektive sämst resultat fick blandade omdömen av de som intervjuats. En landstingspolitiker uttryckte det som att: ”rött måste betyda att verksamheten ska stängas igen och om det inte gör det är färgmarkeringen meningslös”. Andra anser att det är ett bra och tydligt sätt att förstärka effekten.

Hur stora skillnaderna är mellan olika landsting som har rött, grönt eller gult skiljer sig åt mellan indikatorerna. Ibland kan skillnaderna vara mycket små, där alla landsting i praktiken har mycket bra resultat, medan en annan indikator kan signalera mycket stora skillnader. Många intervjuade har föreslagit att ett sätt att få en tydligare signal om vad som är bra värden eller vad som behöver förbättras skulle vara att sätta målnivåer för indikatorerna, och sätta det i förhållande till värdet för respektive landsting. Det illustreras tydligt i box 1 med två exempel från strokeområdet.

*Resultaten analyseras i ökad utsträckning på lokal och regional nivå*

Indikatorer i *Öppna jämförelser* redovisas utan att orsakerna till resultaten

### Box 1. Exempel från strokeområdet hur målnivåer skulle kunna utformas och införas och vad de skulle kunna innebära.

Några få kvalitetsregister arbetar redan idag med målnivåer. Ett register, Riks-stroke, kvalitetsregistret för strokevård, presenterar för första gången målnivåer i 2012 års årsrapport. Målnivåerna har tagits fram och beslutats av styrgruppen för Riks-stroke. Som underlag för målnivåerna används publicerade internationella data men också aktuell fördelning bland sjukhusen och en allmän bedömning av om Sverige som nation ligger väl eller mindre väl till i internationella jämförelser. Man har även tagit hänsyn till att en viss insats kan vara olämplig för en del patienter. Det finns två målnivåer: Den höga målnivån ska vara ambitiös men fullt möjlig att nå och den måttliga ska redan ha nåtts av ett betydande antal sjukhus. Riks-stroke öppnar för att målnivåerna på längre sikt kan komma att modifieras utifrån ambitionshöjningar i strokevården.

Målnivåer har 2012 satts för 12 variabler, varav sju finns med som indikatorer i *Öppna jämförelser*: A. Vårdade på strokeenhet (hög 90 %, måttlig 85 %), B. Sväljningsförmåga undersökt (hög 95 %, måttlig 90 %), C. Trombolysbehandlade (hög 15 %, måttlig 10 %), D. Antitrombotisk behandling (oavsett typ) efter hjärninfarkt (hög 90 %, måttlig 85 %), E. Antikoagulantibehandling efter embolisk hjärninfarkt, <80 år (hög 70 %, måttlig 55 %), F. Blodtrycksänkande behandling efter stroke (hög 80 %, måttlig 70 %), G. Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter utskrivning (hög 75 %, måttlig 60 %).

I den vänstra tabellen nedan visas landstingens resultat på indikatorn Vårdade på strokeenhet i procent och i den andra tabellen Trombolysbehandling vid stroke i procent. Riks-stroke använder inga färgmarkeringar för sina målnivåer, men i *Öppna jämförelser* är per definition en tredjedel röda, gula respektive gröna. Om vi i motsats till Riks-stroke låter den höga ambitionsnivån motsvara grönt, den måttliga gult och allt under rött för att illustrera absoluta istället för relativa nivåer får vi istället den klassificering som framgår av den tredje kolumnen i tabellerna nedan.

	Vårdade på strokeenhet	Med Målnivå		Andel med trombolys	Med målnivå
Västernorrland	93,1	Grönt	Västerbotten	15,5	Grönt
Norbotten	92,6	Grönt	Gotland	12,5	Gult
Gävleborg	92,1	Grönt	Stockholm	11,8	Gult
Örebro	92,0	Grönt	Blekinge	11,7	Gult
Östergötland	91,9	Grönt	Skåne	11	Gult
Västra Götaland	91,8	Grönt	Norrbottn	10,2	Gult
Västerbotten	91,1	Grönt	Uppsala	9,3	Rött
Jönköping	90,3	Gult	Jönköping	9,2	Rött
Kalmar	90,3	Gult	Sörmland	8,9	Rött
Blekinge	90,2	Gult	Västernorrland	8,7	Rött
Uppsala	89,1	Gult	Kalmar	8,3	Rött
Stockholm	87,3	Gult	Halland	8,1	Rött
Kronoberg	87	Gult	Dalarna	7,7	Rött
Skåne	86,7	Gult	Västra Götaland	7	Rött
Dalarna	86,7	Rött	Västmanland	6,6	Rött
Halland	85,3	Rött	Gävleborg	6,4	Rött
Sörmland	84	Rött	Örebro	6,2	Rött
Västmanland	83,4	Rött	Kronoberg	6	Rött
Värmland	82,1	Rött	Värmland	5,6	Rött
Jämtland	79,3	Rött	Östergötland	5,1	Rött
Gotland	38,1	Rött	Jämtland	4,7	Rött

Vad gäller Vårdade på strokeenhet innebär den absoluta målnivån inga dramatiska ändringar i klassificeringen. Något fler blir gröna och färre blir gula och röda. För trombolys vid stroke däremot blir endast ett landsting grönt med absolut nivå medan 15 blir röda.



analyseras eller att det dras skarpa slutsatser om konsekvenserna av dem. Jämförelserna kommenteras till viss del som ett stöd för läsaren.

För att ett meningsfullt förbättringsarbete ska kunna bedrivas är det nödvändigt att resultaten analyseras och tolkas noggrant på lokal nivå. Vissa intervjupersoner framhåller att det är en av huvudpoängerna med *Öppna jämförelser*, och att det stora värdet ligger i de analyser som initieras som en följd av publiceringen av *Öppna jämförelser*. Här ser vissa en utvecklingspotential i att erbjuda mer tolkning och analysstöd från centralt håll. Andra anser däremot att det bör göras lokalt där det finns god kännedom om det egna landstingets och verksamhetens sammanhang, och att arbetet bör kopplas till vårdgivarna för att få en positiv effekt på kvaliteten.

Kapaciteten att göra analyserna tycks variera mellan landstingen. Regeringen har under 2012 gett landstingen i uppdrag att beskriva sin organisation kring användande av *Öppna jämförelser* och hur analysarbetet bedrivs. Vi kan utifrån regionernas och landstingens beskrivningar dra slutsatsen att en majoritet av landstingen, men inte alla, nu bedriver ett mer eller mindre systematiskt lokalt analysarbete utifrån de data som presenteras i *Öppna jämförelser*.

Det finns anmärkningsvärt få exempel i materialet på att landstingen lär av andra landsting och sjukhus med bra resultat.

### 3.2 Det finns en viss misstro mot data i *Öppna jämförelser*

Det finns en viss misstro mot de data som används i *Öppna jämförelser*. Brister avseende datakvaliteten i *Öppna jämförelser* har diskuterats i flera debattartiklar, bland annat i *Läkartidningen* (se till exempel (41)). Intrycket hos intervjupersonerna är ganska entydigt: Misstron har minskat med tiden. En intervjuad person uttryckte att det har varit ”en resa från förnekelse till acceptans”.

#### *Misstron varierar*

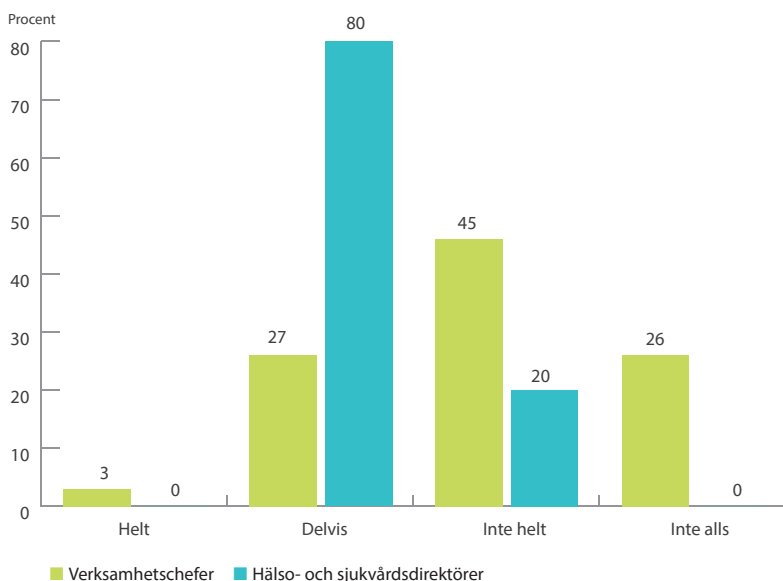
Det finns en tendens i intervjumaterialet att personer som jobbar i verksamheten uttrycker något mer skepsis mot data, medan höga tjänstemän och politiker tenderar att inte göra det. De sistnämnda talar istället om att professionerna är tveksamma till data och vikten av att i ett första skede kontrollera att siffrorna stämmer, eftersom förändringsarbetet annars blir svårt eller omöjligt.

I intervjuerna framkom flera exempel på tillfällen när resultat i *Öppna jämförelser* ifrågasatts på grund av förmodat felaktiga data. I vissa fall var orsaken ett faktiskt fel, till exempel felaktig registrering, medan det i vissa fall konstaterats inte vara något fel. Det har också av vissa lyfts fram att den inledande

kritiken om dålig kvalitet i data har inneburit att registreringen har förbättrats, vilket kan ha haft en positiv påverkan på datakvaliteten i kvalitetsregistren. De egna analyserna av data, diskussion och därmed ökad kunskap om vad som ligger bakom de egna siffrorna har, enligt en av intervjupersonerna, också gjort att faran för feltolkningar och misstron mot data minskat.

Enkät svar från hälso- och sjukvårdsdirektörer och verksamhetschefer bekräftar bilden från intervjuerna. En stor majoritet av hälso- och sjukvårdsdirektörerna håller åtminstone delvis med om att *Öppna jämförelser* ger en korrekt bild av de verksamheter som mäts. Verksamhetscheferna är mer skeptiska och lite mer än en fjärdedel av de som svarat håller inte alls med om påståendet (se figur 5).

**Figur 5.** Enkät svar från hälso- och sjukvårdsdirektörer och verksamhetschefer. Andel som håller med om påståendet att "*Öppna jämförelser* speglar verksamheten på ett korrekt sätt".



### *Misstron gäller olika aspekter*

Invändningarna mot data som ligger till grund för *Öppna jämförelser* har gällt flera olika aspekter. I landstingens rapporter om sina egna resultat i *Öppna jämförelser* är den ojämförligt vanligaste invändningen att täckningsgraden är låg för vissa register.

### *Tolkningssvårigheter*

Några andra invändningar som återkommer i rapporter och intervjuer är pro-



blemet att rankning sägs bli meningslös om konfidensintervallen är stora och/eller skillnaderna små. Det har i sammanhanget diskuterats vilken roll konfidensintervall egentligen har i en totalundersökning, eftersom konfidensintervall används för att beskriva den statistiska osäkerheten som orsakas av urval (9).

En hel del mått i *Öppna jämförelser* kommer från register som är att betrakta som totalundersökningar, till exempel cancerregistret. Då menar vissa att konfidensintervall är meningslösa. En annan syn på saken är att det som är intressant att studera är den underliggande process som leder fram till ett visst utfall (till exempel insjuknande i eller tillfrisknande från cancer). Då den processen innehåller både systematik och slump blir konfidensintervall relevanta. År 2010 var till exempel antalet nya bröstcancerfall per 100 000 invånare 158 i Sörmland medan det var 169 i Kronoberg (53). Det är baserat på en totalundersökning men betyder inte att det går att med visshet uttala sig om variationer i bröstcancerinsjuknande mellan de två landstingen. Om mätningen görs om ett annat år kan resultaten komma att variera på grund av att den underliggande processen delvis är slumpmässig.

### *Extern validitet: mäter indikatorerna rätt saker?*

Vidare lyfts det fram att det saknas indikatorer för väsentliga områden. De områden som särskilt lyfts fram är första linjens behandling, psykiatri och ambulanssjukvården. En analys som presenteras ingående i kapitel 5 visar också bland annat att en fjärdedel av de diagnosgrupper som har högst kostnader helt saknar indikatorer.

Dessutom har vissa av intervjupersonerna påpekat att det på många områden saknas indikatorer som redovisar den patientupplevda kvaliteten, så kallade patientrapporterade utfallsmått. Att dessa indikatorer saknas i *Öppna jämförelser* beror på att sådana mått saknas i de källor som används. *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvård gör inga egna datainsamlingar utan använder endast existerande källor. När det gäller de nationella kvalitetsregistren har kraven på dem ökat på senare år för att använda patientrapporterade utfallsmått och andra variabler som speglar vården utifrån flera dimensioner. Det gäller till exempel omvårdnadsvariabler jämfört med endast medicinska variabler.

Även på områden där det finns indikatorer påpekar flera intervjupersoner att indikatorerna inte ger en heltäckande bild. I vad mån det upplevs som ett problem varierar, men de flesta av respondenterna anser inte att det är en stor fråga. Uppfattningen bland många är att det som ingår i huvudsak är relevant. Ingen verkar heller tro eller hoppas att det ska gå att skapa heltäckande indikatorer.



Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården

I *Öppna jämförelser* saknas mått och indikatorer på kvalitet och resultat för mer komplexa processer, till exempel arbetet med multisjuka patienter. Det minskar värdet av *Öppna jämförelser* enligt några av de intervjuade personerna. Detta problem har även lyfts fram i en tidigare utvärdering (25). Det pekades ut som det viktigaste området för utveckling av indikatorsetet av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i den enkät de besvarat inom ramen för denna utvärdering.

### *Mäter indikatorerna på rätt sätt?*

Vissa respondenter framhåller vidare att det finns en problematik kopplat till inaktuell data. Indikatorerna kan spegla situationen som den såg ut för flera år sedan, eller visa ett värde som är ett genomsnitt för flera år och därmed vara svåra att påverka.

En stor fråga i litteraturen och för en del respondenter är *case mix*-problemet, det vill säga i vilken utsträckning variationer i resultat beror på variationer i sammansättningen av patienter med avseende på till exempel sjuklighet, livsstil och socioekonomisk status.

## **3.3 Öppna jämförelser stimulerar till förbättringsåtgärder**

*Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården förefaller ha bidragit till att utveckla verksamhetsuppföljningens roll i styrprocessen i landstingen, även om det är något oklart i vilken omfattning detta har förekommit och om *Öppna jämförelser* är det bästa sättet att uppnå detta.

En övergripande sammanfattning av de svenska utvärderingsrapporter av *Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*, som vi har tagit del av, är att de verkligen har haft genomslag i *styrningen och ledningen* av landstingen och regionerna (25), (5). Genomslaget yttrar sig enligt utvärderingarna bland annat i att *Öppna jämförelser* är närvarande i landstingens och regionens övergripande styrdokument och strategier. Indikatorer från *Öppna jämförelser* förekommer i ett eller flera styrande dokument i en stor majoritet av landstingen också enligt enkäten som genomförts inom ramen för denna utvärdering. Resultaten av mätningarna har också legat till grund för strategiska beslut om resurstilldelning och prioritering av vissa områden.

Den utvärdering av *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården som genomfördes redan 2007 kom bland annat fram till att de hade bidragit till att utveckla verksamhetsuppföljningens roll i styrprocessen både när det gäller systematik och organisation. Landstingsledningarna har dessutom blivit ytterligare en drivkraft för förbättringsarbete, framförallt där resultaten har



varit sämre än genomsnittet (25). En studie från 2010 konstaterade att *Öppna jämförelser* tillsammans med andra insatser har bidragit till att i ökad utsträckning basera styrningen på resultatmätningar. Dessutom har styrningen blivit mer fokuserad på medicinska indikatorer och hälsoindikatorer, inte bara på ekonomi och resurser (5). Det är också den samstämmiga bild som intervjupersonerna i den här utvärderingen ger.

Rand Corporation (7) har tidigare jämfört hur sju europeiska länder tillgängliggör information om vårdgivare. De har konstaterat att effekterna av den här sortens information är svåra att isolera eftersom den ofta är en del av mer omfattande program och satsningar. Det är mycket riktigt svårt att isolera effekterna av publiceringen av *Öppna jämförelser* från effekterna av kvalitetsuppföljning med hjälp av kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Det försvårar möjligheten att dra bestämda slutsatser. Det skulle vara möjligt att designa randomiserade studier på det här området eller utnyttja kvasiexperimentella data, men det har inte gjorts i Sverige.

*Öppna jämförelser* har otvetydigt betytt mycket för kommunikationen mellan ledningarna och verksamheterna, vilket bekräftas i enkäten till hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Där svarade samtliga (100 procent) att de helt eller delvis höll med om att *Öppna jämförelser* var användbar i dialogen mellan ledning och verksamhetsansvariga. Genom *Öppna jämförelser* har politiker och tjänstemän ett verktyg och gemensamt kunskapsunderlag att använda för att ha en meningsfull dialog om resultat. Det är ett relevant och meningsfullt diskussionsunderlag.

*Öppna jämförelser* betyder därför sannolikt mer för politiker och höga tjänstemän än för verksamheterna, vilket också påpekas av flera intervjupersoner. En intressant observation från en tidigare utvärdering är till exempel att resultat från jämförelserna i allmänhet redan har varit kända av de olika specialiteterna. Den kunskapen har de fått genom kvalitetsregistrens årsrapporter och, i något mindre grad, genom redovisningen från Socialstyrelsens hälsodataregister. Med *Öppna jämförelser* blir de däremot tillgängliga för landstingsledningarna att använda i styrande dokument och resultatdiskussioner (25).

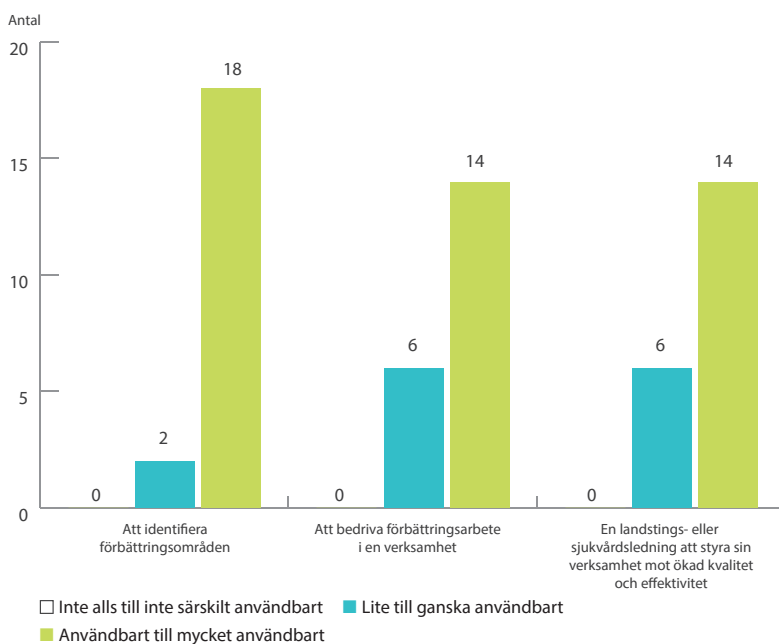
En tänkbar drivkraft på verksamhetsnivå är att bli utpekad för svaga resultat. Några av de personer som intervjuats för denna utvärdering anser att "naming and shaming" kan vara en stark kraft, men att data måste publiceras i mycket mindre aggregerad form än i dagens *Öppna jämförelser* för att det ska fungera. En respondent uttrycker att "det måste komma in på skinnet". En annan intervjuperson, som är verksam på klinisk nivå, menar att det visserligen finns en drivkraft i att inte vilja vara sämst på en indikator, men att det

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården

också kan vara demoraliserande för personalen med starkt negativa resultat. Omvänt kan det vara starkt motivationshöjande att vara *bäst* på en indikator eller kunna uppmärksamma en stor förbättring på något mått, framhåller samma person.

Enkäten till hälso- och sjukvårdsdirektörer bekräftar bilden från intervjuerna (se figur 6 och appendix). Samtliga anser att *Öppna jämförelser* är användbara eller mycket användbara för att identifiera förbättringsområden. De svarar att de också är användbara för att bedriva förbättringsarbete i verksamheten. Samtliga håller med om påståendet att *Öppna jämförelser* har bidragit till ett ökat intresse för kvalitetsfrågor i hälso- och sjukvården. De håller med, men i mindre grad, om att *Öppna jämförelser* är användbara för styrning i deras landsting.

**Figur 6.** Enkät svar från landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer. "Hur användbart anser du *Öppna jämförelser* är för ..."



I den utvärdering som genomfördes 2007 hade de intervjuade landstingsföreträdarna en påfallande positiv grundinställning till *Öppna jämförelser*, som ansågs vara ett bra komplement till den egna uppföljningen. De intervjuade ansåg sig kunna visa effekter på landstingens *styrprocesser, kvalitetsförbättringar, redovisningsprocesser* och *styrkultur*. Vår utvärdering visar att den



positiva inställningen bland landstingsföreträdare finns kvar och kanske till och med har förstärkts.

Det finns även evidens i den vetenskapliga litteraturen för att öppen rapportering av data stimulerar sjukhus och andra vårdenheter till kvalitetsförbättrande åtgärder (se till exempel (13) för en systematisk genomgång av ett stort antal studier). Men det är viktigt att notera att det inte innebär samma sak som att *kvaliteten* verkligen har förbättrats. En stor amerikansk studie kunde till exempel visa att diabetesmottagningar genomförde en rad åtgärder för att bättre följa diabetesriktlinjer som en följd av öppen rapportering av data (46). Ett problem är att i princip alla studier är amerikanska, och resultaten låter sig troligen inte så enkelt överföras till svenska förhållanden.

### 3.4 Öppna jämförelser har troligen positiva effekter på vårdresultatet

*Öppna jämförelser* förefaller alltså stimulera till förbättringsarbete. Men kvalitetsförbättrande åtgärder är i sig inget mål utan bara ett medel för att nå just högre kvalitet. Det finns bara svagt empiriskt stöd i den vetenskapliga litteraturen för att öppen redovisning av data leder till förbättrade *kliniska resultat*.

De höga tjänstemän och politiker som tillfrågats inom ramen för den här undersökningen anser generellt att vårdkvaliteten påverkas positivt. I enkäten till hälso- och sjukvårdsdirektörerna håller samtliga helt eller delvis med om påståendet att *Öppna jämförelser* har haft en positiv effekt på vårdkvaliteten i landstingen.

Här går det inte att begränsa analysen till att isolerat studera effekterna av *Öppna jämförelser*. Utvärderingen bör även inkludera det bredare offentliggörandet av data från till exempel kvalitetsregister och liknande, det som i den internationella litteraturen kallas *public release*, eller *public reporting of performance results*.

#### *Tidigare forskning lämnar inget definitivt besked*

En artikel av bland annat svenska registerforskare redovisade erfarenheter från fem länder. De kom till slutsatsen att man genom att publicera resultat öppet för både vården och allmänheten kan få vårdprofessionella att arbeta med sina resultat samt hitta och sprida *best clinical practice*. Detta leder i sin tur till förbättrade resultat (29). Men resultaten i andra vetenskapliga studier som studerat frågan är blandade och sammantaget snarast något negativa.

Det finns alltså evidens (systematiska översikter till exempel (23), (13) och tillkommande individuella studier (43), (8), (16), (59)) för att kvaliteten *inte*

förbättras, vilket förstås inte betyder att den försämras. Dessa studier gäller till stor del nordamerikanska förhållanden, framförallt amerikansk hjärt-sjukvård, och har troligen generellt liten relevans för svenska förhållanden. En intressant kanadensisk studie jämförde ”dolda” jämförelser med öppna jämförelser i en registerbaserad studie. Där drog forskarna slutsatsen att konfidentiell rapportering av data räcker i ett offentligt finansierat sjukvårdssystem där sjukhusen inte konkurrerar om patienterna (16). Att offentliggöra data medförde ingen ytterligare kvalitetsförbättring, något som också till en viss del stöds av en omfattande metaanalys (19).

Det finns skäl att anta att förbättringar i det kliniska utfallet som överlevnad, livskvalitet eller omoperationer kan vara ett alltför restriktivt mått på effekten av att offentliggöra kvalitetsdata (31). Resultatmått som dessa speglar till en inte obetydlig del variationer i patientsammansättningen snarare än variationer i hälso- och sjukvårdens kvalitet när de presenteras i *Öppna jämförelser* (20). Det kan också ofta ta lång tid att få genomslag i hårda kliniska utfall. Processindikatorer och även intermediära resultatmått kan vara känsligare mått att använda för att mäta förbättringar. I idealfallet är processmått starkt korrelerade med utfall, åtminstone på sikt. För processmått är evidensen för en effekt av öppen publicering mer positiva (45), (30), (63).

Det är känt att de verksamheter som är sämre utvecklas mest av jämförande data, medan de som redan är bra inte utvecklas lika mycket (19), (61), (63), (25). I det specifika fallet *Öppna jämförelser* bör det medföra att det är de landsting och enheter som är röda som utvecklas mest. Vidare finns det en förskjutning i tid så att resultat som publiceras ett visst år visar situationen flera år tidigare och sedan potentiellt påverkar utfallet under kommande år. För att komplicera saken ytterligare varierar det från år till år vilka landsting och enheter som får bra och dåliga resultat. En analys som tar hänsyn till allt detta bör redovisa utvecklingen över tid separat för varje indikator och dessutom följa upp med ett tidsglapp.

### *Egna analyser antyder att skillnaderna mellan landstingen minskar*

Mot bakgrund av resonemanget ovan presenteras här en analys av utvecklingen över tid för ett antal processindikatorer. Analysen visar att skillnaderna i resultat minskar över tid mellan landstingen och att detta framförallt beror på att de som är sämst utvecklas mer än de som är bäst.

Figur 7 visar genomsnittlig förändring för landsting som var ”gröna” respektive ”röda” i rapporten som kom två år före året som visas i figuren. Årtal på X-axeln refererar till det år som förändringen syns i *Öppna jämförelser*. Två års tidsförskjutning valdes för att det är den (kortaste) tid som krävs för

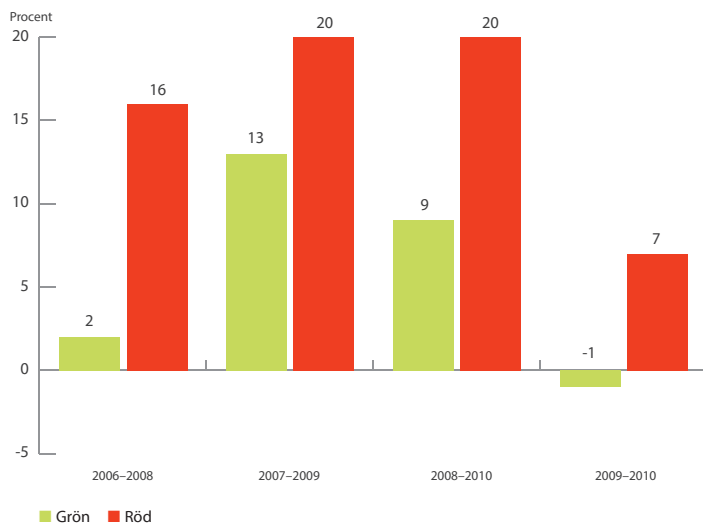


att landstingen ska hinna observera ett resultat, vidta åtgärder året efter som sedan kommer med i rapporten året efter det. Figuren bygger på en analys av genomsnittet för alla de 10 indikatorer som uppfyller kriterierna att de skulle rapportera resultat för föregående år (vissa indikatorer rapporterar resultat från två eller flera år tidigare). Det skulle också vara processmått (för att vara påverkbara på relativt kort tid) och finnas med i både 2011 års rapport och antingen 2006 års eller 2007 års rapport (för att det ska finnas en tidsserie, vilket minskar problemet med regression mot ett medelvärde). Indikatorerna är:

- Indikator 9 – MPR-vaccination av barn
- Indikator 31 – Tio eller fler läkemedel bland äldre
- Indikator 32 – Läkemedelsinteraktion hos äldre
- Indikator 36 – Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika
- Indikator 64 – Väntetid inför höftfrakturoperation
- Indikator 90 – Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt
- Indikator 92 – Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor
- Indikator 94 – Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt
- Indikator 105 – Vård vid strokeenhet
- Indikator 136 – Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården

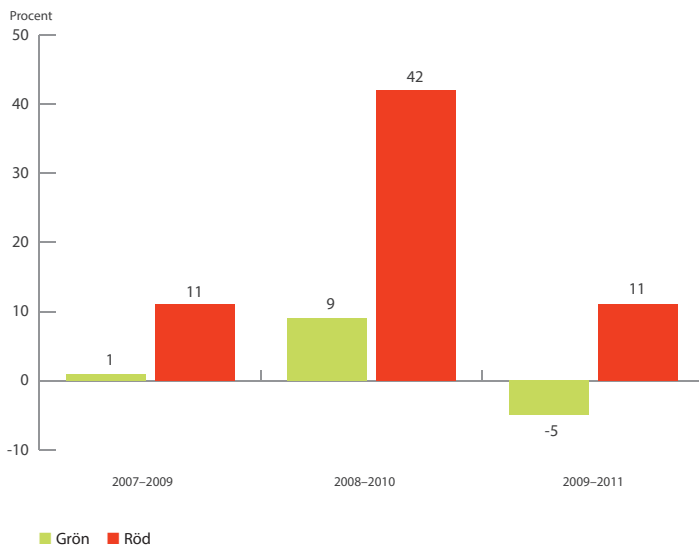
**Figur 7.** Genomsnittlig förbättring i procent för landsting som var rankade gröna respektive röda på 10 processindikatorer. Förändringen gäller med 2 års tidsförskjutning efter den gröna eller röda markeringen.



**Figur 8.** Genomsnittlig förbättring i procent för landsting som var rankade gröna respektive röda på Indikator 136 – Tre eller fler psykofarmaka bland äldre. Förändringen gäller med 2 års tidsförskjutning efter den gröna eller röda markeringen.



**Figur 9.** Genomsnittlig förbättring i procent för landsting som var rankade gröna respektive röda på Indikator 90 – Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt. Förändringen gäller med 2 års tidsförskjutning efter den gröna eller röda markeringen.



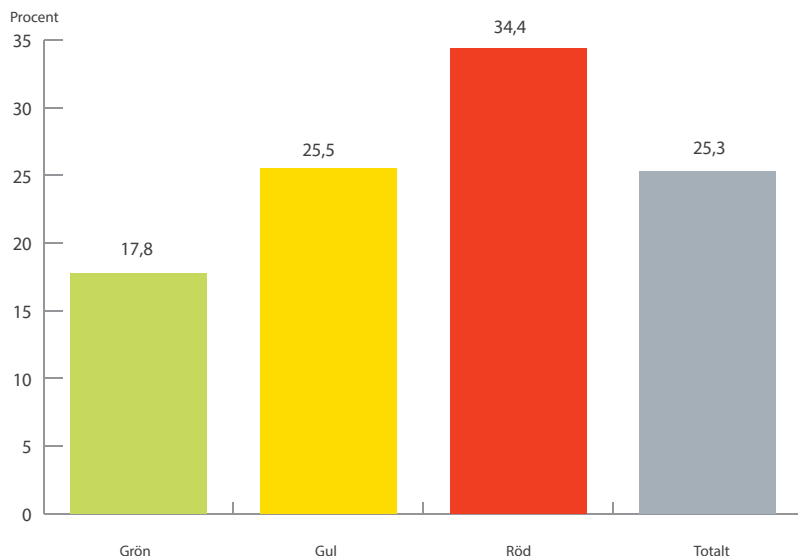
Den genomsnittliga förbättringen i gruppen med landsting som är röda är större än den genomsnittliga förbättringen för dem som är gröna. Det finns en tendens att förändringarna var störst 2009 och 2010, vilket skulle innebära större reaktioner på *Öppna jämförelser* 2007 och 2008 än 2006 och 2009. Det kan troligen också delvis förklaras av att det blir svårare och svårare att förbättra sig från en allt bättre utgångspunkt.

Observera att figur 7 visar genomsnittlig förbättring för 10 olika indikatorer. Några exempel illustrerar att utvecklingen för några indikatorer inte skiljer sig så mycket åt mellan dem som är gröna och dem som är röda, till exempel indikator 136 – Tre eller fler psykofarmaka bland äldre (figur 8). För andra är det däremot stor skillnad, som i figur 9 (Indikator 90 – Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt).

Man kan också tänka sig att två år är för kort tid för att förändringar ska slå igenom. Därför har vi analyserat utvecklingen fram till och med 2011 för landsting som hade en viss färg 2006/2007. I figur 10 visas den genomsnittliga förändringen för de 15 processindikatorer som fanns med både 2011 och 2006/2007, efter vilken färgmarkering landstinget hade i den första mätningen. Där kan utläsas dels att medelvärdet höjdes för alla, dels att det höjdes mer för dem som hade ett rött resultat 2006/2007.



**Figur 10.** Medelvärdet av förbättringen av resultatet 2006/2007–2011 för de landsting som var gröna, gula respektive röda 2006/2007.



Om det är så att *Öppna jämförelser* har en effekt på utvecklingen, kan det också förväntas att landstingens relativa rankning med avseende på något index av alla indikatorer förändras. Det bygger på antagandet att de som får ett sämre resultat i *Öppna jämförelser* utvecklas mer än de som får ett bättre resultat. Om alla i genomsnitt utvecklas lika mycket oavsett färg kommer den relativa rankningen av landstingen att vara oförändrad över tid (plus en del slumpmässiga variationer). För att undersöka detta konstruerades ett enkelt index som består av landstingets andel röda placeringar för varje år. Det bör noteras att rapporten *Öppna jämförelser* tydligt avråder från att konstruera ett sådant index, men för syftet i den här rapporten anser vi att det är motiverat. De sju landsting med lägst, mellan och högst andel röda indikatorer markerades med grönt, gult respektive rött. Resultatet visas i tabell 1.



**Tabell 1.** Utvecklingen över tid på ett index av andelen röda indikatorer i *Öppna jämförelser*.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Halland	13%	20%	17%	25%	28%	22%
Örebro	17%	27%	30%	29%	34%	29%
Kronoberg	20%	18%	26%	24%	29%	30%
Västerbotten	21%	28%	28%	23%	32%	24%
Jönköping	23%	19%	13%	23%	21%	25%
Kalmar	23%	22%	24%	25%	26%	34%
Västra Götaland	24%	26%	28%	32%	31%	24%
Uppsala	25%	31%	31%	41%	26%	26%
Blekinge	27%	22%	32%	34%	31%	32%
Östergötland	30%	28%	24%	29%	25%	24%
Västernorrland	30%	36%	31%	39%	40%	35%
Skåne	31%	29%	33%	28%	23%	21%
Västmanland	31%	17%	26%	26%	29%	35%
Stockholm	32%	33%	33%	37%	30%	28%
Sörmland	35%	27%	27%	36%	28%	28%
Värmland	35%	33%	35%	41%	27%	33%
Gotland	37%	43%	36%	34%	29%	33%
Jämtland	38%	40%	46%	45%	41%	38%
Dalarna	41%	31%	25%	36%	24%	32%
Gävleborg	41%	39%	31%	52%	34%	42%
Norrbottnen	44%	32%	34%	37%	32%	33%

Av tabell 1 framgår det att det har förekommit en del förändringar i rankingen över tid. Men man kan också notera att av de sju som var rödmarkerade 2006 var fyra fortfarande rödmarkerade 2011 och av de sju som var grönmarkerade i analysen 2006 var fyra fortfarande grönmarkerade fem år senare.

Som redan konstaterats är utfallet på resultatindikatorerna i *Öppna jämförelser* till en stor del beroende av patientsammansättningen. Därför är det intressant att kontrastera resultatet i tabell 2 med utvecklingen över tid för ett motsvarande index av processindikatorer som inte är beroende av befolkningssammansättningen – då blir ”ett misslyckande ett misslyckande” som det uttrycks i en artikel (31).

Vad gäller processindikatorer är förändringarna också större. Det är endast ett av de landsting som var ”röda” 2006 som fortfarande var det 2011 och endast två av de som var ”gröna” som var det fem år senare. Det är också

intressant att notera att gruppen ”röda” 2011 med ett index av processindikatorer endast innehåller ett av de landsting som är ”röda” med ett index av samtliga indikatorer. Tre av de landsting som 2011 hamnar i den röda gruppen med ett index av samtliga indikatorer rankas i stället som ”gröna” med ett index av processmått. Resultaten illustrerar att olika typer av indikatorer är användbara för olika syften där processindikatorer är mer påverkbara, även på kort sikt. De illustrerar också att det är viktigt att ta hänsyn till variationer i befolknings- och patientsammansättningen när utfall på resultatindikatorer ska tolkas.

**Tabell 2.** Utveckling över tid för ett index av andelen röda processindikatorer.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Örebro	0,07	0,00	0,23	0,22	0,38	0,31
Skåne	0,14	0,19	0,39	0,31	0,32	0,23
Gävleborg	0,14	0,29	0,13	0,32	0,22	0,27
Kalmar	0,14	0,14	0,10	0,27	0,25	0,28
Västmanland	0,14	0,19	0,29	0,19	0,33	0,38
Stockholm	0,21	0,48	0,58	0,42	0,46	0,30
Kronoberg	0,21	0,24	0,32	0,32	0,34	0,41
Västerbotten	0,21	0,38	0,26	0,22	0,24	0,39
Sörmland	0,29	0,10	0,06	0,26	0,30	0,25
Uppsala	0,29	0,57	0,42	0,33	0,28	0,33
Halland	0,29	0,43	0,35	0,28	0,41	0,34
Gotland	0,29	0,38	0,42	0,38	0,49	0,41
Blekinge	0,29	0,29	0,42	0,35	0,33	0,42
Jönköping	0,36	0,24	0,29	0,26	0,20	0,25
Östergötland	0,36	0,24	0,06	0,28	0,30	0,22
Västernorrland	0,43	0,33	0,29	0,40	0,26	0,27
Jämtland	0,43	0,57	0,52	0,35	0,35	0,30
Västra Götaland	0,43	0,57	0,65	0,56	0,35	0,39
Värmland	0,50	0,33	0,19	0,32	0,27	0,32
Dalarna	0,64	0,33	0,35	0,38	0,25	0,33
Norrbottn	0,71	0,43	0,39	0,21	0,41	0,25

### *Samlad bedömning av Öppna jämförelserns påverkan på vårdresultatet*

De data som presenterats ovan bekräftar att Öppna jämförelser har en viss positiv effekt på kvalitetsutvecklingen. De tyder på att Öppna jämförelser



särskilt bidrar till att höja lägstanivån, men de skulle även kunna förklaras av andra faktorer. Till exempel kan förändringen bero på publicering i kvalitetsregister eller på att vi observerar slumpmässiga variationer. Avsaknaden av en kontrollgrupp gör det omöjligt att utesluta alternativa förklaringar. Om det däremot främst är regression mot medelvärdet som observeras borde de som är bäst försämrade lika mycket som de som är sämst förbättras. Så verkar det inte vara eftersom genomsnittet ökar i alla indikatorer. Det finns troligen ett element av regression mot medelvärdet, men det är sannolikt inte den enda förklaringen. Förändringen mäts också på ett ganska stort antal variabler och det gör också förklaringen mindre trolig. Det går inte heller att uttala sig om förändringen i medelvärdet följer eller avviker från den underliggande trenden för utvecklingen av kvaliteten.

Den samlade bedömningen är att analyserna ovan ger ett visst stöd för att *Öppna jämförelser* verkligen leder till kvalitetsutveckling. Avsaknaden av en kontrollgrupp minskar styrkan i slutsatsen väsentligt. Men det förefaller ändå rimligt att det har funnits en viss effekt, eftersom flera resultat i vår utvärdering tyder på detta. För det första visar svaren i intervjuer och enkäter att *Öppna jämförelser* haft en positiv påverkan på vårdkvaliteten. För det andra har vi funnit belägg för att *Öppna jämförelser* lett till kvalitetsförbättrande åtgärder.

I box 2 visas ett konkret exempel där de inblandade är övertygade om att *Öppna jämförelser* har lett till en positiv förändring inom njursjukvården.

### **3.5 Öppna jämförelser tycks inte leda till påtagliga negativa konsekvenser**

Det finns litteratur som diskuterar teoretiska, möjliga oönskade och negativa konsekvenser av att öppet rapportera data (33), (45). Den allvarligaste negativa konsekvensen skulle troligen vara om mätningarna leder till en ojämlik tillgång till vård (12). Det skulle kunna inträffa till exempel om klinikerna väljer bort de svårast sjuka patienterna eller multisjuka patienter för att få bättre resultat. En annan allvarlig oönskad effekt är om uppmärksamheten på ett område som rapporteras öppet sker på bekostnad av andra utfall som inte rapporteras i *Öppna jämförelser*. Vidare finns det farhågor, både i litteraturen och bland de intervjuade, om att *Öppna jämförelser* kan ge verksamheterna anledning att felrapportera data för att se bättre ut i jämförelsen.

Det finns mycket få empiriska belägg för att rapporteringen faktiskt skulle leda till oönskade konsekvenser (13). Men det kan bero på att frågan är bristfälligt studerad. Fyra av tjugo hälso- och sjukvårdsdirektörer som besvarat en

## Box 2. Exempel från Svenskt njurregister på hur resultaten har förbättrats efter publicering i Öppna jämförelser.

### Efter Öppna jämförelser 2008 ökade andelen njursjuka med rätt behandling

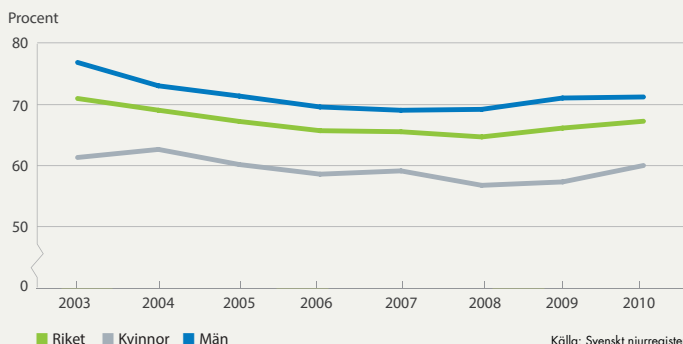
*"Jag är övertygad om att Öppna jämförelser har haft effekt. Kvalitetsregistren är mer för professionen. Öppna jämförelser är tillräckligt populärvetenskapligt för att kunna påverka administrationen. De som råkar ligga sämst till får på sig sina politiker."*

Inom njursjukvården vårdas personer med svår kronisk njursjukdom som ofta behöver dialys eller transplantation. En dialyspatient genomgår i snitt 160 dialyser per år och varje dialys tar cirka 4–5 timmar då stora mängder blod måste passera genom patientens blodomlopp. För en person som väger 75 kilo är det cirka 75 liter som ska cirkulera. Så stora mängder blod kräver bra kärltillgång, det vill säga att det finns en avtappning till blodkärlen som är tillräckligt stor för att kunna cirkulera så stora mängder blod. Samtidigt kan en dåligt utförd kärltillgång vara en motorväg för baciller rakt in i patientens blodomlopp. Den önskvärda avtapparen av blod är en AV-fistel eller en AV-graft som sitter i armen. Alternativet är central dialyskateter, CDK, som medför en påtagligt ökad risk för allvarliga infektioner, sämre blodflöden och som följer en sämre dialyseffektivitet. Andelen patienter med AV är därför en viktig processindikator för njursjukvården som presenteras i Svenska njurregistret och dessutom i Öppna jämförelser. Indikatorn avspeglar också resultatet av hela vårdkedjan med många olika samverkande professioner, genom att den täcker fler dimensioner som tillgången på Accesskirurgi och hur väl dialysverksamheten lyckas hålla accesser i funktion.

Det råder stora skillnader mellan landstingen. År 2011 varierade det mellan 44,6 procent och 86,8 procent av patienterna i landstingen som hade en god kärltillgång. Svenskt njurregister har genom en tvärsnittundersökning i september och oktober följt andelen patienter med god kärltillgång sedan 2003. Fram till 2008 blev det fler och fler som hade en sämre variant av kärltillgång men efter 2008 har trenden börjat vända uppåt och i år ännu mer.

Det är enligt registerhållaren ett tydligt exempel på att den öppna redovisningen av data har påverkat resultaten. Det hade kunnat hända utan Öppna jämförelser och kvalitetsregistret men troligen hade det inte hänt. Det visade sig också att ett landsting hade sämre överlevnad. De verksamhetsansvariga kunde visa med underlag hur resultaten såg ut och konsekvensen blev att fler dialysenheter etablerades.

**Figur.** Diagram från Öppna jämförelser 2011 som visar andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft.



Baserat på en intervju med Karl-Göran Prütz, generalsekreterare för Svenskt njurregister.



enkät i samband med den här studien uppger att de helt eller delvis håller med om påståendet att *Öppna jämförelser* har lett till någon negativ konsekvens, vilket antyder att risken inte är försumbar.

Från USA finns vissa rapporter om manipulering av data (12). Även i Storbritannien påstår forskare att data manipuleras men också att patienternas vård påverkas direkt (31). Ett exempel är akutpatienter som för några år sedan lades i tält utanför dörrarna till akutmottagningar för att inte räknas med i kvalitetsmätningarna (4). Men på hjärtområdet har både amerikanska och brittiska studier visat att kirurgerna *inte* väljer bort svårare patienter (12), (45). Frågan om uppmärksamheten på ett område som rapporteras öppet sker på bekostnad av andra utfall som inte rapporteras har inte studerats alls utifrån vad vi har funnit inom ramen för den här utvärderingen.

De personer som intervjuats för den här utvärderingen kan inte lämna några konkreta exempel på att *Öppna jämförelser* lett till negativa eller oönskade utfall. Men många håller med om att det ändå kan finnas risker med *Öppna jämförelser*. Verksamheterna kan till exempel börja styra mot det som mäts på bekostnad av andra viktiga områden. Eller så kan vissa saker som är viktiga för patienterna och hälsoutfallet, men svåra att fånga i mätningar (24), falla bort.

Det finns relaterad litteratur som behandlar om ekonomiska incitament kopplade till kvalitetsindikatorer leder till oönskade konsekvenser eller inte. Socialpsykologisk forskning har visat att externa incitament, som ersättnings-system, riskerar att konkurrera ut interna incitament som yrkes stolthet (10).

Det finns exempel i Sverige på att indikatorer som används i *Öppna jämförelser* också används i ekonomiska incitamentsystem. Vår enkät till hälso- och sjukvårdsdirektörer visade att det förekom i 5 av 20 landsting. Tre av dessa uppger att det är förekomsten av dessa indikatorer i *Öppna jämförelser* som har medfört att de också har blivit en del av de ekonomiska incitamentsystemen. Det kan förstås vara så att samma indikatorer ändå hade använts, exempelvis genom att hämtas från kvalitetsregister eller hälsodataregister. Någon av intervjupersonerna har påtalat att *Öppna jämförelser* har varit till hjälp för att identifiera vad som är viktigt att styra mot. Men sedan har det blivit föremål för diskussioner och utredning om de ska användas för styrning.

En slutsats är att *Öppna jämförelser* har underlättat för landstingsledningarna att få tillgång till resultat och för att sedan använda dem i ekonomiska styrsystem. Vilken påverkan det i sin tur har haft på kvaliteten i hälso- och sjukvården, och om det haft några effekter som inte var avsedda, går det inte att dra några slutsatser om. Några av intervjupersonerna har påtalat att det är först när ekonomiska styrsystem kopplas till en indikator som den får ett ordentligt genomslag i sjukvården, vilket även en del forskning tyder på (till exempel (32)). Det

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården

vore inte förvånande om det samtidigt också ökar riskerna för negativa konsekvenser. Från medierna har det kommit rapporter om bland annat underrapportering av förlösningsskador i syfte att få ekonomisk bonus (60).

### 3.6 Analys och slutsatser

*Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården* har skapat bättre möjligheter för uppföljning och jämförelser av hälso- och sjukvårdens resultat. För landstingsledning, och i viss utsträckning verksamhetschefer inom vården, utgör också *Öppna jämförelser* ett underlag för att ta strategiska beslut om vilka förbättringsområden som bör prioriteras. Sammanfattningsvis tyder vår analys på att jämförelserna har bidragit till att utveckla landstingens strukturer för styrning. I sig är jämförelserna otillräckliga för att användas i det löpande verksamhetsnära förbättringsarbetet, vilket de i sin nuvarande form inte heller har varit avsedda för.

*Öppna jämförelser* har inneburit att hälso- och sjukvårdens resultat har blivit tillgängliga, särskilt för landstingsledning, som tidigare ofta varit hänvisade till kostnadsdata och strukturella mått som ”antal vårdplatser”. En viktig konsekvens har varit att politiker och tjänstemän har kunnat föra en bättre dialog med professionerna om vårdens innehåll. Det har underlättat möjligheterna för beslutsfattare att ställa krav på förbättrade resultat och att prioritera förbättringsområden. Det har också medfört ett ökat fokus på kvalitet och sjukvårdens utfall för patienterna, inte bara på ekonomi och resurser.

Målnivåer framstår som ett prioriterat utvecklingsområde. *Öppna jämförelser* skulle bli ett kraftfullare verktyg för att utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet. Att redovisa hur respektive landsting/sjukhus/verksamhet uppfyller målnivåerna för olika områden skulle väsentligt underlätta och förbättra kvaliteten i prioriteringsarbetet. Det skulle också vara relevant för bredare målgrupper att inte bara veta hur resultaten fördelas över landstingen utan också vad som faktiskt är en god nivå. Arbete pågår med att sätta målnivåer och är på vissa områden, som stroke, ganska långt framme.

I den årliga rapporten *Öppna jämförelser* redovisas som beskrivits indikatorer och mått på vårdens kvalitet och effektivitet. Men det är stor skillnad på att ha information om kvalitet och att faktiskt använda sig av den. *Öppna jämförelser* kan för förbättringsmålet liknas vid en ”benchmarkingdatabas”. Inom benchmarkinglitteraturen är ”best practice” ett centralt begrepp, det vill säga information om *hur* de som presterar bäst har lyckats uppnå de goda resultaten (55). Att enbart få information om den egna organisationens plats på en rankingslista anses i litteraturen ha ett mer begränsat värde. En ny,



systematisk forskningsgenomgång av studier på vårdområdet har också genomförts som undersöker resultatmätning och återkoppling av den egna prestationen i relation till en professionell standard eller en målnivå (19). Den visade bland annat att granskning och återkoppling har störst effekt om den åtföljs av en tydlig åtgärdsplan. Att öppet publicera information som upplevs som rankingslistor kan ha en viss effekt – via mekanismen ”naming and shaming”, men sammanfattningsvis går det sannolikt att nå bättre resultat med mer raffinerade mekanismer, i linje med vad som diskuterats ovan.

Det kan av flera skäl vara mer realistiskt att förvänta sig synliga effekter av *Öppna jämförelser* på vissa processmått än på resultatindikatorer. Resultatmått som presenteras i *Öppna jämförelser* speglar till en viss del variationer i befolkningssammansättningen snarare än variationer i hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Det gäller till exempel måttet ”5-årsöverlevnad i lungcancer”. Det kan också ta lång tid innan effekterna av ett förbättringsarbete syns i resultatmått.

Processmått är däremot i allmänhet enklare att påverka. Ett exempel på ett processmått är andel patienter som får ”vård på strokeenhet”. Den effekt man framförallt kan vänta sig är att de landsting och enheter som är sämst utvecklas mer än de som är bättre. Vid en analys över tid av tio processindikatorer går det att se en tendens att landsting som får en dålig ranking i *Öppna jämförelser* förbättras mer än de som får en bättre ranking. Framförallt beroende på att det saknas en kontrollgrupp att jämföra med är det inte möjligt att säkerställa om vårdens processer eller resultat påverkas av offentliggörande av data. I föreliggande utvärdering finns indikationer på att det kan vara så.

Det finns en risk för negativa konsekvenser av *Öppna jämförelser* som inte ska ignoreras. Det sägs ibland att ”det som mäts blir gjort”. Omvänt finns det en risk att det som inte mäts inte blir gjort, och att resurser leds bort från en produktiv användning inom något område som inte täcks av indikatorer. Inget är heller vunnet på att samla in och rapportera data som inte används till något. Det utgör enbart en belastning på sjukvården och de andra inblandade aktörerna. Jämförelser och ranking baserat på indikatorer som inte har ett samband med ett önskat beteende eller hälsoutfall riskerar också att leda till negativa konsekvenser genom felaktiga prioriteringar. Men det finns få empiriska bevis eller exempel på sådana negativa konsekvenser.

Flera landsting har utvecklat prestationsbaserade ersättningssystem där kvalitetsindikatorer används som grund för beräkning av ersättning. Vår bedömning är att ekonomiska incitament som kopplas till indikatorbaserade jämförelser kan öka effekten av jämförelserna väsentligt, men att detta gäller både positiva konsekvenser och risken för negativa konsekvenser.







## Vårdens resultat är öppna – men alltför svårtolkade

*Öppna jämförelser har på flera sätt inneburit en verklig öppenhet och mediegenomslaget för Öppna jämförelser har ökat sakta över tid. Men presentationsformen i Öppna jämförelser är inte lämplig för allmänhet och media.*

Ett uttalat syfte med *Öppna jämförelser* är att de ska öka medborgarnas insyn i de verksamheter som beskrivs i jämförelserna. Det framhålls att medborgarna i ett demokratiskt samhälle har rätt till full insyn i vad gemensamt finansierade verksamheter åstadkommer – helt enkelt vad man får för pengarna.

Transparens och insyn för medborgarna kan åstadkommas antingen direkt genom att medborgarna själva läser *Öppna jämförelser*-rapporterna, eller indirekt genom att medierna, patientorganisationerna och andra använder sig av rapporterna och förmedlar resultaten till medborgarna. Vi förväntar oss att det andra alternativet kommer att vara den viktigaste kanalen. Ett av argumenten för detta är att rapporterna upplevs som relativt svårgenomträngliga och ett annat att medier och föreningar företräder allmänheten. Det blir en form av ”arbetsfördelning” mellan medier, organisationer och medborgare.

Verkligheten är att få känner till *Öppna jämförelser* och nästan ingen använder rapporterna. Det gäller såväl medborgare som patienter och media. En av våra informanter uttryckte det som att ”publiceringsformen är lämplig för politiker och tjänstemän men inte för medborgare”.

De personer vi intervjuat anser att rapporterna inte är anpassade för att läsas av allmänheten. Materialet är för svårgenomträngligt. Flera intervjuade

i landstingen beklagar detta och anser att allmänhetens insyn är viktig och att den sätter press på landstingen.

Urvalet av indikatorer är inte heller idealiskt för att bedöma den samlade effektiviteten av hälso- och sjukvården i ett landsting. Hälso- och sjukvårdsdirektörerna i vår enkät håller bara delvis med om att *Öppna jämförelser* på ett korrekt sätt speglar verksamheten och de resultat som uppnås. De menar att delar av *Öppna jämförelser* som syftar till att beskriva effektiviteten är underutvecklade och att det behövs mer data.

Socialstyrelsens medieinitiativ vad gäller *Öppna jämförelser* har i huvudsak rört frågor om ojämlikhet i hälsa, vård och omsorg där uppgifter från rapporterna utgör ett viktigt underlag. Socialstyrelsen och SKL anordnade tidigare en gemensam årlig presskonferens men 2011 skrevs endast ett pressmeddelande inför publiceringen av rapporten. Likartad information läggs ut på Socialstyrelsens och SKL:s hemsidor. SKL hänvisar också till Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada). Den innehåller alla basdata från jämförelserna och ger regelbundet ut nyhetsbrevet ”Kolada”.

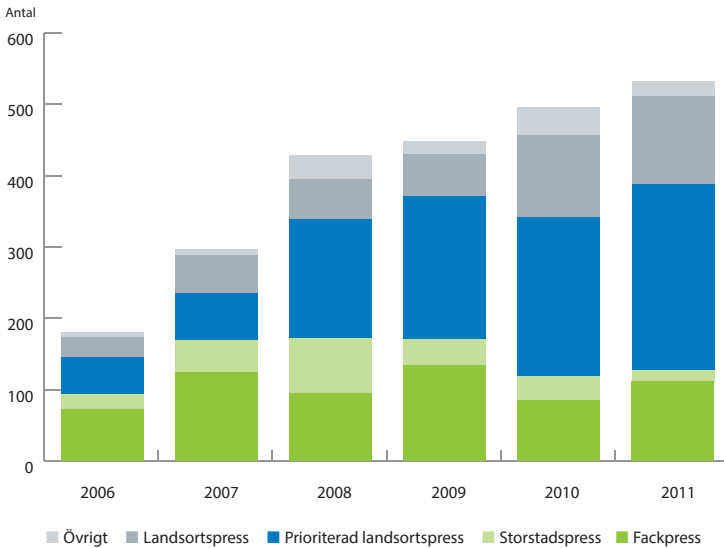
Vissa landsting gör egna analyser som används för att informera regional- och lokalpressen, exempelvis på presskonferenser. En av intervjupersonerna i ett landsting berättade att det var ett sätt att hjälpa medierna att tolka den omfattande och inte helt lättolkade informationen i *Öppna jämförelser*.

#### **4.1 Genomslaget för Öppna jämförelser har ökat i lokalmedierna men inte i riksmidierna**

Flera av intervjupersonerna har intrycket av att mediernas intresse för *Öppna jämförelser* var större i början och att det nu har avtagit. En analys av genomslaget i medierna visar att intresset från riksmidierna och fackpress visserligen har avtagit, men att det har ökat från lokalmedierna. Det sammantagna medieintresset förefaller ha ökat över tid.

Medieanalysen bygger på sökningar i Retrievers Mediearkiv, där svensk tryckt press, etermedier och webb tagits med. Pressmeddelandesajter och nyhetsbyråer har exkluderats, liksom sociala medier. Uppskattningsvis ligger totalsiffran för mediegenomslag under åren 2006–2011 på cirka 2 000 artiklar som refererar till någon av rapporterna inom antingen hälso- och sjukvård eller vård och omsorg om äldre, där troligen cirka tre fjärdedelar handlar om hälso- och sjukvården. Anledningen till att det är svårt att få fram exakta siffror är att rapporterna benämns på en lång rad olika sätt av medierna.

**Figur 11.** Utvecklingen över tid och i olika medier för genomslaget av *Öppna jämförelser*.



En intressant fråga är om rapporterna tagits emot olika beroende på år. Vi kan ana ett större fokus under tidigare år på själva rapporterna, att de görs, och att man har utvecklat en metod med öppna jämförelser och att de kan leda till bättre vård. Under senare år har medierna mer använt rapporterna som referens, ett slags facit, till aktuella problem i vården runtom i Sverige. Den vanligaste typen av artikel är genomgående under alla år en artikel där vården och förhållandena i den egna bygden och i ortens landsting presenteras. Box 3 visar några exempel.

**Box 3.** Exempel på rubriker i tidningar i samband med lanseringen av Öppna jämförelse-rapporter olika år.



Det finns inget direkt som skiljer rapporteringen på själva lanseringsdagen mot rapporteringen över tid. Fokus ligger på hur förhållandena är på olika orter i Sverige. Fackmedierna, som *Dagens Medicin*, har generellt en mer kritisk hållning till produkten *Öppna jämförelser*.

#### 4.2 Öppna jämförelser är intressanta, men kan vara svärgenomträngliga

Myndigheten har också intervjuat två journalister (en från fackpress och en från lokalpress) om deras syn på *Öppna jämförelser*. I intervjuerna framkommer att materialet upplevs som svärgenomträngligt: ”Det verkar som att man medvetet gjort det krångligt”. En journalist påtalar att det skulle behövas mer stöd för läsaren i vad bland annat terminologin betyder och hur viktiga olika mått är. Rådet blir: redovisa alla data, men hjälp mottagaren. Som en av journalisterna uttrycker det är journalister i allmänhet ”fascinerade av siffror men dåliga på statistik”. Färgmarkeringarna anses tydliga och bra ur ett medialt perspektiv, men förrädiska eftersom de är helt relativa.

För att öka medias intresse föreslår de intervjuade journalisterna att rapporterna skulle behöva visa utvecklingen över tid samt lyfta fram skillnader framförallt mellan regionens olika sjukhus. Särskilt för lokala och regionala medier är det mest intressant att kunna skriva om skillnader mellan olika

enheter inom regionen. Skillnader mellan landsting har ett mer begränsat intresse för medierna.

Ändå framhåller en av de intervjuade journalisterna att data är intressanta, särskilt ur ett medborgarperspektiv, och att det är något av en gåta varför inte mediernas intresse är större. En delförklaring enligt journalisterna kan vara att publiceringen av *Öppna jämförelser* sammanfallit med att medierna har tagit bort eller kraftigt minskat antalet specialreportrar.

Men det finns en viss ambivalens inför att ge information till medier och allmänhet på så vis att alla inblandade inte anser att det är syftet med *Öppna jämförelser*. Enligt en av journalisterna vi intervjuat var många på landstingen och många av de som arbetade med jämförelserna i början oroliga för om medierna och allmänheten skulle förstå jämförelserna och tolka dem på rätt sätt. Ett tidigare försök när data på hjärtområdet offentliggjordes ansågs besanna alla farhågor om mediernas miss- och feltolkning av data (58).

### 4.3 Patientorganisationerna använder *Öppna jämförelser* i begränsad utsträckning

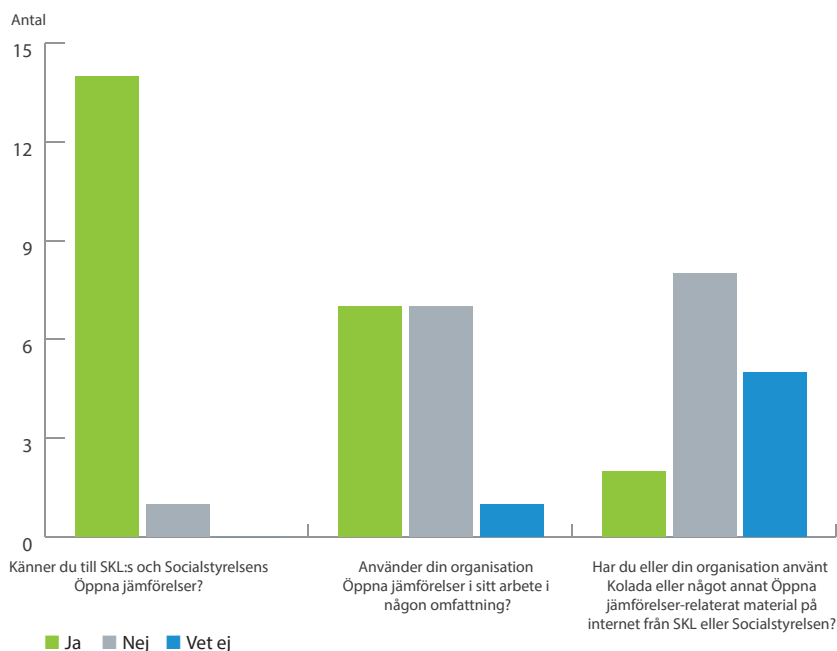
Som nämnts är rapporterna inom hälso- och sjukvården inte utformade för att stödja patienternas val av vårdgivare. Patienterna är förstås ändå den grupp som har kanske störst intresse av utvecklingen och kvaliteten i vården och därmed ett stort behov av transparens.

Under utvärderingens gång tillfrågades representanter för de patientorganisationer som är ledamöter i Vårdanalys patientråd om användningen. Bilden var ganska samstämmig: organisationerna använder inte *Öppna jämförelser* och anser inte att de har så stort värde för deras verksamhet. *Öppna jämförelser* uppfattades av flera patientförbundsrepresentanter som jobbig och svår. De ansåg att kvalitetsregistren var en mer användbar informationskälla än rapporterna.

Denna bild bekräftades delvis i enkätundersökningen till patient- och pensionärsorganisationerna, men de som besvarade enkäten var överlag något mer positiva till *Öppna jämförelser*. Alla respondenter utom en kände till rapporten och sju använde *Öppna jämförelser* i organisationsarbetet i någon omfattning. De organisationer som inte använde resultaten angav som skäl att rapporten inte innehöll information som var relevant för deras medlemmar, att de inte alls kände till den, eller inte tillräckligt väl, och att de inte visste vad de skulle använda jämförelserna till. Dessutom använde organisationerna inte det *Öppna jämförelser*-material som finns på internet i någon nämnvärd utsträckning (se figur 12).



**Figur 12.** Enkät svar från patient- och pensionärsorganisationer.



#### 4.4 Analys och slutsatser

*Öppna jämförelser* har på flera sätt inneburit en verklig öppenhet. Tidigare fanns mycket mindre offentligt tillgänglig och användbar information att tillgå om vårdens kvalitet och prestationer.

Det finns ett stort egenvärde i att data finns tillgängliga. Trots det har öppenhetsmålet enligt Vårdanalys bedömning inte nåtts fullt ut. Få utanför hälso- och sjukvården känner till *Öppna jämförelser*, Det gäller såväl patienter som medborgare och medier. Allmänheten kan i första hand förväntas få information genom mediernas rapportering. Utvärderingen visar att presentationen av jämförelserna är mer lämpad för tjänstemän i landstingen än för allmänhet och medier. De upplever materialet som svårgenomträngligt.

Utvärderingen visar att mediegenomslaget för *Öppna jämförelser* har ökat sakta över tid. Men det har också förändrats så att genomslaget i nationella medier och fackpress minskat medan det har ökat i lokalmedierna.

En förutsättning för bättre kommunikation som förverkligar öppenhetsmålet är att "breda valet av kommunikationskanaler" och använda Internet i ökad utsträckning. Ett viktigt steg är informationsförmedling via tjänster som patienterna utnyttjar, till exempel 1177 och Vårdguiden.







## Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

*Öppna jämförelser har synliggjort brister i data om hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet och pekat ut vilka områden som bör förstärkas. Indikatorerna i Öppna jämförelser omfattar en stor del av hälso- och sjukvården men flera stora områden är bristfälligt täckta. Öppna jämförelser verkar ha haft en viss positiv påverkan på datakvaliteten men då det ställs täckningsgradskrav på de kvalitetsregister som används har Öppna jämförelser i sig inte påverkat täckningsgraden i någon större utsträckning.*

Ett av delsyftena med *Öppna jämförelser* är att de ska ha en positiv effekt på datakvaliteten i hälso- och sjukvården, och att diskussioner om hälso- och sjukvårdens resultat därmed ska baseras på fakta. För att vara användbart och ge korrekta analyser måste data vara av god kvalitet och eventuella felkällor vara kända. Med god kvalitet på data avses i detta sammanhang att det inte finns stora bortfall, att uppgifterna är pålitliga och därmed jämförbara (56).

En öppen redovisning av resultat genom *Öppna jämförelser* är tänkt att leda till att inrapporterade data får en bättre kvalitet och täckningsgrad genom att det ger incitament för enheter och landsting att rapportera korrekta data som också har bra täckningsgrad. Det ska i sin tur ge rättvisa och användbara resultat. Dessutom ska *Öppna jämförelser* också göra att brister i dataunderlag påvisas. De öppna jämförelserna ska enligt den nationella strategin för öppna jämförelser omfatta de patientgrupper som motsvarar den

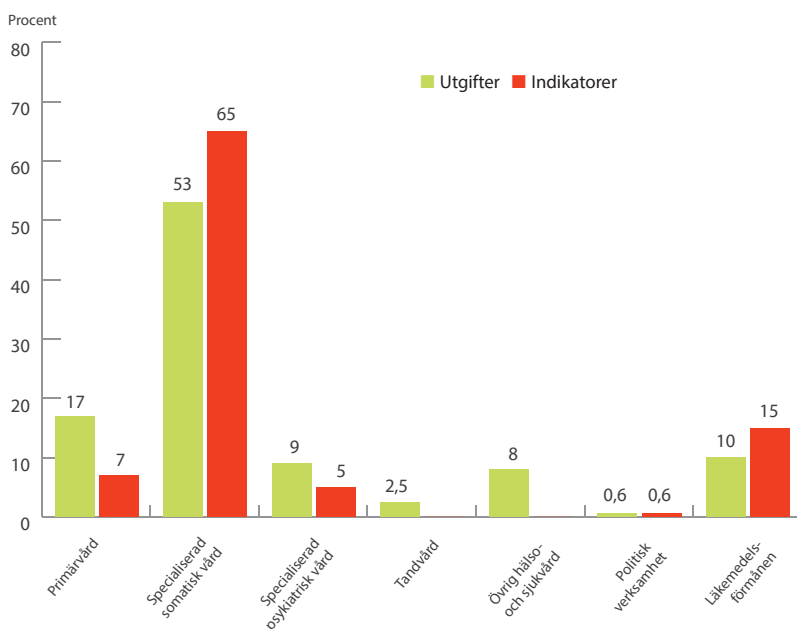
Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

största delen av hälso- och sjukvårdens kostnader och volym, för att ge en så heltäckande bild som möjligt (47).

## 5.1 Indikatorerna täcker en stor del av hälso- och sjukvårdens kostnader och volymer

Landstingens utgifter för hälso- och sjukvård var 2011 cirka 234 miljarder kronor (26). Vi har försökt analysera i vilken utsträckning indikatorerna i *Öppna jämförelser* omfattar dessa utgifter. En svårighet är att *Öppna jämförelser* till stora delar är uppbyggda efter indelning i diagnoser och specialitetsområden (till exempel "cancer"). Den ekonomiska redovisningen i sjukvården är istället indelad efter organisatorisk hänsyn (till exempel "specialiserad somatisk vård"). Figur 13 visar kostnaderna i hälso- och sjukvården fördelade på detta sätt. Figuren visar även hur indikatorerna i *Öppna jämförelser* fördelas på samma kategorier. 16 indikatorer gick inte att klassificera på det här viset och klassificeringen kan naturligtvis diskuteras.

**Figur 13.** Landstingens utgifter i procent av totala utgifter för hälso- och sjukvård 2011 samt fördelning av indikatorer i *Öppna jämförelser* i procent av totala antalet indikatorer.



DRG (Diagnosis Related Groups eller diagnosrelaterade grupper) används för att klassificera liknande diagnoser i en och samma kategori inom slutenvård,

psykiatri, rehabilitering, dagkirurgi och specialiserad öppenvård. Systemet möjliggör en analys enligt samma logik som indikatorerna inom *Öppna jämförelser*. Begränsningen är att bara drygt hälften av de totala sjukvårdsutgifterna omfattas av DRG. Indikatorer i *Öppna jämförelser* har parats ihop med de kostnads- och volymmässigt största DRG:erna. Vi valde ut 170 DRG:er som täcker 75 procent av kostnaderna och 100 som omfattar 88 procent av volymen.

En analys av dessa data ger att 83 procent av DRG:erna med högst *kostnad* täcks av minst en indikator (av de 170 DRG:er som omfattar 75 procent av kostnaderna), så att:

- 21 procent av DRG:erna som har högst kostnad täcks av minst en strukturindikator
- 49 procent av DRG:erna som har högst kostnad täcks av minst en processindikator
- 71 procent av DRG:erna som har högst kostnad täcks av minst en resultatindikator

Av DRG:erna med högst *volym* täcks 77 procent av minst en indikator (av de 100 DRG:er som omfattar 88 procent av volymen), så att:

- 11 procent av DRG:erna med högst volym täcks av minst en strukturindikator
- 54 procent av DRG:erna med högst volym täcks av minst en processindikator
- 64 av de 100 DRG:erna med högst volym täcks av minst en resultatindikator

*Indikatornätet är grovmaskigt och vissa områden är bristfälligt täckta*

DRG:er med stora volymer eller kostnader tenderar alltså att täckas av minst en indikator, men det finns fortfarande väsentliga luckor. Om vi exkluderar några mycket breda indikatorer som "undvikbar slutenvård" saknar 25 procent av DRG:erna med högst kostnader helt indikatorer. Däribland finns till exempel vård vid trauma, KOL-vård, inflammatorisk tarmsjukdom, missbruk och allergiutredning.

Att det finns minst en indikator betyder naturligtvis inte att en verksamhet eller diagnos är adekvat täckt. Det är rimligt att tro att det i normalfallet behövs mer än en indikator för att kunna göra samlade bedömningar om hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Intervjupersonerna i utvärderingen bekräftar att det finns områden som är bristfälligt täckta. Områden som nämns är bland annat primärvård, psykiatri, tandvård, barnsjukvård, ambulanssjukvård, rehabilitering och geriatrik. Det görs nu vissa satsningar på utökad datainsamling i primärvård, psykiatri och för sjuka äldre för att uppföljningen ska kunna förbättras.

För hälso- och sjukvården och omsorgen för sjuka äldre har regeringen



Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

i överenskommelse med SKL satsat på ett prestationsersättningssystem för deltagande i kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret. Sedan 2012 är även kvalitetsregistren BPSD och Svenska demensregistret med i satsningen. Det ska förbättra uppföljningen av vård och omsorg för äldre och möjliggöra jämförelser. För psykiatrin har det gjorts satsningar på ett antal nationella kvalitetsregister, en gemensam portal för inrapportering och ett specifikt registercentrum. Socialstyrelsen har också haft regeringens uppdrag att utarbeta ett förslag för hur en rikstäckande datainsamling från primärvården bör genomföras. Det publicerades i rapporten *Nationell datainsamling i primärvården* i mars 2012 (52). Det kommer av allt att döma att ta tid innan dessa datakällor är tillräckligt utbyggda för att göra jämförelser.

## 5.2 Öppna jämförelser bygger på väl utbyggda register men det finns problem med täckningsgrad och datakvalitet

Sverige har en lång tradition av att föra register och använda personnummer. Hälso- och sjukvårdens professioner har arbetat aktivt för att använda register för uppföljning och forskning och det finns jämfört med andra länder en mycket stor mängd data av hög kvalitet. Hälso- och sjukvården är väl tillgodosedd med långt utvecklade nationella register som upprätthålls av Socialstyrelsen och av professionsgrupperingar, ofta kring en specialitet.

*Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården består uteslutande av data som redan samlats in i andra sammanhang. Viktiga indikatorer väljs ut från olika datakällor, sammanställs och publiceras i produkten *Öppna jämförelser* samlat för hela hälso- och sjukvården. Eftersom principen har varit att använda redan insamlade data är man hänvisad till att använda det som finns. Däremot kan användningen av *Öppna jämförelser* göra att bristande dataunderlag uppmärksammas, vilket också kan ha en indirekt effekt på utbudet av data från olika register.

Data till indikatorerna i *Öppna jämförelser* hämtas från ett antal datakällor, framförallt:

- Medicinska kvalitetsmått hämtas framförallt från hälsodataregistren hos Socialstyrelsen som är obligatoriska att rapportera till enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister, genom en förordning för respektive register samt ett antal föreskrifter som preciserar vad som ska rapporteras, hur och när. Medicinska kvalitetsmått hämtas även från nationella kvalitetsregister som drivs av professionsgrupperingar.
- För mått på patienterfarenheter används Vårdbarometern, Nationella patientenkät och i viss utsträckning även de nationella kvalitetsregistren.

Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

- Mått på tillgänglighet och väntetider hämtas huvudsakligen från rapportering till den nationella Väntetidsdatabasen, men också från nationella kvalitetsregister.
- Kostnadsuppgifter hämtas från SCB:s ekonomistatistik och SKL:s verksamhetsstatistik och används också tillsammans med DRG-gruppering för att redovisa kostnad per prestation. Kostnader för specifika behandlingar redovisas med hjälp av KPP-databasen.

För vissa av de övergripande indikatorerna i *Öppna jämförelser* görs avancerade bearbetningar av rådata, exempelvis indikatorn undvikbar slutenvård.

De följande avsnitten diskuterar dessa datakällor mer ingående.

### *Stora delar av öppenvården omfattas inte av hälsodataregistren*

När det gäller hälsodataregistren hos Socialstyrelsen förs de för följande ändamål:

- framställning av statistik,
- uppföljning och utvärdering,
- kvalitetssäkring,
- forskning samt
- epidemiologiska undersökningar.

I dag finns fem hälsodataregister: Patientregistret, Medicinska födelseregistret, Cancerregistret, Läkemedelsregistret och Tandhälsoregistret. Dessutom ansvarar Socialstyrelsen för Dödsorsaksregistret som också ger underlag för den officiella statistiken om dödsorsaker i Sverige. Hälsodataregistren regleras i lagen (1998:543) om hälsodataregister och tillhörande förordningar (2001:707, 2001:708, 2001:709, 2005:363 och 2008:194). Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården har en skyldighet att rapportera uppgifter till hälsodataregistren. I lagen och i förordningarna regleras vilka uppgifter som får finnas i registren, liksom skyldigheten att lämna uppgifter till registren. Vilka uppgifter som ska lämnas in preciseras genom föreskrifter från Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har inga sanktionsmöjligheter gentemot de som inte fullgör sin skyldighet att rapportera till hälsodataregistren.

Hälsodataregistren har långa tidsserier och har använts för omfattande statistik och forskning under många år. De är en viktig grundförutsättning för att vi har en i internationella jämförelser mycket god statistik om hälso- och sjukvården i Sverige. Hälsodataregistren används också för täckningsgradsjämförelser med kvalitetsregistren. Det är viktigt både för kvalitetssäkringen av hälsodataregistren, till vilka det finns en skyldighet att rapportera, och för



kvalitetsregistren, till vilka rapporteringen är frivillig.

Ett problem är att hälsodataregistren inte omfattar hela hälso- och sjukvården. Det saknas i dagsläget författningsstöd för att samla in data från primärvården och för icke-läkarinsatser i den specialiserade öppenvården. Patientregistret får enligt förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen innehålla uppgifter som rör patienter som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården samt om de som behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård.

Cirka hälften av alla läkarbesök i öppenvården sker i primärvården. Primärvården utgör 17 procent av nettokostnaderna för hälso- och sjukvården. Men för primärvården saknas data om kontakter, diagnoser och åtgärder (52). När det gäller rapporteringen från den specialiserade öppenvården har det varit stora bortfall från privata vårdgivare. Men Socialstyrelsen anger att täckningsgraden för de privata vårdgivarna har ökat (51). Att en stor och växande del av vården i öppenvården utförs av andra professioner än läkare gör också att en stor del av hälso- och sjukvården saknas i Patientregistret. Det gör också täckningsgradsanalyser svåra för vissa av kvalitetsregistren som används i öppenvården och primärvården. För det nationella diabetesregistret görs istället täckningsgradsjämförelser med Läkemedelsregistret.

Data ur hälsodataregistren används för forskning som har bidragit till att sjukvården har förbättrats (49). Att det är obligatoriskt att rapportera till hälsodataregistren, och att de används för forskning samt kvalitetssäkras av Socialstyrelsen gör att de kan upprätthålla en relativt sett god datakvalitet. Det har dock uppmärksammats att hälsodataregistren sällan är föremål för vetenskapliga valideringsstudier (35). Det finns också vissa problem med kvaliteten i kodningen.

### *De nationella kvalitetsregistren täcker stora delar av slutenvården men täckningsgrad och datakvalitet varierar*

År 2012 var 73 nationella kvalitetsregister i drift och 27 var registerkandidater. De drivs av professionerna i sjukvården, ofta inom en specialitet. Med nationella kvalitetsregister avses register som har upprättats för att följa och utveckla kvaliteten i hälso- och sjukvården och göra jämförelser mellan olika enheter. De finansieras offentligt från beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister. Av dessa register har ett fyrtiotal använts i *Öppna jämförelser* och de står för cirka hälften av indikatorerna. Fler områden täcks alltså av de nationella kvalitetsregistren än vad som finns med i *Öppna jämförelser*.

The Boston Consulting Group uppskattade 2009 att de nationella kvalitetsregistren täckte cirka 25 procent av de samlade hälso- och sjukvårdskost-



naderna 2007. För den specialiserade slutenvården beräknades 41 procent av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna vara täckta av nationella kvalitetsregister (15). Den översyn av de nationella kvalitetsregistren som publicerades 2010 kom fram till att utvecklingen av kvalitetsregister särskilt behöver koncentreras till primärvården, psykiatrin och äldreården (42).

Rapporteringen till kvalitetsregistren är, till skillnad från hälsodataregistren, frivillig för vårdgivarna. Patienterna kan också välja att inte delta i registren. De nationella kvalitetsregistren har växt fram som ett resultat av att engagerade personer inom hälso- och sjukvårdens olika specialiteter har byggt upp register för att kunna jämföra vårdens utfall, utvärdera olika behandlingsstrategier och studera bakgrundsfaktorerens betydelse för sjukdomar och hälsoutfall. Det innebär att indikatorerna ofta har hög acceptans och anses vara valida. Men det finns en stor variation i kvalitetsregistrens upplägg, täckningsgrad och kvalitet, vilket inte minst beror på hur långt de har kommit i sin utveckling och användning.

Det finns en ambition hos de flesta register att publicera data öppet. Men varje register publicerar sina data separat och den huvudsakliga målgruppen är de yrkesgrupper som arbetar med just det sjukdomsområdet. Registrens egna publikationer ger omfattande och djup information om just det sjukdomsområdet eller behandlingen. *Öppna jämförelser* innebär att ett urval av indikatorer blir kända för en bredare målgrupp. Om fler indikatorer från kvalitetsregistren uppnår kraven för datakvalitet för att kunna publiceras i *Öppna jämförelser* kan fler områden och dimensioner blir mer fullständigt täckta i rapporterna. Ett viktigt utvecklingsområde för kvalitetsregistren just nu är patientrapporterade utfallsmått (PROM).

### *Den nationella patientenkäten och Vårdbarometern har vissa brister i svarsfrekvens*

Nationell patientenkät är en nationell undersökning av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Den skickas ut till personer som nyligen har vårdats som patienter. Den första nationella patientenkäten genomfördes i primärvården 2009 och har därefter genomförts årligen, vartannat år inom primärvården och vartannat år inom specialiserad vård. Svarsfrekvensen ligger på mellan 55 och 65 procent, förutom för psykiatrienkäten som haft en svarsfrekvens på endast 35 procent i slutenvården och 43 procent i öppenvården. Det är inte klarlagt om deltagandet är representativt även för de som inte har svarat. (11)

Vårdbarometern är en intervjuundersökning där alla Sveriges landsting och regioner deltar och där en halv procent av den vuxna befolkningen inter-



Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

vjuas per telefon. Vårdbarometern mäter attityder, kunskaper och förväntningar på hälso- och sjukvården.

### *Definitionerna i väntetidsdatabasen har blivit mer enhetliga*

Väntetider i vården används för att följa upp hur landstingen uppfyller vårdgarantin som reglerar inom vilken tid patienter ska få tillgång till vård. Vårdgarantin innebär att en patient ska få kontakt med primärvården samma dag och att han eller hon ska få ett beslutat läkarbesök i primärvården inom sju dagar. Ett besök inom den planerade specialiserade vården ska erbjudas inom högst 90 dagar efter beslut och en beslutad behandling ska ges högst 90 dagar efter beslut. Enligt rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011* förbättras kvaliteten på data och svarsfrekvensen anges vara bra de senaste åren.

Socialstyrelsens uppföljning från 2010 av vårdgarantin och kömiljarden konstaterade en kraftig ökning av andelen patienter som registrerades för att ha valt att inte åberopa vårdgarantin, ”patientvald väntan”, eller som ”medicinskt orsakad väntan”. Socialstyrelsen konstaterade också att det rådde skillnader mellan landstingens definitioner av begreppen (50). Sedan detta uppmärksammats tog SKL och landstingen 2010 fram enhetliga definitioner patientvald väntan/frivilligt väntande och medicinskt orsakad väntan. Det förväntades leda till bättre jämförelser över tid och mellan olika vårdgivare. Socialstyrelsens uppföljning från 2012 visar att majoriteten av landstingen numera använder de gemensamma definitionerna. Men sex landsting uppgav också att det fortfarande finns problem med inrapporteringen eller kvalitets-säkringen av väntetidsuppgifterna. Myndigheten konstaterar att databasen har utvecklats, att definitionerna blivit tydligare och landstingens tillämpningar har blivit mer lika vilket gör data tillförlitligare. (54)

### *Brister i kostnadsdata gör det svårt att jämföra effektiviteten*

De öppna jämförelserna ska avse både kvalitets- och effektivitetsjämförelser. Effektivitetsdata kräver att kvalitetsresultaten kan ställas i förhållande till insatta resurser. För att kunna göra det pågår en utveckling av KPP-redovisningen, det vill säga Kostnad Per Patient, som är en diagnos- och åtgärdsbase-rad kostnadsredovisning. Syftet är att följa kostnader per vårdtillfälle.

KPP-rapporteringen omfattar idag cirka 70 procent av den somatiska slutenvården. Däremot omfattas endast 15–20 procent av psykiatri och primärvården omfattas inte alls. Arbetet med att utveckla KPP till primärvård och psykiatri varierar också mellan landstingen. När en handlingsplan för att utveckla KPP-redovisningen publicerades av SKL hade nio landsting inte börjat

Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

införa KPP i psykiatri och 14 landsting hade inte börjat införa KPP i primärvården. Tre av landstingen använder inte KPP. Handlingsplanen för att påskynda implementeringen av KPP i alla landsting och vårdområden visade att det behövs mer heltäckande data för att kunna göra jämförelser. Särskilt primärvården, läkemedel och rehabilitering lyftes fram i handlingsplanen, som ännu inte har antagits. (27)

### 5.3 Öppna jämförelser kan ge bättre förutsättningar för god täckningsgrad

I de intervjuer och enkäter som har genomförts inom utvärderingen samt genom andra rapporter och publicerade artiklar har vissa problem med underliggande data uppmärksammats. De problem som kan hänföras till problem i underliggande registerdata är främst:

- ▶ Bristande täckningsgrad
- ▶ Icke analyserade bortfall
- ▶ Felrapportering och skillnader i rapportering

Täckningsgradsproblemet kan dels handla om bristande täckningsgrad, dels skillnader i täckningsgrad. Den definieras oftast som antal registrerade patienter och ingrepp eller liknande i registret relaterat till antal patienter och ingrepp eller motsvarande totalt. Det visar hur stor andel av det som registret ska följa och som det faktiskt fångar upp. I andra fall definieras täckningsgrad som hur stor andel av enheterna som utför en viss behandling eller motsvarande och som deltar i ett register. Båda är viktiga för att kunna göra korrekta jämförelser. Dessutom är det viktigt att bortfallet i register och undersökningar analyseras ordentligt. Det måste göras för att kunna säkerställa registrets eller undersökningens representativitet och att det inte finns systematiska bortfall som påverkar resultatet.

Förutom skillnader i täckningsgrad mellan olika enheter och landsting finns det också skillnader i hur man rapporterar, vad som rapporteras och hur olika variabler definieras. Sådana skillnader har i vissa fall identifierats genom att data har analyserats, efter publicering i *Öppna jämförelser*, och därmed kunnat korrigeras (se box 4).



**Box 4.** Exempel från HIV-sjukvården på hur öppen redovisning av data synliggjorde databrister.

### Val av transportrör för HIV-RNA gav skillnader i behandlingsresultat inom HIV-sjukvården

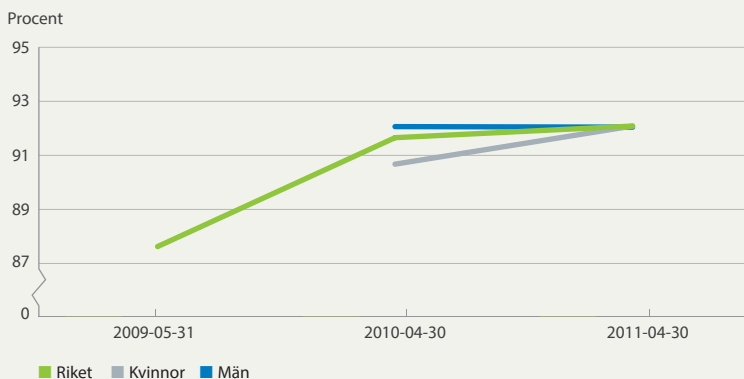
I Sverige finns 5 957 personer med HIV. En person med välbehandlad HIV har i Sverige idag en förväntad normal livstid. InfCare HIV är ett nationellt kvalitetsregister som följer vården av personer med HIV i Sverige. Syftet med InfCare HIV är att ge patienterna en god och jämlik vård, oavsett smittväg och vårdgivare. InfCare HIV har en täckningsgrad på över 99 procent.

Den viktigaste indikatorn för behandling av HIV-patienter är virusmängd i blod, HIV-RNA. Det följs för alla patienter. Om HIV-RNA < 50 kopior/ml når patienten behandlingsmålet och betraktas som fri från virus. Måttet är direkt relaterat till överlevnad vid HIV-infektion.

Sedan 2008 är indikatorn God viruskontroll vid HIV, det vill säga andel patienter med HIV-RNA < 50 kopior/ml med i Öppna jämförelser. År 2008 varierade resultaten avseende hur stor andel av patienterna som nådde behandlingsmålet mellan landstingen från 47 till 94 procent. År 2011 hade skillnaderna minskat till mellan 80 och 98 procent. Idag når 92 procent av de behandlade patienterna behandlingsmålen och är varaktigt virusfria. InfCare HIV har som mål att 90 procent av patienterna har god viruskontroll.

Enligt registerhållaren beror de förbättrade resultaten främst på tre orsaker: ökat fokus på HIV-sjukvården i landstingen, bland annat genom ökad användning av konsultationstjänsten i InfCare HIV, men också genom att extern konsult från universitetsklinik anlätts, att alla kliniker nu redovisar aktuella, uppdaterade data samt att tidigare skillnader i provhantering (transportrör för HIV-RNA) vid mikrobiologiska laboratorier i Syd- och Västsverige åtgärdats.

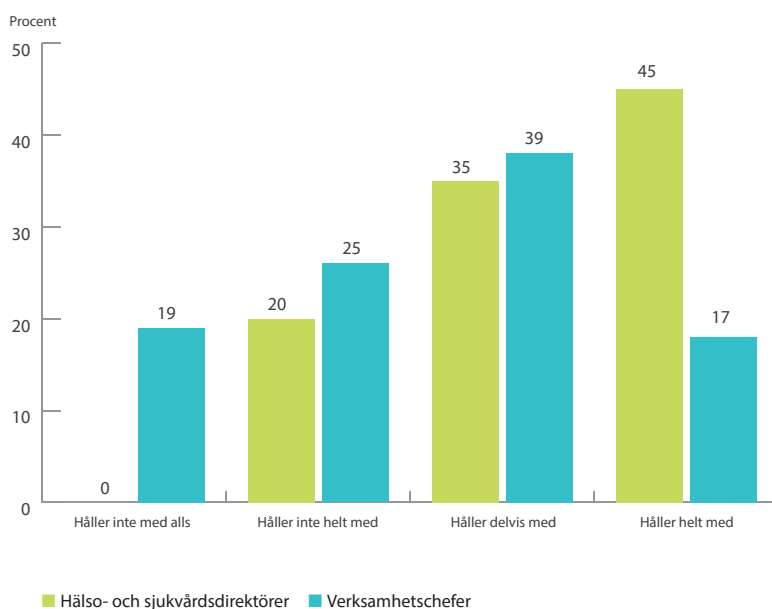
**Figur.** Diagram från Öppna jämförelser 2011 som visar andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA <50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling.



(Källa: Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting, 2010, Guldgruvan i hälso- och sjukvården, underlag från Veronica Svedhem Johansson, registerhållare InfCare HIV samt SKL och Socialstyrelsen, Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2011)

Den rapport som publicerades av Socialstyrelsen och SKL efter den första *Öppna jämförelser*-rapporten kom fram till att *Öppna jämförelser* hade påverkat redovisningsprocesserna. De hade åstadkommit ett tryck på en bättre täckningsgrad i rapporteringen till kvalitetsregistren samt för kvalitetssäkring av data och rutiner för registrering, kvalitetsregister och väntetidsdatabasen (25). I den enkät till hälso- och sjukvårdsdirektörerna som genomfördes som en del av denna utvärdering håller 80 procent helt eller delvis med om att *Öppna jämförelser* har bidragit till en ökad användning av eller rapportering till de nationella kvalitetsregistren. Av de verksamhetschefer som besvarat enkäten är andelen lägre, 56 procent, och knappt 20 procent håller inte alls med om att jämförelserna skulle ha bidragit till ökad användning och rapportering (se figur 14).

**Figur 14.** Enkät svar från hälso- och sjukvårdsdirektörerna och verksamhetscheferna på förfrågan om de anser att *Öppna jämförelser* har bidragit till en ökad användning av och rapportering till de nationella kvalitetsregistren.



För att visa indikatorer i *Öppna jämförelser* har det ställts krav på en viss täckningsgrad för data. I 2011 års rapport togs även indikatorer från register med lägre täckningsgrad än tidigare med i rapporten. När kvaliteten i jämförelserna diskuteras är det ofta täckningsgraden och skillnader i den som är i



fokus. I landstingens egna rapporter från 2012 till SKL om hur de öppna jämförelserna inom hälso- och sjukvård analyseras påtalar flera att täckningsgraden behöver utvecklas inom vissa områden. Områden som pekas ut är bland annat diabetesvård och psykiatri. Från vissa intervjupersoner i utvärderingen har det föreslagits att täckningsgraden borde visas i samband med varje indikator, helst för varje landsting, och inte bara i en bilaga till *Öppna jämförelser*.

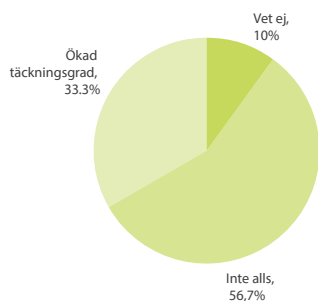
För de kvalitetsregister som är med i *Öppna jämförelser* och för vilka Socialstyrelsen har genomfört täckningsgradsjämförelser med hälsodataregistren varierar täckningsgraden mellan 61,8 och 98,5 procent, men de flesta ligger över 80 procent. De flesta har också blivit bättre sedan året före. Av de kvalitetsregister som användes i *Öppna jämförelser* 2011 redovisades resultatet av täckningsgradsanalyser för endast 15 av 40 nationella kvalitetsregister som används som datakällor.

Flera av intervjupersonerna i denna utvärdering har påtalat att *Öppna jämförelser* kan ha inneburit att registreringen till kvalitetsregister och hälsodataregister har blivit bättre, genom krav på förbättringar från landstingsledningen. En av de intervjuade landstingsföreträdarna påtalade att om registerdata är offentliga blir det ett större intresse för att de är korrekta, och att det är en av de viktigaste effekterna av jämförelserna. Denna slutsats stöds av hälso- och sjukvårdsdirektörerna (se Figur 14).

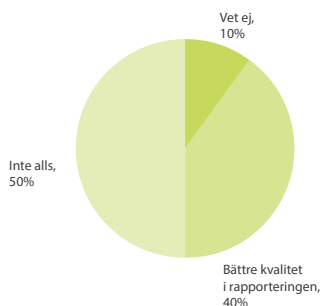
Bland de kvalitetsregisterhållare, vars register har deltagit i någon eller några *Öppna jämförelser*, är bilden lite annorlunda. I en enkät till de kvalitetsregisterhållare som haft register som deltagit ställdes frågan om de anser att *Öppna jämförelser* har påverkat rapporteringen på något sätt. En knapp majoritet svarade att täckningsgraden inte har påverkats och nästan lika många anser att kvaliteten i rapporteringen inte har påverkats (se figur 15 och figur 16). Ingen av registerhållarna har svarat att *Öppna jämförelser* har påverkat täckningsgraden eller kvaliteten i rapporteringen negativt. En förklaring till att flera av registren som deltar i *Öppna jämförelser* inte ser att rapporteringen påverkas är att det i urvalsprocessen av indikatorer krävs en viss täckningsgrad och kvalitet i data. Det bekräftas av de registerhållare som har intervjuats. Det är möjligt att om fler register med lägre täckningsgrad i utgångsläget skulle tas med i *Öppna jämförelser* skulle effekten på täckningsgraden bli större.

Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

**Figur 15.** Enkät svar från kvalitetsregisterhållare på frågan om de anser att täckningsgraden har påverkats av registrets deltagande i *Öppna jämförelser*.



**Figur 16.** Enkät svar från kvalitetsregisterhållare på frågan om de anser att kvaliteten i rapporteringen till kvalitetsregistret har påverkats av registrets deltagande i *Öppna jämförelser*.



Över tiden ser vi en ökning i täckningsgraden för både kvalitetsregister och hälsodataregister, men det är inte möjligt att härleda detta till *Öppna jämförelser*. Vid en kontroll av täckningsgraden hos de register som varit med sedan *Öppna jämförelser* startade och där vi har täckningsgradsdata sedan åren före kan vi inte se någon snabbare ökning av täckningsgraden efter 2006. En förklaring kan vara att dessa register varit väl etablerade redan innan de började användas i *Öppna jämförelser*, vilket också varit ett krav för att deras indikatorer skulle tas med.

Vi har också studerat antalet registreringar 2006–2011 i de nationella kvalitetsregister som hade en eller flera indikatorer med i *Öppna jämförelser* 2008 och/eller 2009 för att se om antalet registreringar verkar öka snabbare sedan det använts i *Öppna jämförelser*. Registreringarna har ökat över tiden, vilket delvis kan vara en effekt av att produktionen har ökat. Men vi kan inte se någon snabbare ökning i antalet registreringar sedan registren publicerat data i *Öppna jämförelser*. Detta gäller för de register där det har varit möjligt att studera



Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

förändringen i antalet registreringar före och efter registret började användas i *Öppna jämförelser*, utifrån uppgifterna i 2011 års ansökningar till beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister. Det har kunnat göras för de register som började användas i *Öppna jämförelser 2007–2009*, det vill säga nio register. Där visar analysen att den genomsnittliga årliga ökningen i antalet registreringar var 19 procent före inträdet och efter inträdet 17 procent.

#### **5.4 Många anser att rankningen är problematisk och att case mix-justeringar bör göras**

De problem som främst kommer fram i intervjuer och enkäter vad gäller statistisk bearbetning och hur data presenteras är:

- ▶ Osäkerhet i rankningen
- ▶ Avsaknad av case mix-justering
- ▶ Icke tillräckliga beskrivningar av felkällor

När det gäller hur data presenteras i *Öppna jämförelser* är problem med rankningen det som lyfts fram oftast bland dem som har intervjuats i utvärderingen. Stora konfidensintervall och/eller små skillnader mellan landsting gör att rankningen blir osäker. Det har också uppmärksammats att det för små regioner för vissa indikatorer kan vara mycket få observationer bakom indikatorn. Då ger slumpvariationerna stora konfidensintervall som gör rankningen och färgläggningen osäker (14). Se Box 5 avseende de mycket små skillnader mellan landstingen i andel MPR-vaccinerade barn, som visas uppdelade på röda, gula och gröna landsting.

Statistiker har också varnat för att rankningen har metodologiska problem. De kan hänföras till att olika urval av patienter som får samma behandling har olika genomsnittresultat och till att registerdata inte alltid är tillförlitliga (41).

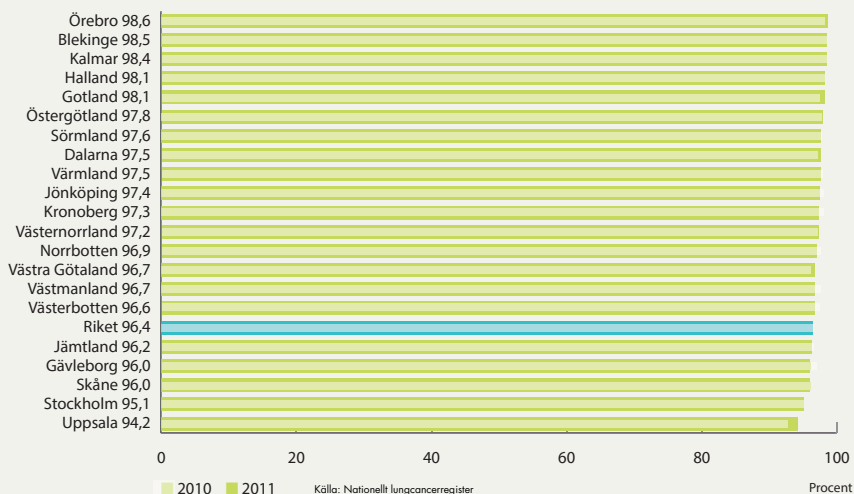
En rapport från SKL om att använda *Öppna jämförelser* för analyser diskuterar metodproblem. Ett av de starkaste sambanden som framkommer i studien är att det finns en stark koppling mellan befolkningens sammansättning i ett landsting (mätt med standardkostnader, ohälsotal, andel äldre, socioekonomiska förhållanden och självskattad hälsa) och utfallet mätt med medicinska mått (20). Resultatmått som presenteras i *Öppna jämförelser* speglar alltså till en inte obetydlig del variationer i befolkningssammansättningen, snarare än variationer i hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. En slutsats av detta kan vara att det är viktigt att korrigera för skillnader i yttre förutsättningar som struktur och patientsammansättning vid jämfö-



**Box 5.** Små skillnader i andel av barnen som MPR-vaccineras i olika landsting.

MPR-vaccin som är vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund ingår i vaccinationsprogrammet i Sverige. Sjukdomarna är mycket ovanliga i Sverige, men vanligare i utvecklingsländer. Det är viktigt att så många som möjligt vaccineras så att inte sjukdomarna börjar spridas igen. Det beräknas att det behöver vara 95 procent av befolkningen som är immun, antingen genom vaccination eller genom naturlig infektion.

Sverige har en mycket hög andel vaccinerade internationellt sett. År 2011 redovisades i *Öppna jämförelser* att 96,4 procent av alla barn födda 2008 vaccinerats. Andelen vaccinerade barn visas i figuren nedan från *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011*. Den visar att endast ett enda landsting ligger under 95 procent vaccinerade.



Örebro	98,6
Blekinge	98,5
Kalmar	98,4
Halland	98,1
Gotland	98,1
Östergötland	97,8
Sörmland	97,6
Dalarna	97,5
Värmland	97,5
Jönköping	97,4
Kronoberg	97,3
Västernorrland	97,2
Norrbottn	96,9
Västra Götaland	96,7
Västmanland	96,7
Västerbotten	96,6
Jämtland	96,2
Gävleborg	96,0
Skåne	96,0
Stockholm	95,1
Uppsala	94,2
<b>RIKET</b>	<b>96,4</b>

Eftersom detta är en indikator som redovisas i *Öppna jämförelser* visas också landstingen fördelade enligt principen 7 bästa gröna, 7 i mitten gula och 7 sämsta röda. Detta trots att skillnaderna mellan landstingen är extremt små.

(Källa: Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011*.)

relser mellan landstingens resultat. Det talar också för att om vi bättre ska kunna följa effekten av sjukvårdssystemet – vilket är avsikten med *Öppna jämförelser* – skulle ett ökat antal processmått och intermediära resultatmått för betydligt fler sjukdomar troligen behöva följas upp.

Det råder delade meningar bland de som har intervjuats inom ramen för utvärderingen om resultaten i *Öppna jämförelser* bör justeras för skillnader i patientsammansättning eller inte. Sådana justeringar blir viktigare ur ett jämförelseperspektiv än ur ett förbättringsperspektiv, där fokus är på att förbättra sig över tid. Att justera för skillnader i patientsammansättning är också relevantare för resultatindikatorer än för processindikatorer. Det är förklarligt att exempelvis dödligheten efter stroke är högre på en enhet där patienterna har en högre ålder och även har andra sjukdomar än stroke. Men det innebär inte att en mindre andel av patienterna bör vårdas på strokeenhet, vilket är en viktig processindikator för kvalitet i strokesjukvården oavsett ålder.

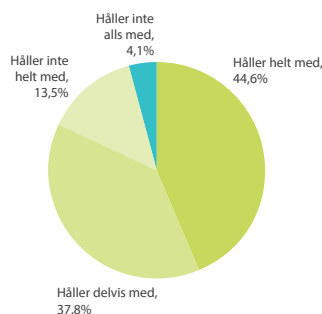
Att justera för skillnader i patientsammansättning kräver ett omfattande arbete med att analysera vilka bakgrundsfaktorer som är viktiga att justera för. Ett sådant arbete har gjorts på vissa områden. Men det råder stora skillnader mellan olika sjukdomsgrupper avseende hur stor andel av resultaten som kan förklaras av bakgrundsfaktorer. Det har visat sig särskilt svårt att riskjustera utfallet för öppenvård av patienter med vanliga kroniska sjukdomar (18). En risk är också att justering för skillnader i patientsammansättning kan leda till den felaktiga slutsatsen att jämförelserna sedan är helt rättvisa (31). Statistiker har också fört fram att resultaten bör justeras för skillnader i utgångsläge mellan enheter eftersom dessa skillnader påverkar regressionseffekten. Den innebär att ett första extremt mätvärde ofta följs av ett mindre extremt värde (40).

Bland de intervjuade i utvärderingen finns en medvetenhet om svårigheterna att göra case mix-justering, det vill säga att justera för skillnader i patientsammansättning, och att det finns vissa risker med att ta hänsyn till olika bakgrundsfaktorer. Några av de intervjuade föreslår att indikatorerna i de fall de justeras för patientsammansättning redovisas både justerade och ojusterade. Det har också föreslagits att indikatorerna kan justeras för några få enkla faktorer, som ålder och kön, som förklarar en stor del av variationen.

Bland de verksamhetschefer som svarade på enkäten om *Öppna jämförelser* håller 45 procent med om att indikatorerna borde justeras för skillnader i befolknings- och patientsammansättning och 38 procent håller delvis med. Bland hälso- och sjukvårdsdirektörerna är svaren liknande: 40 procent håller helt med och 45 procent håller delvis med.

Effekten på datakvaliteten är begränsad men Öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data

**Figur 17.** Enkät svar från verksamhetscheferna på frågan om resultaten i *Öppna jämförelser* bör justeras för skillnader i befolknings- och patientsammansättning.



Det framkommer också i intervjuerna och i vår organisationsutvärdering att SKL och Socialstyrelsen har delvis olika perspektiv på datakvalitet, vilket också sägs vara en fördel. Socialstyrelsen står tydligare för att data ska hålla en mycket hög kvalitet som gör jämförelserna rättvisa. SKL står däremot tydligare för att data ska vara användbara och kunna användas för utvecklingsarbete, vilket inte alltid innebär att data måste vara helt jämförbara mellan landsting.

SKL:s metodrapport om *Öppna jämförelser* diskuterar metodproblem och påpekar att ett stort problem med *Öppna jämförelser* är att det inte går att följa utvecklingen över tid om inte indikatorerna omfattar enhetliga tidsperioder. Men data i jämförelserna kommer från olika år för olika indikatorer (20).

Ett annat problem som tas upp i rapporten är att indikatorerna kommer från flera nivåer i sjukvårdssystemet. Vissa variabler omfattar landstingsnivå (till exempel totalkostnader och hälsomått), medan andra baseras på data från olika vårdformer. För att kunna analysera orsakssamband i datamaterialet är det viktigt att det speglar samma nivå eller registreras inom samma vårdform. Som exempel pekar författarna på att det blir ointressant och otydligt att studera överlevnad i en viss cancerform i relation till totala sjukvårdskostnader eller till de övergripande strukturella förhållandena bland landstingen. Det vore enligt rapporten bättre ur både ett strategiskt och ett operativt perspektiv att kunna göra separata analyser av såväl struktur-, process- som resultatmått inom olika vårdformer och -nivåer.

Det är alltså problematiskt, ur metodperspektiv, att indikatorer kommer från olika nivåer i sjukvårdssystemet. Men samtidigt är det betydelsefullt att det finns indikatorer vars resultat är beroende av att olika vårdnivåer, huvudmän och enheter samarbetar och organiserar vården så att den fungerar även



för patienter som behöver insatser från flera delar av hälso- och sjukvården och även omsorgen, till exempel multisjuka äldre. Hälso- och sjukvårdsdirektörerna har också i sina enkätsvar till denna utvärdering angivit indikatorer som avspeglar hela vårdkedjor som ett av de viktigaste utvecklingsområdena för *Öppna jämförelser*.

Flera av intervjupersonerna framhåller också vikten av att bakomliggande register kontinuerligt kvalitetssäkras. Det finns flera metoder, exempelvis valideringsstudier mot journaldata eller andra data, att nödvändiga samkörningar görs med relevanta register samt att inrapporteringen monitoreras och kvalitetssäkras till exempel genom varningar för orimliga värden.

Experterna som har deltagit i organisationsutvärderingen har noterat att det inte finns någon aktör som säkerställer datakvaliteten i *Öppna jämförelser* och att dataleverantörerna inte själva kan göra det på ett trovärdigt sätt. Det kan noteras att Socialstyrelsen sedan 2011 har regeringens uppdrag att utveckla och driva en nationell registerservice. Socialstyrelsen ska bland annat erbjuda stöd och service till de nationella kvalitetsregistren att arbeta med datakvalitet genom exempelvis sambearbetning för täckningsgradsanalyser. Den ska också erbjuda metodstöd till de nationella kvalitetsregistren och registercentren för bland annat justering för patientsammansättning, komorbiditetsanalyser med mera (Regeringsbeslut: S2011/8994/FS (delvis)).

## **5.5 Riskerna med att kvaliteten i inrapporteringen försämras kan varken verifieras eller avfärdas**

Eftersom data som används i *Öppna jämförelser* har samlats in med olika syften och har olika användningsområden kan också kvalitetskraven på data variera. När det gäller kvalitetsregistren har de växt fram som ett verktyg för professionerna i vården att följa upp och säkra vårdens kvalitet och för klinisk forskning. Användningen av registerdata i forskningssyfte är en viktig garant för kvalitet i data. Det hävdas ibland att de inte har varit avsedda för offentliga jämförelser av data, och att följderna av användning för öppen publicering kan medföra att datakvaliteten minskar. Detta beror på att en öppen publicering kan medföra incitament för vårdgivare och vårdprofessionella att till exempel inte registrera komplikationer eller sjukare patienter, eftersom vårdgivaren då riskerar att se sämre ut i jämförelser. Mer sällan hänvisas risken till själva öppenheten. Risken är hänvisad till att öppenheten i sin tur gör det möjligt att använda ersättningssystem baserade på prestation. Det finns en risk för att ekonomiska incitament kan slå ut professionella incitament, vilket viss forskning har visat (10).

Öppen resultatpublicering och riskerna med att de används för prestationsbaserad ersättning har varit föremål för debattartiklar, särskilt avseende primärvården, de senaste åren (bland annat (34), (21)).

Bland de intervjuade i de tre landstingen i denna utvärdering har riskerna inte framhållits i någon större utsträckning, även om det verkar finnas en medvetenhet om riskerna. En av de intervjuade påtalade att rapporteringen av en viss typ av komplikation kunde minska om trycket på professionerna blev för stort. Intervjupersonen påtalade också att ett lågt värde på antalet komplikationer inte måste betyda bättre kvalitet. Det kan också bero på att man är bättre på att rapportera komplikationer. Det tydliggör vikten av gemensamma definitioner och mätmetoder och validering av indikatorerna. Patientrapporterade utfallsmått skulle också kunna användas för att balansera riskerna.

Riskerna har i större utsträckning framhållits av experter och registerhållare. Registerhållaren för Svenska intensivvårdsregistret (SIR) säger att registret inte direkt har haft någon draghjälp av *Öppna jämförelser* för ökad täckningsgrad. Registret hade redan tidigare arbetat hårt för ökad täckningsgrad: "tvärtom har det med *Öppna jämförelser* blivit mer verbala sanktioner och nu kommer också de ekonomiska sanktionerna och det är för tidigt. Vi måste få en kvalitets- och patientsäkerhetskultur först. Om man använder data för ekonomiska incitament innan dess kan det innebära att man inte vill registrera exempelvis avvikelser", menar registerhållaren.

## 5.6 Analys och slutsatser

*Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården består uteslutande av data som redan samlats in i andra sammanhang. Även om den principen skulle kunna omprövas i framtiden är *Öppna jämförelser* idag styrt av vilken data som "råkar" finnas.

### *Bättre grunddatatäckning, kvalitet i befintliga data och utvecklad statistisk presentation*

En stor del av hälso- och sjukvården täcks av en eller några indikatorer i *Öppna jämförelser*, men indikatorer och mått mäter inte tillsammans hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet på ett adekvat sätt. En knapp fjärdedel av de diagnosrelaterade grupperna med högst volym saknar helt indikatorer. Grunddata behöver därför utvecklas inom vissa prioriterade områden som primärvården och psykiatrin. Dessutom behöver möjligheterna för att göra effektivitetsanalyser på fler områden förbättras genom att utveckla KPP-databasen.



I befintliga register och undersökningar behöver datakvaliteten förbättras. I de nationella kvalitetsregister som har varit med i *Öppna jämförelser* i några år har täckningsgraden generellt sett varit god. Men om fler register och undersökningar förbättrade sin täckningsgrad skulle täckningen av indikatorer i *Öppna jämförelser* kunna bli bättre. Det finns en uppfattning om att datakvaliteten i de olika underliggande registren och undersökningarna har påverkats positivt av publiceringen i *Öppna jämförelser*. Utvecklingen verkar också vara att datakvaliteten förbättras i de flesta datakällorna, även om det fortfarande finns betydande felkällor och brister i täckningsgrad och svarsfrekvens.

Vad gäller den nationella patientenkäten finns det en lång eftersläpning i resultat, eftersom den genomförs för sällan.

Med *Öppna jämförelser* ökar användningen av kvalitetsindikatorer för fler syften än för förbättringsarbete på enskilda enheter och inomprofessionella jämförelser. Användningen av data för fler syften ökar behovet av kvalitets-säkring av underliggande register och undersökningar.







## Organisationen av arbetet med Öppna jämförelser måste utvecklas

*Öppna jämförelser är ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen. Socialstyrelsens och SKL:s olika roller och uppdrag innebär vissa målkonflikter och en otydlighet avseende ansvar i arbetet. Samarbetet fungerar trots detta huvudsakligen väl och för landstingen är det en fördel med en nationell röst. Vårdanalys bedömer att den nuvarande organisationen är funktionell men kan inte i nuvarande form bedriva ett offensivt utvecklingsarbete.*

### 6.1 Öppna jämförelser är ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen

*Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL och organisationerna har därför ett delat ansvar för produktionen av Öppna jämförelser. Organisationerna delar också lika på det statliga anslaget på 11 miljoner kronor som regleras i den årliga Dagmaröverenskommelsen mellan staten och SKL.*

Det finns en nationell samordningsgrupp för alla Öppna jämförelser. Den består av statssekreterarna på Socialdepartementet med ansvar för hälso- och sjukvård samt folkhälsa och socialtjänst och socialförsäkring, generaldirektören för Socialstyrelsen, generaldirektören för Statens folkhälsoinstitut, verkställande direktören på SKL, Famnas generalsekreterare och Vårdföretagarnas förbundsordförande.

För produktionen av Öppna jämförelser finns också en gemensam styrgrupp som består av Socialstyrelsens och SKL:s berörda enhetschefer. Arbetet genomförs av en arbetsgrupp, med en verkställande del bestående av projektledare på Socialstyrelsen och SKL kompletterad med en utomstående konsult som deltagit i arbetet ända sedan början. Arbetsgruppen beslutar om indikato-

rer och ansvarar för produktionen av den årliga publikationen. Arbetsgruppen konsulterar kvalitetsregistren om förslag till nya indikatorer och upprätthåller ett nätverk för kontaktpersoner från landstingen som sammanträder tre gånger per år.

Vid Socialstyrelsen ansvarar enheten för *Öppna jämförelser* på Avdelningen för statistik och utvärdering för arbetet att ta fram *Öppna jämförelser*. Enheten har förutom enhetschefen sammanlagt 17 medarbetare med ansvar för bland annat alla områden inom *Öppna jämförelser* och Äldreguiden. Enheten har utsett projektledare och delprojektledare för de olika områdena.

SKL har organiserat sitt arbete med *Öppna jämförelser* tillsammans med administrationen för de nationella kvalitetsregistren. Medarbetare med "sektorsuppgifter" inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden verkar också som projekt- och delprojektledare i arbetet med *Öppna jämförelser*. Insatserna koordineras av en samordnare.

Huvuddelen av data till *Öppna jämförelser* levereras av kvalitetsregistren och insamlingen sköts av Registercentrum i Västra Götalandsregionen på uppdrag av SKL. I övrigt utnyttjas existerande registeruppgifter från Socialstyrelsen, SKL och Smittskyddsinstitutet som bearbetas av de två organisationerna tillsammans. Framställningen av tabeller och diagram samt tryckning av rapporten har lagts ut på en underleverantör.

De i Dagmaröverenskommelsen anslagna medlen för Öppna jämförelsen täcker löner, publiceringskostnader (inklusive webb-publicering och utveckling) och konsulttjänster. Här ryms även arbeten med att bland annat utveckla nya indikatorer, genomföra förankringsmöten med landstingen och genomföra fördjupade analyser baserade på resultaten från jämförelserna. Kvalitetsregistrens insamlings- och leveranskostnader täcks inte av *Öppna jämförelser*-anslaget i Dagmaröverenskommelsen, de bekostas av respektive kvalitetsregister. Leveranskostnaderna för ett genomsnittsregister uppskattas motsvara en personalinsats på en arbetsvecka.

För 2012 har ytterligare medel avsatts för att stödja landstingen och regionerna i deras arbete med att organisera sitt arbete för kunskapsbaserad styrning, för att ta fram landstingsvisa analyser av 2011 års *Öppna jämförelser* och för att ta fram en handlingsplan för att utveckla arbetet med Kostnad per patient (KPP) (48).

## 6.2 Organisationen för Öppna jämförelser bedöms som effektiv

Enligt de intervjuade fungerar organisationen väl för att ta fram data och sammanställa och publicera rapporter. Den stora betydelsen av samarbets-

organisationen är enligt intervjuade som arbetar på SKL att den säkerställer produktionen av *Öppna jämförelser*. När väl informationen gjorts tillgänglig och tyngdpunkten förskjuts till att stimulera till utveckling i kommuner och landsting minskar den i betydelse. Det blir i huvudsak en uppgift för SKL att skapa den rörelsen.

### 6.3 Samarbetet mellan Socialstyrelsen och SKL är både en styrka och en utmaning

De som har intervjuats på Socialstyrelsen och SKL angående arbetet med *Öppna jämförelser* anser att samarbetet fungerar väl. Det gäller även samarbetet med regeringskansliet. Det beskrivs som en slimmad och effektiv organisation som funnits länge med i princip samma personer involverade. Samtidigt upplever de intervjuade att det finns ”oklara skiljelinjer” mellan organisationerna, trots Dagmaröverenskommelsen, som delvis kommer av att organisationerna har olika roller och intressen. En av de intervjuade säger att ”tekniskt skulle det vara lättare att göra det själv, men det är bra för målgruppen att samverka, kommuner och landsting vill inte ha två röster från nationellt håll”. En central fråga som lyfts av de intervjuade är i vilken utsträckning indikatorerna användes för styrning och ledning eller utvecklingsarbete. De intervjuade menar att rollerna måste tydliggöras men att samarbetet är viktigt bland annat för att säkerställa tillgången till data.

Socialstyrelsen är en *myndighet* som rapporterar till Socialdepartementet. Myndigheten har idag bland annat ett centralt uppdrag inom tillsyn. Dess högsta prioritet i arbetet med *Öppna jämförelser* är datakvalitet och jämförbarhet. *Öppna jämförelser* betonas som ett redskap för transparens.

SKL är en *intresseorganisation* med uppgift att stödja medlemmarna. Det viktigaste är att främja användandet av data från *Öppna jämförelser*. Rollen som intresseorganisation framgår bland annat av att de ser det som viktigt att ge medlemmarna förhandsbesked om resultaten för att möjliggöra förberedande av förbättringsåtgärder inför publicering.

*Öppna jämförelser* kan ses ur åtminstone två perspektiv: ett förbättringsperspektiv där syftet är att få kunskap för att förbättra den egna verksamheten eller ett utvärderingsperspektiv där informationen används för ansvarsavkrävande. Det finns en spänning mellan perspektiven. Förbättringsperspektivet utgår från frivilligt deltagande och ständiga förbättringar, medan utvärderingsperspektivet använder mätning och jämförelse som underlag för beslut om belöningar eller sanktioner. Samma spänningsförhållande råder också mellan de två ”huvudmännen” för *Öppna jämförelser*, Socialstyrelsen och



SKL, även om det enligt intervjupersonerna i denna utvärdering inte påverkat ett konstruktivt samarbete mellan parterna.

Frågan om organisationens ändamålsenlighet blir beroende av vilket perspektiv som upplevs mest betydelsefullt eller som dominerar. Det behövs enligt flera intervjupersoner mer diskussion om visionen för *Öppna jämförelser*. Är det statens roll att tillhandahålla all den information som önskas? Vilken typ av information och för vem bör den produceras?

Att arbeta mot båda målen – förbättring och öppenhet – kan skapa en otydlighet bland annat eftersom målprioriteringen påverkar valet av indikatorer. Tanken har varit att det går att kombinera båda målsättningarna och att de kompletterar varandra. Men det uppstår en motsättning eftersom målen ställer olika krav på datakvalitet (till exempel behov av tidsserier) och täckningsgrad. Det nämns också av intervjuade personer i de två organisationerna.

#### **6.4 Organisationerna har inte fokuserat på målet om öppenhet**

De intervjuade anser att fokus har legat på *Öppna jämförelser* som ett verktyg för kommuner och landsting, det vill säga förbättringsmålet, och att öppenhetsmålet inte fått samma betoning. Intervjuade inom SKL påpekar att informationen är allmänt tillgänglig via organisationernas hemsidor, men att den inte är anpassad för allmänheten.

Den expertpanel som utnyttjats i organisationsutvärderingen som ett komplement till intervjuundersökningen gör bedömningen att organisationen inte är ändamålsenlig ur kommunikationssynvinkel eller ur ett medborgarperspektiv. SKL:s och Socialstyrelsens olika roller och intressen skapar här möjligen en inbyggd konflikt.

#### **6.5 Organisationens nuvarande form kan inte utveckla Öppna jämförelser i enlighet med strategin**

Verksamhetsföreträdare intervjuade inom organisationsutvärderingen har framfört att det är svårt att hos organisationen få gehör för exempelvis förslag om nya indikatorer. De ifrågasätter också om arbetsgruppen för *Öppna jämförelser* är tillräckligt representativ. Arbetsgruppen analyserar behovet av nya indikatorer och åtgärdar problem med indikatorer, vilket i sig innebär ett utvecklingsuppdrag. Det finns däremot inte kapacitet att till exempel sätta upp målvärden. Inom organisationen har man kontakt med sakkunniga, men de kan inte avkrävas några stora arbetsinsatser. Högre ambitioner när det gäl-

ler exempelvis målvärden skulle därför kräva större resurser och/eller en annan organisation.

En åsikt som framförts var att organisationens uppgift också skulle kunna omfatta analys och stöd till landstingen att driva utvecklingsarbete samt att göra kopplingar till andra former av kunskapsstyrning (till exempel SBU-rapporter). Utvecklingsarbetet och den analys som ligger till grund för det måste enligt intervjupersonen drivas lokalt – men det förutsätter jämförelsedata som *Öppna jämförelser*-organisationen bör tillhandahålla.

En intervjuperson konstaterade att finansieringen av *Öppna jämförelser* bör lösas på lång sikt. För hälso- och sjukvårdens jämförelser finns ingen tydlig budget som det gör för socialtjänstens *Öppna jämförelser*.

## 6.6 Styrningen av organisationen kring Öppna jämförelser har brister

I slutändan är *Öppna jämförelser* ett statligt uppdrag, vars synliga direkta kostnader i huvudsak finansieras av staten. Det svenska systemet med autonoma sjukvårdshuvudmän leder till ”styrning genom överenskommelser” och normstyrningen är ofta svag på grund av traditionen med ramlagar. Överenskommelserna innebär att de eftersträvade satsningarna styrs i partssammansatta arbetsgrupper. Utmaningen blir att säkerställa att alla relevanta intressenter är representerade.

Vad gäller *Öppna jämförelser* noterar expertpanelen särskilt att vårdens professioner inte involverats, trots deras engagemang i kvalitetsregistren. Experterna anser att detta försvårar styrningen och bidrar till dåligt genomslag när det gäller förbättringsmålet. En utmaning för att uppfylla öppenhetsmålet är att patienter och medborgare är mycket lite involverade.

## 6.7 Analys och slutsatser

### *Organisationen måste utvecklas*

Organisationen för *Öppna jämförelser* ska uppfylla flera mål och sträva efter att förverkliga en övergripande vision. De två målen - förbättringsmålet och öppenhetsmålet – svarar mot olika behov och representerar två olika perspektiv som inte är lätta att förena. De två organisationerna som står bakom *Öppna jämförelser*, SKL och Socialstyrelsen, har på motsvarande sätt olika roller och intressen: en aning förenklat har SKL huvudfokus på förbättringsmålet och Socialstyrelsen på öppenhetsmålet. Det ger upphov till interna spänningar och en upplevd otydlighet avseende roller och ansvar inom projektorganisationen.



Samarbetet mellan SKL och Socialstyrelsen fungerar trots detta huvudsakligen väl. Landstingen uppfattar det som en fördel att den nationella nivån kommunicerar ”med en röst”. Vi bedömer också att den nuvarande organisationen lyckats producera *Öppna jämförelser* till en rimlig kostnad och med godtagbar datakvalitet.

Möjligen har den nuvarande organisationen varit den bästa lösningen om de två målen ska uppfyllas av en och samma organisation. Vi anser att organisationen inte är idealisk för att uppnå vare sig förbättrings- eller öppenhetsmålet fullt ut. Vidare bedöms organisationen vara för liten för att kunna bedriva något mer omfattande utvecklingsarbete







## Bilaga 1

### INTERVJUER

Centralt placerade nyckelpersoner och registerhållare som intervjuats är Fredrik Westander, Marianne Lidbrink, Karin Nykvist, Bertil Lindahl, Lena Lindgren, Max Köster, Richard Ljung, Katarina Wiberg Hedman, Kjell Asp-lund, Roger Molin, Jesper Olsson, Mona Heurgren, Tilsith Lacouture, Göran Karlström, Göran Garellick, KG Prütz och Jonas Ranstam.

I Kalmar läns landsting intervjuades Alf Jönsson, Anders Henriksson, Charlotta Brunner, Lennart Hellström, Anna Olheden, Krister Björkegren och Hans-Olof Håkansson. I Stockholms läns landsting intervjuades Holger Stalberg, Carl Rydingstam, Agneta Zellbi, Catarina Andersson Forsman, Catharina Barkman, Ann-Britt Bolin och Marie-Louise Orton. I Jämtlands läns landsting, slutligen, intervjuades Anna Kerstin Lejonklou, Helena Ivansson, Lisbet Gibson och Nina Fållbäck-Svensson.

Två representanter för patientorganisationer intervjuades, Ingrid Burman och Maryanne Rönnersten och även två journalister intervjuades, Åke Spross och Per Gunnar Holmgren.



## ENKÄTER

## 1. Enkät till hälso- och sjukvårdsdirektörer:

## 1. BAKGRUNDSINFORMATION

1.1. I vilket landsting arbetar du?

## 2. ÖPPNA JÄMFÖRELSE

## 2.1 Hur användbart anser du att Öppna jämförelser är för...

- a) Att identifiera förbättringsområden?
- b) Att bedriva förbättringsarbete i en verksamhet?
- c) En landstings- eller sjukhusledning att styra sin verksamhet mot ökad kvalitet och effektivitet?
- d) En patient eller medborgare att göra bedömningar om hur väl vården fungerar i ett landsting?
- e) En patient eller medborgare att göra bedömningar om hur väl vården fungerar på ett visst sjukhus?
- f) Media att göra bedömningar om hur väl vården fungerar i landet eller i ett landsting?
- g) En landstingspolitiker att göra bedömningar om hur väl vården fungerar i ett landsting?

Svarsalternativ:

- Inte alls användbart
- Inte särskilt användbart
- Lite användbart
- Ganska användbart
- Användbart
- Mycket användbart

## 2.2. Vilka två områden skulle du särskilt prioritera att Öppna jämförelser utvecklas inom?

Svarsalternativ:

- Ökad datakvalitet i statistiken
- Aktualitet i data
- Indikatorer inom fler områden
- Sammanvägda indikatorer (en sammansatt indikator som till exempel beskriver en hel verksamhet eller ett sjukdomsområde)
- Målgruppsanpassade publiceringsformer
- Analysstöd från nationell nivå
- Jämförelser på enhetsnivå
- Anpassning på att möjliggöra val för den enskilde om vård och vårdgivare
- Utveckling av målnivåer
- Internationella jämförelser att relatera till
- Indikatorer som speglar kvalitet och effektivitet för hela vårdkedjor
- Jämförelser över tid

## 2.3. Finns det något/några områden där du anser att Öppna jämförelser behöver utvecklas som inte nämndes ovan?

## 2.4. Används indikatorer som publiceras i Öppna jämförelser i någon form av ersättningsssystemen i ditt landsting? Ange vilka.

## 2.5. Har dessa indikatorer valts ut på grund av att de finns med i Öppna jämförelser?

Svarsalternativ:

- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

**2.6. Finns det några rapporter som ditt landsting tagit fram som behandlar resultaten från Öppna jämförelser? Ange vilka.**

---

**2.7. Öppna jämförelser...**

- a) Har bidragit till ett ökat intresse för kvalitetsfrågor i hälso- och sjukvården
- b) Har bidragit till kvalitetsförbättringen i vårt landstings verksamheter
- c) Är användbart för styrning och ledning i vårt landsting
- d) Har haft en positiv effekt på vårdkvaliteten i vårt landsting i något avseende
- e) Har haft en negativ effekt i något avseende
- f) Är användbart i dialogen mellan ledningen och verksamhetsansvariga
- g) Speglar på ett korrekt sätt verksamheten och resultaten som uppnås i vårt landsting
- h) Borde justera resultaten för skillnader i befolknings- och patientsammansättning
- i) Bygger på data som är för gammal för att vara användbar
- j) Har bidragit till en ökad användning av och rapportering till de nationella kvalitetsregistren
- k) Skapar incitament för de som arbetar i hälso- och sjukvården att arbeta med sina resultat

*Svarsalternativ:*

- Håller inte alls med
  - Håller inte helt med
  - Håller delvis med
  - Håller helt med
- 

**2.8 Antalet indikatorer är...**

*Svarsalternativ:*

- För många
  - Lagom
  - För få
- 

**2.9 I vilka styrande dokument i landstinget förekommer Öppna jämförelser?**

---

**2.10 Beskriv kortfattat, gärna i punktform, hur man på ledningsnivå använder resultaten från Öppna jämförelser i styrning och/eller verksamhetsutveckling i ditt landsting?**



## 2. Enkät till patientorganisationerna:

### 1. ORGANISATION

#### 1.1. Din organisation

---

#### 1.2. Din tjänst

---

#### 1.3. Känner du till SKL:s och Socialstyrelsens Öppna jämförelser?

Svarsalternativ:

- Ja
  - Nej
- 

#### 1.4. Använder din organisation Öppna jämförelser i sitt arbete i någon omfattning?

Svarsalternativ:

- Ja
  - Nej,
  - Vet ej
- 

#### 1.5. Om nej; varför?

Svarsalternativ:

- Vi känner inte till Öppna jämförelser alls eller tillräckligt väl
  - Öppna jämförelser innehåller inte information som är relevant för våra medlemmar
  - Vi vet inte hur vi får tillgång till informationen
  - Vi kan inte tolka informationen
  - Vi vet inte vad vi ska använda Öppna jämförelser till.
- 

#### 1.6. Har du eller din organisation...

- a) Tagit del av rapporterna från Öppna jämförelser?
- b) Använt Kolada eller något annat Öppna jämförelser-relaterat material på internet från SKL eller Socialstyrelsen?
- c) Använt Äldreguiden på Socialstyrelsen?
- d) Tagit del av tidningsartiklar, tv-inslag med mera som använt sig av resultaten från Öppna jämförelser?

Svarsalternativ:

- Ja
  - Nej
  - Vet ej
- 

#### 1.7. Har din organisation i sitt arbete använt resultat från Öppna jämförelser?

Svarsalternativ:

- Nej,
- Ja, på nationell nivå till exempel i diskussioner med politiker, professionsföreningar, företag, myndigheter och departement
- Ja, på regional/lokal nivå i kontakter med politiker, tjänstemän, chefer i vård och omsorg eller företag
- Ja, gentemot enskilda enheter, kliniker, vårdcentraler
- Ja, för att informera medlemmar
- Ja, i kontakter med media
- Ja, annat

### 1.8. Om annat; vad?

#### 1.9. Hur användbart anser du att Öppna jämförelser är för er att...

- Påverka politiker och myndigheter nationellt?
- Påverka landstings- och kommunpolitiker?
- Påverka enskilda verksamheter i vård och omsorg
- Påverka media
- Informera medlemmar och allmänhet

*Svarsalternativ:*

- Inte alls användbart
- Inte särskilt användbart
- Lite användbart
- Ganska användbart
- Användbart
- Mycket användbart

#### 1.10. Hur användbart anser du att Öppna jämförelser är för...

- En medborgare, patient eller brukare att göra bedömningar om hur väl vården eller omsorgen fungerar i ett landsting eller kommun
- En medborgare, patient eller brukare att göra bedömningar om hur väl vården eller omsorgen fungerar på en viss enhet

*Svarsalternativ:*

- Inte alls användbart
- Inte särskilt användbart
- Lite användbart
- Ganska användbart
- Användbart
- Mycket användbart

#### 1.11. Anser du att Öppna jämförelser innehåller information som är relevant för era medlemmar/de ni företräder?

*Svarsalternativ:*

- Ja
- Nej
- Vet ej

#### 1.12. Anser du att Öppna jämförelser innehåller relevanta indikatorer?

*Svarsalternativ:*

- Ja
- Nej
- Vet ej

#### 1.13. Är Öppna jämförelser utformat på ett sätt som gör dem användbara i ert arbete?

*Svarsalternativ:*

- Ja
- Nej
- Vet ej

#### 1.14. Finns det något som skulle göra Öppna jämförelser mer användbart för att kunna användas i organisationens arbete?

*Svarsalternativ:*

- Ja
- Nej



**1.15. Om ja; ange gärna exempel:**

---

**1.16. Finns det något som skulle göra Öppna jämförelser mer användbart för att informera allmänheten, patienter och brukare om hälso- och sjukvården och omsorgens kvalitet?**

*Svarsalternativ:*

- Ja
  - Nej
- 

**1.17. Om ja; ange gärna exempel:**

---

**1.18. Vilka två områden skulle du särskilt prioritera att Öppna jämförelser utvecklades inom?**

*Svarsalternativ:*

- Ökad kvalitet i statistiken
  - Fler områden
  - Sammanvägda indikatorer (en sammansatt indikator som beskriver en hel verksamhet eller ett helt sjukdomsområde)
  - Målgruppsanpassade publiceringsformer till exempel för en viss patientgrupp, för media med mera
  - Analysstöd
  - Enhetsvisa jämförelser
  - Anpassning för att möjliggöra val för den enskilde om vård och vårdgivare
  - Utveckling av målnivåer
  - Internationella jämförelser att relatera till
  - Indikatorer som speglar kvalitet och effektivitet för hela vårdkedjor
  - Annat
- 

**1.19. Om annat; vad?**

---

**1.20. Antalet indikatorer är...**

*Svarsalternativ:*

- För många
- Lagom
- För få
- Vet ej

### 3. Enkät till verksamhetschefer:

#### 1. VERKSAMHET

1.2. Namn på den enhet/klinik eller motsvarande som du är chef för:

---

#### 2. ÖPPNA JÄMFÖRELSE

2.1. Täcks din verksamhet av en eller flera indikatorer i *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*?

Svarsalternativ:

- Ja
  - Nej
  - Vet ej
- 

2.2. Hur användbart anser du att *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* är för...

- a) Att identifiera förbättringsområden i den verksamhet som du ansvarar för?
- b) Att bedriva förbättringsarbete i den verksamhet som du ansvarar för?
- c) Dig att styra din verksamhet som du ansvarar för mot ökad kvalitet och effektivitet?
- d) Att ge incitament för de som arbetar i den verksamhet som du ansvarar för att förbättra sina resultat?
- e) Att ha som diskussionsunderlag med dina medarbetare?
- f) En patient eller medborgare att göra bedömningar om hur väl vården fungerar i ett landsting?

Svarsalternativ:

- Inte alls användbart
  - Inte särskilt användbart
  - Lite användbart
  - Ganska användbart
  - Användbart
  - Mycket användbart
- 

2.3. Används ett eller flera kvalitetsregister i den verksamhet som du ansvarar för?

Svarsalternativ:

- Ja
  - Nej
  - Vet ej
- 

2.4. Om ja på föregående fråga: Vilka?

---

2.5. Hur användbart anser du att *Nationella kvalitetsregister* är för...

- a) Att identifiera förbättringsområden i den verksamhet som du ansvarar för?
- b) Att bedriva förbättringsarbete i den verksamhet som du ansvarar för?
- c) Dig att styra din verksamhet som du ansvarar för mot ökad kvalitet och effektivitet?
- d) Att ge incitament för de som arbetar i den verksamhet som du ansvarar för att förbättra sina resultat?
- e) Att ha som diskussionsunderlag med dina medarbetare?
- f) En patient eller medborgare att göra bedömningar om hur väl vården fungerar i ett landsting?

*Svarsalternativ:*

- Inte alls användbart
  - Inte särskilt användbart
  - Lite användbart
  - Ganska användbart
  - Användbart
  - Mycket användbart
- 

**2.6. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet...**

- a) Har bidragit till ett ökat intresse för kvalitetsfrågor i hälso- och sjukvården
- b) Har haft en positiv effekt på kvaliteten och/eller effektiviteten i min verksamhet
- c) Har haft en positiv effekt på kvaliteten i rapporteringen till olika register från min verksamhet
- d) Är användbart i dialogen mellan mig och mina chefer/sjukhusledningen/landstingsledningen
- e) Är användbart i dialogen mellan mig och mina medarbetare
- f) Speglar på ett korrekt sätt verksamheten och resultaten som uppnås i verksamheten som jag är ansvarig för
- g) Borde justera resultaten för skillnader i befolknings- och patientsammansättning
- h) Bygger på data med tillräcklig aktualitet för att vara användbart i min verksamhet
- i) Har bidragit till en ökad användning av och rapportering till de nationella kvalitetsregistren
- j) Skapar incitament för oss som arbetar i hälso- och sjukvården att arbeta med resultatförbättring

*Svarsalternativ:*

- Håller inte alls med
  - Håller inte helt med
  - Håller delvis med
  - Håller helt med
- 

**2.7. Antalet indikatorer i Öppna jämförelser är...**

*Svarsalternativ:*

- För många
  - Lagom
  - För få
- 

**2.8. Kommentarer**



## 4. Enkät till registerhållare:

### 3. KVALITETSREGISTER

#### 1.3. Vilket register är du registerhållare för?

---

### 4. ÖPPNA JÄMFÖRELSE

#### 4.1. Hur har enligt din bedömning täckningsgraden påverkats av registrets deltagande i Öppna jämförelser?

*Svarsalternativ:*

- Ökad täckningsgrad
  - Minskad täckningsgrad
  - Inte alls
  - Vet ej
- 

#### 4.2. Kommentar:

---

#### 4.3. Hur har enligt din bedömning kvaliteten i rapporteringen till kvalitetsregistret påverkats av registrets deltagande i Öppna jämförelser?

*Svarsalternativ:*

- Bättre kvalitet i rapporteringen
  - Sämre kvalitet i rapporteringen
  - Inte alls
  - Vet ej
- 

#### 4.4. Kommentar:

---

#### 4.5. Anser du att intresset för att använda registret i uppföljning och förbättringsarbete har ökat som följd av registrets deltagande i Öppna jämförelser?

*Svarsalternativ:*

- Ja
  - Nej
  - Vet ej
- 

#### 4.6. Kommentar:



**Tabell.** Urvalet av patient- och pensionärsorganisationer och samtliga som svarade på enkäten. En organisation ville vara anonym och uppgav därför inte sitt namn.

Patientorganisationer	Svarade på enkät
Afasiförbundet i Sverige	
Astma- och Allergiförbundet	X
Autism- och Aspergerförbundet	
Blodcancerförbundet (BLC)	
Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO)	
Demensförbundet	
DHR – Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder	
Dyslexiförbundet FMLS	
Elöverkänsligas Riksförbund	
FUB För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning	
Förbundet Blödarsjuka i Sverige (FBIS)	
HIV-Sverige	
Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft	
Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund	
Hjärtebarnsförbundet	X
ILCO Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade	
Mag- och tarmförbundet	
Migränförbundet	
Mun- & Halscancerförbundet (MHCF)	X
Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR)	
Njurförbundet	
ParkinsonFörbundet	
Personskadeförbundet RTP	
Primär immunbrist organisationen (PIO)	X
Prostatacancerförbundet	X
Psoriasisförbundet	
Reumatikerförbundet	X
Riksförbundet Attention	X
Riksförbundet Cystisk Fibros (RFCF)	X
Riksförbundet för Rörelsehindrade barn och ungdomar	X
Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)	
Riksförbundet Sällsynta diagnoser	
Schizofreniförbundet	
Stamningsförbundet	
STROKE-Riksförbundet	
Svenska Celiakiförbundet (SCF)	
Svenska Diabetesförbundet (SDF)	X
Svenska Epilepsiförbundet (SEF)	
Svenska OCD-förbundet Ananke	X
Sveriges Dövas Riksförbund (SDR)	
Sveriges Fibromyalgiförbund (SFF)	
Tandvårdsskadeförbundet (TF)	X
Pensionärsföreningar	
Pensionärernas Riksorganisation (PRO)	
Riksförbundet pensionärs gemenskap (RPG)	X
Svenska Kommunal Pensionärernas Förbund (SKPF)	X
Sveriges Pensionärsförbund (SPF)	
Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF)	

## Referenser

1. Anell A, Glengård A, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012;14:1-159.
2. Barr JK, Bernard SL, Sofaer S, Giannotti TE, Lenfestey NF, Miranda DJ. Physicians' views on public reporting of hospital quality data. *Medical care research and review*. 2008;65:655-73.
3. Barr JK, Giannotti TE, Sofaer S, Duquette CE, Waters WJ, Petrillo MK. Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. *Health services research*. 2006;41:663-82.
4. BBC News, 2003, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3235349.stm>
5. Blomgren M, Waks C. Ett nytt tänk - öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete. Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.
6. Boston Consulting Group. Value guided healthcare as a platform for industrial development in sweden - a feasibility study. 2009 28 augusti.
7. Bundorf MK, Chun N, Goda GS, Kessler DP. Do markets respond to quality information? The case of fertility clinics. *Journal of health economics*. 2009;28:718-27.
8. Cacace M, Ettelt S, Brereton L, Pedersen J, Nolte E. How health systems make available information on service providers - experience in seven countries. RAND Corporation, 2011.
9. Chen Y, Meinecke J. Do health care report cards cause providers to select patients and raise quality of care? Centre for Economic Policy Research, Research School of Economics, Australian National University, 2012.
10. Dal H, Andersson M. Cancerforskare, sluta redovisa konfidensintervall när det inte behövs! *Läkartidningen*. 2004;101:314.
11. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological bulletin*. 1999;125:627-68; diskussion 92-700.

12. Docteur E. Patient-centeredness in Sweden's health system. Myndigheten för vårdanalys, 2012.
13. Epstein AJ. Performance measurement and professional improvement. I: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, redaktörer. Performance measurement for health system improvement - experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press; 2009.
14. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of internal medicine*. 2008;148:111-23.
15. Granvik M, Paperin A. Hur kan de här stolligheterna få fortsätta? *Dagens Medicin*. 2009 2 december.
16. Guru V, Fremes SE, Naylor CD, Austin PC, Shrive FM, Ghali WA, et al. Public versus private institutional performance reporting: What is mandatory for quality improvement? *American heart journal*. 2006;152:573-8.
17. Hafner JM, Williams SC, Koss RG, Tschurtz BA, Schmaltz SP, Loeb JM. The perceived impact of public reporting hospital performance data: Interviews with hospital staff. *International journal for quality in health care*. 2011;23:697-704.
18. Iezzoni LI. Risk adjustment for performance measurement. I: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, S L, redaktörer. Performance measurement for health system improvement - experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press; 2009.
19. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*. 2012;6:CD000259.
20. Janlöv N, Emtinger BG, Magnusson M, Rehnberg C. Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - en metodstudie baserad på öppna jämförelser. *Sveriges Kommuner och Landsting*, 2008.
21. Järhult B. Kärnan i läkekonsten trängs bort. *Läkartidningen*. 2012;109:1269.
22. Kang HY, Kim SJ, Cho W, Lee S. Consumer use of publicly released hospital performance information: Assessment of the national hospital evaluation program in Korea. *Health policy*. 2009;89:174-83.
23. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane database of systematic reviews*. 2011:CD004538.
24. Landon BE, Hicks LS, O'Malley AJ, Lieu TA, Keegan T, McNeil BJ, et al. Improving the management of chronic disease at community health centers. *The New England journal of medicine*. 2007;356:921-34.

25. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31:220-7.
26. Laschober M, Maxfield M, Felt-Lisk S, Miranda DJ. Hospital response to public reporting of quality indicators. *Health care financing review*. 2007;28:61-76.
27. Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: Avoiding institutional stigma. *Lancet*. 2004;363:1147-54.
28. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England journal of medicine*. 2007;356:486-96.
29. Lindgren L. Öppna jämförelser - ett styrmedel i tiden. FoU Väst, 2012 Rapport 2:2012
30. Ljung R. Ekonomiska incitament ger risk för datamanipulation. *Läkartidningen*. 2012;109:1036.
31. Ljung R, Ludvigsson J, Mattsson F, Lagergren J. Gemensamt intresse att kvalitetssäkra svenska hälsodataregister. *Läkartidningen*. 2012;109:1872-1873.
32. Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*. 2000;283:1866-74.
33. Merle V, Germain JM, Tavolacci MP, Brocard C, Chefson C, Cyvoct C, et al. Influence of infection control report cards on patients' choice of hospital: Pilot survey. *The Journal of hospital infection*. 2009;71:263-8.
34. Mukamel DB, Weimer DL, Spector WD, Ladd H, Zinn JS. Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes. *Health services research*. 2008;43:1244-62.
35. Park J, Werner RM. Changes in the relationship between nursing home financial performance and quality of care under public reporting. *Health economics*. 2011;20:783-801.
36. Ranstam J. Förbered utvärderingen av kvalitetsregistren. *Läkartidningen*. 2012;109:1900.
37. Ranstam J, Wagner P, Robertsson O, Lidgren L. Rangordning i vården leder till felaktiga slutsatser. *Läkartidningen*. 2008;105:2313-4.
38. Rosén M. Översyn av de nationella kvalitetsregistren - guldgruvan i hälso- och sjukvården - förslag till gemensam satsning 2011-2015. Socialdepartement och Sveriges Kommuner och Landsting 2010.
39. Ryan AM, Nallamothu BK, Dimick JB. Medicare's public reporting initia-

- tive on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Affairs*. 2012;31:585-92.
40. Shekelle P, Lim Y-W, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. . Southern California Evidence-based Practice Centre, RAND Corporation.London: The Health Foundation, 2008.
  41. Shekelle PG. Public performance reporting on quality information. I: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, redaktörer. Performance measurement for health system improvement. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
  42. Smith MA, Wright A, Queram C, Lamb GC. Public reporting helped drive quality improvement in outpatient diabetes care among wisconsin physician groups. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31:570-7.
  43. Socialdepartementet. Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, Famna 2009.
  44. Socialdepartementet. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2012-03-08, dagmaröverenskommelse 2012.
  45. Socialstyrelsen. Hälsodataregister räddar liv och förbättrar livskvalitet 2008.
  46. Socialstyrelsen. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden” årsrapport 2010. 2010.
  47. Socialstyrelsen. Inrapporteringen till patientregistret ökar bland privata vårdgivare. 2012. webadress: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012maj/inrapporteringtillpatientregistretokarblandprivatavardgivare>.
  48. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. 2012.
  49. Socialstyrelsens statistikdatabas. 2012. webadress: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).
  50. Socialstyrelsen. Vårdgaranti och kömiljard - uppföljning 2009-2011. 2012.
  51. Sower VE. Benchmarking in hospitals: More than a scorecard. *Quality progress*. 2007;40:58.
  52. Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser som stimulans till förbättring. 2007
  53. Sveriges Kommuner och Landsting. Landstingens kostnader och intäkter 2011. 2012. webadress: [http://www.skl.se/kommuner\\_och\\_landsting/om\\_landsting\\_och\\_regioner/kostnader\\_och\\_intakter\\_1](http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/om_landsting_och_regioner/kostnader_och_intakter_1).
  54. Sveriges Kommuner och Landsting. Utvecklingsplan kpp - kunskapsbaserad ledning av vården. 2012.

55. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen. Bilaga till öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Bilaga 1. Beskrivning av indikatorer. 2011.
56. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Bilaga 2. Täckningsgradsjämförelser mellan hälsodataregistren vid socialstyrelsen och nationella kvalitetsregistren 2011. 2011.
57. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - jämförelser mellan landsting 2011.
58. Taube A. Missbruk av registerdata 1. Osäkra data om infarkt resultaten övertolkade. Läkartidningen. 1996;93:4620-2.
59. Tu JV, Donovan LR, Lee DS, Wang JT, Austin PC, Alter DA, et al. Effectiveness of public report cards for improving the quality of cardiac care: The effect study: A randomized trial. JAMA. 2009;302:2330-7.
60. Uppdrag Granskning, 2012, <http://www.svt.se/ug/kliniker-belonas-om-de-inte-rapporterar-forlossningsskador>
61. Wang J, Hockenberry J, Chou S-Y, Yang M. Do bad report cards have consequences? Impacts of publicly reported provider quality information on the cabg market in pennsylvania. Journal of health economics. 2011;30:392-407.
62. Werner R, Stuart E, Polsky D. Public reporting drove quality gains at nursing homes. Health Aff (Millwood). 2010;29:1706-13.
63. Werner RM, Bradlow ET. Public reporting on hospital process improvements is linked to better patient outcomes. Health Aff (Millwood). 2010;29:1319-24.
64. Werner RM, Konetzka RT, Kruse GB. Impact of public reporting on unreported quality of care. Health services research. 2009;44:379-98.
65. Werner RM, Konetzka RT, Stuart EA, Norton EC, Polsky D, Park J. Impact of public reporting on quality of postacute care. Health services research. 2009;44:1169-87.
66. Werner RM, Norton EC, Konetzka RT, Polsky D. Do consumers respond to publicly reported quality information? Evidence from nursing homes. Journal of health economics. 2012;31:50-61.
67. Zinn JS, Weimer DL, Spector W, Mukamel DB. Factors influencing nursing home response to quality measure publication: A resource dependence perspective. Health care management review. 2010;35:256-65.







Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

## Grönt ljus för Öppna jämförelser?

Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården

Vårdanalys har utvärderat *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och effektivitet används i allt större utsträckning inom välfärdssektorn i syfte att öka insynen i verksamheterna och stimulera till kvalitetsutveckling. Regeringen lyfter fram öppna jämförelser som en av de mest centrala insatserna för att uppnå de hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna och internationella bedömare har beskrivit jämförelserna som en av den svenska vårdens mest betydelsefulla reformer. Vårdanalys har gjort den första samlade oberoende utvärderingen av denna viktiga reform.

