

Öppen kvalitetsredovisning i engelsk vård och skola

Gabriel Heller Sahlgren
Institutet för Näringslivsforskning
London School of Economics

Innehåll

1. Introduktion och sammanfattning	1
2. Vård.....	3
2.1. <i>Vilken information finns tillgänglig idag?</i>	<i>4</i>
2.1.1. <i>Enhetsnivå</i>	<i>5</i>
2.1.2. <i>Överläkarnivå.....</i>	<i>7</i>
2.2. <i>Effekterna av öppen kvalitetsredovisning i den engelska vården.....</i>	<i>8</i>
3. Skola	10
3.1. <i>Vilken information finns tillgänglig idag?</i>	<i>11</i>
3.2. <i>Effekterna av öppen kvalitetsredovisning i den engelska skolan.....</i>	<i>12</i>
4. Slutsatser	13
Referenser	14

Denna pm har författats på uppdrag av Svenskt Näringsliv.

1. Introduktion och sammanfattning

Vård- och skolsystem påverkas av kvalitetsinformation. Sjukvårds- och skolmarknader bygger exempelvis på att föräldrar och patienter kan göra informerade val, vilket är svårt om rätt information inte existerar. För att myndigheter och huvudmän ska kunna identifiera och åtgärda problem i välfärdssystemet måste de också veta hur bra olika aktörer presterar. Genom att säkerställa rätt information – och publicera den – kan man därför skapa bättre vård- och skolsystem.

I viss mån brister dock Sverige i dessa avseenden. Inom den svenska vården finns det visserligen stora mängder statistik tillgänglig, men det är ganska svårt att som patient navigera och jämföra data för att skapa sig en övergripande uppfattning om aktörers kvalitet. I utbildningssystemet är samtidigt möjligheterna till kvalitetsjämförelser ännu sämre, framförallt på grund av bristen på jämförbara kvalitetsmått mellan olika utförare.

Andra länder har kommit längre än Sverige i dessa hänseenden. Den här promemorian diskuterar de öppna jämförelser som finns i England. Vård- och skolsystemen i Storbritannien varierar mellan de fyra riksdelarna – England, Nordirland, Skottland och Wales – speciellt sedan slutet på 1990-talet då man instiftade nya politiska församlingar i Belfast, Edinburgh och Cardiff. Generellt sett har England lagt starkast fokus på kvalitetsjämförelser, varför promemorian fokuserar på denna nation.

Historiskt sett offentliggjordes väldigt lite kvalitetsinformation i det engelska vårdssystemet. Men under Tony Blairs Labourregering genomfördes stora reformer för att öka transparensen i vården, delvis på grund av en skandal: det uppdagades att ett universitetssjukhus under lång tid haft en extremt hög mortalitetsgrad efter barnhjärtoperationer. Man började publicera information om vårdgivares prestationer i slutet på 1990-talet och gav senare även lättförståeliga, övergripande omdömen i denna bemärkelse i kombination med målstyrning. Idag publiceras information om vårdgivares övergripande kvalitet – inklusive inspektionsbetyg av experter – och även data för hur väl de presterar inom 29 specialistområden, såsom höftledsplastik och neurokirurgi. Relevant information har sedan 2014 publicerats på en specifik hemsida, där patienter har kunna jämföra hur olika vårdgivare presterar i olika avseenden.¹

Det mest radikala i det engelska systemet är dock att de olika kirurgföreningarna sedan ett antal år tillbaka publicerar riskjusterad mortalitet – och andra kvalitetsindikatorer – på överläkarnivå. I och med detta har man gått mycket längre än vad man har gjort i Sverige när det gäller att säkerställa öppenhet och transparens kring kvaliteten bland de olika vårdgivarna. En jämförelse av 11 länder från 2016 – inklusive Sverige – visar att England är unikt både vad gäller publiceringen av vårdgivares övergripande kvalitetsbetyg och utfallsdata på överläkarnivå. Den forskning som finns på området tyder också på att publiceringen av information har ökat kvaliteten i vården.

¹ Se <https://www.nhs.uk/service-search/performance/search>. Hemsidan stängdes den 7:e november 2019 då den ansågs vara för dyr i relation till hur många som använde sidan. Detta är inte förvånande eftersom det mesta av informationen finns att tillgå på andra NHS-sidor: <https://www.nhs.uk/service-search/Hospital/LocationSearch/7/Hospitals> och <https://www.nhs.uk/service-search/>. De övergripande kvalitetsmått publiceras även på hemsidan för *Care Quality Commission*, medan informationen på läkarnivå också publiceras online av de olika kirurgföreningarna. Den stängda hemsidan guidar numera patienter till rätt webbplats för att få tag på informationen de söker efter.

När det gäller möjligheterna till kvalitetsjämförelser i skolan har England likaså kommit längre än Sverige. Man har publicerat resultaten på externt rättade prov och examensskrivningar sedan tidigt 1990-tal och har sedan i början av 2000-talets även publicerat olika slags förädlingsvärden, som ämnar ge föräldrar mer information om skolors kvalitet. Informationen publiceras på det engelska utbildningsdepartementets hemsida. Utöver detta inspekterar den engelska skolinspektionen Ofsted skolor och ger dem övergripande betyg – samt specifika betyg inom olika områden – som också offentliggörs på det engelska utbildningsdepartementets hemsida.² Den forskning som finns på området tyder också på att publiceringen av information har ökat kvaliteten i skolsystemet.

Totalt sett har England därför kommit ganska långt när det gäller att säkerställa öppna kvalitetsjämförelser inom vård och skola. En hel del forskning tyder också på dessa öppna jämförelser har ökat kvaliteten. Det finns därför skäl för Sverige att lära av England i bägge avseenden.

² Se <https://www.compare-school-performance.service.gov.uk/>.

2. Vård

Det engelska vårdssystemet gick under slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet igenom stora förändringar, vilka ledde till det relativt sett välutvecklade informationssystemet som existerar idag. Direkt efter valet 1997 valde Tony Blairs Labourregering först att avskaffa den konkurrens som fanns i sjukvården till fördel för större samarbete mellan aktörerna – och tillitsbaserad styrning – i kombination med ökade resurser. Resurserna ökade mycket riktigt dramatiskt, men detta tycktes inte leda till högre kvalitet. Delvis sades detta bero på att resursökningarna inte matchades med incitament till kvalitetsförbättringar (Bevan och Wilson 2013; Le Grand 2002; Mays m.fl. 2011). För att råda bot på detta valde man efter ett par år att försöka ändra incitamentsstrukturen med hjälp av ansvarsutkrävande via offentliggörande av kvalitetsinformation samt senare med nya marknadsmekanismer.

Ett av de stora problemen i det tidigare systemet ansågs vara avsaknaden av information. Den vårdkonkurrens som infördes av den konservativa regeringen i början på 1990-talet – som baserades på att lokala myndigheter köpte vård från offentliga vårdgivare, men med få valmöjligheter för patienterna själva – saknade jämförbara kvalitetsdata, inte bara offentligt sett utan även inom systemet. I vissa fall visste inte ens de lokala myndigheterna hur hög mortaliteten var för exempelvis hjärtoperationer bland barn på specifika sjukhus, vilket gjorde det omöjligt för dem att göra ett informerat val (Enthoven 2000).³

Avsaknaden av information i denna bemärkelse var en direkt anledning till den skandal som briserade på 1990-talet: det uppdagades att ett universitetssjukhus i Bristol under lång tid hade haft extremt hög dödlighet efter hjärtoperationer på spädbarn. Läkarna hade själva samlat in statistiken, men hade viftat undan den höga mortaliteten med olika svepskäl – såsom att den berodde på hög vårdtyngd. Kommissionen som sattes upp i kölvattnet av skandalen noterade en ”professionell hybris” och rekommenderade bland annat en större öppenhet vad gäller klinisk kvalitet, att patienterna skulle få bättre information om hur olika vårdgivare – och individuella överläkare – presterade och att en oberoende inspektion skulle sättas upp för att granska kvaliteten bland vårdgivare (Butler 2002; Dyer 2001).

Erfarenheterna under 1990-talet ledde till att man började publicera kvalitetsinformation på vårdgivarnivå år 1999, såsom dödligheten 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt samt höftledsoperationer och andelen patienter som hamnade på akutmottagningen igen inom 28 dagar (Propper 2007). Även om informationen som publicerades var relativt rudimentär var detta en stor förändring jämfört med tidigare. År 2001 började även den brittiska hjärtkirurgföreningen publicera mortaliteten efter alla slags öppna hjärtoperationer på sjukhusnivå, samma år som konsultbyrån Dr Foster i samarbete med *the Times* för första gången offentliggjorde dödligheten efter kranskärlsoperationer (Frankish 2001).

³ Kontrakten mellan köpare och utförare baserades därför på pris och volym, inte kvalitet. Undantaget var väntetider. Sammantaget att konkurrensen fokuserade på just pris och väntetider snarare än klinisk kvalitet. Det är därför inte förvånande att forskningen finner att detta system reducerade priserna och kötiderna – men att den kliniska kvaliteten mätt som dödligheten efter hjärtattacker också sjönk (se Bevan och Skellern 2011; Propper 2018).

Eftersom Labourregeringen inte lyckades minska de fortfarande långa väntetiderna under de första åren valde man snart att övergå till en mer hårdför taktik: år 2000 införde man målsättningar för att reducera väntetiderna och publicerade samtidigt information om hur vårdgivarna presterade: de fick mellan 0 och 3 stjärnor efter hur de presterade i flera olika avseenden, varav väntetider var det viktigaste. Resultaten publicerades av den nya oberoende organisationen *Commission for Healthcare Improvement* och vårdgivare som nådde 3 stjärnor fick offentligt beröm och större autonomi, medan vårdgivare som fick 0 stjärnor fick betyget "underkänd" samtidigt som cheferna riskerade att avskedas. Systemet infördes i England, men inte i Wales och Skottland – vilket gör att forskare har kunnat studera dess effekter. Effekterna diskuteras i avsnitt 2.2.

Runt 2002 valde Labourregeringen att återigen stärka marknadsmekanismerna för att förbättra incitamentsstrukturen i vårdsystemet. Under nästkommande år infördes därför fler och fler valmöjligheter för patienter, vilket i sin tur skapade ett större behov av mer genomgående kvalitetsjämförelser. Man valde att ta fram och publicera fler mått på kvalitet och skapade en hemsida – *NHS Choices* – som lanserades år 2007 – där patienter enkelt skulle kunna ta reda på information om vårdutfall bland olika utförare. Informationen som fanns tillgänglig var ganska rudimentär från början, men mer och mer information gjordes tillgänglig över tid.

År 2006 tog man kanske det mest radikala steget hittills mot ökad transparens, då den brittiska hjärtkirurgföreningen – under professor Bruce Keoghs ledning – bestämde sig för att publicera riskjusterad mortalitet bland hjärtkirurger på överläkarnivå vid elektiva ingrepp, ett beslut som också växte fram efter ovannämnda skandal.⁴ Beslutet föregicks även av att tidningen *Guardian* året innan begärde ut data under lagen om informationsfrihet och själva publicerade mortaliteten efter kranskärlsoperationer på överläkarnivå. Publiceringarna skapade stor debatt men följdes av ytterligare en sjukhuskandal några år senare, vilket gav medvind för de som yrkade på mer transparens.⁵ År 2013 började därför fler kirurgföreningar publicera riskjusterad mortalitet inom sina specialistområden. Året efteråt publicerades siffror för över 5 000 kirurger inom 10 kirurgiområden och idag publiceras information för 15 specialistområden. År 2014 skapades sedan en ny hemsida – *My NHS* – där data från alla olika källor – på enhets- och överläkarnivå – sammanställdes för att patienter skulle kunna jämföra olika vårdgivare och kirurger med varandra (se Boseley 2014; *Guardian* 2005).

2.1. Vilken information finns tillgänglig idag?

Idag publiceras ett stort antal mått på vårdgivares kvalitet, både på enhets- och överläkarnivå. Informationen finns tillgänglig online och fanns fram till nyligen sammanställd på *My NHS*. Det mesta av informationen finns idag tillgänglig på en annan

⁴ Man hade redan år 2004 publicerat en rapport där mindre specifika data för alla överläkare med ansvar för kärlkransoperationer publicerades. År 2005 publicerades även mer specifik mortalitetsdata för alla 25 överläkare i nordvästra England med ansvar för kärlkransoperationer samt hjärtklaffsoperationer (se Bridgewater 2005).

⁵ *Healthcare Commission* noterade att ett sjukhus i Staffordshire hade ovanligt höga dödstal. En kommission tillsattes och slutsatserna var liknande som de som följde av skandalen i Bristol: man noterade behovet av ökad transparens kring kvaliteten bland olika vårdgivare och efterfrågade mer lättillgänglig information kring vårdgivares kvalitet.

hemsida. Data på överläkarnivå finns även tillgängliga på kirurgföreningarnas hemsidor.⁶ I det här avsnittet diskuteras de viktigaste måtten.

2.1.1. Enhetsnivå

Följande övergripande kvalitetsmått rapporteras för vårdcentraler och sjukhus:

- Inspektionsbetyg från *Care Quality Commission*, som ges till alla sjukhus och vårdcentraler efter en fyrgradig skala: enastående, bra, kräver förbättring eller otillräcklig. Varje betyg har en egen markör: stjärna (enastående), grön cirkel (bra), gul cirkel (kräver förbättring) och röd cirkel (otillräcklig).

Betygen baseras på analyser av de kvalitetsdata som finns samt inspektioner av experter, som bedömer vårdgivares kvalitet inom fem aspekter: säkerhet, effektivitet, omsorg, lyhördhet och ledarskap. Vårdgivare betygsätts enligt ovanstående skala inom alla fem områden och de separata betygen offentliggörs också. Alla vårdgivare måste enligt lag synliggöra betygen i sina lokaler och publicera dem på sina hemsidor (se CQC 2019). Betygen publiceras också i längre rapporter som publiceras på cqc.org.uk.

Dessa övergripande betyg tycks också vara unika för England. En jämförelse av 11 länder – inklusive Sverige – från 2016 visade att endast England publicerar betyg för sjukhus och vårdcentraler för att säkerställa transparens kring vårdkvaliteten (Rechel m.fl. 2016).

För sjukhus presenteras även följande övergripande kvalitetsmått:

- Andel patienter som får akutvård inom 4 timmar efter inskrivning.
- En indikator som visar om mortaliteten upp till 30 dagar efter utskrivning är som förväntat, bättre än förväntat eller sämre än förväntat.
- Subjektiva omdömen bland personalen.
- Andel patienter som rekommenderar sjukhuset.

Utöver detta finns det information om sjukhusens kvalitet inom 29 specialistvårdstyper. Nedan anges exempel inom ett antal vårdområden:

- Knäplastik
 - Antal operationer.

⁶ My NHS stängdes den 7:e november 2019 då den ansågs vara för dyr i relation till hur många som använde sidan. Se <https://www.nhs.uk/service-search/performance/search>. Detta är inte förvånande eftersom det mesta av informationen finns att tillgå på andra NHS-sidor: <https://www.nhs.uk/service-search/Hospital/LocationSearch/7/Hospitals> och <https://www.nhs.uk/service-search/>. De övergripande kvalitetsmåtten publiceras även på hemsidan för *Care Quality Commission*, medan informationen på läkarnivå också publiceras online av de olika kirurgföreningarna. Den stängda hemsidan guidar numera patienter till rätt webbplats för att få tag på informationen de söker efter.

- Antal revisionsoperationer.
- Riskjusterad mortalitet (90 dagar).
- Höftledsbrott
 - Andel patienter som opereras samma dag som eller dagen efter inskrivning.
 - Antal revisionsoperationer.
 - Riskjusterad mortalitet (30 dagar).
- Viktminskningskirurgi
 - Mortalitet (30 dagar).
 - Information om datakvalitet.
- Prostatacancer
 - Antal patienter.
 - Akut återinskrivning efter radikal prostatektomi.
 - Information om datakvalitet.
- Kolorektal kirurgi
 - Antal operationer.
 - Mortalitet (90 dagar).
 - Andelen patienter som är kvar på sjukhusen längre än fem dagar efter operation.
 - Andelen patienter som oplanerat skrivs in igen på sjukhuset inom 30 dagar.
- Lungcancerkirurgi
 - Antal operationer.
 - Överlevnadgrad (30 dagar, 90 dagar och ett år).
 - Antal dagar på sjukhuset (median).
 - Andel resektioner.
- Spädbarnsvård
 - Andel kvinnor som föder barn i 24:e–34:e veckan och får steroider före födseln (i enlighet med praxis).
 - Andel kvinnor som föder barn innan 30:e veckan och ges magnesiumsulfat inom 24 timmar före födseln för att minska sannolikheten för CP-skador (i enlighet med praxis).
 - Andel spädbarn som har rätt temperatur inom en timme efter inskrivning på sjukhuset.
 - Andel underviktiga spädbarn/barn födda innan 32:a veckan som screenas för prematuritetsretinopati.

Det finns också information om hur väl mentalvårds- och terapikliniker presterar, bland annat när det gäller följande:

- Andel inskrivningar som försiggicks av en ordentlig genomgång av vårdalternativ.
- Andel förlorade vårddagar på grund av förseningar i utskrivningar.
- Subjektiva omdömen bland personalen.
- Andel patienter som följs upp inom sju dagar efter utskrivning.
- Andel patienter som påbörjar terapibehandling inom sex veckor.
- Andel patienter som återhämtar sig märkbart.

2.1.2. Överläkarnivå

Som noterats ovan publiceras även kvalitetsindikatorer för enskilda överläkare inom 15 olika specialistområden. Alla data inkluderar läkarnas namn och information om var de arbetar. Nedan presenteras ett antal exempel från olika områden:

- Endokrinkirurgi
 - Mortalitet bland inskrivna patienter.
 - Datakvalitet.
 - Andel patienter som genomgår kirurgisk revision på grund av blödning.
 - Andel patienter som skrivs in igen på grund av relaterade komplikationer.
- Kataraktkirurgi
 - Antal operationer.
 - Riskjusterad andel patienter som får en bristning i bakre linskapseln efter operationen.
 - Index för sannolikheten att patienterna ska få en bristning i bakre linskapseln efter operationen, givet dess komplexitet.
 - Riskjusterad andel patienter med nedsatt synskärpa efter operationen.
 - Index för sannolikheten att patienterna ska få nedsatt synskärpa efter operationen, givet dess komplexitet.
- Hjärtkirurgi
 - Antal operationer.
 - Riskjusterad överlevnadsgrad bland inskrivna patienter.
- Höftledsplastik
 - Antal operationer.
 - Antal revisionsoperationer.
 - Riskjusterad mortalitet (90 dagar).
 - Användning av proteser som har kvalitetssäkrats av *Orthopaedic Data Evaluation Panel*.
- Neurokirurgi

- Antal elektiva operationer (och operationstyper).
- Riskjusterad mortalitet (30 dagar).

Att publicera kvalitetsinformation på överläkarnivå tycks vara relativt unikt för England. En jämförelse av 11 länder – inklusive Sverige – från 2016 visade mycket riktigt att endast England publicerar sådana data nationellt sett (Rechel m.fl. 2016).

2.2. Effekterna av öppen kvalitetsredovisning i den engelska vården

Forskning har analyserat effekterna av att publicera information på sjukhus- och överläkarnivå. En studie analyserade exempelvis vad som hände efter att dödligheten började publiceras på sjukhusnivå år 2001. Analysen begränsades till patienter i nordvästra England. Man fann att riskjusterad mortalitet efter kranskärloperationer sjönk efter publiceringen och att antalet högriskpatienter som genomgick operationer ökade. Detta tyder på att publiceringen inte ledde till att man undvek högriskpatienter, vilket är en vanlig farhåga (Bridgewater m.fl. 2007). Eftersom studien endast inkluderar patienter som genomgick operationer är slutsatserna som kan dras dock något begränsade.⁷

På överläkarnivå har man samtidigt studerat effekterna av att publicera riskjusterad mortalitet efter elektiva operationer för tjock- och ändtarmscancer. Studien är unik eftersom den inkluderar alla personer som diagnosticerades med tjock- och ändtarmscancer samt de som genomgick akutoperationer, istället för endast de som genomgick elektiva operationer. På så sätt kunde man studera om publiceringen gav upphov till datamanipulation för att undvika att vissa patienter inkluderades i publiceringen – eller för att artificiellt öka de opererade patienternas vårdtyngd vilket skulle stärka överläkarnas resultat – och om överläkarna började undvika att operera på vissa patienter (Vallance m.fl. 2018).

Resultaten visade ingenting som tydde på detta: en lika hög andel diagnosticerade patienter genomgick operationer efter publicering och patienternas vårdtyngd bland de som opererades förändrades inte. Inte heller fann man att andelen operationer som klassificerades som akut – för vilka data inte publiceras – förändrades efter publiceringen, eller att läkare försökte tillskriva patienter högre vårdtyngd än innan publiceringen. Samtidigt fann forskarna att både ojusterad och riskjusterad mortalitet efter elektiva operationer sjönk drastiskt efter publiceringen – medan inga förändringar i mortalitet efter akutoperationer, som alltså inte publicerades, kunde skönjas (Vallance m.fl. 2018).

Med andra ord visar forskningen att publiceringen av riskjusterad mortalitet efter operationer för tjock- och ändtarmscancer på överläkarnivå hade positiva effekter på den kliniska kvaliteten – samtidigt som ingenting tyder på att den gav upphov till datamanipulation eller att man undvek att operera på patienter med högre vårdtyngd.

En annan farhåga med att publicera kirurgidata på överläkarnivå är att läkarna då undviker att låta kirurgstudenter genomföra operationer – och istället i högre grad låter

⁷ Publiceringen skulle exempelvis kunna ha lett till att man började undvika att operera patienter för att att de inte skulle komma med i statistiken.

dem assistera – eftersom detta skulle kunna påverka deras resultat. Detta skulle riskera att minska framtida kirurgers expertis, eftersom studenterna inte får den utbildning som krävs. En studie fann dock inget stöd för detta: tvärtom ökade andelen kirurgstudenter som genomförde operationer efter publiceringen (Harries m.fl. 2019).

Det finns även forskning om hur systemet för öppen kvalitetsredovisning och målstyrning i början på 00-talet fungerade. Ett par studier har visat att effekterna av att betygsätta sjukhusen – och tillhörande incitament – i detta system var positiva: kötiderna minskade samtidigt som dödligheten sjönk i relation till Wales och Skottland, som inte införde systemet (Besley m.fl. 2009; Propper m.fl. 2010). Med andra finns det stöd för att kvalitetsjämförelserna och incitamenten som introducerades i början av 00-talet producerade högre kvalitet överlag.

Likaså finns det mycket som tyder på att tillgången till kvalitetsinformation har varit viktig anledning till att sjukhuskonkurrensen, mellan offentliga och vinstdrivande vårdgivare, har genererat högre vårdkvalitet mätt i olika slags mortalitet – utan att höja kostnaderna – sedan mitten på 00-talet (se Cooper m.fl. 2011, 2018; Gaynor m.fl. 2013). Forskning finner också att patienter föredrar vårdcentraler som presterar bra på offentligt tillgängliga kvalitetsmått, vilket tyder på att de värderar den information som finns tillgänglig (Santos m.fl. 2017). Patienter började samtidigt välja sjukhus med lägre mortalitet när de fick större valfrihet (Gaynor m.fl. 2013). Effekterna av konkurrensen på 00-talet skiljer sig intressant nog också kraftigt från effekterna av konkurrensen som fanns under 90-talet, då det inte fanns någon offentlig kvalitetsinformation (och sjukhus även konkurrerade med pris). Forskningen indikerar att detta system minskade den kliniska kvaliteten i vården (se Bevan och Skellern 2011; Propper 2018). Totalt sett finns det alltså skäl att tro att de offentliga kvalitetsjämförelserna har varit viktiga för kvalitetsökningarna som sjukhuskonkurrensen i mitten på 00-talet ledde till.

3. Skola

Liksom i vården fanns det under lång tid väldigt lite kvalitetsinformation offentligt tillgänglig inom det engelska skolsystemet. Detta var delvis ett resultat av att man före 1988 inte ens hade någon nationell läroplan; lärarna själva – och de organisationer som erbjöd kvalifikationer och examinationer – hade innan dess stor bestämmanderätt över vad som lärdes ut. Under 1980-talet och tidigt 1990-tal genomfördes dock stora reformer för att stärka ansvarsutkrävandet och öka konkurrensen i i skolsystemet.

Reformerna ledde till att det engelska utbildningsdepartementet år 1992 började publicera skolors genomsnittliga resultat i de externa prov som eleverna skriver i slutet av grundskolan och gymnasiet. Sedan 1996 publiceras också provresultaten efter motsvarande mellanstadiet. Då intresset för informationen var stor valde tidningarna också att publicera resultaten. Målet var framförallt att säkerställa att föräldrar kunde genomföra informerade skolval. Andelen som nådde godkända betyg var länge den enskilt viktigaste indikatorn. Efter att Labour tog makten 1997 valde man att fortsätta publicera informationen, men utvecklade systemet ytterligare (se West och Pennell 2000).

I början på 2000-talet infördes sedan nya mått på skolors förädlingsvärden som konstruerades efter de externt rättade prov som skrivs i årkurs 2, 6, 9, 11 och 13. Med hjälp av dessa prov skapade man förädlingsvärden över motsvarande låg- och mellanstadiet, högstadiet, samt gymnasiet. Dessa mått justerades under ett par år (2006–2010) även för bakgrundsfaktorer på elevnivå och för skolornas genomsnittliga initiala resultat (se t.ex. DCSF 2003a, 2003b, 2007). År 2011 slutade man dock justera för elevers bakgrund och skolornas genomsnittliga resultat eftersom den nya regeringen ansåg att måttet var svårt att förstå samt skapade låga förväntningar för elever från mindre bemedlade hem (DfE 2010). År 2010 avskaffades också proven i årskurs 9, vilket gör att man sedan dess endast beräknar måtten på förädlingsvärden i högstadiet mellan årskurs 6 och 11 (DCSF 2009).

År 1992 skapades även en ny skolinspektion – Ofsted – med uppgift att inspektera och granska alla skattefinansierade grundskolors kvalitet.⁸ Ofsteds inspektioner har tre huvudsyften: (1) ge feedback och råd till rektor och lärare, (2) offentliggöra information om skolkvalitet som föräldrar kan använda vid skolval samt (3) identifiera skolor med så allvarliga problem att åtgärder behöver vidtas. Från och med år 2000 genomförs även inspektioner av gymnasieskolor. År 2005 ändrades systemet så att skolor endast fick information om att de skulle inspekteras två dagar i förväg, istället för mellan 6 och 10 veckor som under det gamla systemet (se politics.co.uk 2019).⁹ Resultaten från inspektionerna började år 2005 publiceras i korta och kärnfulla rapporter, med ett övergripande inspektionsbetyg på förstasidan (se Hussain 2019).

⁸ De privatfinansierade skolorna måste också inspekteras, antingen av Ofsted eller av Independent Schools Inspectorate. Men privatfinansierade skolor behöver inte följa den nationella läroplanen och är generellt sett mycket mindre reglerade.

⁹ Innan Ofsted skapades genomfördes vissa skolinspektioner av lokala myndigheter, men dessa var varken regelbundna eller systematiska.

3.1. Vilken information finns tillgänglig idag?

Informationsutbudet i England är i dag förhållandevis gott jämfört med andra länder. Till skillnad från situationen i vården publiceras dock endast kvalitetsindikatorerna på enhetsnivå; inga resultat för enskilda lärare eller rektorer samlas in. Skolors genomsnittliga resultat offentliggörs årligen av det engelska utbildningsdepartementet och publiceras fortfarande i nationella tidningar. På utbildningsdepartementets hemsida kan man enkelt ta fram information om specifika skolor och jämföra dem med varandra.¹⁰ Trots att man har publicerat förädlingsvärden under rätt lång tid betonade man länge skolors genomsnittliga resultat och andelen godkända främst. Detta har nu förändrats: man prioriterar istället skolornas Ofsted-betyg och förädlingsvärden.¹¹

En lång rad kvalitetsindikatorer publiceras. Nedan listas de viktigaste av dessa:

- Skolors övergripande Ofsted-betyg och länkar till rapporterna som publiceras på Ofsteds hemsida.¹²
 - Betygen ges efter en fyrgradig skala: enastående (mörkgrön), bra (blå), kräver förbättring (orange) eller otillräcklig (röd).
 - Rapporterna är cirka 10 sidor långa. På förstasidan rapporteras en sammanfattning med den viktigaste informationen för föräldrar tillsammans med det övergripande betyget. Dessutom rapporteras betyg för följande områden:
 - Elevprestationer.
 - Undervisningskvalitet.
 - Säkerhet och elevers uppförande.
 - Ledarskap och management.
- Förädlingsvärdet mellan årskurs 2 och 6, mellan årskurs 6 och 11 (Progress 8) och mellan årskurs 11 och 13.
 - Skolor klassificeras inom följande kategorier och med följande markörer efter deras förädlingsvärden: "Långt under genomsnittet" (röd), "under genomsnittet" (orange), "genomsnittlig" (gul), "högre än genomsnittet" (ljusgrön) och "långt över genomsnittet" (mörkgrön).
- Genomsnittliga resultat.
- Andel elever som når godkänt/förväntade resultat.

¹⁰ Se <https://www.compare-school-performance.service.gov.uk/>.

¹¹ Nyligen gick man över till att betona ett nytt förädlingsvärde mellan årskurs 6 och 11 (Progress 8), som har skapats genom att man jämför elevers resultat i åtta ämnen i årskurs 11 med de genomsnittliga resultaten på nationell nivå bland elever som hade liknande resultat i proven i läsning, skrivning och matematik i årskurs 6. Resultaten i årskurs 11 utgör sedan en del av måttet på förädlingsvärde som används i motsvarande gymnasiet, där den andra delen utgörs av elevernas resultat i slutproven i årskurs 13. Likaså beräknar man förädlingsvärden mellan årskurs 2 och 6 i läsning, skrivning och matematik. Bägge dessa mått skapas på ett liknande sätt som Progress 8. Alla mått beräknas på elevnivå och aggregeras sedan på skolnivå, med ett konfidensintervall inom vilket skolorna befinner sig med 95 procents säkerhet (se DfE 2018a, 2018b, 2018c).

¹² Se <https://reports.ofsted.gov.uk/>.

- Andel elever som läser vidare eller arbetar efter grundskola och gymnasium.
- Frånvarostatistik.

Alla indikatorer som baseras på provresultat rapporteras även uppdelat efter elevers kön, tidigare resultat, huruvida de är fattiga eller inte, om engelska är deras andraspråk samt bland elever som gick på skolan åtminstone två år innan provet skrevs. Detta gör det möjligt att skilja på skolor som är olika effektiva för olika slags elever. Resultaten på gymnasiet rapporteras dock endast uppdelat efter huruvida eleverna är fattiga eller inte.

3.2. Effekterna av öppen kvalitetsredovisning i den engelska skolan

Det finns en del forskning om effekterna av kvalitetsjämförelser i den engelska skolan. Som beskrevs i inledningen till denna promemoria har de olika riksdelarna i Storbritannien haft olika slags välfärdssystem – och skillnaderna mellan systemen har generellt sett ökat sedan slutet på 1990-talet. År 2001 valde Wales att sluta publicera information om skolornas resultat, men behöll i övrigt samma skolsystem som England. Forskning visar att avskaffandet av öppen kvalitetsredovisning ledde till försämrade resultat i Wales. Skillnaderna mellan skolorna ökade också, eftersom resultaten i de bästa walesiska skolorna inte försämrades. Skolsegregationen förändrades dock inte alls (Burgess m.fl. 2013). Med andra ord var det totalt sett bättre att publicera övergripande kvalitetsinformation om skolors prestationer på externa prov än att inte göra det.

Annan forskning finner samtidigt att föräldrar i högre utsträckning väljer skolor som presterar bra – när det gäller genomsnittliga resultat, förädlingsvärden och inspektionsbetyg – vilket tyder på att de värderar informationen som publiceras (Burgess m.fl. 2015; Gibbons m.fl. 2013; Hussain 2019). Elever vars föräldrar väljer skola med hjälp av de data som finns tillgängliga når också bättre provresultat än de som väljer på måfå (Allen och Burgess 2013). Att klassificeras som "underkänd" i en inspektion av Ofsted tycks samtidigt höja elevers resultat i nationella examinationer, jämfört med skolor som underkändes precis efter att examinationerna genomförts, medan andra betyg inte har några effekter alls (Hussain 2015).¹³

Totalt sett finns det därför stöd för att kvalitetsjämförelser har producerat högre kvalitet i det engelska skolsystemet.

¹³ Annan forskning finner samtidigt negativa effekter av att ens skola får ett bättre Ofsted-betyg än vad föräldrarna rimligtvis bör ha förväntat sig på hur mycket de hjälper till med skolarbetet, vilket i sin tur tycks ha kortsiktiga negativa effekter på elevernas resultat (Greaves m. fl. 2019). Denna forskning säger dock ingenting om effekterna av publiceringen eller skolinspektionerna i sig.

4. Slutsatser

Öppna kvalitetsjämförelser har potential att höja kvaliteten i vård och skola. Den här promemorian har diskuterat den information som publiceras i England, som ligger före Sverige i flera avseenden när det gäller öppna kvalitetsjämförelser.

I England började man publicera information om vårdgivares prestationer i slutet på 1990-talet. Idag publiceras information om vårdgivares övergripande kvalitet – inklusive inspektionsbetyg av experter – och även data för hur väl de presterar inom 29 specialistområden, såsom höftledsplastik och neurokirurgi. Informationen publiceras online och patienter har enkelt kunna jämföra hur olika vårdgivare presterar i olika avseenden. Det mest radikala i det engelska systemet är att de olika kirurgföreningarna sedan ett antal år tillbaka publicerar riskjusterad mortalitet – och andra kvalitetsindikatorer – på överläkarnivå. Även detta material finns tillgängligt online.

När det gäller skolan har man i England publicerat resultaten på externt rättade prov och examensskrivningar sedan tidigt 1990-tal. Sedan i början av 2000-talet publiceras även olika slags förädlingsvärden, som ämnar ge föräldrar mer information om hur bra skolor är på att höja elevers kunskaper. Utöver detta inspekterar den engelska skolinspektionen Ofsted skolor och ger dem övergripande betyg – samt betyg inom olika områden – som också offentliggörs.

Den forskning som finns på området tyder på att publiceringen av information har ökat kvaliteten i vård- och skolsystemen. Eftersom Storbritanniens olika riksdelar har stor autonomi när det gäller styrningen av vård och skola har det över tid uppstått naturliga experiment i denna styrning: medan Skottland och Wales har gått i bräschen för en "tillitsbaserad" välfärd har man i England istället satsat på att introducera marknadsincitament och ansvarsutkrävande. Forskningen tyder på att Englands system har genererat högre kvalitet inom både vården och skolan jämfört med Skottland och Wales. Det finns därför skäl för Sverige att lära av England i bägge avseenden.

Referenser

- Allen, Rebecca, och Simon Burgess. "Evaluating the provision of school performance information for school choice." *Economics of Education Review* 34 (2013): 175-190.
- Besley, Timothy J, Gwyn Bevan, och Konrad B Burchardi. "Naming and shaming: the impacts of different regimes on hospital waiting times in England and Wales." Discussion Paper No. 7306, Centre for Economic Policy Research, London, 2009.
- Bevan, Gwyn, och Deborah Wilson. "Does 'naming and shaming' work for schools and hospitals? Lessons from natural experiments following devolution in England and Wales." *Public Money & Management* 33, nr 4 (2013): 245-252.
- Bevan, Gwyn, och Matthew Skellern. "Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS." *BMJ* 343 (2011): d6470-d6470.
- Boseley, Sarah. "NHS chief: surgeons have 'moral responsibility' to publish death rates." *The Guardian*, den 19 November 2014.
- Bridgewater, Ben. "Mortality data in adult cardiac surgery for named surgeons: retrospective examination of prospectively collected data on coronary artery surgery and aortic valve replacement." *BMJ* 330, nr 7490 (2005): 506-510.
- Bridgewater, Ben, o.a. "Has the publication of cardiac surgery outcome data been associated with changes in practice in northwest England: an analysis of 25 730 patients undergoing CABG surgery under 30 surgeons over eight years." *Heart* 93, nr 6 (2007): 744-748.
- Burgess, Simon, Deborah Wilson, och Jack Worth. "A natural experiment in school accountability: The impact of school performance information on pupil progress." *Journal of Public Economics* 106 (2013): 57-67.
- Burgess, Simon, Ellen Greaves, Anna Vignoles, och Deborah Wilson. "What Parents Want: School Preferences and School Choice ." *Economic Journal* 125, nr 587 (2015): 1262-1289.
- Butler, Patrick. "The Bristol Royal infirmary inquiry: the issue explained." *The Guardian*, den 17 January 2002.
- Cooper, Zack, Stephen Gibbons, och Matthew Skellern. "Does competition from private surgical centres improve public hospitals' performance? Evidence from the English National Health Service." *Journal of Public Economics* 166 (2018): 63-80.
- Cooper, Zack, Stephen Gibbons, Simon Jones, och Alistair McGuire. "Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms." *Economic Journal* 121, nr 554 (2011): F228-F260.
- CQC. "How we do our job." Hemsida, Care Quality Commission, 2019.
- DCSF. "A technical guide to contextual value added: 2007 model." Department for Children, Schools and Families, London, 2007.
- DCSF. "Publication of 2009 test and examination results in the school and college achievement and attainment tables. Statement of intent - 2009." Department for Children, Schools and Families, London, 2009.

DCSF. "Technical annex." Teknisk rapport om skolors förädlingsvärden mellan årskurs 6 och 11, mellan årskurs 6 och 9 samt mellan årskurs 9 och 11, Department for Children, Schools and Families, London, 2003a.

DCSF. "Value added technical information." Teknisk rapport om skolors förädlingsvärden mellan årskurs 2 och 6, Department for Children, Schools and Families, London, 2003b.

DfE. "16 to 18 accountability measures: technical guide." Department for Education, London, 2018c.

DfE. "Primary school accountability in 2018: A technical guide for primary maintained schools, academies and free schools." Department for Education, London, 2018a.

DfE. "Secondary accountability measures Guide for maintained secondary schools, academies and free schools." Department for Education, London, 2018b.

DfE. "The importance of teaching: The Schools White Paper 2010." Rapport, London, 2010.

DfES. "Autumn Package 2004." Department for Education and Skills, London, 2004.

Dyer, Clare. "Bristol inquiry Bristol inquiry condemns hospital's "club culture"." den 28 July 2001: 181.

Enthoven, Alain C. "In Pursuit Of An Improving National Health Service." *Health Affairs* 19, nr 3 (2000): 102-119.

Frankish, Helen. "UK league table reveals variations in mortality rate after heart surgery." *The Lancet* 358, nr 9295 (2001): 1790.

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, och Carol Propper. "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service." *American Economic Journal: Economic Policy* 5, nr 4 (2013): 134-166.

Gibbons, Stephen, Stephen Machin, och Olmo Silva. "Valuing school quality using boundary discontinuities." *Journal of Urban Economics* 75 (2013): 15-28.

Greaves, Ellen, Iftikhar Hussain, Birgitta Rabe, och Imran Rasul. "Parental Responses to Information About School Quality: Evidence from Linked Survey and Administrative Data." No. 2019-03, Institute for Social & Economic Research, University of Essex, 2019.

Guardian. "NHS heart surgery." *Guardian*, den 16 March 2005.

Harries, R. L, J Glasbey, V. J: Griffiths, G Gokani, och W Allum. "Effect of publishing surgeon-specific outcomes on surgical training." *BJS* doi:10.1002/bjs.11150 (2019).

Hussain, Iftikhar. "Housing Market and School Choice Response to School Quality Information Shocks." Manuskript, University of Sussex, 2019.

Hussain, Iftikhar. "Subjective Performance Evaluation in the Public Sector: Evidence from School Inspections." *Journal of Human Resources* 50, nr 1 (2015): 189-221.

Le Grand, Julian. "The Labour Government and the National Health Service." *Oxford Review of Economic Policy* 18, nr 2 (2002): 137-153.

Mays, Nicholas, Anna Dixon, och Lorelai Jones. "Objectives and evolution of New Labour's reforms." i *Understanding New Labour's market reforms of the English NHS*,

redigerad av Nicholas Mays, Anna Dixon och Lorelai Jones, 1-15. London: King's Fund, 2011.

Propper, Carol. "Competition in health care: lessons from the English experience." *Health Economics, Policy and Law* 13 (2018): 492-508.

Propper, Carol, Matt Sutton, Carolyn Whitnall, och Frank Windmeijer. "Incentives and targets in hospital care: Evidence from a natural experiment." *Journal of Public Economics* 94, nr 3-4 (2010): 318-335.

Propper, Carol, Simon Burgess, och Denise Gossage. "Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9." *Economic Journal* 118 (2007): 138-170.

Rechel, Bernd, o.a. "Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries." *Health Policy* 120, nr 4 (2016): 377-383.

Santos, Rita, Hugh Gravelle, och Carol Propper. "Does Quality Affect Patients' Choice of Doctor? Evidence from England ." *Economic Journal* 127, nr 600 (2017): 445-494.

Vallance, Abigail E, James Hill, Michael Braun, och Kate Walker. "Effect of public reporting of surgeons' outcomes on patient selection, 'gaming,' and mortality in colorectal cancer surgery in England: population based cohort study ." *BMJ* doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1581>.

West, Anne, och Hazel Pennell. "Publishing School Examination Results in England: incentives and consequences." *Educational Studies* 26, nr 4 (2000): 423-436.