

Stärkt kvalitetsredovisning inom välfärden



Författare: Anders Morin, Svenskt Näringsliv.

Anders Morin är ansvarig för välfärdspolitiska frågor på Svenskt Näringsliv.

Förord

Brister i skolan eller felaktig vård kan få livsavgörande konsekvenser. Det är därför förvånande att medborgarna i Sverige har begränsade, eller inga, möjligheter att informera sig om kvaliteten på den skola eller vårdcentral man valt. I andra länder, till exempel Storbritannien och USA, är redovisningen av kvaliteten på enhetsnivå betydligt mer utvecklad. Skolverkets nedstängning av kvalitetsinformation rörande olika grund- och gymnasieskolor har medfört att en redan otillräcklig kvalitetsredovisning har ersatts av ingen alls.

Information om utförarnas kvalitet inom vård, skola och omsorg är nödvändig för att medborgarna ska kunna göra informerade val. Härmed kan skickliga skolor eller vårdgivare attrahera fler elever och patienter, medan enheter som presterar sämre kvalitet kan väljas bort. Därmed skapas också förutsättningar för kontinuerliga konsumentdrivna kvalitetsförbättringar.

Öppen redovisning av dåliga resultat ger också dålig publicitet, oavsett om det finns valmöjligheter, vilket de allra flesta utförare vill undvika. Forskning från Storbritannien och USA ger stöd för att öppna kvalitetsredovisningar leder till ökad kvalitet.

Svenskt Näringsliv vill vända utvecklingen och kraftigt förbättra kvalitetsredovisningen mot medborgarna. Vi presenterar därför i denna rapport ett antal åtgärdsförslag.

Dessa åtgärder bör vidtas så snart som möjligt och borde vara krav i en utvecklad välfärdsnation som Sverige. Härigenom bör så många medborgare som möjligt kunna skapa sig en bild av kvaliteten i välfärden, och få en bättre välfärd. Kvaliteten kan utvecklas och sammantaget höjas, och vi får mer värde för de resurser som läggs på välfärden.

Bettina Kashefi
Svenskt Näringsliv
Chefekononom

Innehåll

Förord	1
Stärkt kvalitetsredovisning inom välfärden gentemot medborgarna	3
Varför behövs kvalitetsredovisningar gentemot de som använder välfärdstjänster?	3
Kammarrättens dom gällande öppna redovisningar och Skolverkets nedstängning av kvalitetsinformation har lett till en ohållbar situation	3
Hur bör kvalitetsinformationen utvecklas?	4
Öppna kvalitetsredovisningar inom skolan	6
Vad har redovisats fram till Skolverkets nedstängning av kvalitetsinformationen och vad är svagheter i dessa mått?	6
Hur kan redovisningarna förbättras?	6
Effekter av öppna redovisningar i skolan	8
Öppna kvalitetsredovisningar inom sjukvården	9
Vad redovisas för patienten?	9
Vilka data finns?	9
Hur kan öppenheten i kvalitetsredovisningarna förbättras?	12
Framväxten av öppna redovisningar av vård i Storbritannien	13
Effekterna av öppna kvalitetsredovisningar i Storbritannien	14
Öppna kvalitetsredovisningar inom äldreomsorgen	15
Vad redovisas för brukarna och de anhöriga?	15
Vårdföretagarnas modell för öppen kvalitetsredovisning - en väg till förbättring	15
Sammanfattning och förslag till åtgärder	17
Referenser	19

Stärkt kvalitetsredovisning inom välfärden gentemot medborgarna

Varför behövs kvalitetsredovisningar gentemot de som använder välfärdstjänster?

Ett utmärkande drag för välfärdstjänsterna är att det ofta är svårt för föräldrar och elever, patienter och omsorgstagare att veta vilken kvalitet som utförarna av tjänsterna håller. Välfärdstjänsterna är ofta komplexa och det krävs generellt stora kunskaper för att kunna värdera kvaliteten i skolan, vården och omsorgen. Det är också ofta först efter en tid som det går att värdera om skolutbildningen för eleven förberedde väl för högre studier eller arbetslivet, eller om operationen i vården blev framgångsrik. Inom vård och omsorg befinner sig brukaren dessutom ofta i en utsatt situation och det kan därför vara särskilt svårt att skaffa sig en egen uppfattning om kvaliteten på tjänsten. Till detta ska läggas att konsekvensen av bristfällig kvalitet ofta är särskilt allvarlig inom välfärden jämfört med andra sektorer i samhället. En undermålig utbildning i skolan är ofta svårt att reparera i efterhand och otillräcklig kvalitet i vård och omsorg kan ytterst få livsavgörande konsekvenser.

Detta är enligt Svenskt Näringsliv viktiga skäl till att kvalitetsresultat inom skola, vård och omsorg bör mätas och öppet redovisas. Kvalitetsmätningar är en förutsättning för ett framgångsrikt förbättringsarbete, men det är lika viktigt att resultaten når dem som verksamheten är till för: medborgarna.

Öppen kvalitetsredovisning kan också, genom medborgarnas val, leda till att skickliga skolor eller vårdgivare kan attrahera fler elever och patienter, medan enheter som presterar sämre kvalitet kan väljas bort. Öppen redovisning av dåliga resultat ger också dålig publicitet, oavsett om det finns valmöjligheter eller inte, vilket de allra flesta utförare vill undvika. Forskning från Storbritannien och USA ger också stöd för att öppna kvalitetsredovisningar leder till ökad kvalitet.

Presentationen av kvalitetsmått måste självfallet också vara begripliga och användarvänliga för att brukare ska kunna ta till sig informationen. Betoning bör vara på utfallsresultat, det vill säga kvaliteten i den tjänst som når medborgaren, och resultaten som redovisas bör vara de mest väsentliga.

Kammarrättens dom gällande öppna redovisningar och Skolverkets nedstängning av kvalitetsinformation har lett till en ohållbar situation

En dom i Kammarrätten 2019-12-16 kom fram till att den kvalitetsinformation om friskolor som Skolverket dittills hade publicerat inte var förenlig med nuvarande lagstiftning om offentlighet och sekretess (OSL SFS/2009:400).¹ Grunden var att de uppgifter som Skolverket hämtar hos SCB om fristående skolors genomströmning, betygssättning och sammansättning av elever anses omfattas av sekretess, om den fristående skolan lätt kan identifieras. Domen ledde till att Skolverket 2020-09-01 stängde ner all sin kvalitetsinformation på skolnivå gällande såväl friskolor som kommunala skolor. Det har därmed blivit omöjligt att få information från myndigheter om enskilda skolors resultat.

¹ Kammarrätten i Göteborg, Mål nr 6267-19.

Grunden för medborgarnas möjligheter att utvärdera skolor och göra informerade val har därmed ryckts undan. Detta kommer i sin tur bland annat att leda till att skolor med svag kvalitet kan fortsätta sin verksamhet ”under radarn” och inte får tillräckliga drivkrafter till förbättring. De som drabbas är ju inte skolorna själva utan de elever som går på sådana skolor. Situationen är oacceptabel och ohållbar, och måste få en snar lösning.

Såväl Skolverket som SCB har efter regeringsuppdrag redovisat förslag på hur situationen kan lösas så att kvalitetsinformation åter kan bli tillgänglig.² Samtliga förslag kräver att ändringar görs i OSL. Regeringen måste nu skyndsamt bereda myndigheternas avgivna förslag i regeringsuppdragen och föreslå en lösning som bygger på något av dessa förslag, så att kvalitetsinformation om enskilda skolor kan redovisas för medborgarna. Det är därvid av stor betydelse att det blir möjligt att värdera och jämföra skolor med skilda förutsättningar i elevsammansättning.

Hur bör kvalitetsinformationen utvecklas?

Redan innan Skolverkets nedstängning av den kvalitetsinformation de redovisat fanns betydande brister när det gäller kvalitetsredovisningar på enhetsnivå inom hela den svenska välfärden. I utbildningssystemet har bristen på pålitliga jämförbara kvalitetsmått varit ett stort problem. Inom vården finns det visserligen stora mängder statistik tillgänglig, men det är svårt att som patient navigera och jämföra data för att skapa sig en övergripande uppfattning om olika aktörers kvalitet. Också inom äldreomsorgen är bristerna uppenbara, då andra mått än brukarnöjdhet är svårtillgängliga och många äldre, framför allt de som befinner sig på äldreboenden, har nedsatt förmåga att självständigt besvara enkäter. Inom andra omsorgsområden i välfärden, till exempel i omsorgen om funktionshindrade, är bristen på kvalitetsredovisning ofta än mer tydlig.

Den ökande valfriheten utgör ytterligare ett tungt argument för öppna kvalitetsredovisningar. Samtidigt som en bred majoritet av medborgarna anser att valfrihet är viktigt i välfärden är det svårt att göra informerade val utan fullgoda kvalitetsredovisningar. Medborgare som trots detta kan skaffa sig information, genom kontakter eller genom att som inom vården söka i svårtillgängliga databaser, kan sannolikt också bättre hantera situationen än övriga. Detta leder till att valfrihetens potential inte realiserar eftersom brukarna riskerar att, till följd av okunskap, välja enheter med låg istället för hög kvalitet.

Bättre information om välfärdens kvalitet kan alltså hjälpa till att stärka både välfärdens kvalitet och kostnadseffektivitet, eftersom de kan förväntas leda till bättre kvalitetsutveckling utan att öka kostnaderna. Detta är högst angeläget, inte minst mot bakgrund av den demografiska utvecklingen mot en alltmer åldrande befolkning – som riskerar att skapa ett ohållbart kostnadstryck i välfärdssektorn.

För att komma framåt i frågan är det viktigt att blicka utåt. Andra länder, till exempel England och USA, har nämligen kommit längre än Sverige när det gäller öppna kvalitetsjämförelser i välfärden. Forskning tyder också på att dessa öppna jämförelser har ökat kvaliteten. Det finns därför skäl för Sverige att lära av dessa länder.

² Se myndigheternas redovisning av regeringsuppdraget. SCB 2020-09-03, Dnr A2020/2343. Skolverket 2020-09-04 Dnr 2020/1060.

Enligt Svenskt Näringslivs uppfattning har staten ett ansvar för att se till att begriplig och användaranpassad information om utförarnas kvalitet når medborgarna. Regering och riksdag har visserligen delegerat ansvaret för vård, skola och omsorg till regionerna och kommunerna. Men då har också staten rätt att kräva resultatuppföljning och att relevanta resultat redovisas även för dem som verksamheten är till för, nämligen föräldrar, elever, patienter och omsorgstagare.

I ljuset av detta är det märkligt att så lite har gjorts för att se till att medborgarna informeras om kvaliteten hos välfärdens aktörer. En förklaring kan vara att det i realiteten sannolikt krävs en bred enighet mellan regioner och mellan kommuner, för att dessa på eget initiativ i samverkan skulle skapa öppna rikstäckande kvalitetsredovisningar, som är lättförståliga för medborgarna. Individen har tidigare haft en svag ställning i den svenska välfärden, där medborgaren ”fick stå med mössan i hand”. Den tiden är förbi – och det är hög tid att regering och riksdag fattar nödvändiga beslut kring kvalitetsredovisningar för att reflektera detta. Januariöverenskommelsen från 2019 slog fast att höga kvalitetskrav i välfärden ska vara styrande (punkt 9), att betygsinflation i skolan ska motarbetas och att de nationella proven ska digitaliseras (punkt 49 och 55) samt att öppenhet om kvaliteten i vården ska öka, som ett led i att stärka patienternas rättigheter (punkt 59). Politikerna måste nu gå från ord till handling.

Att så lite har hänt sedan Kammarrättens dom i december 2019, som medförde att Skolverket stängde ner sin kvalitetsinformation – de nämnda regeringsuppdragen beslutades 2020-06-17, tyder också på att rikspolitiken hittills inte gett frågan den uppmärksamhet som den förtjänar.

Öppna kvalitetsredovisningar inom skolan

Vad har redovisats fram till Skolverkets nedstängning av kvalitetsinformationen och vad är svagheterna i dessa mått?

Skolan är det enda välfärdsområde för vilket det i Sverige hittills har funnits en särskild hemsida med kvalitetsinformation på enhetsnivå, som har varit anpassad till brukarnas behov. Ett betydande problem har dock varit att redovisade kvalitetsmått inte varit tillräckligt tillförlitliga. Därmed försvåras också jämförelser.

Sidan heter ”Utbildningsguiden” och har funnits på Skolverkets webbplats.³ För till exempel grundskolan visades där utfallsmått på skolnivå, i form av resultat på nationella prov samt betygsresultat för årskurs 6 och 9.

Även om hemsidans redovisningar medförde en bättre situation än den nuvarande där ingen redovisning alls finns, har hemsidan i praktiken dock gett endast begränsad vägledning när det gäller vilken kvalitet som skolorna levererar. Skälen till detta är att skolorna själva såväl rättar de nationella proven som sätter årskursbetygen. Även om centrala riktlinjer för bedömning och betygssättning finns kan dessa tolkas olika ute i skolorna. Det kan även finnas en lockelse att bedöma den egna skolans elever ”snällt”.

Systemet blir därmed rättsosäkert för den enskilde eleven. Det riskerar också att leda till betygsinflation och orättvisor mellan elever vid intag till gymnasium eller högre studier, eller när det gäller möjlighet att få jobb. Betygsinflation leder till att elevers ansträngningar inte premieras i tillräckligt hög utsträckning, vilket i sin tur riskerar att påverka deras motivation negativt. Även lärarnas motivation att förmedla kunskaper riskerar att minska. I förlängningen påverkas också kompetensförsörjning och ekonomisk utveckling.

Hur kan redovisningarna förbättras?

Enligt Svenskt Näringsliv är det av största vikt att betygssättningens grunder stramas upp, framför allt i högre årskurser – det vill säga årskurs nio och gymnasiet. Vi anser att följande bör göras för att förbättra betygens roll som värdemätare av kunskaper och färdigheter:

- Nationella prov ska rättas externt och inte av skolorna själva. Riksdagen har beslutat om digitalisering av nationella prov, vilket är bra. När det gäller de uppgifter som inte kan rättas digitalt ska extern rättning ske.
- Avvikelse mellan resultaten på de nationella proven och betygen på skolnivå måste begränsas. Ett högsta spann för denna avvikelse behöver tas fram.⁴

³ <https://utbildningsguiden.skolverket.se/hitta-och-jamfor-skolor/hitta-och-jamfor-grundskolor>

⁴ Vad gäller att motverka betygsinflation i de ämnen som inte har nationella kan andra metoder behöva övervägas. En sådan kan vara att skolan måste motivera betydande avvikelser i sådana ämnen jämfört med betygssnittet i de ämnen där nationella prov finns.

- Mått på skolors förädlingsvärde måste tas fram. Förädlingsvärdets syfte är att visa hur mycket skolan bidrar till elevernas kunskaps- och betygsutveckling. Detta kräver objektiva mått på elevernas kunskaper och förutsättningar när de börjar skolan och objektiva mått på deras kunskaper när de slutar skolan. Se faktaruta nedan. Förädlingsvärdena bör beräknas och redovisas nationellt först när kvalitets-säkring av nationella prov och betyg gjorts enligt punkt 1 och 2 ovan. Förädlingsvärden bör också kunna grundas på diagnostiska prov, inte minst i lägre stadier. Redovisning av förädlingsvärden bör även ske gentemot föräldrar och elever. Redan nu bör dock utredningsarbete om detta startas.

På kort sikt, det vill säga så fort frågan om publicering av kvalitetsinformation på skolnivå fått en godtagbar lösning, behöver också Utbildningsguiden förbättras. Detta görs förslagsvis genom kompletteringar av följande.

- Redovisning av hur pass väl en skola presterar betygmässigt i årskurs 9 när hänsyn tas till elevernas socioekonomiska bakgrund. Dessa uppgifter har funnits i ett antal databaser men har varit svåra för föräldrar och elever att hitta.
- Skillnaden mellan betygsresultat och resultat på nationella prov på skolnivå. Även dessa uppgifter har funnits, men har varit svårtillgängliga för allmänheten.
- Resultat från den nationella skolenkäten till eleverna.
- Anmärkningar vid tillsyn av Skolinspektionen.⁵

Faktaruta

För att åskådliggöra hur förädlingsvärden kan beräknas inom utbildningssystemet används som exempel skolor som har elever i årskurs 7 till 9. Frågan är då hur man kan mäta skolornas förädlingsvärden, från att de tar emot eleverna vid starten i årskurs 7 tills att eleverna slutför årskurs 9. Till att börja med behövs ett tillförlitligt ingångsvärde för eleverna i årskurs 7. Detta kan lämpligen bestå av resultaten från diagnostiska prov i ett eller flera ämnen. Provergebnen bör ha samma betygsskala som betygsskalan för slutbetygen i årskurs 9. Resultatet från dessa prov jämförs sedan med slutbetygen i årskurs 9 för samma ämnen. I analysen bör man dock först justera för provergebnen vid starten av årskurs 7, liksom för elevernas sociala bakgrund, för att ta hänsyn till dessa faktorer betydelse för betygsutvecklingen (samt takeffekter i betygssystemet, vilka omöjliggör redan högt presterande elever att höja sig ytterligare). På så sätt kan man sedan skapa en rättvisande jämförelse mellan högstadieskolornas förädlingsvärden. Alternativt kan resultaten på nationella prov i årskurs 6 respektive 9 jämföras på samma sätt för att beräkna förädlingsvärdet. Se vidare rapport från Svenskt Näringsliv (2019): Förädlingsvärdets värde - att mäta skolors och lärares effektivitet.

⁵ Skolmyndigheterna har i september 2020 lämnat förslag till regeringen om nationella målsättningar, delmål och indikatorer på skolans område. Enligt Svenskt Näringslivs uppfattning fokuserar förslagen till indikatorer för lite på uppnådda kunskapsresultat för alla elever, och riskerar att styra mot ökade resursanspråk, utan att det finns en tydlig koppling att de ökade resurserna leder till ökad målpåfyllelse.

Effekter av öppna redovisningar i skolan

Som nämnts har andra länder, som till exempel Storbritannien och USA, kommit längre än Sverige när det gäller öppna redovisningar av skolors resultat. Vilka effekter kan man då se av detta?

Det finns en del forskning om effekterna av kvalitetsjämförelser i den engelska skolan. 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 i princip 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. (Burgess m.fl. 2013). Med andra ord var det totalt sett bättre att publicera övergripande kvalitetsinformation om skolors prestationer 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 skolinspektionsbetyg – vilket tyder på att de värderar informationen som publiceras (Burgess m.fl. 2015; Gibbons m.fl. 2013; Hussain 2019).⁶ 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). Totalt sett finns det därför stöd för att kvalitetsjämförelser har producerat högre kvalitet i det engelska skolsystemet.

Även forskning från USA indikerar att informationssystem som baseras på skolors förädlingsvärden fungerar ganska bra. I Florida – där skolor hålls ansvariga för bland annat sina förädlingsvärden – förbättrar skolorna resultaten, både på prov som omfattas av systemet och på prov som inte gör det, som ett resultat av detta. Effekten håller i sig flera år, även när eleven har lämnat skolan (Rouse, m.fl. 2013; Chiang 2009). I New York finner man också att effekten av ett underkänt betyg i myndigheternas rankning, som bland annat inkluderar förädlingsvärden, är positiv för de kommande resultaten i engelska och matematik (Winters och Cowen 2012). Annan forskning från New York har funnit liknande effekter (Rockoff och Turner 2010).

En viktig poäng med system som använder förädlingsvärde för ansvarsutkrävande är att de kan antas ge incitament att förbättra resultaten också bland elever som ligger långt ifrån gränsen för godkänt och elever som redan klarar kraven. Forskning visar mycket riktigt att elever som redan klarar kraven inte förlorar på skolrankningar när man använder skolors förädlingsvärden som grund för rankningen. Det kan de däremot göra om proven fokuserar på att öka antalet godkända elever (Ladd och Lauen 2010; Lauen och Gaddis 2012). Detta indikerar att informationssystem som ämnar mäta skolors effektivitet kan ha positiva effekter om man utformar systemet väl.

⁶ Detta finner också stöd i den svenska kontexten. I ett intressant svenskt experiment i Linköping finner forskare att föräldrar börjar välja högstadieskolor med högre meritvärden, som justeras för elevernas bakgrund, när de får brev hemskickade med denna information. Intressant nog påverkas föräldrar inte av ojusterade resultat, vilket tyder på att de föredrar mer effektiva skolor snarare än skolor som har en mer fördelaktig elevsammansättning (Kessel och Olme 2018).

Öppna kvalitetsredovisningar inom sjukvården

Vad redovisas för patienten?

Inom vården finns ingen samlad nationell redovisning i Sverige av vårdens kvalitetsresultat på enhetsnivå som är anpassad till patienters och medborgares kunskaper och behov.

Ett undantag har varit primärvården där resultat från den Nationella Patientenkäten redovisades på vårdcentralsnivå på den gemensamma patientportal ”1177.se”. Denna information togs emellertid bort 2019.⁷

Förutom offentliga initiativ i frågan fanns tidigare den privata sajten omvard.se (OmVard.se) under perioden 2009–2016. På sajten redovisades bland annat medicinska resultat, tillgänglighet och patientupplevd kvalitet för enskilda vårdgivare i hela Sverige, både för primär- och specialistvård. På webbplatsen sammanfördes information om vårdens resultat från offentligt redovisad statistik. Bland de kvalitetsmått som redovisades var andelen infektioner som uppkommer vid vård på sjukhus eller hos annan vårdgivare och andelen omoperationer vid höft- och knäprotesoperationer. Informationen presenterades anpassad till patientens behov och kunskaper. Omvard.se utsågs både till Sveriges bästa site av InternetWorld, och årets bästa patienttjänst av Dagens Medicin 2009. Svenskt Näringsliv finansierade sajten mellan 2009 och 2012.

Syftet med omvard.se var att främja öppenhet i vården för att uppmuntra kvalitetsutveckling och dialog mellan patienter och vårdpersonal. 2016 lades dock hemsidan ned på grund av bristande finansiering.

Vilka data finns?

Även om det finns endast lite kvalitetsinformation lättillgänglig för patienter beror inte detta på avsaknaden av utfallsmätningar i sig. Tvärtom finns det stora mängder kvalitetsdata tillgängliga inom den svenska vården. Mycket av denna information finns redovisad i Vården i siffror, som är ett IT-baserat verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. Här redovisas såväl process- som utfallskvalitet på landstings- (numera region) och enhetsnivå, och en del av utfallsmåtten är justerade för skillnader i patientsammansättning. Uppgifter från 102 sjukhus och 5 071 vårdenheter redovisas. Det sammanlagda antalet indikatorer är 793 – en del avser dock annat än kvalitet, till exempel kostnader, och uppgifterna är tagna från 80 olika register, inte minst de så kallade Kvalitetsregistren. Informationen i Vården i siffror är inte anpassad till patienter och medborgare. Verktyget har en komplicerad struktur, informationen är svår att överblicka och medicinska kunskaper krävs ofta för förståelse.

Det finns över 100 kvalitetsregister i drift för olika diagnoser inom vården. Några av de mest kända är Riks-HIA, för hjärtintensivvård, Riks-stroke, Bröstcancerregistret och Höftprotesregistret. De bygger på individdata och mäter såväl åtgärder som resultat

⁷ Det angivna skälet var att sidan inte besöktes i tillräcklig utsträckning. Inera, som har ansvaret för ”1177.se”, har dock anggett att redovisningen kommer tillbaka 2022, efter det att ny upphandling skett.

på kliniknivå, som ofta aggregeras upp till regionnivå. Flera svenska kvalitetsregister är internationellt erkända som föredömen för systematiskt och framgångsrikt kvalitetsarbete.

Nedanstående tabell visar hur respektive landsting klarar av att uppfylla målvärden för ett antal kvalitetsindikatorer inom bröstcancervården.

Tabell 1. Uppfyllandegrad (%) för utvalda kvalitetsindikatorer inom bröstcancervården.

Region	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stockholm	59	98	98	98	96	38	85	91	32	86	79	97	96
Uppsala	69	99	99	98	92	21	95	94	20	85	86	93	95
Södermanland	64	97	97	100	95	52	73	90	7	90	92	83	95
Östergötland	70	96	98	89	96	16	86	94	12	100	78	94	94
Jönköping	72	99	99	99	94	21	80	94	9	83	80	89	100
Kronoberg	54	87	98	99	91	38	85	89	34	100	83	89	100
Kalmar	67	99	99	98	94	81	87	88	0	93	72	92	100
Gotland	67	100	100	92	94	57	85	87	11	83	-	85	100
Blekinge	65	100	100	98	98	37	89	88	3	87	92	81	91
Skåne	63	97	98	99	96	25	85	92	14	90	90	80	98
Halland	70	99	100	96	96	56	85	94	5	97	80	92	93
Västra Götaland	65	98	98	98	95	27	81	90	12	89	80	91	97
Värmland	70	98	92	100	93	62	79	83	2	79	92	86	95
Örebro	64	98	98	97	98	18	80	94	4	100	76	88	93
Västmanland	66	100	100	100	98	47	86	93	10	62	88	80	62
Dalarna	66	99	99	99	97	50	70	94	10	100	100	95	100
Gävleborg	65	91	95	100	96	70	89	96	0	88	82	84	100
Västernorrland	62	91	94	98	97	38	90	95	5	73	89	88	95
Jämtland	68	99	99	98	96	47	82	92	0	-	-	100	100
Västerbotten	62	95	97	100	97	51	78	92	18	92	97	83	98
Norrbottnen	70	100	100	98	94	91	88	93	28	-	20	89	100
RIKET	64	97	98	98	96	38	84	92	16	89	83	89	96

Källa: Kvalitetsregistret för bröstcancer. Sammanfattning och vägledning till interaktiva årsrapporten 2019.⁸

Dessa målvärden följer det nationella vårdprogrammet för bröstcancer. Det finns som regel ett högre mål (mörkblå färg) och ett lägre mål (ljusblå färg) för alla kriterier. Uppgifterna bygger på inrapporterade data från respektive klinik/sjukhus i varje landsting. Uppgifter på klinik/sjukhusnivå redovisas dock inte i årsrapporten.

Som exempel på indikatorer kan nämnas

- Screeningupptäckt bröstcancer bland kvinnor i åldrarna 40–74 år vid diagnos (indikator 1). Den högre målnivån är 70 %, den lägre 60. Två landsting uppfyller inte den lägre målnivån (Kronoberg och Stockholm)
- Tid från välgrundad misstanke om cancer till primär operation inom 28 dagar, bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (indikator 6). Här finns endast en målnivå, 80 %. Enligt det framtagna ”standardiserade vårdförloppet” rekommenderas en ledtid om högst 28 dagar. Endast två landsting uppfyller målnivån (Kalmar och Norrbotten). Resultaten bör enligt Kvalitetsregistret tolkas med försiktighet då definitionen av start av vårdprocessen tolkas olika av olika vårdgivare.

⁸ Statistiken är från 2018 för vissa kriterier, från 2019 för andra.

- Cytostatikabehandling, målpuffyllelse, bland opererade ER-negativa, invasiva fall med större tumörer eller spridning till lymfkörtlar utan fjärrmetastaser vid diagnos (indikator 10).⁹ Den högre målnivån är 90 % och den lägre är 80 %. Det finns skillnader mellan landstingen, där andelen fall som behandlas varierar mellan 62 % och 100 %. I vissa landsting finns dock relativt få fall, vilket gör det viktigt att tolka resultaten med viss försiktighet.

Den kvalitetsstatistik som ovan redovisas visar överlag på betydande skillnader mellan landsting, något som självklart också gäller mellan de sjukhus på vilken statistiken bygger.

Ett ytterligare exempel på betydande skillnader mellan landsting gäller väntetiderna för operation vid bukspottkörtelcancer. Så till exempel får 67 procent av patienterna i Örebro-regionen, som fått diagnosen cancer i bukspottkörteln, operation inom den nationellt målsatta tiden 40 dagar, medan enbart 13 procent av patienterna i Dalarna får det.¹⁰ Samtidigt anges det i Vården i siffror om indikatorn bland annat följande: ”Sjukdomen upptäcks oftast sent och mellan 75 och 80 procent har därför en utbredd cancer redan vid upptäckten. Operation är enda möjligheten till bot, men den relativa femårsöverlevnaden efter diagnos är låg.”

Det så kallade SVEUS-projektet var ett FoU-projekt som syftade till att skapa bättre möjligheter för vårdgivare och landsting/regioner att följa upp och analysera den vård som bedrivs.¹¹ Inom ramen för projektet togs kvalitetsdata – liksom kostnadsdata – från flera olika källor fram för sju vanligt förekommande diagnoser/sjukdomsområden och dess vårdförlopp. Dessa områden var stroke, förlossningsvård, diabetesvård, ryggkirurgi, obesitas (fetma-)kirurgi, höft- och knäprotesoperationer samt bröstcancer. Huvudmän och kliniker kunde med hjälp av dessa bearbetade data också jämföra de egna resultaten med andra medverkande vårdgivares resultat.¹²

För varje sjukdomsgrupp/patientgrupp definierades relevanta uppföljningsmått. De hälsoutfallsmått som togs fram fokuserade på de utfallsmått som är mest relevanta för patienten och resultaten justerades utifrån behandlade patienters förutsättningar (så kallad casemix-justering). Kvalitets- och resursförbrukningsmått skulle beakta en så stor del av vårdprocessen som möjligt.

Inom ramen för projektet framställdes en uppföljningsrapport per sjukdomsgrupp/patientgrupp. I respektive rapport finns redovisat resultat för såväl hälsoutfallsmåtten som resursförbrukningsmått.

Som exempel på relevanta mått på hälsoutfall kan vi åter titta närmare på bröstcancer-vården och SVEUS uppföljningsrapport (2016) om denna vård. I uppföljningsrapporten återfinns de viktigaste resultaten avseende hälsoutfall. Där framgår att det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan vårdgivare avseende 5-årsöverlevnadsgrad, det till säga sannolikheten att patienten lever åtminstone 5 år efter diagnos. Den varierade i intervallet 75–90 % (observerade värden, ej case-mix-justerade). Patienter på Sahlgrenska sjukhuset hade signifikant högre överlevnad medan patienter inom NU-sjukvården¹³

⁹ Med ”ER-negativa” fall avses cancrar som inte uttrycker östrogenreceptorer. Dessa är då inte mottagliga för östrogen som stimulerar cellerna till att växa. På dessa tumörer har så kallad antiöstrogen behandling ingen effekt. Med ”invasiva” fall avses att cancercellerna i dessa fall infiltrerar i bröstkörtelns stödjevävnad och kan sprida sig via lymfa eller blodbanan till andra organ.

¹⁰ Värden i siffror, avläst 2020-09-14.

¹¹ SVEUS står för Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården.

¹² Utvecklingsprojektet pågick 2013–2019. I projektet deltog bland andra sju landsting, professionsföreningar, patientföreningar och staten. Det huvudsakliga resultatet av projektet var, utöver vetenskapliga rapporter, en analysplattform till vilken regioner kunde ansluta sig.

¹³ Sjukhusen i Trollhättan och Uddevalla.

hade signifikant lägre överlevnad än genomsnittet. Det finns också statistiskt signifikanta skillnader mellan vårdgivare avseende sjukdomsfri överlevnadsgrad under 2 år. Observerade värden varierade i intervallet 86–96%. Här hade patienter på Falu lasarett och Sahlgrenska sjukhuset signifikant högre sjukdomsfri överlevnadsgrad medan patienter på NU-sjukvården hade signifikant lägre överlevnadsgrad. Signifikanta skillnader mellan sjukhusen förelåg även efter justering för olikheter i patientsammansättning.¹⁴

Även denna källa visar således på skillnader i kvalitetsutfall mellan vårdgivare, men dessa kunskaper når inte patienterna och medborgarna eftersom de inte redovisas på ett lättillgängligt och lättförståeligt sätt.

Ett område som är komplext när det gäller att fånga kvalitetsnivån är primärvården. Eftersom primärvården är patienternas vanligaste ingång till vården får denna vårdform möta så gott som alla sjukdomar.

I syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning har ”Primärvårdskvalitet”, som är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, byggts upp. Primärvårdskvalitet har utvecklats av primärvårdens professioner och avser att spegla primärvårdens breda verksamhet. Primärvårdskvalitet innehåller nationella och evidensbaserade kvalitetsindikatorer som hämtas automatiskt från befintliga datakällor, utan behov av extra registrering.

Indikatorerna är uppdelade i övergripande områden, kroniska sjukdomar, infektioner och levnadsvanor. De övergripande områdena är kontinuitet, samsjuklighet, prioritering, samverkan, äldre och läkemedel. Bland de kroniska sjukdomar som det finns indikatorer för kan nämnas astma, högt blodtryck, hjärtsvikt, demens, depression, KOL, diabetes och stroke. Exempel på en infektionssjukdom som det finns indikatorer för är lunginflammation. Målnivåer för indikatorer anges dock inte förutom vid infektionssjukdomar.

Uppdatering till nya nationella riktlinjer och ny evidens sker årligen. Vårdcentraler som använder Primärvårdskvalitet kan se alla uppgifter om sin egen verksamhet och även följa upp vården av enskilda patienter. I slutet av juni 2020 kunde 950 av landets vårdcentraler – eller 79 procent – och 291 enheter med Rehab se sina data i primärvårdskvalitet. Som referens visas genomsnittsvärden från hela landet.¹⁵

Det är inte möjligt för de enskilda patienterna att kunna ta del av resultat för primärvårdskvalitet på enhetsnivå.

Hur kan öppenheten i kvalitetsredovisningarna förbättras?

Eftersom det finns så många relevanta kvalitetsdata på enhetsnivå, såväl processmått som resultatmått och även patientbedömningar, bör enligt Svenskt Näringslivs uppfattning ett antal av dessa mått väljas ut och redovisas för allmänheten och patienter på ett sätt som är användarvänligt och begripligt för målgruppen. Redovisningen bör ske på enhetsnivå, och den bör ske på en nationell webbplats som finansieras med allmänna medel. Det är statens ansvar att se till att en sådan webbplats kommer till stånd. Vilka indikatorer som presenteras bör dock avgöras av vårdens professioner. Där så är möjligt bör riskjustering ske av indikatorerna. En lämplig strategi är att börja med ett begränsat antal kvalitetsmått, för att sedan successivt utvidga antalet indikatorer.

¹⁴ http://analys.vgregion.se/contentassets/06abfb6da19e4e3498acc9102b5a188f/sveus-brostdcancer-jamforelserapport_161013.pdf

¹⁵ <http://primarvardskvalitet.skil.se/>

Vårdföretagarna har uttalat att såväl så kallade kliniskt observerbara resultat (CROM), som patientens upplevda resultat av behandlingen (PROM) och patientens upplevelse i samband med behandlingen (PREM) är relevanta former av kvalitetsmått i sjukvården, inte bara för landstingen som huvudman, utan också för patienten. De ger, tillsammans med vårdgivarens tillgänglighet, en samlad bild av den kvalitet som patienten får i vården.¹⁶ Svenskt Näringsliv ansluter sig till Vårdföretagarnas bedömning.

Framväxten av öppna redovisningar av vård i Storbritannien

Storbritannien och USA är länder som har kommit längre än Sverige när det gäller öppna kvalitetsredovisningar i vården. Mot bakgrund av att Storbritannien har ett sjukvårdssystem som liknar vårt eget fokuserar detta avsnitt på utvecklingen i Storbritannien och effekterna av kvalitetsredovisningar där.

Liksom i skolan har vårdsystemen i de olika riksdelarna i Storbritannien kommit att utvecklas olika sedan slutet på 1990-talet. I England briserade en stor vårdskandal under denna period: 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 förklarat den höga mortaliteten bland annat med att den berodde på hög vårdtyngd. Den kommission 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 hjärtskirurgföreningen 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).

Runt 2002 valde Labourregeringen att 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 hjärtskirurgföreningen bestämde sig för att publicera riskjusterad mortalitet bland hjärtskirurger på överläkarnivå vid elektiva (planerade) ingrepp. År 2013 började 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 (se Boseley 2014; Guardian 2005).

¹⁶ Debattartikel, Dagens Medicin 2017-08-30, ”Det går utmärkt att styra vården utifrån kvalitetsmått”.

Idag publiceras ett stort antal mått på vårdgivares kvalitet. Informationen finns tillgänglig online och fanns fram till nyligen sammanställd på My NHS. Det mesta av informationen finns idag tillgänglig på andra hemsidor.

Effekterna av öppna kvalitetsredovisningar i Storbritannien

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.

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. Forskarna fann 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.

Det finns mycket som tyder på att tillgången till kvalitetsinformation har varit en 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.

Öppna kvalitetsredovisningar inom äldreomsorgen

Vad redovisas för brukarna och de anhöriga?

På nationell nivå finns den så kallade Äldreguiden, som publiceras av Socialstyrelsen. Där redovisas kvaliteten på enhetsnivå inom fem olika områden, helhetsomdöme, personal och utbildning, inflytande och delaktig, aktiviteter och träning samt måltider. Uppgifterna hämtas från Nationella brukarenkäten och från Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, som bägge utförs på uppdrag av Socialstyrelsen.

Äldreguiden har dock inte publicerats sedan 2018. Orsaken är förändringar och utveckling av Socialstyrelsens IT-system. Avsikten är att Äldreguiden åter ska publiceras inom en snar framtid.

Vad som saknas i Äldreguiden är exempelvis kvalitetsindikatorer för medicinsk vård och vård i livets slutskede inom särskilt boende, liksom för anhörigsamverkan och kvalitetssystem inom såväl särskilt boende som hemtjänsten. Dessutom saknas jämförelser med genomsnittliga resultat i kommunen och i riket.

Vissa kommuner redovisar dock viss kvalitetsinformation på enhetsnivå, till exempel brukarenkäter.

Vårdföretagarnas modell för öppen kvalitetsredovisning - en väg till förbättring

Vårdföretagarna lanserade redan 2013 ett förslag på en ”modell för uppföljning och redovisning av kvalitet inom äldreomsorg”. För särskilt boende består modellen av tolv områden, varav sex områden består av sammanlagt 14 indikatorer som visar hur väl ett antal processer fungerar inom särskilda boenden, och sex områden består av sammanlagt 17 indikatorer som visar olika aspekter av kundnöjdhet. Processindikatorerna skulle hämtas från Enhetsundersökningen om äldreomsorg, och två kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativa registret. Indikatorerna från kvalitetsregistren valdes bland annat för att de skulle spegla kvaliteten i det förebyggande arbetet avseende riskbedömning och prevention beträffande fall, trycksår och undernäring. Kundnöjdhetsindikatorerna skulle hämtas från Brukarundersökningen.

För hemtjänsten består modellen av tio områden, varav fem områden med fem indikatorer för processer och fem områden med elva indikatorer för olika aspekter av kundnöjdhet. Källorna för indikatorerna skulle vara Enhetsundersökningen och Brukarundersökningen.

Vårdföretagarna utarbetade även en grafisk design med vilken man skulle kunna presentera data och jämförelser på ett användarvänligt sätt. Denna grafiska design är betydligt mer utvecklad och användarvänlig än den som finns i Äldreguiden.

Figur 1. Grafisk presentation av Vårdföretagarnas modell för särskilt boende.



Källa: Vårdföretagarna

Men Vårdföretagarnas modell har inte realiserats. Behovet av en mer utvecklad öppen redovisning av äldreomsorgens kvalitet på enhetsnivå kvarstår således. Vårdföretagarnas modell är enligt Svenskt Näringslivs bedömning ett viktigt ingångsvärde för en mer utvecklad kvalitetsredovisning. I en rapport utgiven av Vårdföretagarna i maj 2019 anges också att ”Det krävs en nationell samordning av kvalitetsuppföljningen och de verktyg som behövs för att brukare och patienter ska kunna jämföra kvaliteten. Staten bör ta ansvar för att utveckla en modell som kommuner åläggs att använda. Modellen ska bland annat omfatta brukar- och patientenkäter, kontinuitetsmått och relevanta delar av medarbetarenkäter.”¹⁷ Svenskt Näringsliv anser, i likhet med Vårdföretagarna, att det är statens ansvar att se till att utveckla kvalitetsredovisning mot brukarna och allmänheten när det gäller äldreomsorgen, precis som i de andra delarna av välfärdssektorn.

¹⁷ ”10 år med LOV – En historisk reform i behov av förnyelse”, Vårdföretagarna maj 2019.

Sammanfattning och förslag till åtgärder

Rapporten har visat på brister i alla välfärdssektorer när det gäller brukares tillgång till kvalitetsinformation. Det måste till såväl en öppen redovisning av ett urval av existerande mått som en successiv utveckling av måtten. Bättre kvalitetsinformation på enhetsnivå möjliggör välinformerade val och kan driva kvalitetsutveckling och därmed högre samlad kvalitet. Forskning från Storbritannien och USA visar att öppna kvalitetsredovisningar har lett till ökad kvalitet. När välfärdens kvalitet ökar på ett kostnadseffektivt sätt leder detta också ett bättre nyttjande av de gemensamma resurserna, det vill säga högre effektivitet. Det är enligt Svenskt Näringslivs uppfattning statens ansvar att se till att kvalitetsinformationen förbättras.

På skolans område bör framför allt följande göras:

- Information om skolors kvalitet måste snarast åter bli tillgänglig på Skolverkets hemsida. Detta bör göras genom något av de förslag som Skolverket och SCB presenterade i redovisningen av regeringsuppdragen i september 2020.
- När väl skolresultat åter kan presenteras i den så kallade Utbildningsguiden hos Skolverket bör redovisningen där förbättras jämfört med innan Skolverket stängde ner kvalitetsinformationen. Exempelvis bör redovisas hur pass väl en skola presterar betygmässigt i årskurs 9 när hänsyn tas till elevernas socioekonomiska bakgrund.
- Betygens roll som värdemätare måste stärkas. Detta bör ske genom att nationella prov ska rättas externt eller digitalt och ett högsta spann på skolnivå för avvikelsen mellan resultaten på de nationella proven och betygen tas fram.

Detta skulle innebära ett realiserande av de utlovade punkterna 49 och 55 i januariöverenskommelsen såvitt gäller digitalisering av nationella prov och motverkande av betygsinflation.

- Mått på skolors förädlingsvärde måste tas fram. Förädlingsvärdets syfte är att visa hur mycket skolan bidrar till elevernas kunskaps- och betygsutveckling. Detta kräver objektiva mått på elevernas kunskaper och förutsättningar när de börjar skolan och objektiva mått på deras kunskaper när de slutar skolan.

På sjukvårdens område bör framför allt följande göras:

- Staten bör se till att en nationell webbplats för öppna kvalitetsredovisningar på enhetsnivå kommer till stånd. Webbplatsen bör finansieras med allmänna medel.
- Denna rapport visar att det finns många relevanta kvalitetsindikatorer, såväl processmått som utfallsmått, vad avser medicinsk kvalitet, liksom mått på patienternas upplevelser, inom såväl primärvård som specialistvård. Det systematiska kvalitetsarbetet är inte minst inom ramen för de så kallade Kvalitetsregistren, som omfattar en mycket stor del av vårdens specialiteter, väl utvecklat. Denna rapport har exemplifierat dessa förhållanden med en redovisning av ett antal indikatorer och utfallsresultat inom bröstcancervården, men också inom vården av patienter med bukspottkörtelcancer. Av redovisningen framgår att det finns betydande kvalitetsskillnader mellan landsting och mellan sjukhus. Sådan information når dag sannolikt endast en mindre andel av patienterna.

Mot denna bakgrund bör i en första fas en palett av indikatorer som speglar kvaliteten i vanligt förekommande sjukdomar väljas ut för öppen redovisning på en sådan webbplats. Vilka indikatorer som presenteras bör avgöras av vårdens professioner. Där så är möjligt bör riskjustering ske av indikatorerna.

Detta ligger i linje med, och skulle innebära en konkret åtgärd för, den punkt i januariöverenskommelsen (pkt 59) som fastslår att öppenheten om vårdens kvalitet ska öka.

I arbetet med att utveckla öppna kvalitetsredovisningar inom vården kan det finnas skäl att beakta rättsläget efter Kammarrättens dom från 2019-12-16 som inledningsvis omnämns.

På omsorgens område bör framför allt följande göras:

- Liksom på sjukvårdens område har staten ett ansvar för att se till att kvalitetsredovisningar mot brukarna och allmänheten tas fram. Inom äldreomsorgen måste den så kallade Äldreguiden snarast åter öppnas, och utvecklas så att jämförelser underlättas och fler mått redovisas, bland annat sådana som kan spegla medicinsk kvalitet.

I arbetet med att utveckla öppna kvalitetsredovisningar inom omsorgen kan det finnas skäl att beakta rättsläget efter Kammarrättens dom från 2019-12-16 som inledningsvis omnämns.

Referenser

Allen, Rebecca och Simon Burgess (2013). "Evaluating the provision of school performance information for school choice", *Economics of Education Review* 34:175–190.

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, 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 (2013). "A Natural Experiment in School Accountability: The Impact of School Performance Information on Pupil Progress and Sorting", *Journal of Public Economics* 106:57–67.

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. https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/nkbc_rapport_20019.pdf

Chiang, Hanley (2009). "How Accountability Pressure on Failing Schools Affects Student Achievement", *Journal of Public Economics* 93(9–10):1045–1057.

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.

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.

<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/08/30/det-gar-utmarkt-att-styra-varden-utifran-matningar-av-kvaliteten/>

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

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 (2013). "Valuing School Quality Using Boundary Discontinuities", *Journal of Urban Economics* 75:15–28.

Heller Sahlgren, Gabriel, Henrik Jordahl (2016) "Information – ett verktyg för bättre skolsystem", SNS Förlag

Heller Sahlgren, Gabriel (2019) ”Öppen kvalitetsredovisning i engelsk vård och skola”, https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/effektiv-offentlig-sektor/oppen-kvalitets-redovisning-i-engelsk-var-d-och-skola_1004986.html

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

Januariöverenskommelsen 2019. <https://www.centerpartiet.se/download/18.7cb2d720169e39ebc8f28b2/1554992070288/Januariavtalet.pdf>

Kammarrätten i Göteborg. Mål nr 6267-19. 2019-12-16.

Kessel, Dany och Elisabeth Olme. 2018. “Are Parents Uninformed? The Impact of School Performance Information on School Choice Behaviour and Student Assignment.” Avsnitt i Dany Kessels doktorsavhandling “School Choice, School Performance And School Segregation: Institutions and Design”, Stockholms universitet, Stockholm.

<http://www.kvalitetsregister.se/hittaregister/allakvalitetsregister.1948.html>

Ladd, Helen F. och Douglas L. Lauen (2010). ”Status versus Growth: The Distributional Effects of School Accountability Policies”, *Journal of Policy Analysis and Management* 29(3):426–450

Lauen, Douglas L. och Michael S. Gaddis (2012). ”Shining a Light or Fumbling in the Dark? The Effects of NCLB’s Subgroup-Specific Accountability on Student Achievement.” *Educational Evaluation and Policy Analysis* DOI: 10.3102/0162373711429989.

<http://primarvardskvalitet.skl.se/>

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

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

Rockoff, Jonah och Lesley J. Turner (2010). ”Short-Run Impacts of Accountability on School Quality”, *American Economic Journal: Economic Policy* 2(4):119–147

Rouse, Cecilia E., Jane Hannaway, Dan Goldhaber och David Figlio (2013). ”Feeling the Florida Heat? How Low-Performing Schools Respond to Voucher and Accountability Pressure”, *American Economic Journal: Economic Policy* 5(2):251–281.

SCB. Redovisning av regeringsuppdrag. Dnr A2020/2343. 2020-09-03

Skolforskningsinstitutet m fl, Redovisning av uppdrag till skolmyndigheterna om kvalitet och likvärdighet”. Skolfi Dnr 2020/14. 2020-09-11

Skolverket. Redovisning av regeringsuppdrag. Dnr 202/1060. 2020-09-04.

Svenskt Näringsliv (2019), Rapport. Heller Sahlgren, Gabriel. ”Förädlingsvärdets värde – att mäta skolors och lärares effektivitet”.

SVEUS, uppföljningsrapport, bröstcancervård. http://analys.vgregion.se/contentassets/06abbf6da19e4e3498acc9102b5a188f/sveus-brustcancer-jamforelserapport_161013.pdf

Winters, Marcus A. och Joshua M. Cowen (2012). ”Grading New York: Accountability and Student Proficiency in America’s Largest School District”, *Educational Analysis and Policy Evaluation* Doi: 10.3102/0162373712440039.

Vallance, Abigail E, James Hill, Michael Braun, och Kate Walker(2018). ”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>.

<https://vardenisiffror.se/>

Värd företagarna (2019). ”10 år med LOV – en historisk reform i behov av förnyelse”

www.svensktnaringsliv.se

Storgatan 19, 114 82 Stockholm

Telefon 08-553 430 00