

Maria Blomgren och Caroline Waks

Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården – en utmaning mot den professionella byråkratin?

Rankningar och öppna kvalitetsredovisningar har blivit ett allt vanligare styrmedel inom såväl offentlig som privat sektor. I fokus för artikeln ligger *Öppna jämförelser* – ett nationellt system för öppna kvalitetsjämförelser i hälso- och sjukvården. Vi har studerat hur *Öppna jämförelser* har använts i styrningen i tre landsting och en region i Sverige och vad det har för konsekvenser för den professionella byråkratin som organisationsform samt för villkoren för professionellt yrkesutövande.

Maria Blomgren,
docent i företagsekonomi
och universitetslektor vid
Företagsekonomiska institutionen,
Uppsala universitet
maria.blomgren@fek.uu.se

Caroline Waks,
docent i företagsekonomi
och universitetslektor vid
Företagsekonomiska institutionen,
Uppsala universitet
caroline.waks@fek.uu.se

Varje år sedan 2006 ger Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen ut rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*¹. Rapporten innehåller jämförbara data om kvalitet, kostnader, tillgänglighet och patientnöjdhet för Sveriges alla landsting och regioner. Medicinsk kvalitet är det som upptar störst del av rapporten. Här återfinns indikatorer som ”dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt”, ”blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt” och ”återinsjuknande efter stroke”, för att nämna några exempel. Just dessa indikatorer ska bidra till att spegla kvaliteten på vården för de stora patientgrupper som

kommer i kontakt med hjärt- eller strokesjukvården, men det finns en mängd andra indikatorer som ska spegla kvaliteten också inom andra specialiteter. I rapporten

¹ Vi kommer fortsättningsvis att referera till rapporten som *Öppna jämförelser*.

redovisas resultaten för olika indikatorer i stapeldiagram där riksgenomsnitt liksom skillnader mellan landstingen, och ibland mellan sjukhus, framgår. Även en färgsatt tablå som sammanfattar resultaten presenteras. En grön markering innebär att landstinget för den aktuella indikatorn har hamnat bland den tredjedel av landstingen som uppvisar bäst resultat. En gul eller röd markering innebär att landstinget har hamnat i de tredjedelar som uppvisar medelgoda eller sämst resultat. *Öppna jämförelser* liknar därmed en form av rankning där landstingens och regionernas resultat jämförs och relateras till varandra på ett överskådligt vis. Rankningar och andra mjuka regleringar har kommit att bli ett allt vanligare inslag i styrningen av både offentlig och privat verksamhet (Wedlin 2007, Sauder & Nelson Espeland 2009). Idag finns rankningar av allt ifrån nationella hälso- och sjukvårdssystem och högre utbildning till elevers kunskapsnivå.

De nationella kvalitetsregistren är en viktig datakälla för *Öppna jämförelser*. De innehåller uppgifter om diagnoser, behandlingar och behandlingsresultat för olika sjukdomsgrupper. Registren har av tradition drivits av läkare och syftet har varit att ge underlag för övergripande kvalitetsförbättringar (Garpenby 1999, Levay 2006). *Öppna jämförelser* däremot, är idag föremål för en nationell strategi (Socialdepartementet m fl 2009). Syftet med kvalitetsjämförelserna har breddats från att utgöra underlag för övergripande kvalitetsförbättringar, där användarna huvudsakligen varit den medicinska professionen, till att också utgöra styr- och granskningsverktyg för huvudmän, intresseorganisationer och myndigheter. Det finns också ambitioner att kvalitetsjämförelserna i framtiden ska kunna ge underlag för patienters och medborgares val av vårdgivare.

Att myndigheter använder medicinska kvalitetsdata som styrverktyg är inget unikt för Sverige. Ett internationellt exempel är amerikanska Agency for Healthcare Research and Quality som utvecklat olika kvalitetsindikatorer och modeller för kvalitetsstyrning (Dudley et al 2004). Det är heller inte okontroversiellt att öppna upp medicinska kvalitetsdata för allmänheten. Idén att kvalitetsregistren ska användas för något annat än lokala förändringsarbeten har bland annat varit föremål för debatt i *Läkartidningen* (se till exempel 2008, 2009a-d) där kritiker bland annat har hävdad att kvalitetsregistren inte kan användas för att värdera och jämföra vårdkvalitet. Att mätningar och jämförelser också innebär en indirekt styrning genom de urval och kategoriseringar som sätts i fokus har också varit föremål för mycket samhällsvetenskaplig forskning (se till exempel Miller & Rose 1990, Bowker & Star 1999). Att fokus riskerar att riktas mot det som mäts och som enklare låter sig göras på bekostnad av andra minst lika relevanta kvalitetsaspekter är välkänt. Kategoriseringarna och jämförelserna har också mer fundamentala konsekvenser genom att de är med och definierar hur vi uppfattar god vård.

I den här artikeln ska vi beskriva och analysera möjliga konsekvenser av *Öppna jämförelser* för styrning och granskning av professionellt arbete. Idealtypiskt finns åtminstone tre olika principer för styrning och kvalitetskontroll av professionellt arbete – principer som utgår från professionella, politiskt/byråkratiska eller marknadsmässiga ideal (Freidson 2001). Rankningar kopplas ofta ihop med marknadsmässiga ideal då de antas göra det enklare för medborgare att göra informerade val. Rankningar kan därmed ses som del av en bredare institutionell förändring där offentlig sektor i allt högre grad har "marknadiserats" under de senaste decennierna (Djelic 2006). Hälso- och sjukvården, som är i fokus i denna artikel, utgör inget undantag. Studier från olika delar av västvärlden har visat hur en marknadslogik har fått ökat inflytande i vården (Scott et al 2000, Christensen & Laegreid 2007). Flera studier har också fokuserat på vilken betydelse detta har för de professionella som arbetar där (Leicht & Fennel 2008). I sin bok *Professionalism: the Third Logic* argumenterar Freidson (2001) för att den framväxande marknadslogiken utgör ett betydande hot mot den professionella logiken i och med att den kommit att förändra synen på hur professionellt arbete ska utföras och kontrolleras.

Att öppna kvalitetsredovisningar utgör en utmaning mot den professionella logiken för att de är del i en marknadiseringsprocess är inte huvudargumentet i den här artikeln. Även om det finns politiska ambitioner att *Öppna jämförelser* ska ligga till grund för patienters val så är vi inte där ännu. Rapporten är helt enkelt inte skriven och presenterad på ett sätt så att den utgör ett möjligt underlag för patienter att välja. Men det innebär inte att de öppna kvalitetsredovisningarna är betydelselösa för styrningen och kontrollen av professionellt arbete; tvärtom. I artikeln utgår vi från ett organisationsteoretiskt och sociologiskt perspektiv och argumenterar för att öppna kvalitetsjämförelser utmanar den professionella logiken genom att de bidrar till att förändra de organisationsformer som traditionellt dominerat hälso- och sjukvården.² Sjukhus och andra enheter inom hälso- och sjukvården har traditionellt beskrivits som speciella sociala strukturer. Mintzberg (1993) har kategoriserat sjukhus som *professionella byråkratier* och Brunsson och Sahlin-Andersson (2000) har beskrivit dem som *arenor* eller *inkompleta organisationer*. Gemensamt för dessa former är bland annat att de beskriver strukturer som tillåter de professionella en substantiell grad av autonomi i förhållande till den lokala ledningen.

² Artikeln bygger på dokumentstudier och intervjudata från tre landsting och en region i Sverige. Landstingen och regionen har ledningar som är kända för att vara bland dem som mest aktivt arbetar med *Öppna jämförelser*. De ska därför inte ses som representativa för landstingen och regionerna i Sverige, utan snarare som en typ av extremfall. De är valda därför att vi förväntar oss att effekterna av öppna kvalitetsjämförelser för landstingens och regionens ledning och styrning ska vara mest tydliga där. Studien baseras på analyser av årsredovisningar, verksamhetsberättelser, kvalitetsrapporter och andra dokument samt intervjuer med 37 representanter för landstingsledningar, primärvårdsledningar/sjukhusledningar, verksamhetschefer, klinikchefer samt personer som specifikt arbetat med kvalitetsfrågor.

Tre idealtyper för kontroll och styrning av professionellt arbete

Idealtypiskt finns åtminstone tre olika principer för styrning och kvalitetskontroll av professionellt arbete – principer som utgår från professionella, politiskt/byråkratiska eller marknadsmässiga ideal (Freidson 2001). Principen om professionen som styrande logik utgår ifrån idéer om förtroende och tillit (Meyer & Rowan 1977). Den professionella logiken utgår ifrån att de yrkesverksamma, i egenskap av experter, har förtroendet att garantera kvaliteten på det egna arbetet utan så mycket extern inblandning. Kvaliteten på den professionella tjänsten garanteras genom att yrkesgruppen har en lång utbildning, ofta någon form av legitimation och att man inom kåren utför kollegiala granskningar. Inom det andra styridealet, det byråkratiska, kontrolleras och organiseras den professionella verksamheten genom hierarkiska ansvarsstrukturer, regelstyrning och formalisering. Den marknadsmässiga styrprincipen, slutligen, utgår från klassiska marknadsteoretiska principer där utbud och efterfrågan styr hur och vad som produceras och där individer genom fria val automatiskt kommer att reglera kvaliteten på de varor och tjänster som produceras.

Hälso- och sjukvården har av tradition dominerats av en stark professionell logik (Scott et al 2000, Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Detta har bland annat inneburit att den medicinska professionen, med hänvisning till en omfattande teoretisk kunskapsbas, i hög grad kunnat styra och kontrollera sitt eget arbete. En omfattande teoretisk kunskapsbas är en av professionernas viktigaste tillgångar eftersom den är avgörande för att professionen ska kunna skapa jurisdiktion kring sitt arbete (Abbott 1988). Men karaktären på den kunskap som dominerar en verksamhet är också central i ett annat avseende. Den påverkar vilka organisationsformer som över huvud taget är möjliga. Lam (2000) har utvecklat en typologi för att beskriva sambandet mellan kunskaps typer, organisationsformer och samhällseliga institutioner. En av organisationsformerna hon beskriver är Mintzbergs (1993) välkända *professionella byråkrati* där sjukhus traditionellt utgjort empiriska exempel. Den professionella byråkratin kännetecknas av en dominans av professionella yrkesutövare med lång utbildning och träning. Den långa utbildningen innebär en standardisering av de professionellas kunskap vilket också är den primära källan till samordning inom den professionella byråkratin. Standarder för arbetet sätts med andra ord inte av organisationens ledning utan genom forskning och utbildning som bedrivs inom professionen. Detta kan kontrasteras med en annan organisationsform – *maskinbyråkratin* – där omfattande analysavdelningar (så kallade teknostrukturer) har till uppgift att standardisera och effektivisera arbetet i organisationen (Mintzberg 1993). I den professionella byråkratin är den enskilde professionelle den primära "kunskapsagenten" (Lam 2000). Det råder en hög grad av individuell och

funktionell specialisering och den enskilde professionelle åtnjuter en hög grad av autonomi och självbestämmande över hur kunskapen tillämpas, men spridningen av kunskapen över organisationens funktionella gränser är begränsad.

Brunsson och Sahlin-Andersson (2000) menar att sjukhus, tillsammans med bland annat parlament, traditionellt utgjort *arenor* snarare än fullständiga organisationer. Karakteristiskt för arenor är att deltagarna och deras arbete styrs av externa intressen, värderingar och normer snarare än av internt genererade organisationsprinciper. Medlemmarna kan därmed utföra sitt arbete relativt självständigt från den lokala ledningen och åtnjuter stor självständighet i förhållande till högre byråkratiska nivåer. Däremot är de hårt styrda av externa ideologier, intressen och standarder. Brunsson och Sahlin-Andersson (2000) hävdar att 1980- och 1990-talens reformer av den offentliga sektorn kan ses som försök att bygga vad de kallar mer fullständiga organisationer. Reformerna har syftat till att införa och förstärka principer om lokal hierarki, identitet och rationalitet. Organisationerna har därför gjorts mer autonoma, gränserna har definierats tydligare och de gemensamma resurserna har betonats. Även den lokala koordineringen, styrningen och ledningen har stärkts samtidigt som fokus har inriktats på att sätta mål, mäta resultat och fördela ansvar.

Som vi snart ska se är det särskilt det sistnämnda – att sätta mål, mäta resultat och fördela ansvar – som *Öppna jämförelser* stimulerar till när de används i styrning och ledning. I det följande avsnittet beskriver vi vad *Öppna jämförelser* innebar för styrningen och ledningen i de undersökta landstingen och regionen. Därefter analyserar och sammanfattar vi vad öppna kvalitetsjämförelser betyder för de organisationsformer som traditionellt dominerat vården och för villkoren för professionellt yrkesutövande.

Öppna jämförelser i landstingens och regionens styrning och ledning

I de studerade landstingen och regionen arbetade ledningarna aktivt med *Öppna jämförelser* och det var också tydligt att de sågs som ett kraftfullt styrverktyg. Mätningarna möjliggjorde en styrning som inte bara inriktade sig på ekonomi, patienttillfredsställelse och tillgänglighet, utan också på kliniska resultat. Det senare beskrevs som något nytt. Vården hade tidigare, som en primärvårdschef uttryckte saken, präglats av ”väldigt mycket text och många ord om vad man skulle åstadkomma visionärt” men det hade aldrig kopplats till några mätbara resultat. *Öppna jämförelser* var tillsammans med andra, liknande mätningar på väg att förändrat det förhållandet. Det hade skapats ett ”nytt tänk” i hälso- och sjukvården; ett koncept som inneburit ett starkt fokus på att mäta och att öppet

redovisa sina resultat för att förbättra sig. Tidigare öppna och breda mätningar som balanserade styrkort, resultattavlor samt utbildningar med fokus på mätningar som ledningsverktyg, hade lagt grunden för denna utveckling. *Öppna jämförelser* specifikt hade möjliggjort nationella jämförelser som nu blivit tillgängliga för andra än den medicinska professionen. Kvalitet och kunskapsstyrning hade satts ”på kartan” på ett mycket tydligare sätt än förut.

Öppna jämförelser hade också inverkat på strategiska beslut. I ett av landstingen menade man att besluten att fokusera kvalitets- och utvecklingsarbete just till områdena hjärta, stroke och diabetes hade stark koppling till de resultat landstinget uppvisade i *Öppna jämförelser*, samt till att dessa områden omfattade stora patientgrupper och att länet generellt sett hade en åldrande befolkning. I landstinget fanns också exempel där vissa verksamheter fått extra resurser med hänvisning till att de uppvisat medelmåttiga resultat i *Öppna jämförelser*. Genom att styra efter faktiska resultat menade man att de strategiska besluten blivit mer systematiska. Tidigare kunde resurstilldelningen baseras på generella trender i riket eller helt enkelt utifrån vem som kunde tala bäst för sitt verksamhetsområde; men genom *Öppna jämförelser* blev besluten mer ”faktaunderbyggda”. Motsatta uppfattningar fanns dock också, det vill säga att *Öppna jämförelser* och pressen runt publikationen skapade kortsiktighet och riskerade att rikta fokus på fel saker.

Öppna jämförelser hade också skapat en gemensam plattform eller ett gemensamt språk som gjort att även icke-medicinskt skolade fick en ingång i kvalitetsdiskussionerna. En hälso- och sjukvårdsdirektör beskrev sin långa karriär inom sjukvården och de tidigare svårigheterna att utifrån det balanserade styrkortet diskutera den medicinska kvaliteten med verksamhetsföreträdarna så här:

När man kom till kvalitetsavsnittet, då var det alltid bekymmer tyckte jag. För jag är icke-doktor och när man pratade medicinsk kvalitet, så gick de skickliga doktorerna igång på sina parametrar som de hade, och jag hängde inte med. [...] Så när det här [*Öppna jämförelser*] kom då, 2006, så var det en riktig befrielse för äntligen så pratade vi samma språk, jag och verksamhetsföreträdarna. (Hälso- och sjukvårdsdirektör)

I och med att resultaten i *Öppna jämförelser* ofta var svårtolkade och starkt aggregerade krävdes omfattande analysarbete för att omsätta dem till verktyg i det egna styr- och kvalitetsarbetet. Därför kom vissa enheter, grupper eller personer att fungera som så kallade ”gränsöverskridare” (*boundary spanners*) i arbetet med att analysera, tolka och förmedla de resultat och data som rapporterna omfattade till allmänheten, politiker och sjukhusledning. Dessa gränsöverskridare stod ofta med ett ben i professionen – med en bakgrund som praktiserande läkare eller som någon av vårdens andra professioner – och med

ett ben i administrationen/byråkratin. En del av dessa gränsöverskridare fick uppdrag som ”indikatoransvariga”. De gjordes ansvariga för en viss indikator vilket i praktiken innebar att de hade ett ansvar att verka för förbättringar samt för att förklara vad resultatet stod för och vilka åtgärder som planerades, både inåt i organisationen och utåt mot allmänheten.

I regionen bearbetade den så kallade analysenheten sjukvårdsstatistik för att beskriva skillnader i kvalitetsresultat, möjliga orsaker samt hur dessa kunde åtgärdas. Vissa regionläkare på analysenheten var speciellt engagerade i *Öppna jämförelser* och arbetade årligen med att tolka och bearbeta regionens resultat. Dessa tolkningar kom sedan till uttryck i regionens egen verksamhetsrapport som var mer detaljerad än *Öppna jämförelser*. Ett nytt inslag i regionläkarnas arbete var också att de var engagerade i så kallade ”controlling-rundor” – en slags kvalitetstillsyn utan sanktionsmöjligheter – där de varje halvår åkte runt till sjukhusdirektörerna i regionen och utifrån vissa utvalda teman (till exempel diabetes eller hjärtsjukvård) diskuterade resultat och åtgärder. Regionläkarna träffade också företrädare för beställarenheterna som ofta behövde stöd i sina tolkningar av *Öppna jämförelser* och regionens egen verksamhetsrapport. Liknande typer av analysarbete pågick också i de övriga landstingen, även om det där organiserades lite annorlunda.

Olika perspektiv på kvalitetsjämförelser

En fråga som blev uppenbar i diskussionen om de öppna kvalitetsjämförelserna var hur dessa skulle användas – som underlag för utvärdering och bedömning eller för kvalitetsutveckling? Vissa betonade framför allt det ena perspektivet framför det andra, men det föreföll som att de flesta inte ansåg att det rädde något motsatsförhållande mellan dem. En vanlig hållning var snarare motsatsen; oviljan att redovisa dåliga resultat var den mest använda förklaringen till vad som utgjorde kraften i *Öppna jämförelser* som förändringsverktyg. Bedömningsperspektivet innebar bland annat möjligheten att utkräva ansvar. *Öppna jämförelser* visade sig vara effektivt i det avseendet eftersom ”ingen vill skämmas över sina resultat”, som en högre chef uttryckte saken.

Vilket perspektiv som betonades följde bland annat av positionen. För den som arbetade som utvecklingsledare i förändringsprocesser ”på golvet”, var det naturligt att betona ett förbättringsperspektiv. I en annan position – exempelvis som hög chef i primärvården, som var det område som kanske var mest konkurrensutsatt – så var det mer naturligt att betona ett bedömningsperspektiv. En primärvårdsdirektör beskrev styrkan i att använda sig av öppna kvalitetsredovisningar för att få de enskilda vårdcentralerna att ta ansvar för sina resultat. Han menade att genom att öppna redovisa resultaten för alla enheter vid möten, där alla primärvårdschefer samlats, blev det tydligt vem som lyckats bäst och

vem som lyckats sämst och då kunde också cheferna för de enheter som inte lyckas så bra stimuleras till förbättringsarbete. Primärvårdsdirektören var långt ifrån den ende som på detta sätt använde sig av logiken *name and shame* för att styra verksamheten. En landstingsdirektör beskrev hur ledningen i landstinget fick klart för sig att man inte hade tillräckligt god följsamhet när det gällde basala hygienrutiner. Åtgärden var att lägga fokus på denna fråga och öppet redovisa listor på de olika enheterna där det framgick hur väl de följde eller inte följde rutinerna. Åtgärden visade sig vara verksam och följsamheten ökade.

Team och "best practice"

Några av de intervjuade betonade att de var skolade i ett förbättringsperspektiv och att det präglade hur de såg på mätningarna. Utifrån ett förbättringsperspektiv ville man snarare tona ned den tävlingsaspekt som *Öppna jämförelser* stimulerade till. Mätningarna borde stimulera till att göra bästa möjliga, inte att bli bäst. I det perspektivet hade *Öppna jämförelser* funktionen av att skapa intresse och motivation. Mätningarna satte ljuset på frågor som "Vad klarar andra?" och "Vad skiljer oss från andra?", men därefter låg utvecklingskraften i jämförelser med sig själv. Piskan och moroten som låg i bedömningsperspektivets tillämpning av jämförelserna var inte någon bra grund för motivationen på lång sikt, menade man. I stället handlade det om att bygga in uthålliga förbättringsmetoder lokalt i verksamheten; där mätningar, reflektion, förändring och uppföljning var grundläggande.

Arbete i tvärprofessionella grupper, så kallade team eller *collaboratives* var också centralt. Patienters insjuknande i exempelvis hjärtsjukdomar eller diabetes var resultat av en mängd faktorer och för att hjälpa dessa personer – och för att se till att andra inte blev sjuka till att börja med – var det nödvändigt att ta ett samlat grepp och se över det förebyggande arbetet och hela vårdkedjan. Därför behövde alla professioner och yrkesgrupper som arbetade runt patienterna samlas och gemensamt komma fram till riktlinjer. Resultaten av kvalitetsmätningarna i *Öppna jämförelser* – bra eller dåliga – förstärkte detta, eftersom de oftast var produkten av gemensamt arbete där flera professionella grupper och organisatoriska enheter var inblandade. En utvecklingsledare beskrev hur teamets gemensamma analys av resultaten gjorde att gränserna mellan organisatoriska enheter (primärvård – slutenvård) och olika professionella grupper bröts och hur ansvaret försköts från individen till gruppen. Tidigare tog läkaren det misslyckade fallet med sig på sin kammare och "och lärde och grubblade i ensamhet", menade utvecklingsledaren, medan arbete i team gjorde att man lärde av varandra och att ansvaret i större utsträckning blev delat.

Arbetet i dessa team syftade till att finna "best practices", det vill säga de optimala arbetsprocedurerna och ordinationerna och sedan tillämpa dem i vården. En viktig del i förbättringsarbetet var därför att standardisera vården efter

dessa ”best practices”. Som exempel kan nämnas det förbättringsarbete inom regionens hjärtsjukvård, där en patientjournal med återkopplingsstöd kom att spela en avgörande roll. Bakgrunden var att analysenheten i regionen, både utifrån analyser av resultaten i *Öppna jämförelser* och av det nationella kvalitetsregistret, Rikshia, hade identifierat en rad kvalitetsproblem vid omhändertagandet av patienter med hjärtinfarkt. Det ledde till ett beslut att i hela regionen införa den speciella hjärtjournal som utvecklats vid ett av regionens mindre sjukhus och som hade förbättrat resultaten där avsevärt. Det speciella med hjärtjournalen var att den styrde läkarnas arbete genom att det också fanns ett så kallat beslutsstöd kopplat till den databaserade journalen. Detta beslutsstöd utgjordes av fakta om patienten i form av prov- och undersökningssvar, samtidigt som det också hade ett inbyggt varningssystem som reagerade om ett provsvar låg utanför ett specifikt referensvärde. Beslutsstödet kunde liknas vid det system man använder då man bokar en resa på internet. Det fanns vissa fält det inte gick att komma förbi om de inte var ifyllda. Det kunde till exempel röra sig om ordination av vissa läkemedel eller en viss typ av behandling. Läkaren var inte tvingad att ordinera ett visst rekommenderat läkemedel eller en viss behandling, men måste ändå motivera varför han eller hon inte gjorde det. Med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård skapades på det här sättet följsamhet och läkare, som exempelvis var ovana eller stressade, förmåddes ta ställning till vissa centrala aspekter av den behandling de ordinerade. Kontrollen byggdes in i systemet och behoven av direkt styrning minskade. Det underströks dock att det krävdes mycket professionell förtrogenhetskunskap för att avgöra i vilka fall standarderna borde frångås. Man menade att standardiserade vårdplaner var bra i 90 procent av fallen och att nya behandlingsformer skulle provas under kontrollerade former.

Ingen harmonisyn

Det var dock inte en harmonisyn som rädde vad gäller *Öppna jämförelser*. Bland landstingens och regionens professionella fördes kritiska diskussioner om hur väl måtten representerade kvalitet, om vilseledande konfidensintervall, om att det rangordnades när det egentligen inte fanns någon skillnad och med vilka syften mätningar utfördes. En återkommande kritik var också att mätningarna tog mycket tid från den dagliga verksamheten och därmed också var förenade med kostnader. I det sammanhanget uppkom även frågan om varför mätningarna utfördes. Var det för att stimulera det egna förbättringsarbetet eller var det för att någon annan bad om dem? Och vilka mätningar var viktigast? Det var enklare att finna acceptans för mätningar som syftade till lokala förbättringar inom områden där förbättringsbehoven var stora, än inom andra områden. Det var

vansinnigt, som en av de intervjuade läkarna sade, att mäta ett område i detalj när det fanns andra områden som var mer eftersatta.

Konflikten mellan bedömningsperspektivet och förbättringsperspektivet skärptes också när resultatet av mätningarna kopplades till prestationsbaserad ersättning och patienters val. Principiellt sett är detta ett välkänt problem. Ett grundläggande kriterium för att ekonomisk styrning ska ha avsedda effekter är att de tekniker och mått som används uppfattas som legitima av dem som omfattas av styrningen. När det gäller kvalitetsmätningar i hälso- och sjukvården finns problem med att använda data som samlats in i ett förbättringssyfte för ekonomisk styrning eftersom de vanligen inte är särskilt användbara för att utkräva ansvar (Solberg, Mosser & McDonald 1997). Att använda data på detta sätt kan också förta förbättringsambitionerna. Detta var också en del av den kritik mot *Öppna jämförelser* som framfördes i debatten i *Läkartidningen* (2008, s 3452) och åsikterna finns också representerade i vårt material. Bland de intervjuade fanns de som pekar på problemen med att använda mätningar för lokal kvalitetsutveckling för bedömning och prestationsersättning. Risken var då uppenbar att det som är så viktigt i förändringsarbete – att vara beredd att visa upp och analysera sina svaga sidor – blev ett problem. Så här sade en läkare och chef i primärvården:

Skulle det vara så här att man skulle presentera de här [lokala mätningar] offentligt, så att folk ska välja vårdcentral efter det, då vill ju alla dölja sina svagheter. Då blir det ett helt annat sätt att mäta. Då vet vi ju att väldigt mycket av de här uppgifterna går ju faktiskt att mer eller mindre påverka. Då blir det plötsligt totalt ohållbart att mäta om folk ska sitta och ruffla med data! (Läkare och chef i primärvården)

Diskussion och slutsatser

I den här artikeln har vi studerat *Öppna jämförelser* – ett nationellt system för öppna kvalitetsjämförelser – och vad det har haft för betydelse för styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården i tre landsting och en region i Sverige. Rankningar och öppna kvalitetsredovisningar har kommit att bli allt vanligare styrmedel inom såväl offentlig som privat sektor. Rankningar kopplas ofta samman med marknadsmässiga ideal då de antas underlätta för medborgare att göra informerade val. Tidigare forskning har också visat att en framväxande marknadslogik utgör ett hot mot den professionella logiken i och med att den förändrar synen på hur professionellt arbete ska utföras och kontrolleras (Freidson 2001). I den här artikeln menar vi att *Öppna jämförelser* inte i första hand utgör ett hot mot den professionella logiken därför att kvalitetsmätningarna har möjliggjort en marknad, utan för att de utmanar den organisationsform – den professionella byråkratin (Mintzberg 1993, Lam 2000) – som traditionellt

varit dominerande i hälso- och sjukvården. Nedan utvecklar vi detta vidare och diskuterar vad det har för konsekvenser för villkoren för professionellt arbete.

En grundläggande utgångspunkt för den professionella byråkratin är att resultatet av professionellt arbete är svårt att mäta på ett meningsfullt sätt (Mintzberg 1993). Därför blir arbetet också svårt att standardisera inom ramen för organisationen. Samordningen inom den professionella byråkratin sker därför inte med hjälp av internt satta standarder – som i maskinbyråkratin – utan genom den standardisering av kunskap som de professionellas utbildning och träning gett. Vi har tidigare nämnt att de professionella, i egenskap av experter, traditionellt fått förtroendet att själva garantera kvaliteten på arbetet utan så mycket extern inblandning. Det innebär dock inte att det inte funnits någon styrning, bara att styrningen genom organisationens egen ledning varit förhållandevis svag. I stället har de professionella, som Brunsson och Sahlin-Andersson (2000) påpekar, varit hårt uppbundna till externa ideologier, intressen och standarder. Exempelvis har det arbete den medicinska professionen utfört varit tydligt styrt av den forskning och utbildning som genererats inom professionen och av de standarder, normer och värderingar som de professionella sammanslutningarna omfattat och förmedlat.

Eftersom *Öppna jämförelser* (och andra liknande initiativ) tillhandahåller mätningar av kliniska resultat kan man säga att de utmanar ett av de fundament som den professionella byråkratin vilar på, nämligen tanken att resultatet av professionellt arbete inte på ett enkelt sätt låter sig mätas. Bara publiceringen av rapporterna är i sig ett bevis på en förändrad inställning till professionellt arbete. Det var inte länge sedan det ansågs otänkbart att publicera jämförbara medicinska kvalitetsdata, just med hänvisning till att resultaten inte var rättvisande (Blomgren 2007). Man skulle också kunna tänka sig att mätningar av det här slaget lämnas utan avseende av de professionella – att mätningarna frikopplas från det dagliga arbetet. Men eftersom de medicinska kvalitetsindikatorerna i *Öppna jämförelser* är hämtade från den medicinska professionens egna kvalitetsregister har de hög legitimitet och blir svåra att bortse ifrån.

Lam (2000) menar att karaktären på kunskapen som dominerar en verksamhet också är bestämmande för organisationens form. I vår studie tycker vi oss kunna se tecken på en framväxande maskinbyråkrati eller – i Brunssons och Sahlin-Anderssons (2000) termer – en mer komplett organisation i de studerade landstingen och regionen. Det har exempelvis visat sig att resultaten i *Öppna jämförelser* kräver en hel del analysarbete för att kunna tillämpas i styrningen. Därför har vi också sett, mest tydligt i regionens analysenhet men även inom de övriga landstingen, en framväxande teknostruktur. Det visar sig genom en växande skara analytiker som arbetar för att effektivisera och standardisera det arbete som bedrivs inom regionens och landstingens verksamhet utifrån de mätningar som görs. Standardisering av arbete löper över huvud taget som en

röd tråd genom studien. *Öppna jämförelser* och liknande lokala mätningar gör det möjligt att söka efter "best practice" som sedan kan införas i verksamheten. Det mest tydliga, och kanske extrema, exemplet på det är hjärtjournalen med beslutsstöd som utarbetades vid ett av regionens sjukhus och som ledde till så goda resultat att den skulle användas i hela regionen. Här är de professionellas arbete hårt styrt av den datoriserade teknologin, även om det samtidigt förutsätts en gedigen professionell kunskap för att veta när det är befogat att göra avsteg från rutinerna. Vid sidan av detta exempel finns också en mängd andra exempel där man inom ramen för olika team utarbetat riktlinjer för hur arbetet runt en viss typ av patienter ska utföras. Standardisering av arbete inom vården är inget nytt. Vi menar dock att *Öppna jämförelser* och liknande lokala mätningar, i större utsträckning än vad som antas i den professionella byråkratin, gör det möjligt att sätta standarder inom ramen för den egna landstingsorganisationen.

Studien visar också tecken på att de lokala ledningarna i de studerade landstingen och regionen stärkts till följd av mätningarna; de tillhandahåller ett gemensamt språk som ger även icke-medicinskt utbildade en ingång i kvalitetsdiskussionerna. De ger också möjlighet att styra genom *name and shame*, det vill säga genom att öppet redovisa alla resultat skapas ett tryck på dem som uppvisar sämst resultat att förbättra sig. För detta behöver man som ledare inte heller vara medicinskt utbildad. Resultatmätningar gör det också möjligt att på ett tydligare sätt definiera ansvar. Landstingens "indikatoransvariga" har exempelvis fått ett formellt ansvar för resultaten för en viss indikator och verksamhetsföreträdarna i de studerade landstingen och regionen kan på ett mer tydligt sätt hållas ansvariga för sina resultat.

Sammantaget menar vi att dessa förändringar pekar mot ett ökat inslag av kännetecken för maskinbyråkratin. Men i likhet med den slutsats som Kärreman, Svenningsson och Alvesson (2002) drar i sin studie av arbete i kunskapsintensiva företag, så är det inte fråga om en "total byråkratisering" utan snarare en slags "sektiv byråkratisering". Byråkratiseringen är inte allomfattande, utan avser bara vissa delar. I vår studie finner vi, vid sidan av de tendenser i riktning mot en maskinbyråkrati som *Öppna jämförelser* för med sig, även en annan utveckling som visserligen också innebär ett avsteg från den professionella byråkratin, men som snarare pekar i riktning mot en "sektiv avbyråkratisering". Vad det handlar om är det arbete som bedrivs i de breda, multiprofessionella teamen och *collaboratives*. Denna typ av organisering kan ses som ett sätt att komma till rätta med en av de saker som ofta brukar anges som problem med den professionella byråkratin, nämligen bristen på överföring av kunskap och på samarbete över funktionella gränser (Lam 2000). Sjukvårdsorganisationer har av tradition varit starkt hierarkiska och baserats på en hög grad av individuell och funktionell specialisering. På nästan alla sjukhus har vi exempelvis kunnat finna kliniker

för akutvård, infektion, ortopedi, psykiatri och öron-näsa-hals och det har också funnits en tydlig hierarki inom och mellan de olika professionerna och yrkesgrupperna samt mellan specialiteterna. Team och *collaboratives* baseras på en helt annan organiseringsgrund; nämligen utifrån en viss patientgrupp och dess behov. Därför samlas företrädare för olika enheter, specialiteter och professioner för att dela med sig av sin kunskap och för att komma fram till gemensamma riktlinjer. Det är heller inte självklart att det är en läkare som ska leda detta arbete. Här premieras i stället personer med utbildning i förändringskunskap och liknande utbildningar och erfarenheter.

Vår studie visar att användningen av öppna kvalitetsredovisningar i vården utmanar den traditionella professionella byråkratin på två sätt: dels sker en ”sektiv byråkratisering” genom att den styrning och kontroll av professionellt yrkesutövande som utförs *inom* organisationen förstärks, dels sker en ”sektiv avbyråkratisering” genom ett ökat inslag av arbete i mångprofessionella grupper. För de professionellas del innebär detta att styrningen nu kommer från flera håll. Vid sidan av den traditionella, inomprofessionella styrningen måste de professionella också i stigande grad ta hänsyn till både en stärkt organisatorisk styrning och en stärkt mellanprofessionell styrning och samordning.

Referenser

- Abbott A (1988): *Systems of professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Blomgren M (2007): ”The drive for transparency: Organizational field transformations in Swedish healthcare”. *Public Administration*, vol 85, nr 1, s 67-82.
- Bowker GC & Star SL (1999): *Sorting things out – Classifications and its consequences*. London: MIT Press.
- Brunsson N & Sahlin K (2000): ”Constructing organizations: The example of public sector reforms”. *Organization Studies*, vol 21, nr 4, s 721-746.
- Christensen T & Lægreid P (red) (2007): *Transcending new public management*. Aldershot: Ashgate.
- Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS (2004): ”Strategies to support quality-based purchasing: A review of the evidence”. *AHRQ Publication* nr 04-0057.
- Djelic M-L (2006): ”Marketization”. I Djelic M-L & Sahlin-Andersson K (red) *Transnational governance* (s 53-73). Cambridge: Cambridge University Press.
- Freidson E (2001): *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Garpenby P (1999): ”Resource dependency, doctors and the state: Quality control in Sweden”. *Social Science & Medicine*, vol 49, s 405-24.
- Lam A (2000): ”Tacit knowledge, organizational learning and societal institutions: An integrated framework”. *Organization Studies*, vol 21, nr 3, s 487-513.
- Kärreman D, Svenningsson S & Alvesson M (2002): ”The return of the machine bureaucracy?”. *International Studies of Management and Organization*, vol 32, nr 2, s 70-92.
- Leicht KT & Fennell ML (2008): ”Institutionalism and the professions”. I Greenwood R, Oliver C, Sahlin K & Suddaby R (red) *The Sage handbook of organizational institutionalism* (s 431-448). London: Sage.
- Levy C (2006): ”De nationella kvalitetsregistren som verktyg för transparens”. I Levy C & Waks C (red) *Strävan efter transparens* (s 101-129). Stockholm: SNS Förlag.
- Läkartidningen (2008): ”Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet?”. *Läkartidningen*, vol 105, nr 47, s 3452-3455.
- Läkartidningen (2009a): ”Att ekonomiskt stimulera till bättre kvalitet i vården – några förslag”. *Läkartidningen*, vol 106, nr 14, s 1028-1029.

- Läkartidningen (2009b): "Kvalitetsregisterarbete ska tåla granskning". *Läkartidningen*, vol 106, nr 18-19, s 1289-1290.
- Läkartidningen (2009c): "Huvudfrågan ännu obesvarad!". *Läkartidningen*, vol 106, nr 28-29, s 3-4.
- Läkartidningen (2009d): "Evidensbaserade kvalitetsregistren!". *Läkartidningen*, vol 106, nr 30-31, s 1912-1913.
- Meyer JW & Rowan B (1977): "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony". *The American Journal of Sociology*, vol 83, nr 2, s 340-363.
- Miller P & Rose N (1990): "Governing economic life". *Economy and Society*, 19/1, s 1-31.
- Mintzberg H (1993): *Structures in five*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Sauder M & Nelson Espeland K (2009): "The discipline of rankings: Tight coupling and organizational change". *American Sociology Review*, vol 74, nr 63, s 63-82.
- Scott R, Ruef M, Caronna C, Mendel P (2000): *Institutional change and health care organizations*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna (2009): *Öppna jämförelser: Nationell strategi för kvalitetsutveckling*. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/63/49/a3dfa6f7.pdf>. 2010-01-28.
- Solberg LI, Mosser G & McDonald S (1997): "The three faces of performance measurement". *Journal of Quality Improvement*, vol 23, nr 3, s 135-147.
- Wedlin L (2007): "The role of rankings in codifying a business school template: Classifications, diffusion and mediated isomorphism in organizational fields". *European Management Review*, vol 4, nr 1, s 24-39.
- Östergren K & Sahlin-Andersson K (1998): *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.