

KVALITETSSÄKRAD VÄLFÄRD

# Sex röster om uppföljning och utvärdering

## Förord

En allt större andel av kommuner och landstings verksamheter utförs av andra än kommunen eller landstinget. Detta får till följd att uppföljning och kontroll kommer allt mer i fokus. För att ge stöd i detta arbete tar Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, fram ett antal skrifter och verktyg.

Syftet med denna rapport är att ge olika discipliners och verksamhetsområdets syn på uppföljning och utvärdering. PWC har haft i uppdrag att samordna detta uppdrag, vilket har genomförts av Bo Hovstadius. Författarna är:

Jan-Inge Lind, docent i företagsekonomi vid Ekonomihögskolan, Lunds Universitet,

Björn Lindgren, professor emeritus i hälsoekonomi, Lunds universitet. Research Associate, National Bureau of Economic Research, USA. För närvarande gästprofessor, institutionen för nationalekonomi med statistik, Göteborgs universitet,

Evert Vedung, professor emeritus i statsvetenskap särskilt bostadspolitik, Uppsala Universitet, Institutet för bostads- och urbanforskning (IBF),

Göran Petersson, professor i hälsoinformatik, verksamhetsledare för eHälsainstitutet vid Linnéuniversitetet,

Måns Rosén, adjungerad professor i medicinsk metodutvärdering vid Karolinska Institutet, direktör för Statens beredning för medicinsk utvärdering,

Knut Sundell, docent i psykologi, socialråd och chef för enheten för kunskapsutveckling vid Socialstyrelsen.

Författarna ansvarar helt och hållet för innehåll och slutsatser i respektive kapitel.

Vi vill tacka författarna för att de delat med sig av sina kunskaper och erfarenheter.

Denna skrift går att ladda ner från SKL:s webbplats <http://webbutik.skl.se>. Lena Svensson har varit projektledare och svarar på frågor om projektet Kvalitetssäkrad välfärd.

Stockholm i mars 2013

Lennart Hansson

*Sektionen för demokrati och styrning*

Sveriges Kommuner och Landsting

## Innehåll

Författarna .....	6
<b>Företagsekonomiska perspektiv på uppföljning i vårdssystem .....</b>	<b>7</b>
Ekonomistyrperspektivet kontra det strategiska/organisatoriska perspektivet ....	8
Vad är uppföljningens syfte? .....	9
Effektiviseringsproblem och möjligheter på tre nivåer i vårdssystemet .....	10
Diagnos på vårdsystemets styr- och uppföljningsförmåga .....	11
Mot en ny verksamhetsmodell? .....	13
Hantering av dilemman på vägen .....	15
Från uppföljning av volymer och prestationer till uppföljning av helhets- och delprocessresultat .....	15
Från akuta sparbetning till planerad kostnadsprevention .....	16
Från historisk budget till ersättning för uppnått resultat .....	18
Förslag till hur uppföljning kan bidra till en effektivare MOEL-styrning .....	20
Slutsats.....	21
Litteratur .....	22
<b>Vad vet nationalekonomin egentligen om uppföljning och utvärdering? – exemplet vård och omsorg .....</b>	<b>25</b>
Uppdraget.....	25
Inledning.....	25
Samhällsekonomisk utvärdering inom vård och omsorg .....	27
Cost-benefit-analys .....	27
Cost-effectiveness-analys .....	28
Cost-utility-analys .....	29
Det samhälleliga perspektivet och kostnaderna .....	29
Kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) som resultatmått.....	30
Uppföljning av effektiviteten i vård och omsorg .....	31
Begreppen effektivitet och produktivitet .....	32
Inputs och outputs – Malmquists produktivitetsindex.....	33
Beställare, utförare, incitament och uppföljning .....	36
Principal/agent-relationer inom vård och omsorg .....	36
Konflikten mellan hög kvalitet och låga kostnader .....	37
Kan konflikten mildras? Problem och lösningar .....	38
Slutsats.....	40
Sammanfattning och rekommendation .....	40
Referenser.....	42
<b>Utvärdering i ett statsvetenskapligt perspektiv .....</b>	<b>49</b>
Utvärdering, styrning och demokrati .....	49
Studiens syften.....	52
Vad är utvärdering?.....	52
Utvärderandets övergripande ändamål.....	52

Några modeller för utvärdering .....	52
Vad är utvärdering? .....	52
Varning för ett missförstånd .....	55
Utvärderandets höga ändamål och deras problem .....	56
Kontroll: exekutiven redovisar, huvudmannen bedömer .....	56
Fyra kontrollperspektiv .....	57
Dubbla roller hämmar utvärdering .....	57
Informationsassymetri .....	58
Utveckling: formativ – summativ, enkelkretslärande – dubbelkretslärande .....	58
Utvärdering för grundkunskap .....	59
Potemkinkuliss .....	60
Fem utvärderingsmodeller .....	61
Måluppfyllelsemodellen: en klassiker .....	61
Bieffektsmodellen .....	64
Mållösa modellen .....	66
Intressentmodellen .....	67
Brukarorienterad utvärdering .....	68
Vad lär oss statsvetenskapliga perspektiv på utvärdering? .....	70
Referenser .....	72
<b>eHälsa kan utveckla och utvärdera hälso- och sjukvården – möjligheter och förutsättningar .....</b>	<b>73</b>
Sammanfattning .....	73
eHälsa .....	73
Patientperspektiv .....	74
IT kan tas till vara på mer .....	74
Vårdens databaser hanteras av olika huvudmän – hälsodataregister respektive kvalitetsregister .....	74
Öppna jämförelser .....	75
Läkemedelsregistret är väl utvecklat .....	75
Läkemedelsregistret .....	75
Bra resurs för kvalitetsarbete i vården .....	76
Kunskapsstöd = beslutsstöd i konsultationssituationen mest för läkemedel .....	76
Möjligheter och förutsättningar för nationella register och databaser .....	77
Koppling journalsystem och register – automatisk datafångst och struktur avgörande .....	78
Krav på IT-lösningar för att undvika problem – eHälsa i sig behöver utvärderas för att kunna vara del av vårdens utveckling .....	78
eLäkekonst och den icke mätbara kvaliteten .....	79
Integritet .....	79
Samverkan för framgång .....	80
Slutsats .....	80
Referenser .....	82
<b>Utvecklingen av medicinsk utvärdering – vad kan andra samhällssektorer lära? .....</b>	<b>84</b>

Historik kring medicinsk utvärdering .....	84
Evidensbaserad vård.....	85
Systematisk översikt.....	86
Varför har medicinen varit ledande när det gäller utvärdering av sin egen verksamhet? .....	86
Hälsa och sjukdom angår oss alla .....	87
Mer patient- och professionsstyrd verksamhet och mindre styrd av rättighetslagstiftning .....	87
Hälso- och sjukvården har i mindre utsträckning styrts av ideologi .....	87
Hög andel personer i ledande ställning har forskarbakgrund .....	88
Höga krav på att visa nytta har gett starkt ekonomiskt stöd från industrin .....	88
Mindre komplicerade interventioner med enklare mål .....	88
Professionens intresse att följa upp kvaliteten i sin verksamhet.....	89
Vad kan andra sektorer lära av hälso- och sjukvården och hur gå vidare? .....	89
Referenser:.....	91
<b>Rätt metod på rätt sätt för att hjälpa klienter och brukare – effektutvärderingar inom skola, socialtjänst och psykiatri .....</b>	<b>92</b>
Framför allt – orsaka inte skada.....	93
Definition av effektutvärdering.....	94
Olika typer av effektutvärderingar .....	94
Experimentella studier.....	94
Observationsstudier .....	96
Säkrast kunskap från systematiska översikter .....	96
Både metod och relation spelar roll.....	97
Förekomst av experimentella effektutvärderingar .....	97
Allt kan eller bör inte utvärderas.....	98
Prioriterade metoder att utvärdera .....	99
Systematisk uppföljning .....	99
Systematisk uppföljning ger underlag till förbättring .....	100
Juridiskt korrekt, etisk, trovärdig samt representativ.....	100
Från auktoritetsbaserat till evidensbaserat socialt arbete.....	101
Referenser.....	103

## Författarna

*Jan-Inge Lind*, docent i företagsekonomi vid Ekonomihögskolan, Lunds Universitet, är författare till bland annat boken ”Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll”, som betonar vikten av att på ett tydligare sätt än idag engagera vårdens olika professioner i arbete med att både ställa krav på, mäta och följa upp patientresultat (slutresultat och delresultat) och att genomföra det utvecklingsarbete som krävs för att uppnå uppsatta mål.

*Björn Lindgren*, professor emeritus i hälsoekonomi, Lunds universitet. Research Associate, National Bureau of Economic Research, USA. För närvarande gästprofessor, institutionen för nationalekonomi med statistik, och föreståndare för Centrum för Hälsoekonomi (CHEGU), Göteborgs universitet. Björn Lindgrens forskningsområden är individens hälsorelaterade beteende, teori och metod för hälsoekonomiska utvärderingar, organisation och finansiering av vård och omsorg.

*Evert Vedung*, professor emeritus i statsvetenskap *särskilt* bostadspolitik, Uppsala universitet samt seniorprofessor Linnéuniversitetet Växjö, Bland hans senare verk om utvärdering märks *Demokrati och brukarutvärdering* (2013, upplaga 2, tillsammans med Magnus Dahlberg), *Six Models of Evaluation* (2013), *Four Waves of Evaluation Diffusion* (2010), *Theory-Based Stakeholder Evaluation* (2012, tillsammans med Morten Balle Hansen), *Utvärdering i politik och förvaltning* (2009, upplaga 3) samt *Den utvärderingstäta politiken* (2009, tillsammans med Nils Hetting).

*Göran Petersson*, professor i hälsoinformatik inriktning läkemedelsvetenskap, verksamhetsledare för eHälsainstitutet vid Linnéuniversitetet. Öron-näshalsspecialist. Arbetar med utbildning, utvärdering, forskning och handledning kring IT-stöd, inom hälso- och sjukvården. Ordförande i Svenska Läkaresällskapets IT-kommitté och ledamot i Socialdepartementets samrådsgrupp för uppföljning av den nationella IT-strategin. Vetenskapligt råd i Läkemedelsnämnden, Läkemedelsverket. Tidigare ordförande i Svensk Förening för Medicinsk Informatik.

*Måns Rosén*, adjungerad professor i medicinsk metodutvärdering vid Karolinska Institutet, direktör för Statens beredning för medicinsk utvärdering. Måns Rosén har sin forskningsbakgrund inom epidemiologi och folkhälsovetenskap och har där studerat bland annat cancer- och hjärt-kärlsjukdomar. Efter att ha varit chef för epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen från 1992 blev han 2006 chef för SBU, vars uppgift är att genom systematiska genomgångar av publicerade forskningsrapporter utvärdera vilka metoder i hälso- och sjukvården som har vetenskapligt stöd.

*Knut Sundell*, docent i psykologi, socialråd och chef för enheten för kunskapsutveckling vid Socialstyrelsen. Knut Sundell har lång erfarenhet av att utvärdera interventioner inom förskola, skola och socialtjänst. Han har även forskat om förekomst av problem samt risk- och skyddsfaktorer som föregår problemen. För närvarande arbetar Knut Sundell framför allt med att utveckla stöd för ett tillämpat evidensbaserat arbete.

# Företagsekonomiska perspektiv på uppföljning i vårdssystem

**Jan-Inge Lind**

Frågeställningen i denna uppsats är följande: Kan jag som företagsekonom identifiera uppföljningsmetoder som kan bidra till god ekonomisk hushållning i vårdssystem?

Som företagsekonom är utgångspunkten för mina resonemang frågan om effektivitet och – närmare bestämt – en distinktion mellan inre och yttre effektivitet. När det gäller yttre effektivitet (effectiveness) ligger fokus på vad som är resultatet av någons ansträngningar, snarare än i vad som är den lägsta kostnaden för våra ansträngningar (efficiency).

Uppföljningen kommer här att ses som en integrerad del i hela styrprocessen, nämligen de aktiviteter som skall säkerställa att fastslagna mål och resultatkrav uppnås. I artikeln ägnas en stor del åt att diskutera – av skäl som snart anges – vad som skall menas med ”föreslagna mål och resultatkrav” i vårdsystemet. Men låt mig inleda med några definitioner och en summering av artikelns innehåll. Den samlade hälsovården, sjukvården och inklusive den kommunala hemsjukvården inom ett territorium definieras här som ett vårdssystem. I regionala vårdssystem ingår många lokalt utspridda vårdenheter av olika slag – till exempel vårdcentraler, sjukhus och vårdboenden. En annan viktig och vanligt förekommande term är verksamhetsmodell, som svarar på frågan: vilka värden vill vi skapa, för och tillsammans med vem? Verksamhetsmodellen bestämmer de värdeskapande prioriteringarna med avseende på utnyttjande av både interna och externa resurser i ett vårdssystem. Termen är viktig, eftersom huvudtesen i denna artikel är att man från högsta till lägsta ledningsnivåer i dagens vårdssystem – mer eller mindre medvetet – utnyttjat en producentfokuserad verksamhetsmodell. Denna rimmar allt sämre med framväxande behov och krav från stora och växande patientgrupper, när nya typer av samarbetskapande arrangemang kan bilda basen i nya och mer patientfokuserade verksamhetsmodeller, som möjliggör bättre kvalitet, högre kostnadseffektivitet och mer likvärdig vård regionalt. Detta är utvecklingshypotesen, som i huvudsak illustreras från ett aktionsforskningsprojekt i Region Skåne de senaste åren. Innan dess har jag under snart fyrtio år som företagsekonom arbetat både som konsult och forskare i bland annat de flesta svenska regionala vårdssystem.

## Ekonomistyrperspektivet kontra det strategiska/organisatoriska perspektivet

För att göra diskussionen mer precis är det lämpligt att särskilja två dominerande företagsekonomiska perspektiv när det gäller synen på uppföljning: ekonomistyrperspektivet och strategi- och organisationsperspektivet. Ekonomistyrperspektivet kommer först.

Traditionell anslagsfinansiering och olika varianter på denna budgetstyrning i vårdssystem bygger i stort sett på tidigare års förbrukning och utfall. Förhandlingarna har i de flesta fall mycket begränsade effekter på resursfördelningen. Eftersom den logiska kopplingen bildar ramen för mål och verksamhetsmål på basenhetsnivå och inte är tydlig, är också uppföljningen av verksamhetsinnehåll och effektivitet illusorisk. I avsaknad av bra system för att belöna hög produktivitet och effektivitet, blir det ändå den ”blint skärande osthyveln” som gäller. Sedan mitten av 90-talet har traditionell prestationsmätning kompletterats med ”balanserat styrkort”. Här vill man hitta former för en både långsiktig och effektiv operativ styrning. Det balanserade styrkortet tvingar fram mål från fyra perspektiv (kundperspektivet, processperspektivet, innovations- och inlärningsperspektivet samt det ekonomiska/finansiella perspektivet), beslut om hur man skall mäta, nyckeltal som konkretiserar mål i kvantitativa termer samt åtgärder som preciseras för att nå nyckeltal och uppfylla mål. Man länkar ihop den strategiska planeringen med den operativa. I nästa steg sker genomförande, mätning och uppföljning. Det måste observeras att målen måste vara klara och att styrmåten måste säga någonting om vad som uppnåtts. På senare tid har också fokus på nyckelresursers produktivitet med hjälp av benchmarking aktualiserats i vårdssystem. Det innebär att man jämför sina prestationer med de bästa prestationerna i ”branschen” eller, ännu bättre, med de bästa varhelst i världen. Benchmarking antar korrekt att vad en organisation gör, bör också vilken annan organisation som helst kunna göra bra. Man antar korrekt att vara lika bra som ledaren är förutsättningen för att bli konkurrenskraftig.

Även om man med de senaste metoderna börjat närma sig utsidan av organisationen, blir det överordnade intrycket av ekonomistyrperspektivet att det är insidan på organisationen som är ledningens domän. Fokus på det inre förefaller också förstärkas av IT-utvecklingen, där man kan producera stora mängder av data. Detta gör det svårare att omvandla data till relevant information som kan bilda basen för ny kunskap. Fokus på det interna betyder att man bekymrar sig om ansträngningar och oftast om kostnader. Men ett vårdsystems mission är inte att kontrollera kostnader. Det skall idag i första hand bidra till patienters värdeskapande, dvs. åstadkomma resultat utanför sig själva. Dessutom vet vi att all väsentlig förnyelse startar på utsidan, vilket leder oss in på det strategiska perspektivet.

När det gäller strategi och organisation går det att i grova termer särskilja två teoritraditioner avseende synen på ledarskap, planering och förändring. Å ena sidan finns den rationella traditionen som karakteriseras av att man börjar med att uppställa mål, därefter göra en plan och sedan genomföra den (jämför Rhenman 1975). Detta synsätt passar dock inte särskilt bra, då kunskapsläget är osäkert och/eller då målen inte är självklara. Den andra teoritraditionen kan kallas ”processuell” med dess fokus på sociala processer, inläring och emergens (jämför till exempel Normann 2001).

I empiriska undersökningar har det visat sig, att i föränderliga miljöer kännetecknas de framgångsrika organisationerna inte i första hand av kortsiktig effektivitet, dvs. ett högt värde på någon slags kvot mellan output och input, utan av hög anpassningsförmåga, vilket bland annat innebär förmåga att ändra



inriktning. En utförligare beskrivning av denna organisationsteoretiska utgångspunkt finns bland annat i Lind & Rhenman (1989) och Lind & Hellström (1996). Med ett sådant betraktelsesätt kan man ofta värdera vissa typer av insatser högt, även om de till synes varit helt misslyckade. En förutsättning är dock att de leder till vad man skulle kunna kalla ”inläring” i organisationen. Inläring innebär att förvärva någon slags adekvat förståelse av den yttre miljön och även av det egna systemet. Att ur ett ledningsperspektiv se på och bedöma omprövnings- och förnyelsearbetet, inom vårdssystem som en organisatorisk inlärningsprocess handlar sålunda om att upptäcka omvärldsförändringar, uttolka deras innebörd, förstå implikationerna för organisationerna, omsätta initiativ till interna förändringar, pröva och uttolka resultatet av dessa och modifiera eller förstärka dessa förändringar. Brister i den organisatoriska inläringen är ett relativt begrepp och innebär i grunden att inläringen inte sker tillräckligt snabbt eller är rätt fokuserad i förhållande till omvärldens krav.

### Vad är uppföljningens syfte?

Från uppföljningsprocessen återförs information (feedback) och syftet med denna informationsöverföring kan vara trefaldigt: den återförda informationen utnyttjas för att kontrollera ett förutbestämt utfall; att testa antaganden för att undersöka svårförutsägbara konsekvenser; eller att lära, till exempel i situationer då osäkerhet råder om både mål och medel och där uppföljningen handlar om att observera, lära och handla. Det bör redan här påpekas att dessa tre alternativ i praktiken ofta sammanblandas, men intellektuellt är de helt olika och leder till olika typer av agendor. Kontrollaspekten står i fokus för uppföljning när det t.ex. gäller att uppfylla minikrav utifrån vårdprogram, eller när en ny typ av organisatorisk lösning med stor säkerhet kan förutsägas och verkligen svarar mot de problem och mål som identifierats. Det centrala i en sådan situation blir att utarbeta en plan för hur förändringen skall genomföras. Uppföljning blir sedan en kontroll av att planerade åtgärder verkligen vidtas. ”Har ni genomfört de förändringar som diskuterades vid budgetuppföljningen? Följer ni vårdprogrammet och lever ni upp till minikraven i olika avseenden?”

Det kan också vara viktigt att få ett grepp om vilka oväntade effekter en lösning leder till samt om den startar nya problem. I en sådan situation kan uppföljningen vara ett nödvändigt led i en test- och utredningsprocess. Uppföljningen syftar i detta fall till att testa om den teori som ligger bakom den nya lösningen är riktig samt ibland till att undersöka om den nya lösningen medför konsekvenser som ej förutsägs av teorin (en teori ger ju alltid en förenklad bild av verkligheten). ”Vad händer om vi låter processdimensionen dominera över funktionsdimensionen i den organisatoriska förändringen?” – ”Vad händer med patienterna till följd av strukturförändringen?” – ”Hur förändrar nedläggningen av psykiatrijouren patientflödet?”

I inlärnings- och utvecklingssituationen finns en uppfattning om vilka mål som är önskvärda och vilka problem som är angelägna att lösa, men ingenting annat än en vag uppfattning om vad det är för organisatorisk lösning eller verksamhetsmodell som erbjuder ett lämpligt svar. Införandet av en ny organisatorisk lösning kan också förutsätta grundläggande förändringar av beteendet i organisationen. Det kan till exempel avse ökad självständighet för lokala enheter i en organisation. Detta kräver i sin tur ökad kompetens inom dessa enheter samt ändrade attityder och värderingar. Vidare möter förändringen nya relationer för både de som arbetar inom en viss lokal enhet mellan de lokala enheterna och övriga enheter inom organisationen. Uppföljning blir i ett sådant fall ett underlag för en successiv utveckling av bättre fungerande lösningar. En kontinuerlig uppföljning av förändringens effekter erbjuder också ett stöd för den mer djup-

gående beteendeförändringen, framför allt genom att ge de som själva är berörda av förändringen ett underlag för dialog och diskussion. Uppföljningen är således en inlärnings- och utvecklingsprocess. Det är i och för sig möjligt att en process av detta slag aldrig avstannar, dvs. uppföljning genomförs kontinuerligt och bildar underlag för en stegvis aldrig avslutad förändrings- och förbättringsprocess.

## Effektiviseringsproblem och möjligheter på tre nivåer i vårdssystemet

Problemet med effektivisering i regionala vårdssystem sönderfaller i tre problem: Hur kan man åstadkomma effektivitet i enskilda enheter eller organisationer, i ett ”system av organisationer” eller processeffektivitet och effektivitet i government-funktionen (governance) även kallat ”ägarstyrning”?

Decentralisering kring enskilda basenheter ger möjligheter till en mer situationsanpassad resursanvändning och därmed högre effektivitet på denna nivå. Låt oss kalla detta enhets- eller klinikeffektivitet. Fokuseringen på klinikeffektivitet räcker långt i akutsjukvården, speciellt när det gäller yngre patienter där vårdepisoden påbörjas och avslutas vid en och samma klinik. Gallstensoperation för en för övrigt frisk 45-åring kan tjäna som exempel. Men för den växande del av sjukvårdens patienter som avser äldre människor med vårdbehov som kräver insatser från många olika håll, räcker det inte att varje enhet är effektiv för sig. Processeffektiviteten är minst lika viktig – mellan primärvård och kliniken, mellan distriktssköterskor och sjukgymnaster etc, etc. Samtidigt indikerar erfarenheter från många landsting och regioner att det finns en stor effektivitetspotential i möjligheterna att ytterligare utveckla och följa upp effekterna av samspelet mellan till exempel akutsjukvård och primärvård/kommunalt boende. Brister i denna processeffektivitet är väl kända och behöver inte upprepas här. I princip handlar det om en grundattityd som kan uttryckas enligt följande: ”Var och en gör sitt och lämnar över”. Problemet är att ofta – liksom i ett stafettlopp – det svåra just är att på ett bra sätt hantera överlämningen. Det krävs därför ett annat slags team där nyckeluppgiften blir att bygga en arbetsgrupp på 5-10 personer som tillsammans med teamledaren primärt utformar/utvecklar patientprocessen. Ledarskapet handlar i processutvecklingsteamet mer om fokus på resultat och att bygga relationer än att fokusera på funktioner och specialiteter; det handlar mer om coaching än om den traditionella chefsrollen; mer om att fokusera på patienten än enbart på enskilda specialiteter och fysisk vårdapparat. Man är ansvarig för ett processresultat och måste ha auktoritet när det gäller hur man organiserar arbetsprocessen och leder utvecklingsteamet. En sådan delegering av ansvar är en kontinuerlig process som ständigt måste förstärkas. Genom att fokusera på bidrag till helhetsresultatet – och att man hålls ansvarig för detta – utvecklas ett gränsöverskridande tänkande och handlande, där man ser bortom sin egen specialitet. Detta har synliggjorts i ett stort antal pilotprojekt som jag själv deltagit i och där uppföljning organiserats som en kontinuerlig inlärningsprocess.

Under 2000-talet föreföll det dock vara ständiga förbättringar inom enheter snarare än en gränsöverskridande processutveckling som kom i ropet i svensk vård – det kunde sedan kallas lärande organisation, lean management eller något annat ledningsverktyg – där alla uppmanas att inte bara driva system utan också att utveckla dem. Denna trend, där man systematiskt bygger upp ny kunskap i små steg och sprider dem i organisationen, är tilltalande och nödvändig. Men det finns också risker för att förbättringsarbete inom enskilda funktioner kan leda till fragmentisering (nu har vi tusen blommor som blommor, men ingen trädgårdsmästare) och suboptimering (att det blir bättre för mig behöver inte

innebära att det blir bättre för dig). För att minska dessa risker kan man utgå från att hela patientprocessen ("från symptom till återfådd funktion") skall förnyas. Detta arbetssätt innebär sålunda att processeffektiviteten bildar ramen för enhetseffektiviteten.

En indikator på processeffektivitet är hur väl olika enheters speciella kunskaper kan tillvaratas och integreras i en given arbetsuppgift till exempel: skapa bättre patientresultat för patientgruppen. Möjligheterna att effektivt utveckla och utnyttja kunskap i processutvecklingsteam förefaller främst vara beroende av olika egenskaper i maktsystem. Ett fragmenterat maktsystem, dvs. ett system i vilket makten är spridd och motsvarar en lång rad delmål eller delprocesser, gör att lösandet av beroende delproblem också kommer att splittras och att systemkunskaper (dvs. kunskaper om något slags "helhet") hindras från att utvecklas. Framväxandet av nya kunskaper är beroende av att maktsystemet kan förändras. Detta aktualiserar frågan vilka mekanismer som finns för att förändra maktsystemet. En sådan förändring kräver också utövandet av makt, och man kan därför tala om ett behov av ett "metamaktsystem". Detta leder oss in på frågan om effektivitet på government-nivån och ett av kriterierna är att man även på denna nivå har hög egen inlärningsförmåga för att kunna rikta sin styrning i riktningar som är relevanta, dvs. hög förmåga att anpassa hela organisationen till strukturella förändringar i omvärlden när detta behövs.

## Diagnos på vårdsystemets styr- och uppföljningsförmåga

Här ges en tentativ diagnos utifrån tidigare diskussioner och resonemang.

Vilka diagnostiska observationer kan vi då göra ur ett ekonomistyrperspektiv? Trots visat intresse för både balanserade styrkort och benchmarking är det fortfarande varianter på traditionell anslagsfinansiering som dominerar i dagens resursknappa miljö. Problemet är här att denna budgetmetod vare sig principiellt främjar eller praktiskt bidrar till ökad inre eller yttre effektivitet. Eftersom den logiska kopplingen mellan överordnade mål och verksamhetsmål på basenhetsnivå inte är tydlig, är också uppföljningen av verksamhetsinnehåll och effektivitet som nämnts illusorisk. Vid uppföljning står kontrollaspekten i centrum, dels när det gäller att följa upp enheternas förbrukning av ekonomiska resurser och dels när det gäller uppföljningen av hur mycket vård som producerats, till exempel i termer av antal besök etc.

Vad ser vi då utifrån ett strategiskt utifrånperspektiv? Nedan ges en kort beskrivning av pågående utvecklingstendenser i omvärlden och hur väl dessa rimmer med dagens organisatoriska struktur och styrsystem.

Växande och delvis nya vårdbehov och den snabba framväxten av nya teknologier ställer stora krav på vårdsystemens anpassnings- och förnyelseförmåga. En stor och ökande del av sjukvården avser äldre människor med vårdbehov som kräver insatser från många olika håll. Många har flera sjukdomar och funktionsnedsättningar och många är också fysiskt och psykiskt så sköra att de inte klara sig själva direkt efter en genomförd planerad operation eller efter behandling för en akut sjukdom (se t.ex. Rundgren och Dehlin 2004). Ibland saknar patienten också de sociala och materiella resurser som behövs i en sådan situation. När det gäller denna växande del av sjukvårdens patienter, räcker det inte att varje vårdenhet är effektiv var för sig. Processeffektivitet är minst lika viktig – mellan primärvården och kliniken, mellan distriktssköterskor och sjukgymnaster, mellan särskilda boenden och social hemtjänst (se t.ex. Johansson och Pettersson 2003 och 2004). Samtidigt innebär ökande patientmakt och valfrihet att individen allt oftare är en aktiv medverkare i systemet och inte en passiv mottagare av dess tjänster. Mångfalden och komplexiteten hos individerna

växer, man kräver inflytande över och respekt för sin tid och sin egenart. Människor ser på vård som de ser på annan service – de vill välja själva, de vill vara informerade och delaktiga. De vet att kunskap är en förutsättning för att kunna ställa ökade krav och vara jämbördig med läkaren och system. Vi ser tydliga tendenser till att fler patienter med manifesta och framför allt kroniska problem, och äldre människor, har börjat organisera sig i olika rörelser, påtryckargrupper, självhjälpsgrupper och internetgemenskaper (se till exempel Karlsson 2006 respektive Nordén 2008) och den tilltagande subspecialiseringen gör att allt fler läkare måste samlas kring enskilda patienter och sjukdomstillstånd. Mot denna bakgrund blir följande typer av frågor allt viktigare: Hur skall vi förbättra vårdkvalitet och resultat för patienterna? Hur skall vi bäst hantera bristen på kontinuitet för patienter, när denna är verkligt viktig? Hur skall vi förbättra samordningen mellan olika vårdenheter och vårdprofessioner?

Då räcker det inte med budget- eller avtalsdialoger mellan i huvudsak administratörer på båda sidor av bordet som bedömer och påverkar effektivitet utifrån ganska enkla ”produktionsmål”. Vare sig traditionell anslags/uppdragsfinansiering eller traditionella beställar/utförarmodeller har visat sig vara tillräckliga för att bidra till att hålla kvaliteten uppe eller kostnaderna nere. Båda modellerna har stora likheter vad avser budget eller avtal med ett ekonomiskt/ administrativt innehåll, som ofta mer har handlat om pengar än vårdens former och innehåll. Hur ser då alternativet ut? Kan man få de vårdprofessionella att utsträcka sitt ansvarsområde från i huvudsak de rent medicinska problemen till att också innefatta kvalitetsskapande och resurshushållning i hela patientprocesser?

Att patienten skall stå i centrum bejakas livligt av de flesta och många hävdar med rätta att det på sätt och vis fungerar så redan idag. Men om vi frågar oss i vilken utsträckning dessa tankar är manifesterade i nuvarande system för ledning och styrning blir svaret mer tveksamt. Dagens styrning utgår i stor utsträckning från producenternas prestationer i form av bland annat antal besök, vårddagar och operationer. Dagens effektiviseringsförsök – liksom organisationsstruktur, budgetsystem, belöningar – riktar dessutom stor uppmärksamhet på funktionella enheter, som kliniker, mottagningar, vårdavdelningar, kommunala vårdboenden, sjukvård i hemmet etc. Traditionell förbättring av vården utgår oftast ifrån insatser inom den egna enhetens ”hank och stör”, vilket innebär att man beskriver och förbättrar sin del av vårdkedjan och därmed utifrån ett faktiskt producentperspektiv. Att man i vårdsystemen är medvetna om dessa problem framgår bland annat av att man har givit det en egen beteckning: NAP, vilket utläses någon annans patient.

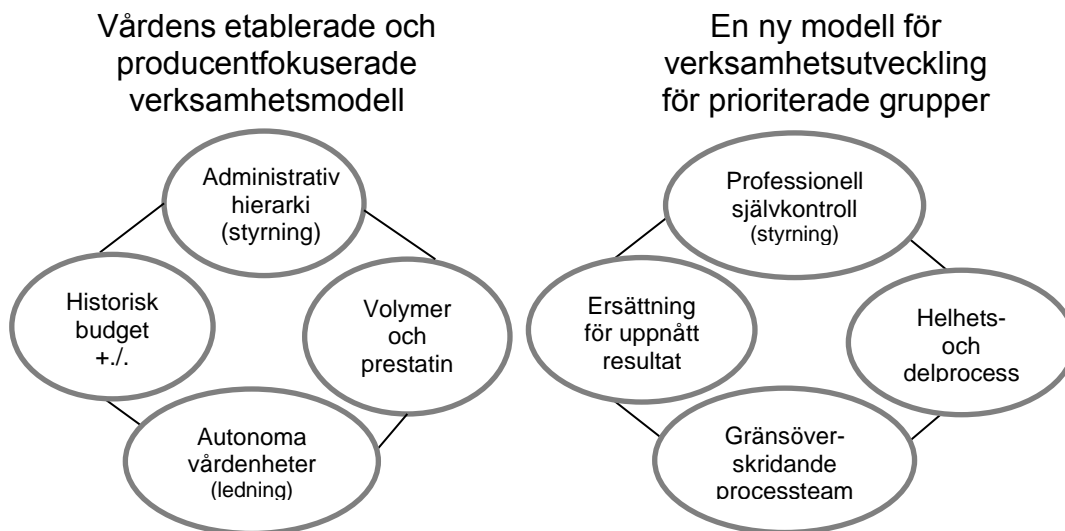
Sammanfattningsvis: Dagens styrning och uppföljning baseras i huvudsak på anslagsfinansiering inom ramen för en administrativ hierarki med fokus på mer eller mindre autonoma vårdenheter och med en uppföljning som - utöver identifiering av och hantering av budgetavvikelse - är inriktade på ”enklare” produktionsmått som antal besök och vårddagar etc. Samtidigt ser vi det ökande gapet mellan dagens styrning och uppföljning och framväxande patientproblem och önskemål.

Dessa frågeställningar är relevanta, inte minst mot bakgrund av den ”styrfokus” som dominerar idag. Något renodlat kan den ur politikens perspektiv sammanfattas enligt följande: ”Vi ökar tillgängligheten genom hälsoval, kömiljarder och vårdgarantier och ni sparar och rationaliserar bäst ni kan inom budgetens och lagens ramar.” Detta innebär en stor risk. I värsta fall kan här en ond cirkel utvecklas, där politikens krav på både ökad tillgänglighet och större besparingar till slut möts av mer eller mindre uppgivna vårdprofessionella, som börjar hålla patienter ifrån sig för att klara kraven. Men det finns också en möjlighet – utvecklingshypotesen – såtillvida att man förbiser en väl behövd och allt

bättre förstådd förändring: att kvalitetssäkra och rationalisera vårdleveranser utifrån en analys av önskvärda patientresultat.

## Mot en ny verksamhetsmodell?

Ovanstående diagnostiska observationer leder - enligt min bedömning - till krav på en successiv övergång från ett funktions-/producentfokuserat styr- och uppföljningssystem mot ett mer patient-/processfokuserat. För att ge en bild av denna utmanings storlek kan det finnas en poäng i att renodlat ställa den etablerade och nya verksamhetsmodellen mot varandra, enligt följande:



### Verksamhetsmodeller – Samverkande komponenter i en verksamhetsmodell

Navet i den etablerade verksamhetsmodellen såsom den illustrerats till vänster i den ”fyrahjuling” som ritats ovan är ett system – mer eller mindre väl samordnat – av enskilda utbudspunkter, vilka - som nämnts - i huvudsak kontrolleras av en administrativ byråkrati och följs upp utifrån enkla produktionsmål och i princip ersätts genom en anslagsbudget.

Vad skulle då navet kring den patientfokuserade verksamhetsmodellen vara (se höger bild ovan)? Skall t.ex. budgeten fördelas till territoriella avgränsade befolkningsgrupper? Eller till den enskilda medborgaren? Båda modellerna har diskuterats och delvis utprovats. Men i den nya verksamhetsmodellen läggs här fokus på en mellannivå, dvs. patientgrupper där flera vårdenheter är inblandade under relativt långa perioder, där man kan förväntas kunna åstadkomma väsentliga förbättringar för patienterna inklusive rationaliseringsmöjligheter just genom att samarbeta ”över gränserna”. Dessa volymmässigt stora och tunga patientgrupper kan det successivt byggas upp en permanent organisation, medan utvecklingsarbetet för mindre och specialiserade diagnos- eller patientgrupper parallellt kan bedriva sitt projekt. För de tunga patientgrupperna omfattar uppdraget i princip alla insatser som görs på den aktuella patientgruppen. Detta kräver också ersättningssystem för den samlade vårdinsatsen, vilket bör ge incitament för utförarna att omfördela resurser för att uppnå mer kostnadseffektiva och bättre helhetsresultat ur patientperspektivet.

Den nya verksamhetsmodellen kan ses som en syntetiserande sammanvägning av tidigare konceptuella försök, utprovningar i piloter, uttolkning av dessa och

analys av nyckeldilemman. Modellen kan sammanfattas i fyra punkter och en bild, enligt följande.

1. *Patientgrupper*. Med huvudfokus på patienter där vårdbehoven kräver insatser från olika håll, där flera behovsdimensioner griper in i varandra och där flera vårdenheter är inblandade under relativt långa perioder. Patienternas behov formuleras sålunda inte i kirurgiska, medicinska eller ortopediska åkommor utan till exempel i cancer, stroke, höftfraktur eller psykos. Några frågeställningar att beakta vad gäller patientgruppen: Hur stor är den och hur är den sammansatt? Fångar vi med hjälp av registerdata upp hela patientgruppen? Finns det anledning att särskilja olika segment i patientgruppen?
2. *Patientresultaten* är flerdimensionella och består av medicinska resultat, omvårdnadsmässiga resultat, hälsorelaterad livskvalitet – allt inom en given ekonomisk ram. Det handlar i hög grad om patientfokuserade helhetsmått som fångar patienternas upplevelse av livskvalitet, funktionsförmåga eller återskapade funktionalitet (MOEL = Medicinsk, Omhändertagande, Ekonomi, Livskvalitet). Hur ska vi definiera viktiga, mätbara och påverkbara resultatförbättringar för patientgruppen? Vilka är viktigaste evidensbaserade delprocessmått för patientgruppen? Hur står det till med kvaliteten i statistiken? Lever vi upp till de evidensbaserade kraven för patientgruppen?
3. *Patientprocesserna* är gränsöverskridande ”från tidiga tecken på sjukdom till uppnådd bästa möjliga funktion eller lindring” och grunden för hela utvecklingsarbetet. För varje patientgrupp utgår man från önskat resultat och går sedan baklänges genom patientens väg i vården. Detta görs i syfte att öka värdeskapande för patienter samt eliminera icke värdeskapande aktiviteter. Hur ska vi avgränsa processen ur ett patientperspektiv? Var startar den och var tar den slut? Hur ska vi kartlägga och bedöma brister i dagens process både när det gäller kvalitet och ekonomi? Termen patientprocess är sålunda det samlade uttrycket för de resurser som ska bidra till allt bättre patientresultat. Var behöver vi relativa förbättringar och var kan vi se mer radikal förnyelse? Vilka resultatförbättringsområden ska vi prioritera? Vilka är de viktigaste innovationerna för patientgruppen? Hur bra är vi på att omvandla innovationer till konkreta vårderbjudanden?
4. *Patientresultatbaserad ersättning*. Hur skall den önskvärda MOEL-kvalitetsnivån fastställas? Hur ska ett ersättningssystem utformas som både avspeglar alla resultatdimensioner och ger incitament till att optimera arbetet i hela patientprocesser? Hur skall man konstruera ersättningssystem som flyttar fokus från att ersätta resursförbrukningen till att ersätta för uppnådda resultat. Ett första steg i denna utveckling kan vara att utifrån nuvarande kostnadsvolymer och kostnadsstruktur fastställa en ersättning baserad på en önskvärd kvalitetsnivå. Den principiella formeln för strokeprocessen skulle kunna vara att X% ADL-oberoende ersätts med Y kronor per patient.
5. *Professionell självkontroll* innebär i detta sammanhang att vårdprofessionella utsträcker sitt ansvarsområde från i huvudsak de rent medicinska problemen till att också innefatta kvalitetsskapande och resurshushållning i hela patientprocessen. Den professionella självkontrollen bygger här på dialoger mellan patientprocessansvariga och ett team av uppdragsansvariga, där man definierar uppdraget, blir överens om resultatdimensioner, mätningar och tolkning av utfallet.

Frågor om verksamhetsmodeller i vårdsystem ställs inte ofta och ännu sällsyntare är frågan om vad som karakteriserar effektiva verksamhetsmodeller. Detta innebär bland annat att existerande verksamhetsmodeller sällan utmanas eller ens blir explicit formulerade. Och än mindre att helt nya verksamhetsmodeller konceptualiseras och prövas. Det är utifrån detta perspektiv jag vill formulera utvecklingshypotesen att den nya patientfokuserade verksamhetsmodellen med fokus på patientgrupper och MOEL-resultat som mycket viktig i ett uppföljningssammanhang, eftersom frågan om mål och resultat i vårdsystem här givits ett specifikt innehåll. Ur ett organisatoriskt inlärningsperspektiv handlar omställningen från en etablerad till en ny verksamhetsmodell om en inlärningsprocess av andra ordningen (så kallad ”second level learning”), dvs. en ofta dramatisk process med krav på inte bara intellektuell omvärdering utan nya kompetenser och maktrelationer, vilket bland annat blir tydligt vid en analys av kritiska nyckelproblem i omställningsprocessen. Av detta kan man dra slutsatsen att en av den högsta ledningens svåraste uppgifter är att förändra maktförhållanden och samspelsregler med syftet att styra den organisatoriska inlärningsprocessen. Detta kan med en teoretisk term kallas metaledning. En viktig metaledningskompetens blir att skapa förutsättningar för ökad processeffektivitet, vilket i sin tur skapar förutsättningar för ökad enhetseffektivitet. Effektiv metaledning handlar i grunden om förmågan att mobilisera makt för att allokera och omallokera makt så att rätt typ av kompetens och kompetensutveckling stöds i den organisatoriska inlärningsprocessen. Nedan ges några förslag till relevant kunskapsutveckling.

## Hantering av dilemman på vägen

Jag skall mot bakgrund av ovanstående här presentera ett par dilemman på vägen mot en mer patientfokuserad verksamhetsmodell och ge några idéer till hur dessa dilemman skulle kunna hanteras. Jag använder begreppsparen fråntill i nedanstående rubriker, men egentligen blir det – som kommer att framgå – en fråga om att hitta en ny typ av balans mellan element i den etablerade och en potentiellt ny verksamhetsmodell.

## Från uppföljning av volymer och prestationer till uppföljning av helhets- och delprocessresultat

Uppföljning i den etablerade verksamhetsmodellen är i stor utsträckning enbart fokuserad på att följa upp producenternas förbrukning av ekonomiska resurser, oftast med fokus på det senaste året. Ur verksamhetssynpunkt har uppföljningen i huvudsak handlat om hur mycket vård som producerats, till exempel i termer av antal besök, vård dagar, operationer etc. Huvudfokus i den nya verksamhetsmodellen ligger på att åstadkomma allt bättre patientresultat: Medicinskt, Omvårdnadsnämnt, inom en given Ekonomisk resursram och med hälsorelaterade Livskvalitetsmått (i sammanfattning kallat MOEL-resultat). Helhetsmåten måste kompletteras med vissa delprocessmått, till exempel väntetider och vårdtider vid olika vård- och rehabiliteringsenheter, medicinska resultat och mått kring av patienten upplevt omhändertagande. Helhetsmåten är härledda ur hela patientprocessen och både helhets- och delprocessmått kommer kontinuerligt att ses över och anpassas till nyvunna kunskapsnivåer. När det gäller ekonomin handlar det om att i varje patientprocess systematiskt skilja kostnader för värdeskapande aktiviteter från icke-värdeskapande. Till de icke-värdeskapande aktiviteterna hör givetvis medicinska och rehabiliterande åtgärder som saknar relevans för den aktuella patientgruppen, för låg kvalitet som leder till behov av korrigeringar, men också bland annat omotiverade väntetider, onödigt provtagning samt vissa administrativa åtgärder.

I en noggrant utformad och mätbaserad resultatutvecklingsprocess – som både är upprepningsbar och skapar en dialogisk ram kring förbättrings- och förnyelsearbetet – blir patientprocessansvariga i dialoger överens med den regionala uppdragsgruppen att kartlägga och analysera styrkor och svagheter i sina gränsöverskridande processer; ta fram mått och mätsystem för patientresultat; mäta sina aktuella resultat; identifiera och analysera gapet mellan best practice och aktuellt resultat; besluta om resultatförbättringar; sluta överenskommelse i relativa utvecklingskontrakt; följa upp och gemensamt tolka eventuella gap mellan planer och aktuell utfall; (koppla ersättnings- och belöningsystem till uppnådda resultatförbättringar – ej genomfört ännu). Som en läkare kommenterade: ”Detta innebär kanske att vi kommer att slippa dagens ofta själlösa uppföljningar och i stället motiveras av att göra vårt allra bästa och inte bara det som är bra nog.”

Pilotarbetet med strokeprocesserna i Region Skåne följde ovanstående procedur. Resultatet beskrevs i en tabell som först angav helhetsresultat ur patientperspektiv (ADL-oberoende tre månader % - spännvidden mellan sjukhusen var 78-85 %) och därefter evidensbaserade delprocessmått (t.ex. andel som får trombolys (%), vilket varierade mellan 7,1 och 22,4; eller till strokeenhet direkt (%) som varierade mellan 59,5 och 76) efter kontraktdialogerna 2010. Samtliga team hade ambitionen att uppnå minst samma ADL-oberoendenivå efter ett år som efter tre månader. Det kan noteras att Region Skånes siffror för 2009 var bäst i Sverige enligt Socialstyrelsens/SKL:s nationella jämförelser och mycket talar för att denna position kan förstärkas för 2010. Därefter skall resultaten följas upp, tolkas och ligga till grund för kommande utvecklingskontrakt.

Ovanstående hindrar naturligtvis inte att det är viktigt med mått och mätningar som kan fånga upp produktivitet, resursutnyttjande etc. Men poängen är att sådana mått på den ”inre effektiviteten” (ansträngningar) måste omgärdas av mått på den ”yttre effektiviteten” (effekter). Det innebär att patientresultat på patientgruppsnivå bildar ramen för mätningar och bedömningar av hur produktiv man är när man åstadkommer bättre patientresultat. Mätningar och information är synonymer till uppföljning och den information som behövs i den nya verksamhetsmodellen är sådan som möjliggör kvantitativ mätning och kvalitativ bedömning av respektive patientprocess värdeskapande förmåga över tid – dvs. både dess produktivitet och förnyelseförmåga.

E:et i MOEL saknas i den nämnda tabellen. Därför finns inte heller någon klar uppfattning om hur kostnadseffektiva de olika processerna är. Det finns förvisso indikationer på att fokuserat kvalitetsförbättringsarbete kan leda till högre kostnadseffektivitet, men några bevis finns inte. Därför ansåg vissa processledare det önskvärt att snarast möjligt få en överblick över ”kostnads kvaliteten” i alla strokeprocesserna. Det finns väl beprövade procedurer och metoder för att särskilja värdeskapande från icke värdeskapande tid och kostnader. I följande avsnitt ges en illustration.

## Från akuta sparbetning till planerad kostnadsprevention

Vi måste acceptera premissen att kostnads kontroll inte handlar om att skära kostnader utan om kostnadsprevention, och eftersom kostnader inte minskar av sig själva, blir kostnadsprevention en periodiskt återkommande kostnadsgranskning. Kostnadsprevention innebär en brytning med det sedan länge invanda att ”endast vid akuta behov fullt ut arbeta med sin kostnads massa”. Kostnadsprevention förutsätter ett särskilt arbetssätt och ett samtidigt beaktande av kostnader och kvalitet, vilket illustreras i det följande.



Arbetsättet innebär att ekonomiska resultat framkommer genom att särskilja kostnader för värdeskapande aktiviteter (dvs. kostnaderna för sådana aktiviteter som måste utföras för att möta patientens krav och behov) och icke värdeskapande kostnader (dvs. sådana kostnader som handlar om väntetider, kontroller, dubbelarbete, onödiga åtgärder) utifrån ställda kvalitetskrav. Eftersom det för många patientprocesser bedöms finnas stort utrymme för rationalisering och effektivisering just genom samarbete i hela patientprocessen, måste olika lösningar med partnerskap och ersättningssystem prövas. Parterna accepterar att det finns en begränsad ekonomisk totalram, men där omdisponeringar sker från icke värdeskapande till värdeskapande aktiviteter.

Om man skall förbättra patientresultat måste resultat mätas på patientgruppsnivå. Det är bara på denna nivå som resultat kan förstås och mätas över hela den värdeskapande processen. I framtiden är det varken vårdcentraler eller sjukhus som är "resultatenheter" utan processerna och processutvecklingsteamerna. Med hjälp av resultatorienterade ersättningssystem underlättas för processutvecklingen att resurser omfördelas för att uppnå mer kostnadseffektiva och bättre resultat ur patientperspektiv.

Resonemanget kan illustreras med nedanstående exempel från patientgruppen höftfrakturer (se figur nedan), som bland annat visar att bättre kvalitet i vården även kan medföra ökad kostnadseffektivitet.

Omstrukturering Patient-grupp	Koncentration av akut sjukvård	Reduktion av vårdplatser	Koncentration av rehabiliteringsinsatser	Ökad hemsjukvård. Samarbete primärvård - slutenvård
<b>Kvalitetsförbättring</b>	Säkrare reposition, koncentration av medicinsk kompetens.	Snabbare mobilisering. Bättre rutiner för komplicerade fall.	Professionell rehabilitering, systematisk och koncentrerad rehabilitering i team.	Sammanhållen vårdkedja, färre informationsmissar. Motiverad patient i hemmiljö.
<b>Kostnadsreduktion</b>	Besparing 5 tkr	Besparing 25 tkr genom sparade vård dagar	Ökning av rehabiliteringskostnad 5 tkr	Billigare vård i hemmet. Besparing 15 tkr

**Exempel på omstrukturingsåtgärder som medfört kvalitetsförbättringar och minskad kostnad för höftfrakturpatienter. (Från KEFU-rapport 1998: Från PAR-sjukhus till vårdkedjor, Borgquist L, Lind J-I, Svarvar P.)**

Arbetsmetoden för kostnadsreduktion och kvalitetsförbättringar kan sammanfattas i följande steg:

1. Identifiera kostnaderna för varje patientgrupp i hela patientprocessen (akut-, preoperativa, operations-, mobiliserings-, rehabiliterings- och sociala stödkostnader efter sjukhusvistelse.
2. Sjukvårdens yrkesgrupper sätter standarder genom att precisera kvalitetskrav och kvalitetsmått (både objektiva utifrån medicinska indikationer, exempelvis funktion, omvårdnad, medicinska resultat och subjektiva utifrån patientupplevelser, exempelvis livskvalitet).
3. Mät kostnader genom att särskilja värdeskapande kostnader (dvs. kostnaderna för aktiviteter som måste utföras för att möta patientens krav och behov) från icke värdeskapande kostnader (dvs. kostnader som handlar om väntetider, dubbelarbete, onödiga åtgärder) utifrån kvalitetskraven.
4. Identifiera effektiviseringspotentialen genom att tillämpa ”best practice-metoder” och benchmarking (dvs. genom att identifiera de platser i Sverige eller i världen där man lyckats hantera olika delar i patientprocesser på bästa sätt).
5. Styr kostnaderna genom att fokusera på de värdeskapande kostnaderna och eliminera eller reducera de icke värdeskapande kostnaderna.

Vad betyder då detta för uppföljningen? Vad är det som skall följas upp? Här är basen för uppföljningen utvecklingskontraktet, där teamen åtagit sig att förbättra MOEL-resultat. Vem skall följa upp och när? Utöver regelbundna och relativt täta uppföljningar på ”produktionssidan” sker även uppföljningsdialoger mellan den regionövergripande uppdragsgruppen och lokala team kring frågan om hur gapen mellan förväntade och uppnådda resultat utvecklats och vad detta får för implikationer för nästa års handlingsramar. När det gäller hur uppföljningen skall användas, så utgör den bas för ersättning och som underlag för kommande diskussioner om förbättringsarbete.

## Från historisk budget till ersättning för uppnått resultat

Ett budgetöverskott är principiellt något annat än en vinst. I en marknadsekonomi är vinsten ett mått på värdet för kunden och priset ett informationsmedel för producenten om man är kostnadseffektiv. Budgetöverskottet uppstår som skillnaden mellan en på förhand beräknad kostnad (budgeterad kostnad) och den faktiska kostnaden. Den principiella skillnaden gentemot vinsten ligger i att budgeten inte automatiskt kan ses som ett mått på tjänsternas och produktionens värde för användaren. Budgeten är enbart en uppskattning av en rimlig kostnad på produktionen. Ett budgetöverskott ger därför inget mått på man skapat ett mervärde, utan är egentligen bara ett tecken på att kostnadsbedömningen varit för hög från början. I avsaknad av marknadspriser har man inom vården konstruerat olika typer av ”standardkostnader”, dvs. man gör inte upp kostnadsbudgeten för enheten enbart med utgångspunkt från förra årets utfall, utan också med utgångspunkt från vad motsvarande verksamhet kostar på andra håll. (Några exempel kan vara budgetering med hjälp av DRG-vikter eller olika typer av vårdtyngdsindex.)

För patientgrupper där man fokuserar på hela patientprocesser kan de etablerade ersättningsformerna försvåra ett samspel kring helheten. När man upphandlar sådana patientprocesser finns det ofta stor variation av insatser och kostnader mellan individer även vid samma grunddiagnos, liksom när det gäller patienter med kroniska sjukdomstillstånd. Denna osäkerhet kan absorberas av stora och stabila volymer (”gungor och karuseller”), där DRG-ersättning kan fungera väl. Men detta stimulerar dock inte till något effektivt samspel i patientprocessen

eller till att upprätthålla effektiva nätverk med många vårdgivare för långvarigt sjuka patienter. Låt oss därför inte glömma att när det finns behov av sammanhållna patientprocesser, blir ersättningen per enskild prestation, inklusive bonusar, alltid en potentiell störning. Det är bara med hjälp av processorienterade ersättningssystem som en omfördelning av resurser för att uppnå ett bättre helhetsresultat underlättas.

I den nya verksamhetsmodellen omfattar uppdragen för de tunga patientgrupperna i princip alla insatser som görs på den aktuella patientgruppen. Detta möjliggör också ersättningssystem för den samlade vårdinsatsen, vilket bör ge incitament för utförarna att omfördela resurser för att uppnå mer kostnadseffektiva och bättre helhetsresultat ur patientperspektivet. En av de stora poängerna med den nya verksamhetsmodellen är att man knyter helhets- och delprocessmått till saker som man själv kan kontrollera. Måtten skall både vara objektiva, situationsanpassade, lätta att beräkna och lätta att förstå. Måtten är också kopplade till utvecklingskontrakt med krav på förbättringar.

Vad krävs då för att utveckla ett resultatorienterat ersättningssystem i den nya verksamhetsmodellen? Först måste man skaffa sig en uppfattning om kostnadsstruktur och kostnadseffektivitet i dagsläget, vilket inte är helt enkelt, eftersom dagens ekonomisystem i allt väsentligt är uppbyggda för att följa dagens produktionsstruktur. Till detta kommer att man måste konstruera ersättningssystem som flyttar fokus från att ersätta resursförbrukningen till att ersätta för uppnådda resultat. Ett första steg i denna utveckling kan vara att utifrån nuvarande kostnadsvolym och kostnadsstruktur fastställa en ersättning utifrån en önskvärd kvalitetsnivå. Den principiella formeln och det önskvärda resultatet för strokeprocessen skulle kunna vara att X% ADL-oberoende ersätts med Y kronor per patient. (Problemen med "case-mix" kan bland annat minskas genom stora volymer - gungor och karuseller - och med eventuell efterförhandling vid extrema avvikelser). Högre MOEL-resultat ger tilläggsersättning enligt en fallande skala, medan lägre kvalitet ger en reduktion av ersättningen. Denna typ av konstruktion kan få en positiv inverkan på både kostnadsutveckling och kvalitetsstimulerande åtgärder. Och i takt med ökad kostnadsinformation kan det utvecklas ett allt mer differentierat kravställande från uppdragsteamet beroende på om kostnader och kvalitet på lokal nivå är högre/lägre än den målsatta nivån.

Resonemanget kan illustreras med nedanstående bild:

### Ersättningsmodell, strokeprocessen som exempel

Kvalitet \ Kostnad	Kvalitet		
	Högre	OK	Lägre
Lägre	Belöning	Belöning	Investering i kvalitetsutveckling
OK	Belöning	X %* ADL-oberoende = Y kronor	Kvalitetsutveckling
Högre	Trimma kostnader	Rationalisering	Ifrågasätta/avveckla

\*) Kan eventuellt kompletteras med något värde på delprocess, t.ex. Z% direkt till strokeenhet. Ersättningsmodell, strokeprocessen som exempel.

## Förslag till hur uppföljning kan bidra till en effektivare MOEL-styrning

Avslutningsvis skall här samlas några idéer och metoder när det gäller hur uppföljning kan bidra till en mer effektiv styrning inom ramen för en ny verksamhetsmodell. Punkterna kan kanske också ses som ett slags ”happy reunion” mellan det strategiska utifrånperspektivet och det ekonomistyrande inifrånperspektivet – nämligen om man lämnar enskilda utbudspunkter som nav i verksamhetsmodellen och ersätter detta med patientgrupper som nav.

1. Det är viktigt att idag börja bygga strategi och organisation runt patientgrupper i stället för enskilda utbudspunkter. Nuvarande styr- och organisationsprinciper för svensk hälso- och sjukvård har sålunda i princip varit oförändrade i mer än ett halvt sekel och de förändringar som skett har gjorts inom systemets yttre ramar. Klinikstrukturerna vid våra sjukhus är på flera ställen alltjämt uppbyggda alltifrån läkarspecialiteterna och deras indelning i organ. (Indelningar sker både ur organ- och organsystemsynpunkt, men också ur synpunkten kirurgisk/ickekirurgisk terapi. Däremot saknas i stort sett helt indelning utifrån patientens problemområde, möjligen med undantag av somatisk och ickesomatisk sjukdom.)
2. Bryt den ingrodda (o-)vanan i vårdkedjan att var och en gör sitt och lämnar över. Bygg i stället lokala team som är gränsöverskridande både professionellt och funktionellt och spänner över hela patientprocessen ”från tidiga symptom till återfådd funktion” för olika patientgrupper. Uppföljningen kommer då att fokusera på patientprocesser och deras resultat i första hand snarare än enskilda enheter.
3. Följ i första hand upp patientresultat MOEL på patientgruppsnivå. Volymer, priser och tillgänglighet är naturligtvis viktigt när det finns problem i dessa avseenden, men på sikt är det enda riktigt meningsfulla i ett modernt vårdssystem att identifiera, definiera och kontinuerligt mäta vad vårdssystem kan tillföra för värde till patienterna. Detta gäller både helhets- och delprocessmål och mått (där de i möjligaste mån baseras på evidensbaserade studier). Kanske kan ett helhetsresultat för artros/ledplastiker handla om förbättrad funktion, där teamen fokuserar på att minimera postoperativa komplikationer; för stroke kan ADL-beroendet efter tolv månader vara helhetsresultatet, medan direkt inläggning på strokeenhet, trombolys och rehabilitering blir viktiga delprocesser att förbättra; för de mest sjuka äldre kan trygghet i relationen till vård och omsorg bli det centrala helhetsresultatet, medan planerade hembesök och läkemedelsgenomgångar blir de viktigaste åtgärdsområdena; för cancer kan det handla om bot eller förlängd överlevnad som helhetsresultat och att korta ledtider och psykosocialt stöd som de viktigaste områdena för teamen att fokusera på.
4. Utmana den traditionella anslagsbudgeteringen – den uppmuntrar vare sig till inre (”vi behöver mer resurser”) eller yttre (”patienterna är redan i centrum idag”) effektivitet. Det är snarast genant att se på det ”budgetspel” som innebär att landstinget går med överskott samtidigt som alla enheter visar underskott! Budgetera i stället genom att precisera förväntningar, när det gäller resultat för patientgruppen och fastställ (efter kostnadsanalyser) mycket resurser som man får för detta. Initiera och genomföra experiment med uppföljningar utifrån förutbestämda MOEL-resultat. Det gäller därför att skaffa information om vad patientprocessen kostar, så att den yttre och inre effektiviteten kan bedömas i ett sammanhang.

5. Uppföljning bör i huvudsak bygga på professionell självkontroll, dvs. det är upp till de vårdprofessionella både att definiera mått, mäta och fånga upp hur effektivt vårdarbetet fortskrider. Då ökar sannolikheten för att uppföljningen relaterar direkt till patientresultat. Omvårdnads- och hälsorelaterad kvalitet kan bedömas bra av både lekmän och sköterskor, medan medicinska resultat kräver läkarbedömning. När det gäller kostnader vet vare sig administratörer eller politiker i dagsläget hur läget är. För tjänstemän bör uppdraget bli att tillsammans med systemexperter utforma ett system för professionell självkontroll och att minimera dagens administrativa kontroll på flera nivåer.
6. Glöm inte att styrning är en ekonomisk princip. Det vill säga, ju mindre ansträngning som behövs för att kunna styra, desto bättre blir styrdesignen; ju färre uppföljningar som behövs desto effektivare blir de. Frågan blir därför: vilken är den minimala information jag behöver för att få kontroll? Detta är inte minst viktigt i en situation som karakteriseras av ett överflöd av data som kan tolkas på många olika sätt. Och även om principerna bakom det balanserade styrkortet är sunda, är mitt intryck från många regioner och landsting att styrkortet relativt snabbt kommer att leva sitt eget liv, där det utvecklas massor av indikatorer utan att egentligen påverka vardagsarbetet. Formeln från strokepiloterna i Skåne är nog mer fruktbar: X% bättre helhetsresultat ger Y kronor per patient.
7. Uppföljningen måste vara tidsrelevant för att påverka styrningen. Det går t.ex. inte att vänta på nationella registerdata när det gäller resultat, vilket innebär en eftersläpning på upp till ett år (och det är ur ett styrperspektiv variationerna inom en region som är relevanta i styrsammanhang). Och för vissa fenomen är risken den omvända: man mäter ofta utan att informationen kan användas för relevant handling. Det är endast de vårdprofessionella som kan bedöma ledtidens längd fram till effekt och resultat för olika patientgrupper.
8. Acceptera att uppföljning krävs för både mät- och icke mätbara händelser. Det finns många betydelsefulla faktorer som framför allt kräver klokare kvalitativa bedömningar, även om det finns kvantitativa data med i bilden. Några exempel kan vara uppföljning av större förändringar, management audits, bedömningar av processteamens sätt att fungera och identifieringen av strukturella förändringar. Hundrasidiga omvärldsanalyser följer sällan principen om att styrning är en ekonomiserande princip. Innovationsförmåga i olika avseenden kräver ofta också en särpräglad god bedömningsförmåga.

## Slutsats

Ovanstående punkter visar att det krävs mätning och information (dvs. uppföljning av vad som varit och är) för att få en effektiv styrning mot framtiden. Punkterna visar också att det ställs krav på att tänka om och tänka nytt, när det gäller vad som kan kallas effektiv och modern management i vårdsystem. Idag är den viktigaste styrsignalen i regionala vårdsystem ”öka tillgängligheten och håll budget”, men detta handlar egentligen inte om hur väl man presterar ekonomiskt när det gäller patientresultat. Denna styrande värdering måste således kompletteras med värderingen att ”skapa bättre patientresultat MOEL”. Uppföljning är sålunda vare sig objektiv eller neutral – den är värdeladdad och i bästa fall värdeskapande.

## Litteratur

- Anell, A: Medicin och samhälle. Läkartidningen nr 14:2004, volym 101.
- Argyris & Schön (1978) *Organizational Learning*. Reading, Addison-Wesley  
Single Loop Learning.
- Bondevik, Nygard: *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*, red. Studentlitteratur: 2005.
- Borgquist L, Lind J-I, Svarvar P: *Från PAR-sjukhus till vårdkedjor*, Kefus skriftserie 1998.
- Brorström, Björn: *Kontinuitet och förändring – förutsättningar för och mätning av effektivitet inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Göteborgs universitet, Utvärderingsprogrammet Västra Götaland, Rapport 8, 2001.
- Brorström, Björn och Sven Siverbo: *Deeply Rooted Traditions and a Will to Change*. I *Journal of Economic Issue*, 2004.
- Calltorp J: *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor: Några drag i de senaste decenniernas hälsopolitik*. Uppsala: Uppsala Universitet, 1989.
- Carlström, E: *I skuggan av ÄDEL – om integrering i kommunal vård och omsorg*. Avhandling, 2005.
- Cederqvist, Jane (redaktör): *Recept för vården; Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*, SNS Förlag 2008.
- Challis, D: *Community Care of Elderly People: Bringing Together Scarcity and Choice, Needs and Costs*; 1992.
- Drucker, P F (1993) *The post-capitalist society*. Oxford: Butterworth/Heinemann Ltd.
- Drucker, P F: *Management Challenges for the 21st century*. 1999.
- Jan Edgren, Eric Rhenman, Per-Hugo Skärvad. *Divisionalisering och därefter: erfarenheter av decentraliserad organisation i sju svenska företag*. Management Media. 1983.
- Ekonomihögskolan vid Lunds universitet. *Kommuner som marknadsskapare. Systemskifte i praktik och teori. Forskningsrapport till Institutet för Ekonomisk Forskning*. 1993.
- Freidson E: *Profession of Medicine*. Chicago: Aldine, 1989.
- Fölster S, Hallström O, Morin A, Renstig M. *Den sjuka vården. En granskning av hur sjukvårdens resurser används*. Stockholm; Ekerlids Förlag, 2003.
- Hallin, B och Siverbo, S. *Styrning och organisering av hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 2003.
- Hammer, Michael: *Beyond Reengineering. How the process-centered organization is changing our work and our lives*. Harper Collins Publishers, London, 1996.
- Katzenbach, J R & Smith, D K: *The Discipline of Teams*”. *Harvard Business Review*, 71 (2): 111-121. 1993.
- Kylhammar, Martin: *Pojken på vinden – filosofiska essäer*. 2010.
- Landstingsförbundet: *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992-2000*. Landstingsförbundet: Stockholm, 2002.

- Levin, Bert och Richard Normann: Vårdens chans – en modell för morgondagens vård och äldreomsorg. Stockholm: Ekerlids förlag, 2000.
- Lind, J-I och Rhenman, E: The SIAR School of Strategy Management. Scand J Management; 5 (3): 167-176, 1989.
- Lind, J-I och Torun Teurneau: Kommuner som marknadsskapare. Systemskifte i praktik och teori. Forskningsrapport till Institutet för Ekonomisk Forskning, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet. 1993.
- Lind, J-I och Hellström, C: Organisatorisk inläring – nya perspektiv på omprövning i svensk samhällsservice. Liber-Hermods, 1996.
- Lind, J-I: ”Vår organisationsteori – ur spänningsfältet mellan det partikulära och det universella” i R H Carlsson (red) Strategier för att tjäna pengar. Stockholm: Ekerlids förlag. 2000.
- Lind, J-I & Skärvad, P-H, Nya Team i organisationernas värld. Malmö: Liber Ekonomi, 1997.
- Lind, J-I: Att utveckla närvårdssystem. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting. 2006.
- Lind, J-I & Skärvad, P-H Nya Team i organisationernas värld. Malmö: Liber Ekonomi, 2004.
- Lind, J-I: Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll. Studentlitteratur Lund, 2011.
- Lindberg, K: Tidningen Äldrecentrum, nr 4; 2004.
- Nordén, H: Kunskap att hämta. Brukarmedverkan för en bättre psykiatri. Stockholm. Gothia. 2008.
- Normann, Richard; När kartan förändrar affärslandskapet. Liber Ekonomi, 2001.
- Persson, J; Rydén, S: Medicin och samhälle. Läkartidningen nr 41:2003, volym 100.
- Putman: Den fungerande demokratin. Medborgarandans rötter i Italien. Stockholm: SNS Förlag. 1993/1996.
- Rhenman, Eric: Centrallasarettet. Lund: Studentlitteratur, 1969.
- Rhenman, Eric: Systemsamhället. Om organisationsproblem i samhället. Aldus, Stockholm. 1975.
- Rundgren & Dehlin: Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter. Lund. Studentlitteratur, 2004.
- SIAR Bossard SLLHS-HSN Stockholmsmodellen – kärnan och attributen 1995.
- Socialstyrelsen (2002a): Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Socialstyrelsen Slutrapport 2002.
- Socialstyrelsen (2002b): Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Socialstyrelsen Slutrapport 2002.
- Socialstyrelsen (2003b): Kartläggning av närsjukvård – En underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen: Stockholm, 2003.
- Svalander, Per-Axel: Om primärvårdens domän och strategier. Socialstyrelsen, 2002.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet: Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser. Svenska Kommunförbundet och landstingsförbundet: Stockholm 2004.

Sverige Kommuner och Landsting: Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat. Sveriges Kommuner och Landsting: Stockholm 2005.

Twaddle 2002, pp. 5-6.

Weber M: The Theory of Social and Economic Organization. William Hodge, 1947.

Vos, Leti et al. Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: a literature review, 2011.

Øbretveit. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers, September 2009, prepared for the Health Foundation.



# Vad vet nationalekonomin egentligen om uppföljning och utvärdering? – exemplet vård och omsorg

**Björn Lindgren**

## Uppdraget

SKLs uppdrag innebär att olika forskare skall presentera var sin vetenskapsbidrag till kunskapen om uppföljning och utvärdering. I detta avsnitt redogör jag för min syn på nationalekonomins, enkannerligen hälsoekonomins, bidrag inom vård och omsorg. Redogörelsen är långt ifrån fullständig. I stället blir det en ganska översiktlig genomgång betingad av den tidsram och det omfång (ca 10-12 sidor) som angetts för uppdraget. Referenser ges således enbart till den internationella (engelskspråkiga) litteraturen (som blivit utsatt för kritisk vetenskaplig granskning); det har inte funnits tid eller möjlighet att söka eller granska publicerade eller interna rapporter på svenska. Någon kartläggning av tillämpningen i svenska kommuner och landsting av utvecklade metoder för uppföljning och utvärdering eller av erfarenheterna av ersättningssystem knutna till uppföljning och utvärdering har inte kunnat rymmas i uppdraget. Framställningen ger därför snarare en ram för hur man kan tänka om uppföljning och utvärdering inom vård och omsorg än en detaljerad bruksanvisning för hur det rent praktiskt kan eller bör gå till.

## Inledning

Utgångspunkten för all nationalekonomisk analys är att resurserna i samhället är knappa. Innebörden av detta uttryck är att resurserna inte räcker till för att till fullo tillfredsställa alla behov och önskemål som vi människor har. Detta gäller generellt för alla områden såväl inom den privata sfären som i samhället i stort. Det är också något som många gånger är ganska påtagligt, inte minst inom vård och omsorg, trots att de båda sektorerna aldrig har anförtrotts att förvalta mer resurser än idag. När inte alla behov och önskemål kan tillgodoses, måste man välja vilka behov och önskemål som skall få företräde till resurserna. En naturlig målsättning i prioriteringsarbetet är att man skall få så mycket ut av de insatta resurserna som det är möjligt, och i efterhand vill man gärna kontrollera

vad resultatet faktiskt blev. Det gäller att se till att det blir så kloka val som möjligt, så att resurserna används på bästa sätt för befolkningen i sin helhet. Det är innebörden i begreppet samhällsekonomisk effektivitet. Varje avvikelse, oavsett om den beror på okunskap, bristande information eller slarv, medför att något behov eller något önskemål inte kan tillgodoses.

Total samhällsekonomisk effektivitet råder då det är omöjligt att genom en omfördelning eller annan användning av ett lands knappa resurser generera en situation då åtminstone någon invånare i större utsträckning skulle få sina önsningar och behov tillfredsställda utan att någon annan individ därigenom skulle behöva få det sämre ställt. Det innebär alltså att all form av slöseri med resurserna har undvikits och att man får så mycket tillfredsställande av behov och önskemål som är möjligt inom ramen för de begränsade resurserna. Det begreppet talar om är självklart en utopi, men det är analytiskt användbart. Varje steg mot samhällsekonomisk effektivitet innebär en förbättring av resursutnyttjandet i samhället och ett större tillfredsställande av människors behov och önskemål. Effektiviteten kan således principiellt mätas i procent av maximal effektivitet.

En utgångspunkt för min genomgång är vidare att politiska organ och myndigheter också strävar efter att tillgodose befolkningens behov och önskemål på bästa sätt och med hänsynstagande till kostnaden för de resurser som därvid utnyttjas. Detta kan låta självklart, men det finns också en forskning som i stället utgår från att de personer som är i ledningen för politiska organ och myndigheter helt eller delvis drivs av sina egna intressen och att de är utsatta för alla påtryckningar från olika särintressen som de inte alltid kan motstå, om de så är medvetna eller omedvetna om denna påverkan. Under sådana omständigheter är det inte självklart att besluten i offentlig verksamhet bidrar till samhällsekonomisk effektivitet. En tillämpning av denna "political economy"-ansats på hälso- och sjukvård finns bl.a. i Besley & Gouveia (1994).

Det bör observeras att begreppet effektivitet här inte skall ses statiskt utan i ett dynamiskt sammanhang. Utgångspunkten är att verksamheterna över tid har möjlighet att introducera kostnadsbesparande arbetsmetoder utan att äventyra kvaliteten i tjänsterna, liksom nya behandlingsmetoder som gör att högre kvalitet nås med insatta resurser. Att sträva efter kostnadsbesparande metoder är inte minst viktig i skattefinansierad verksamhet. Inga skatter är i praktiken neutrala vad gäller arbetsutbud, konsumtion, sparande och annat mänskligt beteende som påverkar resursanvändningen i samhället. Det innebär att offentlig verksamhet som vård och omsorg har en alternativkostnad som är större än vad skatteuttagen enbart ger sken av; se exempelvis Hansson & Stuart (1985), Browning (1987), Blomquist & Hansson-Brusewitz (1990), Auten & Carroll (1999) samt Hansson (2007).

Inom nationalekonomin används begreppet utvärdering kanske oftast för bedömningar i förväg (ex ante) av alternativa sätt att använda resurserna på i ett samhällsrelaterat perspektiv (en slags samhällsrelaterad investeringskalkyl). Men motsvarande bedömningar i efterhand (ex post) förekommer också; ett exempel kan vara om man prioriterat upp den förebyggande hälso- och sjukvården i förhållande till den kurativa och vill utvärdera om man erhållit de önskade hälsoeffekterna till en rimlig kostnad. Utvärderingar i denna mening görs tämligen ad hoc, dvs. efter särskilda beslut. Begreppet uppföljning står däremot i första hand för rutinmässig uppföljning i efterhand av den övergripande effektiviteten i olika verksamheter. Uppföljning och utvärdering är hjälpmedel när det gäller att sträva efter effektivitet i resursanvändningen. Det har inom nationalekonomin utvecklats metoder som i Sverige bl.a. används av SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering), Socialstyrelsen och TLV (Tandvårds- och läkemedelsverket) för samhällsekonomisk utvärdering (ex ante) av alternativa teknologier

och behandlingsstrategier. Resultaten av sådana utvärderingar ligger till grunden för de evidenssammanställningar som SBU gör, för de rekommendationer som Socialstyrelsen utfärdar och för de direkta prioriteringsbeslut som TLV fattar. Att kunna mäta, värdera och eventuellt prissätta hälsa är en nödvändighet i alla frågor där resursanvändningens kostnader ställs mot effekterna av åtgärder som kan påverka människors hälsa. Det gäller både som beslutsunderlag, när en åtgärd planeras, och som resultatredovisning, när åtgärden genomförs.

I det närmast följande avsnittet redogörs för metodiken i hälsoekonomiska utvärderingar. I det därpå följande avsnittet diskuteras en metod för att värdera hälsa och hälsoförändringar. Därefter redovisas en metod för rutinmässig uppföljning av en verksamhets (produktions-) effektivitet. Så följer en kort sammanfattning av litteraturen kring sambandet mellan ersättningssystem och rutinmässig uppföljning. Avslutningsvis sammanfattas kapitlet och ges en rekommendation.

## Samhällsekonomisk utvärdering inom vård och omsorg

I detta avsnitt redogörs för metodiken i samhällsekonomiska utvärderingar. Denna är principiellt tillämpbar, oavsett om det rör sig om utvärderingar i förväg eller i efterhand. Den enda skillnaden är egentligen att utvärderingar i efterhand har mycket säkrare uppgifter om kostnader och hälsoeffekter än utvärderingar i förväg. Av naturliga skäl har de senare alltid en mer eller mindre betydande osäkerhet. Informationen om en ny teknologisk effekt och kostnader bygger oftast på kontrollerade ("laboratoriemässigt utförda") studier på begränsat och selekterat patientmaterial och utan längre uppföljning, vilket gör att man vid introduktionen måste förlita sig på förväntade snarare än faktiska värden på kostnader och effekter. Faktiska kostnader och faktiska effekter kan med tiden visa sig bli bättre eller sämre.

I de samhällsekonomiska utvärderingarna jämförs två eller flera alternativa resursanvändningar (alternativa strategier) med varandra avseende kostnader för resursinsatserna och effekter i form av hälsa och välfärd. Att utvärderingarna är samhällsekonomiska innebär att man anlägger ett samhällsligt perspektiv, dvs. i princip inkluderar alla kostnader oavsett vem som bär dem samt alla positiva effekter oavsett vem de tillfaller. Tre olika tekniker (eller varianter) med delvis olika informationskrav och olika användningsområden kan urskiljas: (a) cost-benefit-analys, (b) cost-effectiveness-analys och (c) cost-utility-analys. Det bör observeras att både cost-benefit-analys och kostnadseffektivitetsanalys ibland används som samlingsnamn för alla tre varianterna. Uttrycket avser då själva den samhällsekonomiska ansatsen snarare än den speciella tekniken. Nedan definierar vi teknikerna mycket kort. Utmärkta framställningar som ger ingående översikter av området och dess principiella och praktiska problem är exempelvis Drummond et al. (2005) och Gold et al. (1996) samt, speciellt vad gäller metoder för att mäta och värdera hälsoeffekter i hälsoekonomiska utvärderingar, Brazier et al. (2007). Alla tre har omfattande referenser till den metodologiska diskussionen. Det finns dessutom en tämligen allmänt använd checklista för bedömning av kvaliteten i samhällsekonomiska utvärderingar inom vård och omsorg; se Drummond & Jefferson (1996).

### Cost-benefit-analys

För att kunna dra normativa slutsatser krävs att analysen av alternativa strategier utgår från en värderingsnorm. Den ursprungliga, klassiska, samhällsekonomiska utvärderingsmetodologin är cost-benefit-analysen. (Ofta används den engelska beteckningen för att undvika missförstånd; ibland ser man "samhällelig kost-

nadsintäktsanalys” som svensk variant; i äldre svensk litteratur kan man se begreppet ”kostnadsnyttoanalys”, som nu fått en annan innebörd, se nedan.) Den har sina rötter i den ekonomiska välfärdsteorin, som har en starkt individualistisk ansats. För att en viss resursanvändning skall föredras framför en annan av en grupp av individer krävs i den ekonomiska välfärdsteorin att åtminstone en individ upplever att hon får det bättre utan att någon annan individ upplever att hon får det sämre. Cost-benefit-analysen arbetar med en något förenklad variant av detta kriterium. Här krävs det inte att alla får det bättre (eller åtminstone lika bra) utan i stället att det i princip skulle vara möjligt för dem som vinner på det valda alternativet att kompensera dem som förlorar. Det blir då en fråga om totala fördelar gentemot totala kostnader.

Cost-benefit-analysen ställer frågan om den totala betalningsviljan för en viss resursanvändning (dvs. värdet av de varor och tjänster som man kan tänka sig att avstå från för att få något man hellre vill ha) är större än vad denna resursanvändning kostar (dvs. värdet av vad man faktiskt måste avstå från i form av varor och tjänster för att få det som man hellre vill ha). Om svaret är ja – om betalningsvilligheten är större än kostnaden – då bör den strategin väljas.

Cost-benefit-analysen ger ett generellt svar på frågan om hur knappa resurser bör användas, oavsett var i samhället som resurserna används. Dess resultat är fullt jämförbara med dem som direkt erhålls på marknaden, där människor genom sitt faktiska beteende avslöjar om de tycker att varorna och tjänsterna är värda sitt pris. Den begränsar inte analysen till vissa effekter utan omfattar alla de egenskaper som en individ kan fästa avseende vid när det exempelvis gäller en viss intervention och dess resultat.

### **Cost-effectiveness-analys**

Cost-effectiveness-analys (som på svenska ofta kallas ”kostnadseffektanalys” eller ibland ”kostnadseffektivitetsanalys”) är en mer eller mindre starkt förenklad variant av cost-benefit-analysen. Det är en ekonomisk utvärderingsteknik som avgjort kräver mindre resurser att genomföra än cost-benefit-analysen. I cost-effectiveness-analysen jämförs visserligen kostnaderna för två eller flera alternativ, men resultatet av resursanvändningen mäts inte i en monetär enhet som pengar utan i en fysisk enhet. Avsikten är att resultatmättet skall väljas så att det ger relevant information vid strategiska beslut om hur resurser skall användas. Analysen går ut på att visa hur resultatmättet kan maximeras inom given budget. Inom vård och omsorg har exempelvis skillnader i förväntad livslängd mellan olika behandlingar varit ett vanligt resultatmått. Skillnader i lungfunktion har varit ett vanligt resultatmått vid utvärderingar av nya läkemedel mot astma, och skillnader i blodtrycksnivå vid bedömningar av kostnadseffektiviteten i nya blodtrycksmediciner i jämförelse med äldre sådana. Det har alltså varit fråga om objektiva lätt mätbara mått, mått som brukar användas i kliniska sammanhang. Samtidigt kan man konstatera att sådana resultatmått är ganska snäva och med begränsad användbarhet, och de har kritiserats av hälsoekonomer för detta. Ju bredare mått, desto större är möjligheterna till jämförelser med andra resursanvändningar och desto större är tillämpningsområdet för cost-effectiveness-analysen.

Det finns dock undantag, då problemet med resultatmätningen inte är riktigt lika stort. Det är då den ena teknologin är helt överlägsen den andra, dvs. då den både är bättre (eller lika bra) och kostar mindre (eller lika mycket). Om man med flera mätinstrument kan visa att en teknologi är klart bättre (eller lika bra), så behöver man inte eftersträva fullständig jämförbarhet med konkurrerande teknologier. Det är då ett lätt val att eventuellt byta ut en gammal, dålig och dyr teknologi mot en ny, bra och billig. Det är naturligtvis en önskesituation, och

sådana förekommer, men de är kanske inte de allra vanligaste. Ofta måste man väga flera olika fördelar och nackdelar mot varandra, och inte sällan får man betala mer för en bättre teknologi.

### **Cost-utility-analys**

Kvalitetsjusterade levnadsår är (liksom betalningsvillighet) ett generellt resultatmått för hälsoekonomiska utvärderingar som utvecklats för att skapa möjligheter för jämförelser mellan helt olika resursanvändningar inom hälso- och sjukvården. Ett kvalitetsjusterat levnadsår ("quality-adjusted-life-year", "QALY") har värdet 1 (ett) när individen är fullt frisk hela året, värdet 0 (noll) då individen är död och ett värde mellan 0 och 1 när individen har något hälsoproblem som gör att livskvaliteten är nedsatt. Det finns också hälsotillstånd som kan uppfattas som värre än döden och därför har negativa värden mindre än 0 (noll) men lägst -1 (minus ett). Ett år med livskvaliteten 0,8 innebär att livskvaliteten är nedsatt med 20 procent, och det krävs 5 sådana år för att motsvara 4 år med värdet 1. Antalet vunna kvalitetsjusterade levnadsår är ett resultatmått som tar hänsyn till att hälso- och sjukvårdens uppgift inte enbart är människors överlevnad utan också deras livskvalitet. Det är ett resultatmått som i princip möjliggör jämförelser mellan åtgärder som ger helt olika utfall vad gäller livskvalitet och livslängd.

Hälsoekonomiska utvärderingar som jämför kostnaderna för olika strategival med effekterna i form av vunna kvalitetsjusterade levnadsår är en särskild typ av cost-effectiveness-analys, som, främst i Europa, också fått ett eget namn, cost-utility-analys ("kostnadsnyttoanalys"). För optimal användning av de knappa resurserna inom hälso- och sjukvården, om man följer cost-utility-analysens rekommendationer, skall en given budget spenderas så att man får så många kvalitetsjusterade levnadsår som möjligt. Ett nödvändigt villkor för detta är att ytterligare ett vunnet levnadsår kostar lika mycket, oavsett inom vilket område inom hälso- och sjukvården som detta levnadsår åstadkommes. Ofta presenteras resultaten av cost-utility-analysen i form av kvoter, dvs. som merkostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår.

### **Det samhällseliga perspektivet och kostnaderna**

Det som skiljer de tre teknikerna ovan är sättet att mäta de positiva effekterna. Kostnaderna skall i princip mätas på samma sätt. Det samhällseliga perspektivet innebär att kostnadsberäkningarna inte skall begränsas till den egna myndigheten eller verksamheten. En behandlingsstrategi inom hälso- och sjukvården påverkar ofta kostnaderna även inom andra områden, exempelvis inom socialtjänsten, vilka också skall beaktas i en samhällselig utvärdering. Dit hör tidskostnader för individen själv vid deltagande i ett behandlingsprogram; se exempelvis Russell och Safford (2008) för ett exempel på hur resultatet av en utvärdering kan bli en helt annan – och klart mindre positiv – när dessa inkluderas. Detsamma gäller för anhöriga som ger vård och omsorg till en närstående; se exempelvis Langa et al. (2004). Produktionsbortfall tillhör också de kostnader som inte syns i hälso- och sjukvårdens räkenskaper. Det bör observeras att inte bara produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro, förtida pensionering eller förtida dödsfall skall inkluderas utan också nedsatt produktivitet under arbetstiden (Kessler et al., 2001; Hawthorne et al., 2003) och långsiktiga konsekvenser vad gäller utbildning, yrkesval, anknytning till arbetsmarknaden etc. (Waghorn & Chant, 2005, 2007; Lynch & Clarke, 2006; Fletcher, 2008). En diskussion av vad utelämnade kostnadsposter kan betyda för beräkningar av kostnaderna för psykisk ohälsa återfinns i Knapp (2003).

## Kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) som resultatmått

Kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) är ett mått som på samma gång beaktar förändringar både i livets längd och i livets kvalitet. Det har ett betydligt vidare användningsområde som resultatmått än enbart vid cost-utility-analyser. Att kunna mäta, värdera och eventuellt prissätta hälsa är en nödvändighet i alla frågor där resursanvändningens kostnader ställs mot effekterna av åtgärder som kan påverka människors hälsa. Det gäller inte bara som beslutsunderlag, när en åtgärd planeras, utan minst lika mycket vid utvärderingar eller rutinmässiga uppföljningar i efterhand.

QALYs och därtill hörande QALY-vikter är ett svar på frågan om den hälsorelaterade livskvalitetens värde. Det började utvecklas under 1970-talet – utan någon tydlig förankring i ekonomisk teori. Publiceringarna skedde därför inte i några av de mer kända nationalekonomiska tidskrifterna utan i början främst i operationsanalytiska tidskrifter (Fanshel & Bush, 1970; Bush, Fanshel & Chen, 1972; Torrance, Thomas & Sackett, 1972; Torrance, 1976; Weinstein & Stason, 1977). Idén var att skapa ett operationellt mått på effekten av insatser inom hälso- och sjukvården som var generellt tillämpligt. Meningen var att det i första hand skulle kunna tillämpas när man beslutar om hur en given hälso- och sjukvårdsbudget skall fördelas mellan olika användningsområden. Man tänkte då inte bara på vertikala prioriteringar inom en viss patientgrupp utan inte minst på horisontella prioriteringar mellan patientgrupper med olika sjukdomar och olika typer av behandling.

Bland hälsoekonomerna i Europa var det framför allt Alan Williams, professor i nationalekonomi vid University of York, som pläderade för användningen av merkostnad per vunnen QALY i alla övergripande resursfördelningsbeslut i hälso- och sjukvården; se exempelvis Williams (1985, 1991). Han menade att det var en princip som lättare kunde accepteras av dem som ansvarar för hälso- och sjukvården politiskt, administrativt och professionellt. Att sätta ett pris på liv och livskvalitet som den tillämpade välfärdsteorin gör i cost-benefit-analyser, som bygger på människors betalningsvillighet, uppfattades av många som så stötande att det skulle försvåra eller omöjliggöra diskussioner om den ändamålsenliga användningen av hälso- och sjukvårdens resurser. Alan Williams marknadsförde sin princip med stor kraft och rönte också stor framgång, inte minst i National Health Service i England men också i andra europeiska länder. Många yngre kolleger följde efter och utvecklade en egen hälsoekonomisk forskningstradition vid sidan om den ekonomiska välfärdsteorin (Dolan, 2000).

Alan Williams var också initiativtagare till en grupp forskare från England, Finland, Nederländerna, Norge och Sverige, som under några år kom att utveckla ett idag ganska allmänt använt mätinstrument, EuroQol; se EuroQol Group (1990) och Brooks (1996) samt Brooks et al. (1991) och Björk & Norinder (1999) för svenska studier av tillämpbarheten av EuroQol. I dag används en version som har fem dimensioner med tre nivåer vardera (EuroQol-5Dimensions, EQ-5D); se exempelvis Dolan (1997). Reliabilitet och validitet har prövats, och instrumentet har använts i en rad studier inom de mest skiftande områden. I dag används det både i forskning och i rutinmässig verksamhetsuppföljning på många håll i världen. För närvarande prövas en variant där man bibehåller de fem dimensionerna men utökat antalet nivåer till fem. Känsligheten i instrumentet förväntas därmed öka, men reliabilitet och validitet i denna variant har ännu inte prövats.

EQ-5D är dock inte det enda generellt användbara måttet på hälsorelaterad livskvalitet. Två andra mätinstrument som allmänt används i hälsoekonomisk litteratur, men även i kliniska studier, är SF(Short Form)-36 (och varianten SF-6D)

och HUI (Health Utilities Index); se Ware et al. (1993) och Brazier et al. (2002) respektive Furlong et al. (2001) och Horsman et al. (2003) för detaljerade beskrivningar av hur dessa två index är konstruerade. SF-6D använder sex dimensioner med fyra till sex nivåer för varje dimension. Två varianter av HUI används. HUI2 har sju dimensioner med tre till fem nivåer för varje dimension, medan HUI3 har åtta, delvis annorlunda beskrivna, dimensioner med fem till sex nivåer för varje dimension. Eftersom beskrivningarna av hälsotillstånd i SF-6D, EQ-5D och HUI skiljer sig åt, kan även vikterna bli olika. Det finns också flera olika metoder att i experiment med hypotetiska frågor avslöja hur försökspersoner värderar olika hälsotillstånd (Brazier et al., 2007). Inte heller viktningssmetoderna ger alltid samma resultat. Beräkningar av vunna kvalitetsjusterade levnadsår kan därför komma fram till olika resultat beroende på vilket mätinstrument och vilken viktningssmetod som använts. Här är exempel från några jämförande studier.

Sålunda jämförde exempelvis Lamers et al. (2006) EQ-5D och SF-6D i en holländsk randomiserad multicenterstudie bestående av 616 patienter med depression eller ångestsjukdom. Det visade sig att de studerade behandlingsalternativen ledde till större förbättringar av den hälsorelaterade livskvaliteten mätt med EQ-5D än mätt med SF-6D. Studien säger således att en behandling kan uppfattas som mer kostnadseffektiv (ha en mer gynnsam cost-utility-kvot), om den hälsorelaterade livskvaliteten mäts med EQ-5D än med SF-6D. Det bör kanske observeras att det naturligtvis inte finns något "rätt" svar. Samma slutsats drog Mann et al. (2008) vid en jämförelse mellan EQ-5D och SF-6D för 114 patienter med depression behandlade i den engelska primärvården och Brazier et al. (2004), som jämförde EQ-5D och SF-6D för sju somatiska sjukdomar bland engelska patienter. Revicki et al. (2008) jämförde bl.a. HUI (i två versioner, HUI2 och HUI3) och SF-6D i en grupp om 297 amerikanska patienter med generaliserad ångestsjukdom. Förbättringarna i hälsa efter behandling registrerades som större med HUI än med SF-6D. Detta kan ha stor betydelse vid en hälsoekonomisk utvärdering; cost-utility-kvoten blir mer gynnsam om vunna kvalitetsjusterade levnadsår mäts med HUI än med SF-6D.

Det finns således ännu inte någon bland hälsoekonomier allmänt accepterad måttstock för vilka vikter som skall användas för de kvalitetsjusterade levnadsåren. Den praktiska slutsats man kan dra av det är att man i varje fall bör använda samma instrument när man gör hälsoekonomiska utvärderingar i förväg av tänkbara strategier som när man gör utvärderingar eller uppföljningar i efterhand.

Kan man översätta vunna QALYs till ett pris, motsvarande betalningsvilligheten i cost-benefit-analysen? Det finns faktiskt en både teoretiskt och empiriskt inriktad litteratur som behandlar denna fråga. Resultaten är inte entydiga. En genomgång av den litteraturen och vilken slutsats som kan dras finns i Lindgren (2010).

## Uppföljning av effektiviteten i vård och omsorg

I detta avsnitt presenteras en principiell modell för rutinemässig uppföljning av effektiviteten i vård och omsorg. Först definieras och diskuteras begreppen effektivitet och produktivitet. Därefter visas en metod för att mäta effektiviteten och dess utveckling över tiden för enheter inom vård och omsorg. Så redovisas empiriska tillämpningar av mätmetoden. Det bör redan här observeras att QALYs och QALY-vikter har en given roll att spela som mått på vilken output som en verksamhet har levererat, även om någon sådan tillämpning ännu ej finns publicerad.

## Begreppen effektivitet och produktivitet

Den samhällsekonomiska effektiviteten kan delas upp i två delmål, effektivitet i produktionen och effektivitet i konsumtionen. En nödvändig men ej tillräcklig förutsättning för total samhällsekonomisk effektivitet är att varje resursanvändning i sig är effektiv. Det innebär att man inte skall kunna producera mera av en vara eller tjänst med utnyttjade resurser än vad man faktiskt gör. Ett alternativt sätt att uttrycka detta på är att man inte skulle kunna producera den mängden varor eller tjänster som man faktiskt gör med mindre resurser än vad man faktiskt använder. Detta effektivitetsbegrepp brukar kallas effektivitet i produktionen.

Total samhällsekonomisk effektivitet kan aldrig nås utan effektivitet i produktionen. Men det är inte heller en tillräcklig förutsättning. Många inriktningar av produktionen kan i och för sig var och en vara produktionseffektiv. Det andra villkoret för total samhällsekonomisk effektivitet är att produktionen har en inriktning och fördelning som motsvarar människors behov och önskningsar, som de kommer till uttryck vid privata konsumtionsbeslut på marknaden eller som de tolkas i kollektiva politiska beslut, exempelvis vad gäller vård och omsorg. Detta kallas effektivitet i konsumtionen. Vid total samhällsekonomisk effektivitet råder såväl effektivitet i produktionen som effektivitet i konsumtionen.

I äldreomsorgen gäller det exempelvis både att tillhandahålla särskilt boende respektive hemtjänst på ett produktionseffektivt sätt var för sig och att se till att fördelningen mellan särskilt boende och hemtjänst blir konsumtionseffektiv. En annan fördelning skulle där vid inte på ett bättre sätt kunna tillfredsställa den politiska ambitionsnivån vad gäller omsorgen om de äldre. En nödvändig förutsättning för samhällsekonomisk effektivitet är emellertid också att varje enhet som tillhandahåller exempelvis särskilt boende (eller hemtjänst) är produktionseffektiv.

Begreppet produktivitet avser relationen mellan utförda varor och tjänster å ena sidan och insatta resurser å den andra. Om en produktionsenhet skulle utföra en enda vara eller tjänst med hjälp av en enda resurs, så är det enkelt att mäta produktiviteten. Den får man då som en kvot genom att dividera mängden av den utförda tjänsten med mängden av den insatta resursen. Men detta är ett ganska hypotetiskt fall. För det mesta, så som exempelvis i äldreomsorgen, produceras många olika typer av varor och/eller tjänster med hjälp av flera olika typer av resurser. Produktiviteten kan visserligen beskrivas i flera dimensioner, men för att vara enkelt att använda brukar man väga samman de olika typerna av varor och/eller tjänster till ett aggregerat produktionsmått i täljaren. På motsvarande sätt viktas och summeras resursinsatserna i nämnaren, innan man dividerar täljaren med nämnaren. För konkurrensutsatta verksamheter viktas man vanligtvis med observerade marknadspriser för producerade varor och tjänster och för insatta resurser som arbetskraft mm.

Produktiviteten uttrycks i ett tal – såsom 2, 7 eller 71. Talet i sig ger ingen meningsfull information. Man kan inte sluta sig till att produktiviteten är hög, om den exempelvis är 73562. Talet blir bara meningsfullt vid jämförelser. En sådan relevant jämförelse är om enhetens produktivitet blir högre eller lägre över tid; förändringarna kan uttryckas i procent. En annan relevant jämförelse är om enhetens produktivitet är högre eller lägre än andra jämförbara enheters; skillnaderna kan uttryckas i procent. För att kunna göra jämförelser mellan enheterna måste dessa använda samma mått på vad de producerar och på vilka resurser de använder.



Skillnader i produktivitet mellan olika enheter som tillhandahåller likartade tjänster och/eller varor är ett tecken på att resurserna inte används på bästa sätt. På det sättet kan begreppet produktivitet relateras till begreppet effektivitet i produktionen. Över tid kan produktiviteten i en enhet emellertid öka på två olika sätt. Det ena är att enheten blir mer effektiv. Det andra är att produktionsteknologin förbättras så att mer kan produceras ur befintliga resurser även av de enheter som tidigare hade högsta möjliga produktivitet. Eftersom åtgärder som kan stimulera effektiv användning av tillgängliga resurser vid given teknologi är annorlunda än sådana som kan stimulera utvecklingen och utnyttjandet av ny teknologi, finns det skäl att skilja mellan dem i teoretiska och empiriska analyser.

Produktivitetmätningar är således ett verktyg för landstinget eller kommunen att följa upp sin verksamhet och göra den mer effektiv; för en översikt och diskussion av fördelar och nackdelar med olika mätmetoder, se exempelvis Burgess (2006); se också Färe & Grosskopf (2004) samt Hollingsworth (2004). Samtliga metoder utgår från att det inte finns absolut kunskap om hur produktionsteknologier egentligen ser ut. Ingen antas därför veta a priori exempelvis vad en viss sjukdomsbehandling av viss kvalitet skulle kunna kosta om man använde resurserna helt effektivt. Vad man vet baseras sig således i stället enbart på vilka observationer som kan göras i verkligheten. Med sådana observationer kan man avgöra om en resursanvändning förefaller effektivare än en annan men inte i vilken utsträckning den resursanvändning som är effektivast avviker från vad som skulle kunna vara möjligt i en värld med perfekt information eller perfekta incitament.

### **Inputs och outputs – Malmquists produktivitetsindex**

Malmquists produktivitetsindex är en icke-parametrisk, deterministisk metod för jämförelser mellan likartade enheter som använder flera olika typer av inputs (såsom personal och andra produktionsfaktorer) för att producera flera olika outputs (exempelvis olika varor och/eller tjänster). Den förutsätter inte en i förväg bestämd viktning av vare sig inputs eller outputs. Den passar därmed särskilt väl för skattefinansierade verksamheter där konkurrensbaserade priser saknas för de tjänster som tillhandahålls men också i stor utsträckning för den arbetskraft som arbetar i de skattefinansierade sektorerna, även om graden av konkurrens på arbetsmarknaden här varierar. Malmquists produktivitetsindex svarar på frågan i vilken utsträckning en enhet är produktionseffektiv i jämförelse med andra enheter som tillhandahåller samma typ av varor och/eller tjänster. Det anger också hur enhetens produktivitet förändras över tid, och det delar upp produktivitetsförändringen i två delar – en del som beror på att effektiviteten har förändrats och en del som beror på att teknologin har förändrats. I princip kan alltså en enhet uppvisa högre produktivitet ett år än närmast föregående år och ändå vara mindre effektiv, nämligen om teknologin förbättrats utan att enheten tillgodogjort sig den därigenom möjliga produktivitetshöjningen.

Vid beräkningen av index utgår man från så detaljerade data om inputs och outputs som kan vara relevant (men också praktiskt möjligt) för att på ett rättvisande sätt jämföra produktiviteten i olika enheter. Enheter som använder ungefär samma mängd inputs jämförs med avseende på outputs, och en ”front” konstrueras av de enheter som visar mest outputs vid given mängd inputs. Övriga enheter jämförs med denna ”best practice”. Alternativt kan enheter som producerar ungefär samma mängd outputs jämföras med avseende på inputs, och en ”front” konstrueras av de enheter som visar minst inputs vid given mängd outputs. De båda sätten att göra beräkningarna kan ge samma resultat vad avser effektiviteten i en enhet men behöver inte alltid göra det. Med motsvarande data

för flera år ger Malmquists produktivetsindex möjligheten att dela upp en produktivetsförändring i två delar: förbättrad (försämrad eller oförändrad) effektivitet samt förbättrad (försämrad eller oförändrad) teknologi.

Figuren nedan visar principiellt hur ineffektivitet och förändrad teknologi mäts med Malmquists index. Figuren är endast i två dimensioner, där den horisontella axeln visar en input (x) och den vertikala en output (y). Detta innebär en mycket stark förenkling, och den görs här helt av pedagogiska skäl. En av de stora poängerna med metoden är att man kan jämföra ett stort antal inputs och ett stort antal outputs utan att först väga samman dem. Att avbilda detta i en figur i ett tvådimensionellt plan är inte möjligt. När man betraktar figuren måste man därför försöka föreställa sig att det egentligen rör sig om många inputs och många outputs.

Med ledning av observationer om inputs och outputs vid olika produktionsenheter under tidsperiod t har en front bildats av de "bästa" kombinationerna av x och y. För varje värde på x letar metoden fram den enhet som har det högsta värdet på y. Den enheten bildar referenspunkt för övriga enheter, och ineffektiviteten mäts som skillnaden mellan vad som maximalt skulle kunna produceras (enligt "best practice") och vad en viss enhet faktiskt producerar. Effektiva kombinationer vid tidsperiod t är bl.a. D och E, medan F är ineffektiv. Fronten vid tidsperioden t är kurvan  $S_t$ . Mellan tidsperioden t och t+1 har det skett förbättringar i teknologin, vilket visar sig i att de "bästa" kombinationerna av x och y nu ligger helt "utanför" den tidigare fronten – mer kan produceras än tidigare vid samma värde på inputs. Effektiva kombinationer vid tidsperiod t+1 är bl.a. A och C, medan B är ineffektiv. Den nya fronten är kurvan  $S_{t+1}$ .

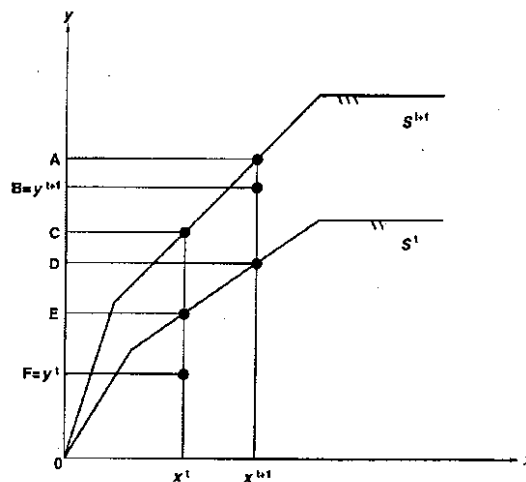


Illustration av Malmquists produktivetsindex

Antag att en enhet producerar outputs  $y_t$  med hjälp av  $x_t$  under tidsperiod t respektive  $y_{t+1}$  med hjälp av  $x_{t+1}$  under tidsperiod t+1. Den observerade produktivetsförbättringen mellan de två tidsperioderna kan då delas upp i två delar. Dels har enheten utnyttjat den teknologiska förbättringen och producerar relativt mer y per insatt x än tidigare på grund av detta, dels har den också förbättrat effektiviteten. Det senare ser vi genom att det relativa avståndet mellan B och A ("ineffektiviteten" under tidsperiod t+1) är mindre än mellan F och E ("ineffektiviteten" under tidsperiod t).

Malmquists produktivetsindex har fått sitt namn av den svenske statistikern Sten Malmquist. Han utvecklade i själva verket ett levnadskostnadsindex som

av olika händelser kom att publiceras i en spansk statistisk tidskrift (Malmquist, 1953). Caves et al. (1982) lanserade Malmquists index som ett produktivitetsindex, men ytterst få empiriska beräkningar gjordes fram till 1989, då Färe, Grosskopf, Lindgren & Roos (1994) vid en internationell konferens i Austin, Texas visade med tillämpning på svensk sjukhusvård hur Malmquists index kunde beräknas med hjälp av linjär programmering. Sedan dess har Malmquists index utvecklats och tillämpats inom en rad områden, både inom offentliga tjänstesektorer (bl.a. flera tillämpningar inom hälso- och sjukvård, socialförsäkring, daghem, apotek, färjetrafik, vägtrafik, tingsrätter och bilprovning) och i privata branscher (bl.a. flera studier inom jordbruk, bankväsende, kraftbolag, transportföretag och försäkringsbolag); se Färe et al. (1998). Detta har också resulterat i ett stort antal artiklar publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter.

Den breda och omfattande användningen av Malmquists produktivitetsindex (och andra typer av Data Envelopment Analysis, DEA) visar dess stora flexibilitet. Den kan användas för produktionsenheter med helt skilda målsättningar och den kan ha traditionella kvantitativa mått som outputs eller nya mer kvalitativt inriktade mått som outputs. Den kan också blanda kvantitativa och kvalitativa mått. I en jämförande studie av hälso- och sjukvården bland OECD-länderna använder exempelvis Färe et al. (1997) i det ena av två alternativ antal vård dagar och antalet vårdtillfällen som mått på outputs, i det andra fokuseras i stället skillnader och förändringar i hälsostatus mätt som kvinnors förväntade återstående levnad vid 40 års ålder samt som inversen av småbarnsdödligheten. I Färe et al. (1995) kombineras fysiska enheter och kvalitetskomponenter i en analys av produktiviteten i svenska apotek. I Färe et al. (2008) används dagliga aktiviteter (förmåga att gå, att läsa och att se på TV) som outputmått vid en analys av effektiviteten i kataraktkirurgi.

En översikt redovisar inte mindre än 188 publicerade studier av hälso- och sjukvårdens produktivitet och effektivitet mellan åren 1983 och 2002 (Hollingsworth, 2003), varav de flesta använder Malmquists index eller annan icke-parametrisk metod, medan några studier använder parametriska metoder såsom stokastisk frontanalys. Det förefaller finnas färre publicerade studier som analyserar produktivitet och effektivitet inom (äldre-)omsorgen. Några undantag är Björkgren et al. (2001); Crivelli et al. (2002); Björkgren et al. (2004); Laine et al. (2005a); Laine et al. (2005b) samt Janlöv (2008).

En viktig slutsats från dessa studier är att kvalitetsindikatorer är centrala för produktivitetjämförelser inom vård och omsorg. Man bör också lägga märke till att det inte finns några vare sig principiella eller praktiska problem i att exempelvis använda QALYs och QALY-vikter som mått på den output som levererats. Någon sådan tillämpning finns ännu ej publicerad, även om QALYs ofta återkommer i diskussionen om hur produktionsresultatet inom vård och omsorg skall kunna mätas på ett mer relevant sätt än genom att enbart räkna antalet vårdade patienter el dyl. Ingenting hindrar att beskrivningen av outputs helt består av kvalitetsindikatorer, relaterade till målet för verksamheten.

För att vara maximalt användbara måste mätningarna av inputs och outputs göras på enhetsnivå. Eftersom många landsting och kommuner inte själva var och en har så många enheter att jämföra, skulle det vara önskvärt om verksamhetens inputs och outputs mäts på samma sätt i alla landsting, kommuner och enheter. Annars kan man inte utnyttja mätmetoden maximalt. I så fall skulle det behövas ett nationellt system för jämförelser av produktivitet och effektivitet inom vård och omsorg, något som skulle kräva ett omfattande utvecklingsarbete. Lärdomar från andra länder finns att få, bl.a. av de ganska ambitiösa utvecklingsarbeten som bedrivits och fortfarande bedrivs, i första hand i Finland

(Linna & Häkkinen, 2008) men också i Australien (Bloom, 2008), även om dessa hittills i första hand gällt vård på sjukhus.

## Beställare, utförare, incitament och uppföljning

I Sverige har landsting och kommuner huvudansvaret för att befolkningens behov av vård och omsorg tillgodoses på ett bra sätt – hög kvalitet, rättvis fördelning och kostnadseffektivitet. Gentemot detta ansvar finns en rätt för landsting och kommuner att ta ut proportionella inkomstskatter. Inklusiva statsbidrag och skatteutjämningsbidrag är skatter den huvudsakliga finansieringskällan för vård och omsorg. Utförandet av vård och omsorg kan ske i en enhet som ägs av landstinget eller kommunen, men det kan också vara en privat utförare som tillhandahåller vård eller omsorg efter avtal med landstinget eller kommunen.

I detta avsnitt behandlas först s.k. principal/agent-relationer inom vård och omsorg. Därefter diskuteras konflikten mellan de två målen hög kvalitet och kostnadseffektivitet i de två typer av ersättningssystem som använts inom vård och omsorg – retrospektiva och prospektiva.

### Principal/agent-relationer inom vård och omsorg

I vård och omsorg finns en rad, ganska komplexa, principal/agent-relationer. Den primära principalen, som vård och omsorg är till för, är den enskilda individen, som tillsammans med andra medborgare kollektivt uppdrar åt kommun- och landstingspolitiker att se till att man får vård och omsorg när så behövs. För detta betalar individen skatt, ofta många år innan behovet uppstår, och han eller hon förväntar sig sannolikt att skattemedlen förvaltas väl. Vart fjärde år har principalen möjlighet att utkräva ansvar av agenten. Landsting och kommuner å sin sida är också principaler, men i förhållande till utförarna av vård och omsorg, agenterna. Uppgiften för landsting och kommuner som principaler är att se till att agenterna, utförarna, strävar efter att tillhandahålla den vård och omsorg som befolkningen behöver och att den i övrigt uppfyller de krav som bl.a. anges i Hälso- och Sjukvårdslagen och i Socialtjänstlagen, vilket bl.a. innebär att vård och omsorg skall vara av god kvalitet och bedrivas kostnadseffektivt.

Relationerna är dock komplexa. Det finns en principal/agent-relation också mellan medborgare och riksdag/regering/centrala myndigheter, som bl.a. utformar styrdokument (lagar, förordningar, föreskrifter) för att tillgodose medborgarnas intressen; å andra sidan blir landsting och kommuner på det sättet agenter också för den centrala politiska makten. Förhållandet mellan en patient/brukare och en utförare (en läkare exempelvis) är också exempel på en principal/agent-relation, vilket gör utföraren till en form av dubbelagent. Att en agent har (eller uppfattar sig ha) flera principaler att ta hänsyn till kan självklart medföra problem för en viss principal, ett landsting eller en kommun, att få utföraren att agera i enlighet med principalens mål för verksamheten. I flera relationer har principalen förhållandevis svaga medel att påverka agenten; det gäller exempelvis enligt grundlagen relationen mellan stat och kommun eller landsting. För analyser av principal/agent-relationer i vård och omsorg, se Buchanan (1988); Blomqvist (1991); Whyne (1993); Ryan (1994); Propper (1995a, 1995b, 2012); Allen (2002); Mannion et al. (2005); Langer et al. (2009); Ludwig et al. (2010); Gaynor et al. (2012).

Oavsett om utföraren är en offentligt ägd enhet eller en privat driven enhet, finns ett behov av (löpande) uppföljning av verksamheten, så att dess resultat motsvarar enhetens uppdrag. Uppföljning är en del av landstingets eller kommunens styrning av verksamheten och bör som sådan vara relaterad till avtalat ersättningssystem. Utformningen av ersättningssystemet har alltid en inverkan

på enhetens resultat. Det finns visserligen en diskussion om huruvida ägandet spelar någon roll för utfallet, men den är inte särskilt omfattande eller konklusiv vad gäller vård och omsorg; se dock Schleifer (1998).

Om det hade varit på det viset att det vore helt möjligt för exempelvis ett lands-ting att i förväg specificera exakt vilka patienter en vårdenhet kommer att behandla under ett kommande år, hur svåra deras sjukdomar är, vilka typer av behandlingar som krävs, vilken teknologi som skall användas etc. samt den lägst möjliga kostnaden för varje sådant ingrepp vid bibehållen kvalitet, då skulle det heller inte vara några problem att utforma kontrakt samt ersättnings- och uppföljningssystem så att målsättningen för vården säkras till fullo. Den informationen finns inte. Inget praktiskt tillämpbart klassificeringssystem kommer någonsin att vara så detaljerat att det i förväg kan differentiera mellan alla möjliga varianter och precisera vilken behandling som är lämplig i vart och ett av fallen. Faktum är att det inte alltid är självklart enkelt ens efteråt att avgöra om en given behandling var den rätta. Osäkerheten är stor vad gäller diagnos, valet av behandling och behandlingens utfall, vilket gör det svårt att i efterhand konstruera och konstatera vad som var lämpligt, givet den information som fanns tillgänglig då beslutet om behandling togs. Även om man kan identifiera och klassificera olika kategorier, som i DRG-systemet, finns alltid en kvarvarande heterogenitet som innebär att olika behandlingar och olika behandlingskostnader är de rätta för olika individer inom samma identifierade kategori. Heterogeniteten innebär också att olika enheter kan få olika sammansättning av patienter, dvs. med olika andelar av kostsamma och mindre kostsamma fall. Det helt perfekta styrsystemet och därtill knutet uppföljningssystem finns därför inte.

Knuten är att alla egenskaper som kan förknippas med tjänsternas kvalitet inte är verifierbara för den som beställer tjänsterna; man kan inte heller verifiera vilka ansträngningar som gjorts för att hålla kostnaderna i schack. Om kvalitet och kostnadsfunktion hade varit verifierbara, så skulle beställaren lätt kunna precisera både kvantitet och kvalitet av de tjänster som önskas och ge utföraren tillräckligt stor ersättning (men inte mer) för att få uppdraget utfört. Man skulle inte behöva fundera över hur ersättningen skall utformas för att utföraren skall få incitament att agera i enlighet med beställarens intresse. När det finns vissa dimensioner av kvalitet och kostnader som inte är verifierbara, så uppstår vad Holmström och Milgrom (1991) kallar ett multi-task agency problem.

### **Konflikten mellan hög kvalitet och låga kostnader**

När varken alla kvalitetskomponenter i vård och omsorg eller utförarens ansträngningar att hålla kostnaderna i schack är verifierbara, finns det en potentiell konflikt mellan hög kvalitet och låga kostnader. Det är en konflikt som går djupare än till den mer uppenbara att högre kvalitet kräver mer inputs som leder till högre kostnader. Den illustreras lätt av de två huvudtyper av ersättningssystem som varit allmänt använda i vård och omsorg. Det ena är ersättning i efterhand för de faktiska kostnader som behandlingen krävt. Det andra är en fast, i förväg bestämd, ersättning per behandlad patient. Ren intuition säger oss att den första typen inte ger något incitament alls att bry sig om kostnaderna; däremot kan den ge starka incitament att hålla en hög kvalitet. Detta uppskattas också av patienterna, eftersom inte heller de har något kostnadsansvar. Kostnaden för enskilda behandlingar blir därmed omotiverat hög och verksamheten ineffektiv i det samhällsekonomiska perspektivet. För system med öppna budgetar, som de amerikanska sjukvårdsförsäkringarna varit helt och fortfarande delvis är, innebär detta också en stark drivkraft mot allt högre totala sjukvårdskostnader (Weisbrod, 1991). I system med (relativt) slutna budgetar, som svensk sjuk-

vårdsfinansiering, skapar ineffektiviteten förutom höga kostnader för den vård och omsorg som faktiskt bedrivs även sämre tillgänglighet, onödiga köer och väntetider, ej tillfredsställda vårdbehov samt tryck på politikerna att förse vård och omsorg med mer skattemedel.

Den andra typen ger tvärtom starka incitament att söka möjligheter att minska kostnaderna, också genom att minska kvaliteten, om inte det finns någon mekanism som förhindrar det. Det finns en förhållandevis omfattande empirisk forskning efter att det federalt finansierade Medicare för äldre amerikaners sjukvård gått över från den första typen till den andra typen av finansiering; se bl.a. DesHarnais et al. (1987); Newhouse & Byrne (1988); Frank och Lave (1989), Freiman et al. (1989); DesHarnais et al. (1990); Manton et al. (1993); Hodgkin & McGuire (1994); Cutler (1995); Miller & Sulvetta (1995); Ellis & McGuire (1996) samt Eldenburg & Kallapur (1997). Även om det finns svårigheter att identifiera vilka förändringar som beror på systemskiftet och vad som beror på andra faktorer, exempelvis teknologikutveckling eller andra trender inom vård och omsorg, och även om det finns betydande svårigheter att finna relevanta kvalitetsindikatorer, blir ändå det samlade intrycket att de förväntade effekterna till stor del besannades. Kostnaderna blev i allmänhet lägre – exempelvis förkortades vårdtiderna på sjukhus avsevärt – men det finns också exempel på att kostnaderna i vissa fall flyttats över till verksamheter som fortfarande finansierades enligt det gamla systemet. Det finns några studier som indikerar att kvaliteten blev lägre, men helt entydiga belegg för detta saknas, något som kan bero på frånvaron av data som återspeglar kvaliteten i utförandet på ett adekvat sätt.

### **Kan konflikten mildras? Problem och lösningar**

Trenden i dag både i USA och i Europa är att gå ifrån retrospektiva system som ersätter faktiska kostnader för att i stället förlita sig på prospektiva system med fasta priser för definierade behandlingar. Hur kan sådana system utformas? Vilka incitament för att sträva efter kvalitet i vård och omsorg ger olika former av sådana ersättningsystem? Vilka problem finns där? Det finns nu en rätt omfattande teoretisk litteratur med analyser av problem och möjliga åtgärder för att reducera problemen; se Newhouse (1983); Ellis & McGuire (1986); Pope (1989); Allen & Gertler (1991); Ma (1994, 1997, 1998); Rogerson (1994); Chalkley & Malcomson (1998a,b) samt Ellis (1998).

I det följande presenteras översiktligt huvudresultaten från denna litteratur. Det bör observeras att det därvid antas att utföraren har ett intresse av att verksamheten skall generera ett finansiellt överskott, som utföraren också kan disponera. Det är svårt att se att utföraren annars skulle kunna ges incitament att arbeta för att finna kostnadsbesparande åtgärder. Att intressera sig för överskottet behöver inte vara något exklusivt för vinstdrivande företag; liksom i vinstdrivande företag kan överskottet i ett icke-vinstdrivande företag användas för att investera i bättre lokaler och utrustning eller i bra arbetsvillkor för personalen. Utföraren kan också ha andra delmål utöver ett finansiellt överskott. Det är snarare regel än undantag att man i vård och omsorg bryr sig om de människor som får tjänsterna utan att man alltid – implicit eller explicit – tänker på hur detta bidrar till det finansiella överskottet. Man kan i den teoretiska modellen formulera detta som icke-monetära fördelar (eller negativa icke-monetära kostnader). Förekomsten av sådana är något som sänker kravet på finansiellt överskott. För en teoretisk analys, se Murdock (2002), och för empiriska studier av förhållandet mellan monetära ersättningar och icke-monetära fördelar inom hälso- och sjukvården, se exempelvis Rice (1983); Butler & Calnan (1987); Donaldson & Gerard (1989) samt Krasnik et al. (1990). Vi antar vidare att utföraren själv inte

har något inflytande på antalet patienter som vill bli behandlade men kan bestämma hur många som faktiskt behandlas under en viss tidsperiod.

Den teoretiska analysen visar då följande. Om man utformar ersättningsssystemet så att man enbart med de fasta priserna ger utföraren incitament att behandla det antal patienter som är optimalt enligt beställaren och att likaledes sträva efter att göra det till låga kostnader, så uppnås inte optimal kvalitet. I extremfallet, då bättre kvalitet inte kan nås utan högre monetära kostnader och då bättre kvalitet inte innebär något positivt i sig för utföraren, så kommer utföraren att prestera den lägsta nivån som är möjlig utan att helt förlora ansiktet.

I det extremfall, då det inte finns någon anledning att förmå utföraren att särskilt betona kostnadsbesparingar, så kan man teoretiskt nå ett optimum genom att man inför ett system där fasta, i förväg bestämda, priser per behandling kompletteras med att beställaren i efterhand ersätter mindre än 100 procent av utförarens kostnader på ett sådant sätt att det optimala antalet patienter blir behandlade och med optimal kvalitet. Att finna rätt avvägning mellan ersättning efter fast pris och ersättning för faktiska kostnader är dock inte helt lätt i praktiken. Ett problem är att de faktiska kostnaderna kanske är svåra att mäta eller svåra att fördela på rätt patient. Retrospektiv ersättning för faktiska kostnader minskar dock incitamenten att bedriva verksamheten kostnadseffektivt. Så när beställaren å andra sidan bedömer det vara viktigt att utföraren beaktar kostnaderna för verksamheten och möjligheterna att reducera dessa, kan inte den andel av kostnaderna som beställaren står för sättas så högt att det fullständigt eliminerar utförarens incitament. Ett resultat är dock att även en mindre andel kan förbättra kvaliteten tillräckligt mycket för att kunna försvara ett minskat intresse för kostnaderna, även om det inte blir en helt optimal lösning. Frågan är om det finns bättre sätt att lösa konflikten mellan kvalitet och kostnader.

En mekanism som studerats är för det fall då kvaliteten påverkar efterfrågan – högre kvalitet, större efterfrågan. Man kan då visa att konflikten kan lösas med en tvådelad ersättning innehållande dels en klumpsumma (som kan vara positiv eller negativ), dels en ersättning enligt fasta priser per behandling. Priserna kan alltid sättas så att utföraren väljer optimal kvalitet och får optimalt incitament att beakta kostnaderna. Klumpsumman inverkar inte på utförarens benägenhet att beakta kvalitet och kostnader; den kan sättas på ett sådant sätt att beställaren inte behöver betala mera i total ersättning till utföraren än vad som är absolut nödvändigt. Om prisersättningar enbart skulle ge överskott, blir klumpsumman negativ. Om underskott, behöver klumpsumman vara positiv. Om utförarens resultaträkning skulle gå jämt ihop enbart med de fasta priserna, kan klumpsumman sättas till noll. Det finns dock omständigheter som gör att det kan behövas en positiv klumpsumma i detta fall för att garantera att ett tillräckligt antal patienter behandlas.

Att förlita sig på efterfrågan har emellertid sina problem. Det kräver att patienterna är tillräckligt välinformerade om kvaliteten i den vård eller omsorg som erbjuds. Det krävs inte perfekt information, men patienternas uppfattning om kvaliteten måste vara positivt korrelerad med den faktiska kvaliteten i de olika dimensionerna som kan vara relevanta. Publicering av uppföljningar av kvaliteten i den vård och omsorg som olika utförare är ett sätt att få en förbättrad överensstämmelse mellan patienternas uppfattningar och den faktiska kvaliteten. I flera studier har man dock konstaterat att patienter inte verkar bry sig om skillnader i kvalitet ens när det finns information tillgänglig; se exempelvis Haas-Wilson (1994); Whyners (1996); Hibbard & Jewett (1997); Mennemeyer et al. (1997) samt Chernew & Scanlon (1998). Ett annat problem är att patienter kan vikta olika kvalitetsegenskaper på ett annat sätt än beställarna inom lands- och kommuner; se exempelvis Smith & Armstrong (1989). Med efterfråge-

styrning skulle man därmed kunna få en annan prioritering än vad beställaren uppfattat vara optimal.

Ett annat problem är att det kanske inte är optimalt att behandla alla patienter som efterfrågar vård. För patienterna kan det vara optimalt att efterfråga vård så länge som den upplevda nyttan överstiger den egna kostnaden (patientavgift plus res- och tidskostnader); i samhällsperspektivet är det optimalt att behandla patienter så länge som nyttan därav är större än den fulla kostnaden. Om utförarens kapacitet dessutom är fullt utnyttjad, finns ingen anledning att förbättra kvaliteten (och därigenom dra på sig högre kostnader) för att den vägen öka efterfrågan. Ersättningssystem med fasta priser resulterar då antingen i för låg kvalitet eller för många behandlingar. I den mån som man kan identifiera efterfrågan separerat från det faktiska utnyttjandet, så kan beställaren också påverka utföraren till en bättre balans mellan antalet behandlingar, deras kvalitet och kostnaderna för verksamheten. Exempel är då patienter fått en remiss men ännu inte undersökts eller då patienter väntar på att få en elektiv operation. En utförare kan då förmås att agera optimalt, om beställaren inte bara betalar för patienter som behandlats utan också för dem som står på väntelistan. Ett villkor är förstås att patienten senare undersöks eller behandlas enligt plan; annars skall betalningen kunna krävas tillbaka.

Ytterligare problem uppstår, då varken kostnadsfunktion eller sambandet mellan kvalitet och efterfrågan är kända med fullständig säkerhet – av vare sig beställare eller utförare. Även med denna osäkerhet, så har utföraren ändå alltid ett informationsövertag över beställaren. Det finns en ganska omfattande (och sofistikerad) teoretisk litteratur som handlar om effekterna av asymmetrisk information mellan beställare och utförare och om hur de negativa effekterna skall kunna mildras. Det är en litteratur som i sin helhet bygger på den grund som lagts av Laffont & Tirole (1993). Den innehåller dock relativt få generella slutsatser utöver att det optimala kontraktet typiskt innebär att beställaren bör stå för en andel av de faktiska kostnader som de visar sig i efterhand. Hur stor denna andel skall vara och hur det optimala kontraktet i övrigt ser ut är dock starkt beroende av hur informationsasymmetrin ser ut och vad utföraren mer precist har kontroll över. I en empirisk studie av NHS finner Chalkley & McVicar (2008) stöd för att beställare och utförare väljer ett kontrakt i enlighet med teorins prediktioner.

## Slutsats

Varken full ersättning i efterhand för faktiska kostnader eller ersättning per behandlad patient enligt en i förväg fastställd prislista leder till optimalt antal behandlade patienter, optimal kvalitet eller optimala ansträngningar att hålla kostnaderna i schack. Slutsatsen från litteraturen är i stället att det krävs en kombination av de båda principerna. Någon form av delat kostnadsansvar är nödvändigt, så att beställaren kommer att stå för en viss andel av de faktiska kostnaderna som de visar sig i efterhand. Hur stor andel beror på kontexten. För hög andel får konsekvenser på utförarens intresse av att investera i kostnadsminskande åtgärder; för låg andel får konsekvenser på antalet behandlade patienter och på kvaliteten. Detta innebär att beställaren i uppföljningen av utförarens verksamhet förutom kvalitet och patientantal även måste få information om de faktiska kostnaderna som utföraren haft.

## Sammanfattning och rekommendation

Begreppet utvärdering står i den nationalekonomiska litteraturen oftast för en bedömning i förväg (ex ante) av alternativa sätt att använda resurserna för att



undersöka vilket alternativ som förväntas ge mest valuta för pengarna. Det kan också stå för en bedömning i efterhand (ex post) av ett genomfört projekt för att se om man erhållit de önskade effekterna till rimlig kostnad. En utvärdering görs ad hoc. Begreppet uppföljning däremot avser en rutinmässig insamling och bedömning av data genererade av en verksamhet. Denna görs alltid i efterhand (ex post). Detta kapitel har kortfattat redogjort för den nationalekonomiska forskningen inom vård och omsorg som relaterar till dessa begrepp. Det gäller samhällsekonomiska utvärderingar, effektivitetsanalyser och principal/agent-relationer.

Vad gäller samhällsekonomiska utvärderingar konstaterades bl.a. att det finns flera kvarstående metodfrågor och att den metodologiska diskussionen därför fortsätter i den vetenskapliga litteraturen. Samtidigt har samhällsekonomiska (eller hälsoekonomiska) utvärderingar fått stort inflytande i många länder för styrning av resursanvändningen inom hälso- och sjukvården (mer än inom omsorgen). I Sverige används exempelvis samhällsekonomiska utvärderingar bl.a. av SBU, Socialstyrelsen och TLV.

Den vetenskapliga litteraturen erbjuder numera bra metoder att följa upp och mäta effektiviteten i en organisation, men ofta saknas relevanta kvalitetsindikatorer bland tillgängliga data för att på ett relevant sätt kunna mäta denna i vård och omsorg.

När det gäller principal/agent-relationer såsom beställare/utförare i vård och omsorg finns få publicerade vetenskapliga studier. De teoretiska studierna kommer dock egentligen enbart fram till att lösningen på det s k multi-task-agency-problemet är någon form av delat kostnadsansvar – dels ersättning till utföraren för verifierbara mål i enlighet med fastställd prislista, dels ersättning för kostnader som de visat sig i efterhand. Uppföljningen syftar här på någon form av kontrakt och avser beställarens krav på dokumentation från utföraren vad gäller kvalitet, kvantitet och kostnader – något som beror på hur ersättningssystemet utformats.

I dag spelar hälsorelaterad livskvalitet och kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) en stor roll när beslut skall tas om prioriteringar i hälso- och sjukvården. För att man skall få konsistens i beslut och uppföljning/utvärdering i efterhand måste man använda sig av samma utfallsmått, när man skall bedöma hur bra resursanvändningen har varit. Det är uppenbart. En slutsats som man därför kan dra av min genomgång är att något av de instrument som allmänt används i hälsoekonomiska utvärderingar också bör brukas rutinmässigt i vård (och omsorg). Detta skulle påtagligt förbättra möjligheterna att göra relevanta utvärderingar av särskilda satsningar och uppföljningar av effektivitet. Det bör också finnas som krav i de kontrakt som skrivs mellan beställare och utförare. Det finns kraftfulla instrument som är så enkla att använda att de endast tar några få minuter av vårdtagarnas tid i anspråk. Andra verifierbara resultatmått kan komplettera men inte ersätta hälsorelaterad livskvalitet som effektmått.

## Referenser

- Allen P. A socio-legal and economic analysis of contracting in the NHS internal market using a case study of contracting for district nursing. *Social Science & Medicine* 2002;54:255-266.
- Allen R, Gertler P. Regulation and the provision of quality to heterogeneous consumers: the case of prospective pricing of medical services. *Journal of Regulatory Economics* 1991;3:361-375.
- Auten G, Carroll R. The effect of income taxes on household income. *Review of Economics and Statistics* 1999;81:681-693.
- Besley T, Gouveia M. Alternative systems of health care provision. *Economic Policy* 1994;19:199-258.
- Björk S, Norinder A. The weighting exercise for the Swedish version of the EuroQol. *Health Economics* 1999;8:117-126.
- Björkgren MA, Fries BE, Häkkinen U, Brommels M. Case-mix adjustment and efficiency measurement. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004;32:464-471.
- Björkgren MA, Häkkinen U, Linna M. Measuring efficiency of long-term care units in Finland. *Health Care Management Science* 2001;4:193-200.
- Blomquist NS, Hansson-Brusewitz U. The effects of taxes on male and female labor supply in Sweden. *Journal of Human Resources* 1990;25:317-357.
- Blomqvist Å. The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics* 1991;10:411-432.
- Bloom AL. Efficiency in government-funded health care services: the use of non-health sector mechanisms to encourage efficiency. In Blank JLT, Valdmanis VG (eds.) *Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research. Advances in Health Economics and Health Services Research* 18. Amsterdam: Elsevier, 2008:191-208.
- Brazier J, Ratcliffe J, Salomon JA, Tsuchiya A. *Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Brazier J, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics* 2002;21:271-292.
- Brazier J, Roberts J, Tsuchiya A, Busschbach J. A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. *Health Economics* 2004;8:73-884.
- Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37:53-72.
- Brooks R, Jendteg S, Lindgren B, Persson U, Björk S. EuroQol©: health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise. *Health Policy* 1991;18:37-48.
- Browning EK. On the marginal welfare cost of taxation. *American Economic Review* 1987;77:11-23.
- Buchanan A. Principal/agent theory and decision-making in health care. *Bioethics* 1988;2:317-333.
- Burgess JF Jr. Productivity analysis in health care. In Jones AM (ed.) *The Elgar Companion to Health Economics*. Cheltenham: Edward Elgar, 2006:335-342.
- Bush JW, Fanshel S, Chen MM. Analysis of a tuberculin testing program using a health status index. *Socioeconomic Planning Science* 1972;6:49-68.

- Butler J, Calnan M. Too Many Patients? A Study of the Economy of Time and Standards of Care in General Practice. Avebury: Aldershot, 1987.
- Caves D, Christensen L, Diewert WE. The economic theory of index numbers and the measurement of input, output and productivity. *Econometrica* 1982;50:1393-1414.
- Chalkley M, Malcomson JM. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. *Journal of Health Economics* 1998;17:1-19. (a)
- Chalkley M, Malcomson JM. Contracting for health services with unmonitored quality. *Economic Journal* 1998;108:1093-1110. (b)
- Chalkley M, Malcomson JM. Government purchasing of health services. In Culyer AJ, Newhouse JP (eds.) *Handbook of Health Economics, Volume 1*. Amsterdam: Elsevier 2000:847-890.
- Chalkley M, McVicar D. Choice of contracts in the British National Health Service: An empirical study. *Journal of Health Economics* 2008;27:1155-1167.
- Chernew M, Scanlon DP. Health plan report cards and insurance choice. *Inquiry* 1998;35:9-22.
- Crivelli L, Filippini M, Lunati D. Regulation, ownership and efficiency in the Swiss nursing home industry. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2002;2:79-97.
- Cutler DM. The incidence of adverse medical outcomes under prospective payment. *Econometrica* 1995;63:29-50.
- DesHarnais SI, Kobrinski E, Chesney J, Long M, Ament R, Fleming S. The early effects of the prospective payment system on inpatient utilization and the quality of care. *Inquiry* 1987;24:7-16.
- DesHarnais SI, Wroblewski R, Schumacher D. How the Medicare prospective payment system affects psychiatric patients treated in short-term general hospitals. *Inquiry* 1990;27:382-388.
- Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical Care* 1997;35:1095-1108.
- Dolan P. The measurement of health-related quality of life. I Culyer AJ, Newhouse J (red) *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 2000:1724-1762.
- Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989;39:114-117.
- Drummond MF, Jefferson TO on behalf of the BMJ Economic Evaluation Working Party. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *British Medical Journal* 1996;313:275-283.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Eldenbug L, Kallapur S. Changes in hospital service mix and cost allocations in response to changes in Medicare reimbursement schemes. *Journal of Accounting and Economics* 1997;23:31-51.
- Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics* 1998;17:537-555.

- Ellis RP, McGuire TG. Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics* 1996;15:257-277.
- Ellis RP, McGuire TG. Provider behavior under prospective reimbursement: cost sharing and supply. *Journal of Health Economics* 1986;5:129-151.
- EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
- Fanshel S, Bush JW. A health-status index and its application to health-services outcomes. *Operations Research* 1970;18:1021-1066.
- Fletcher JM. Adolescent depression: diagnosis, treatment, and educational attainment. *Health Economics* 2008;1215-1235.
- Frank RG, Lave JR. A comparison of hospital responses to reimbursement policies for Medicaid psychiatric patients. *Rand Journal of Economics* 1989;20:88-102.
- Freiman MP, Ellis RP, McGuire TG. Provider response to Medicare's PPS: reductions in length of stay for psychiatric patients treated in scatter beds. *Inquiry* 1989;26:192-201.
- Furlong WJ, Feeny DH, Torrance GW, Barr RD. The Health Utilities Index (HUI®) system for assessing health-related quality of life in clinical studies. *Annals of Medicine* 2001;33:375-384.
- Färe R, Grosskopf S. *New Directions: Efficiency and Productivity*. Berlin/Heidelberg: Springer, 2004.
- Färe R, Grosskopf S, Lindgren B, Poullier JP. Productivity growth in health care delivery. *Medical Care* 1997;35:354-366.
- Färe R, Grosskopf S, Lindgren B, Roos P. Productivity developments in Swedish hospitals: A Malmquist output index approach. In Charnes A, Cooper WW, Lewin A, Seiford L (eds.) *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994:253-272. (Published as a working paper in 1989.)
- Färe R, Grosskopf S, Lundström M, Roos P. Evaluating health care efficiency. In Blank JLT, Valdmanis VG (eds.) *Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research*. *Advances in Health Economics and Health Services Research* 18. Amsterdam: Elsevier, 2008:209-228.
- Färe R, Grosskopf S, Roos P. Malmquist productivity indexes: a survey of theory and practice. In Färe R, Grosskopf S, Russell RR (eds.) *Index Numbers: Essays in Honour of Sten Malmquist*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998:127-190.
- Färe R, Grosskopf S, Roos P. Productivity and quality changes in Swedish pharmacies. *International Journal of Production Economics* 1995;39:137-144.
- Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades. *Journal of Health Services Research & Policy* 2012;17(Suppl 1):49-54.
- Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC (eds). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Haas-Wilson D. The relationship between the dimensions of health care quality and price: the case of eye care. *Medical Care* 1994;32:175-182.

- Hansson I, Stuart C. Tax revenue and the marginal cost of public funds in Sweden. *Journal of Public Economics* 1985;27:331-353.
- Hansson Å. Taxpayers' responsiveness to tax rate changes and implications for the cost of taxation in Sweden. *International Tax and Public Finance* 2007;14:563-582.
- Hawthorne G, Cheok F, Goldney R, Fisher L. The excess cost of depression in South Australia: a population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003;37:362-373.
- Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Affairs* 1997;16:218-228.
- Hodgkin D, McGuire TG. Payment levels and hospital response to prospective payment. *Journal of Health Economics* 1994;13:1-29.
- Hollingsworth B. Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Management Science* 2003;6:203-218.
- Hollingsworth B. Nonparametric efficiency measurement. *Economic Journal* 2004;114:F307-F311.
- Holmström B, Milgrom P. Multitask principal-agent analyses: incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, and Organization* 1991;7:24-52.
- Horsman J, Furlong WJ, Feeny DH, Torrance GW. The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1:54.
- Janlöv N. Studies on Efficiency in the Swedish Health Care Sector. *Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet, 2008.* (Licentiatavhandling)
- Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic mental health conditions on work loss and work cut back. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2001;43:218-225.
- Knapp M. Hidden costs of mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2003;183:477-478.
- Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, Scholten PV, Mooney G, Gottschau A, Flierman HA, Damsgaard MT. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal* 1990;300:1698-1701.
- Laffont JJ, Tirole J. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation.* Cambridge MA: MIT Press, 1993.
- Laine J, Finne-Soveri UH, Björkgren MA, Linna M, Noro A, Häkkinen U. The association between quality of care and technical efficiency in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care* 2005;17:259-267. (a)
- Laine J, Linna M, Häkkinen U, Noro A. Measuring the productive efficiency and clinical quality of institutional long-term care for the elderly. *Health Economics* 2005;14:245-256. (b)
- Lamers LM, Bouwmans CAM, van Straten A, Donker MCH, Hakkart L. Comparison of EQ-5D and SF-6D utilities in mental health patients. *Health Economics* 2006;15:1229-1236.
- Langa KM, Valenstein MA, Fendrick AM, Kabeto MU, Vijan S. Extent and cost of informal caregiving for older Americans with symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry* 2004;161:857-863.

- Langer A, Schröder-Bäck P, Brink A, Eurich J. The agency problem and medical acting: an example of applying economic theory to medical ethics. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 2009;12:99-108.
- Lindgren B. Prissättning av QALYs. Rapport till Socialdepartementet, 17 mars 2010.
- Linna M, Häkkinen U. Benchmarking Finnish hospitals. In Blank JLT, Valdmanis VG (eds.) *Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research. Advances in Health Economics and Health Services Research* 18. Amsterdam: Elsevier, 2008:179-190.
- Ludwig M, Van Merode F, Groot W. Principal agent relationships and the efficiency of hospitals. *European Journal of Health Economics* 2010;11:291-304.
- Lynch FL, Clarke GN. Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine* 2006;31(6S1):S143-150.
- Läkemedelsförmånsnämnden. Allmänna råd om ekonomiska utvärderingar. LFNAR 2003:2. Stockholm: Läkemedelsförmånsnämnden, 2003.
- Ma CTA. Cost and quality incentives in health care: a reply. *Journal of Economics and Management* 1998;7:139-142.
- Ma CTA. Health care payment systems: cost and quality incentives. *Journal of Economics and Management* 1994;3:93-112.
- Malmquist S. Index numbers and indifference surfaces. *Trabajos de Estadística* 1953;4:209-242.
- Mann R, Gilbody S, Richards D. Putting the 'Q' in depression QALYs: a comparison of utility measurement using EQ-5D and SF-6D health related quality of life measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009;44:569-578.
- Mannion R, Goddard M, Kuhn M, Bate A. Decentralisation strategies and provider incentives in healthcare. Evidence from the English National Health Service. *Applied Health Economics and Health Policy* 2005;4:47-54.
- Manton KG, Woodbury MA, Vertrees JC, Stallard E. Use of Medicare services before and after introduction of the prospective payment system. *Health Services Research* 1993;28:269-292.
- Mennemeyer ST, Morrissey MA, Howard LZ. Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information. *Inquiry* 1997;34:117-128.
- Miller ME, Sulvetta MB. Growth in Medicare's hospital outpatient care: implications for prospective payment. *Inquiry* 1995;32:155-163.
- Murdock K. Intrinsic motivation and optimal incentive contracts. *RAND Journal of Economics* 2002;33:650-671.
- Newhouse JP. Two prospective difficulties with prospective payment of hospitals, or, it's better to be a resident than a patient with a complex problem. *Journal of Health Economics* 1983;2:269-274.
- Newhouse JP, Byrne DJ. Did Medicare's prospective payment cause lengths of stay to fall? *Journal of Health Economics* 1988;7:413-426.
- Norlander NO, Roos P. Implementing the Malmquist productivity index: the case of the National Corporation of Swedish Pharmacies. In Färe R, Grosskopf

- S, Russell RR (eds.) *Index Numbers: Essays in Honour of Sten Malmquist*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998:191-215.
- Pope GC. Hospital non-price competition and Medicare reimbursement policy. *Journal of Health Economics* 1989;8:147-172.
- Propper C. Agency and incentives in the NHS internal market. *Social Science & Medicine* 1995;40:1683-1690. (a)
- Propper C. Competition, incentives and the English NHS. *Health Economics* 2012;21:33-40.
- Propper C. Regulatory reform of the NHS internal market. *Health Economics* 1995;4:77-83. (b)
- Revicki DA, Brandenburg N, Matza L, Hornbrook MC, Feeny DH. Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *Quality of Life Research* 2008;17:1285-1294.
- Rice TH. The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Medical Care* 1983;21:803-815.
- Rogerson WP. Choice of treatment intensities by a non-profit hospital under prospective pricing. *Journal of Economics and Management Strategy* 1994;3:7-51.
- Russell LB, Safford MM. The importance of recognizing patients' time as a cost of self-management. *American Journal of Managed Care* 2008;14:395-396.
- Ryan M. Agency in health care: Lessons for economists from sociologists. *American Journal of Economics and Sociology* 1994;53:207-217.
- Schleifer A. State versus private ownership. *Journal of Economic Perspectives* 1998;12:133-50.
- Smith CH, Armstrong D. Comparison of criteria derived by governments and patients for evaluating general practitioner services. *British Medical Journal* 1989;299:494-496.
- Torrance GW. Health status index models: a unified mathematical view. *Management Science* 1976;22:990-1001.
- Torrance GW, Thomas WH, Sackett DL. A utility maximization model for evaluation of health care programs. *Health Services Research* 1972;7:118-133.
- Waghorn G, Chant D. Labour force activity by people with depression and anxiety disorders: a population level second order analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2005;112:415-424.
- Waghorn G, Chant D. Receiving treatment and labor force activity in a community survey of people with anxiety and affective disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2007;17:623-640.
- Ware JE, Gandek B, Kosinski M, Snow KK. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute New England Medical Center, 1993.
- Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *New England Journal of Medicine* 1977;296:716-721.
- Weisbrod BA. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature* 1991;29:523-552.

Whynes DK. Can performance monitoring solve the public services' principal-agent problem? *Scottish Journal of Political Economy* 1993;40:434-446.

Whynes DK. Towards an evidence-based National Health Service. *Economic Journal* 1996;106:1702-1712.

Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal* 1985;291:326-329.

Williams A. Setting priorities in health care: an economist's view. *Journal of Bone and Joint Surgery* 1991;73-B:365-367.



# Utvärdering i ett statsvetenskapligt perspektiv

**Evert Vedung<sup>1</sup>**

Vad är det statsvetenskapliga perspektivet på utvärdering? För statsvetare är det självklart att utvärdering har med demokrati att göra. Demokrati i sin tur innebär att demos styr. Vanligtvis sker det genom representativ demokrati. Folket i val överlåter på representanter att sköta styrningen och dessa i sin tur överlåter på andra organ att styra osv. Fast det finns också alternativa uppfattningar om folkstyre som direkt demokrati och representativ demokrati.

Statsvetare torde rentav ha svårt att begripa att det finns andra synsätt på utvärdering. Boktiteln ”Från sanningssökande till styrmedel: Moderna utvärderingar i offentlig sektor” (Rombach & Sahlin-Andersson 1995) slog mig själv en gång som besynnerlig. Är inte utvärdering alltid ett styrmedel i vid bemärkelse? Jag menar inte utvärderingar som görs som grundforskning på universitet utan den utvärdering som görs av offentliga institutioner eller på uppdrag av offentliga institutioner.

## Utvärdering, styrning och demokrati

Utvärdering handlar alltså om demokrati och styrning. Det handlar också om representativ demokrati men inte enbart. Låt mig börja med representativ demokrati.

Att demos ska styra i en demokrati är lättare sagt än gjort. Demos, folket, har nämligen inte tid och kompetens att fatta alla beslut som rör fördelning av offentliga värden i samhället. Därför måste demos delegera till delegater som ska fatta beslut i dess ställe. Men dessa delegater – politikerna – har inte tid och kompetens att fatta alla beslut, till exempel om tillämpning av allmänna regler på enstaka fall; de måste i sin tur delegera sin beslutsrätt till andra – nationella myndigheter. Men nationella myndigheter måste av samma skäl i sin tur delegera till regionala och regionala till lokala myndigheter. När lokala myndigheter sjösätter interventioner så är detta ingen verksamhet vilken som helst. Det

---

<sup>1</sup> Bo Hovstadius, vid PwC Uppsala och min f.d. student vid Statsvetenskapliga institutionen Uppsala universitet, var den som först erbjöd mig att författa denna artikel och gav mig råd på vägen. Lena Svensson SKL har visat utomordentligt tillmötesgående och tålmod med mina förslag till ändringar i korrektur. Ett stort tack riktas till båda.

handlar om folkets verksamheter om än efter många länkar i långa delegationskedjor.

På så sätt bestäms utvärderingars objekt genom något som statsvetare kallar den *parlamentariska styrkedjan*. Den kan sägas bestå av sju huvudelement – i det nationella sammanhanget.

Grundvalen för all politisk auktoritet i en demokrati är

(1) demos, det suveräna folket, medborgarna. Folket delegerar sin makt att styra till

(2) representanter, som får styra å dess vägnar. Denna delegation sker i regelbundet återkommande allmänna val då demos, medborgarna, röstar fram lagstiftare till den parlamentariska församlingen – riksdagen. Lagstiftarna fastlägger sedan de grundläggande reglerna för samhällslivet och ombesörjer beskattning. De utser också

(3) regering till att utöva den verkställande makten. Regeringen leder förvaltningen och ser till att besluten genomförs av den administrativa apparaten. Den administrativa apparaten består av

(4) myndigheter – verk (där en verksledning via mellanled styr personalen), som styr

(5) regionala organ, som styr

(6) lokala myndigheter, som i slutänden uppträder med regleringar gentemot, tar ifrån eller levererar materiella nyttigheter till eller informerar

(7) slutmottagare (brukare, adressater), vilka förväntas rätta sig efter vad systemet erbjuder.

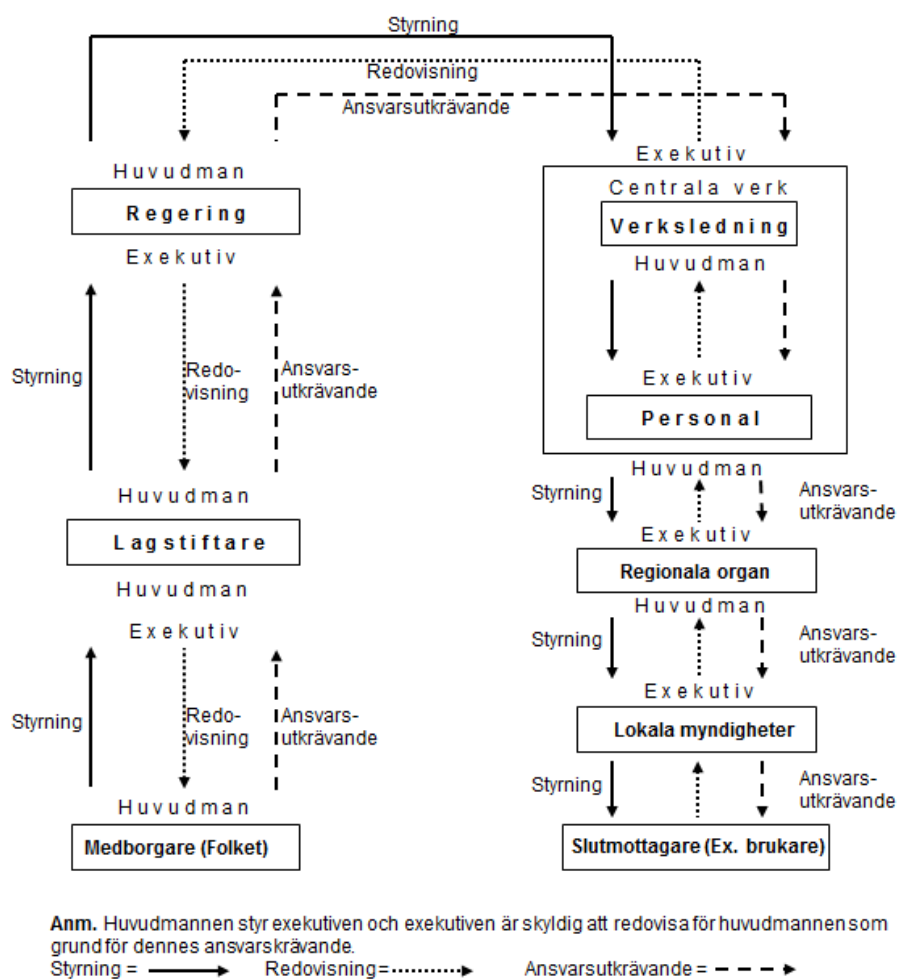
Alla delegationer från huvudmän till exekutiver i den parlamentariska styrkedjan utgår ifrån att huvudmannen i fråga varken har tid eller kompetens att själv fatta alla kollektiva politiska och administrativa beslut. Det kan vara lokala beslut om placering av barn och föräldrar i köer för offentlig barnomsorg, om tilldelning av hemtjänst för äldre medborgare eller om bygglov för enskilda byggherrar. Ofta måste dessa avgöranden ske kontinuerligt, t.ex. av personalen i förskolan, hemtjänsten eller äldreboendet. Vid dessa beslut krävs långt mer specialiserad kunskap om individuella fall och lokala lägen än vad någon medborgare eller för den delen politiker i någon parlamentarisk församling rimligen har. De har inte kompetens. Kravet på situationsanpassning vad gäller information är så stort, att medborgare och medlemmar av politiska församlingar inte har kompetens att öva direkt inflytande över denna typ av beslut.

För det andra: medborgare har inte tid att sätta sig in i offentliga sektorns alla ärenden. Vanligtvis kan dessa besluta en gång om året eller vartannat eller vart tredje år för ett särskilt politikområde. Normalt ställs emellertid krav på många fler, ibland dagliga, kanske kontinuerliga, beslut. Detta innebär att medborgarna måste delegera sin makt till parlamentariska organ, som i sin tur måste delegera till regeringar som i sin tur måste delegera till myndigheter, som i tur måste delegera till myndigheter på lägre nivå etc, etc.

De olika instanserna i denna delegationskedja tänkes inte bara vara huvudmän (principaler) och styra andra (dvs. mandatgivning framåt) utan också vara exekutiver och redovisa tillbaka till sina styrare-huvudmän (redovisning bakåt), vilka utkräver ansvar (ansvarsutkrävande framåt). Det handlar om en lång kedja av delegering framåt, redovisning bakåt och ansvarsutkrävande framåt. Medborgarna styr lagstiftarna (delegerar sin makt att styra till lagstiftarna på vissa villkor), som i sin tur styr regeringen (delegerar sin makt att styra till regeringen

på vissa villkor), som i sin tur delegerar till och styr centrala verk, som i sin tur delegerar till och styr regionala organ, som i sin tur delegerar till och styr lokala myndigheter, som i slutändan styr adressaterna/brukarna. Exekutiverna i kedjan tänkes tillbakaredovisa till respektive huvudman hur de skötte sitt delegationsuppdrag och huvudmännen tänkes på grundval av detta utkräva ansvar. Därför får vi pilar inte bara för huvudmännens styrning framåt i kedjan utan också för exekutivernas redovisning bakåt samt huvudmännens ansvarsutkrävande framåt.

I nedanstående figur ges en idealtypisk framställning av den parlamentariska styrkedjan med mandatgivning framåt, samt redovisning bakåt och ansvarsutkrävande framåt.



### Den parlamentariska styrkedjan

Utifrån den parlamentariska styrkedjan härleder statsvetare ansvarsutkrävande (kontrollerande) och utveckling (främjande), utvärderandet två övergripande syften. De kompletteras här med ytterligare två: grundkunskap och Potemkinkulisser.

Efter denna inledande illustration av utvärderandets knytning till demokrati och styrning är det dags att precisera syften med denna artikel.

## Studiens syften

Huvudsyftet är att ge några statsvetenskapliga perspektiv på utvärdering. Det viktigaste av dessa är utvärderingens knytning till den offentliga sektorn och det demokratiska styrelseskicket. Denna knytning kommer att genomsyra alla avsnitt i den fortsatta framställningen. Studien kommer därmed att bestå av följande tre avsnitt.

## Vad är utvärdering?

Utvärdering handlar om att kartlägga och bedöma offentliga interventioners faktiska resultat och faktiska vägar dit för att bättre kunna styra framåt. Utifrån denna grundidé kommer en formell minimalistisk definition av var ordet utvärdering står för att presenteras.

## Utvärderandets övergripande ändamål

Utvärderandets två centrala ändamål är utveckling (främjande) och ansvarsutkrävande (kontrollerande). De kompletteras med grundkunskap och Potemkin-kulisser. Potemkulisser, som är mitt eget ord, framhålls gärna av statsvetare.

## Några modeller för utvärdering

Detta tredje avsnitt preciserar frågan hur utvärderingar kan läggas upp. Statsvetenskapen omhuldar inte en modell för utvärdering som är den enda naturliga eller korrekta. Statsvetenskapens förhållningssätt är pluralistiskt. Fem sätt att lägga upp utvärderingar på presenteras i form av modeller för utvärdering. Modellerna är

- Måluppfyllelsemodellen
- Bieffektsmodellen
- Mållösa utvärderingsmodellen
- Intressentmodellen
- Brukarmodellen

## Vad är utvärdering?

Statsvetares definitioner av utvärdering inte är speciella. Statskunskapens syn på vad utvärdering är ligger i huvudfåran. Det är inget märkvärdigt med den. Så skulle nog de flesta kännare säga.

Men det finns skillnader mot andra dicipliner. Ekonomer tenderar att avgränsa utvärdering annorlunda liksom psykologer. Det rör sig självfallet om tendenser. Även om forskare går i flock så är inte alla forskare flockdjur. Undantag finns alltid. Och även tendenser talar. Jag skall komma in på dessa skillnader i fortsättningen av detta avsnitt.

För säkerhets skull ska jag också här tillägga en sak om definitioner. Det är helt okej att definiera olika. Det går inte att lagstifta om ords mening och användning. Allmänna ord har följande aldrig någon korrekt innebörd. Däremot är det viktigt att läsare och utövare är klara över betydelseskillnader.

Utvärdering handlar om att bedöma offentliga interventioners resultat och vägarna dit i syfte att lära sig bättre orientera framåt. Tekniskt uttryckt har termen utvärdering på svenska en resultatativ, uttömmande innebörd. I fortsättningen kommer termen ”utvärdering” att användas enligt följande formella definition:

Utvärdering = def. noggrann bedömning i efterhand av offentliga interventioners resultat och vägarna dit, vilken tänkes spela en roll för efterprövning.

En studie eller granskning måste, för att vara utvärdering, minimalt uppfylla de sju krav som förtecknas nedan.

1. Vara inriktad på interventioner (ingripanden)
2. Vara inriktad på offentliga interventioner
3. Vara en bedömning
4. Vara en noggrann bedömning
5. Vara en bedömning i efterhand (ex post)
6. Vara tänkt att spela en roll för efterprövning
7. Vara inriktad på interventioners resultat (= utfall) eller (slutprestationer, förvaltning, innehåll eller organisering)

#### **Krav som en studie måste uppfylla för att betecknas som utvärdering**

Utvärderande är inriktat på ingripanden, ingrepp, insatser, åtgärder, program, policyer, reformer och organisationsförändringar, kort sagt sådant som människor gör för att påverka världen. *Interventioner* är en lämplig sammanfattande term för detta. Ordet ”intervention” är bildat av latinets *inter* som betyder mellan och *venire* som betyder komma. En *inter-vention* är alltså ett mellankommande. Shorter Oxford English Dictionary säger: ”The action or an act of coming between or interfering, esp. so as to modify or prevent a result.” En *intervention* är ett mellankommande i syfte att modifiera eller förhindra ett resultat.

En utvärdering är handlingsorienterad i den meningen att den som objekt har mänskliga arrangemang för påverkan. Som exempel tar jag här en utvärdering av ett kommunalt särskilt boende för hemlösa. Andra objekt på det sociala området kan vara en kommunal institution såsom en förskola eller ett integrerat boende för funktionshindrade. Det kan också vara en insats inom en kommunal institution t.ex. införande av ett system för brukarutvärdering på ett integrerat boende för funktionshindrade. Det kan vara insatser på en något högre nivå t.ex. omorganisering av en befintlig organisation för kommunal hemhjälp eller införande av mål- och resultatstyrning inom den kommunala socialförvaltningen. Naturligtvis kan interventionerna ligga på ännu högre hierarkiska nivåer till exempel en kampanj för bättre kost initierad och finansierad av ett regionalt samordningsförbund eller en informationsinsats från Socialstyrelsen i Stockholm för användning av vetenskaplig evidens i socialtjänsten. Allt detta kan sammanfattas under termen ”interventioner”.

Utvärdering är inriktat på *offentliga* interventioner, inte vilka interventioner som helst. Det måste röra sig om en insats (satsning) som görs i offentliga sektorn eller av privata eller civila samhällets aktörer på uppdrag av det offentliga. Ett särskilt boende för hemlösa finansierat av kommunen men utkontrakterat och därmed drivet av ett privat bolag är en offentlig intervention liksom motsvarande särskilt boende finansierat, ägt och drivet av kommunen själv.

På den här punkten skulle en del inkludera insatser i privata sektorn i referensområdet för utvärdering. Även rent icke-offentliga insatser kan mycket väl utvärderas. I ett annat sammanhang kan jag mycket väl tänka mig att inkludera sådana i min definition av ordet. Men här inkluderas de inte i min definition, eftersom de inte kommer att avhandlas i detta kapitel.

En grundtanke i utvärdering är att betygsätta, värdera, tala om vad som är bra och vad som är dåligt. En utvärdering är därmed en *bedömning*.

Bedömningen måste vara *noggrann* för att vi ska kalla den en utvärdering. Löst impressionistiskt tyckande är inte utvärdering. Det krävs ett minimum av systematik, planmässighet och precision i undersökningsfrågor, datainsamling, dataanalys, tillämpning av värderingskriterier och redovisning för att vi här ska tala om utvärdering. En systematiskt och metodiskt genomförd bedömning av ett boende för hemlösa uppfyller dessa två kriterier. Här skulle möjligen en och annan psykolog eller medicinare hävda att utvärdering är vetenskaplig i bemärkelsen *scientific*. Den ska bedrivas som dubbelblinda randomiserade tvågrupps-experiment för att få kallas utvärdering. Min definition här inkluderar sådana studier i gruppen utvärdering men inkluderar dessutom någonting mycket mer: det räcker med att bedömningen är *noggrann* för att jag ska kalla den en utvärdering.

Härnäst kommer jag in på ett område där ekonomer tenderar att göra en annan avgränsning.

Utvärdering åsyftar ingripanden, ingrepp, insatser, åtgärder, program, policyer, reformer och organisationsförändringar som pågår eller som är avslutade. Noggranna bedömningar som utförs av övervägda men inte beslutade eller införda ingripanden, ingrepp, insatser, åtgärder etc. räknas här inte som utvärdering.

Låt mig använda frågan om ett särskilt boende för hemlösa som exempel. Ponera att kommunfullmäktige i januari 2011 fattar beslut om att införa ett särskilt boende i kommunen. Beslutet har föregåtts av att fullmäktige väckt frågan i oktober 2009 och gett kommunstyrelsen i uppdrag att utreda saken. Kommunstyrelsen har i november 2009 tillsatt en projektgrupp som noggrant studerat var ett sådant boende skulle kunna förläggas, vilken personal som skulle kunna behövas för att sköta det och vad det skulle komma att kosta. Gruppen har t.ex. genomfört en kostnadsintäktanalys, upplagd enligt alla konstens regler. I april 2010 överlämnas studien till kommunstyrelsen. Denna noggranna utredning i förväg (*ex ante*) av en påtänkt intervention räknas här inte som utvärdering. Statsvetare föredrar ord som utredning eller planering.

Efter remissbehandling mm lägger kommunstyrelsen i oktober fram ett förslag för fullmäktige om att inrätta ett särskilt boende. Fullmäktige godtar förslaget i januari 2011. De första hemlösa flyttar in den 1 mars. En studie tillsätts för att noggrant granska hur beslutet i januari 2011 faktiskt implementerats och eventuellt gett resultat i olika avseenden samt vad detta faktiskt kostat. Den noggranna undersökning som nu sker (*ex post* beslutet att inrätta) räknas här däremot som utvärdering. Den är ju en ordentlig bedömning av en verksamhet som pågår.

På den här punkten gör nationalekonomer ofta en annorlunda avgränsning. De kallar också studier av påtänkta åtgärder, dvs. *ex ante*, för utvärdering. Och det är inget fel med detta. Noggranna bedömningar i förväg – t.ex. av frågan om ett särskilt boende för hemlösa – är nödvändiga i offentliga sektorn. Och de kan mycket väl kallas utvärdering. Men de inkluderas inte i min definition ovan. På den här punkten håller statsvetarna med mig liksom majoriteten av alla verksamma på fältet internationellt eller i Norden<sup>2</sup>.

Låt oss nu gå vidare. För att en noggrann bedömning av en pågående eller avslutad offentlig intervention ska kallas utvärdering måste intentionen vara att bedömningens resultat ska föras tillbaka och *spela en roll för efterprövning*. Den behöver inte faktiskt föras tillbaka och brukas på detta sätt utan det räcker med att den *är tänkt* att spela en sådan roll. Poängen är att denna idé om tillba-

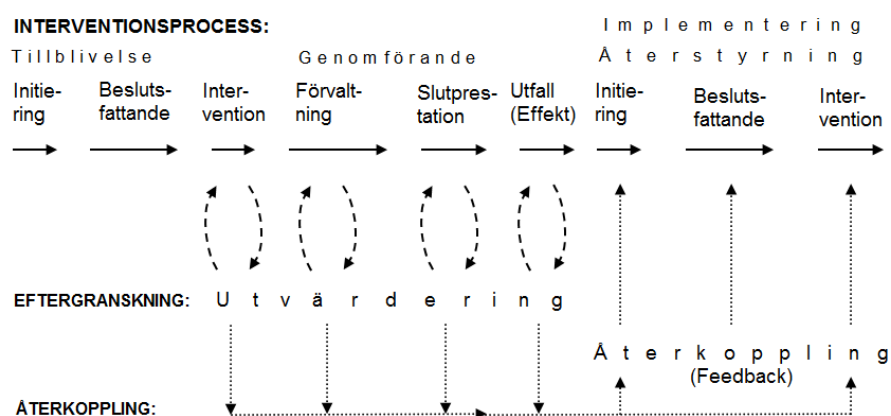
---

<sup>2</sup> Mer om detta i Vedung 2009:22-24 och ssk not 4

kaföring och feedback ska finnas. Utvärdering blir på detta sätt en verksamhet med ett praktiskt syfte. Dess rön och resultat är tänkta att spela en roll för eftertanke, praktiskt resonerande och beslutsfattande. De är avsedda att komma till användning, åtminstone för att tänka efter och reflektera och argumentera kring interventioner och kanske också för att fatta beslut.

Även på denna punkt kan det finnas skillnader, dock inte mellan discipliner utan mellan individer. En del skulle hävda att endast studier som verkligen kommer till användning ska kallas för utvärdering. Detta skulle utesluta alla undersökningar som uppfyller alla andra kriterier men inte används och därmed blir s.k. hyllvärmare. I mitt föreslagna språkbruk är de ändå utvärderingar, men sådana som inte kommer till användning.

Slutligen gör min formella definition av ordet ”utvärdering” ytterligare en avgränsning, en sjunde, som avser interventionsprocessen. Jag begränsar mig till en *interventions resultat* eller dess slutprestationer, förvaltningsprocesser, interventionsinnehåll och organisering. Denna gränssättning illustreras i nedanstående figur.



#### Utvärderingens roll enligt flerskiktmodellen

Låt oss se vad denna sjunde avgränsning innebär genom att en sista gång exemplifiera med ett kommunalt ägt, finansierat och drivet boende för hemlösa som infördes i januari 2011. Pondera att den granskning som tillsätts 2012 och avrapporteras 2013 handlar om detta boende. Pondera vidare att studien uppfyller de sex första kraven i figur 2 samt att den inte är inriktad på utfall – åtgärder och resultat ute i samhället – men väl på vägarna dit. Trots att brukarnas bedömning av resultaten på dem själva av att vistas på boendet inte beaktas så är det ändå en utvärdering för det räcker med att processen fram till detta utfall granskas för att det ska vara en utvärdering.

Vissa utvärderingsteoretiker skulle inte hålla med. En utvärdering måste för att vara en utvärdering syssla med utfall (resultat). En utvärdering är resultativ och endast resultativ. Att värdera organisation, innehåll, förvaltning och slutprestationer, dvs processer fram till resultat ingår inte i utvärdering. För dessa teoretiker skulle studien i mitt exempel inte kvalificera som utvärdering.

#### Varning för ett missförstånd

Till slut vill jag varna för ett missförstånd. Min definition av ordet ”utvärdering” är minimal. En minimaldefinition anger det allra minsta som en företeelse ska innehålla för att jag ska beteckna den med ett visst uttryck. Min definition

av ”utvärdering” uppfyller detta kriterium. Definitionen är inte maximal. Den anger inte på långa vägar allt eller ens det viktigaste som en utvärdering kan innehålla. Jag har exempelvis undvikit att ta in i definitionen hur en utvärdering planeras, vem som ska utföra den, vilka modeller, datainsamlingsmetoder eller uppläggningar för att belysa kausalitetsproblemet som ska tillämpas eller vilka effekter den kan tänkas få. Jag vill hålla dessa frågor utanför definitionen för att hålla dem öppna för empirisk analys.

Definitionen anger därmed inte heller vad som är en god utvärdering. Den säger ingenting om vad utvärderaren särskilt måste beakta i sin utvärdering. Den anger bara den mening som ordet utvärdering kommer att få i fortsättningen. Jag har blott och bart indikerat vilka krav en företeelse måste uppfylla för att jag ska kalla den för utvärdering.

## Utvärderandets höga ändamål och deras problem

Varför utvärdera? Varför egentligen hålla på med utvärdering? Vad ska utvärdering tjäna till? Utvärdering förutsätter ju en omfattande datainsamling och dokumentation som kan bli oerhört krävande för de inblandade. Detta kan t.o.m. skapa utvärderingsleda. Så vad är poängen?

På den här punkten härleder en statsvetare som jag själv två svar ur den nyss redovisade parlamentariska styrkedjan. Dessa två ändamål är (1) utveckling (främjande) och (2) kontroll (ansvarsutkrävande). Statsvetenskapen inriktar sig alltså inte på kontroll enbart. Som syfte nr 3 kan grundkunskap tas, som syfte nr 4 Potemkinkuliss. Jag ska börja med kontroll och sen utveckling.

### **Kontroll: exekutiven redovisar, huvudmannen bedömer**

Vi har nyss sett att den parlamentariska styrkedjan består av ett antal relationer mellan huvudman (beställare, uppdragsgivare) och exekutiv (utförare, uppdragstagare) på ett ganska stort antal nivåer. Vi har också sett att de olika instanserna i denna delegationskedja tänkes inte bara vara huvudmän (principaler) och styra andra (dvs. mandatgivning framåt) utan också vara exekutiver och redovisa tillbaka till sina styrare-huvudmän (redovisning bakåt), vilka utkräver ansvar (ansvarsutkrävande framåt). Styrkedjan består av ett ganska stort antal länkar av delegering framåt, redovisning bakåt och ansvarsutkrävande framåt. Ur detta förhållande härleder statsvetarna utvärderingens två huvudsyften.

Vid kontroll utförs utvärderingen primärt för att en huvudman (beställare, uppdragsgivare) ska kunna bedöma hur hennes exekutiv (utförare, uppdragstagare) sköter sig. Det behövs genomlysningar för att i efterhand kontrollera hur exekutiverna ombesörjt huvudmannens uppdrag.

Kontrollsyftet innefattar två parter, huvudmannen och hennes exekutiv, och två funktioner, exekutivens redovisning uppåt och huvudmannens bedömning nedåt. Huvudmannen kan inte sköta allt själv utan delegerar ärenden till en exekutiv; den senare förbinder sig i en överenskommelse (kontrakt) att utföra dessa ärenden. Efter en tid förväntas exekutiven redovisa sitt handlande och sina uppnådda resultat till huvudmannen. På grundval av denna berättelse kan huvudmannen kontrollera att exekutiven följt överenskommelsen, besluta om klander, beröm och korrigering samt bevilja ansvarsfrihet.

Kanske vet huvudmannen redan att exekutiven sköter sig illa. Men för att politiskt klara av ett tillrättaläggande måste han se till att detta sägs av en signifikant utomstående. Det väsentliga i kontrollsyftet är redovisning uppåt och uppsikt nedåt.



Det torde vara lätt för envar att här se kopplingen till den demokratiska parlamentariska styrkedjan.

Utvärderingar i kontrollerande syfte kan ta sig flera former inklusive:

1. *Utfallsredovisning*: Har insatsen lett till avsedda resultat på utfallsnivå? Bieffekter?
2. *Täckningsredovisning*: Är de verkliga adressaterna också de avsedda?  
Vilka har hoppat av?
3. *Prestationsredovisning*: Vilka har missats av andra anledningar?  
Vilka prestationer utförs?  
Motsvarar de vad man förväntat sig?  
Motsvarar de behoven?
4. *Legalitetsredovisning*: Är insatsen förenlig med lagar och normer som grundlag, lagar om arbetarskydd, offentlighetsprincipen eller regler för rättssäkerhet?

Ovanstående lista ger bara exempel på information som söks i kontrollutvärderingar. Det är ofruktbart att i förväg ange vilka data som behövs vid kontroll.

### **Fyra kontrollperspektiv**

Den offentliga sektorn är timrad av ett antal relationer mellan huvudmän och exekutiver. I *medborgarperspektivet* behöver folket utvärdering för att i val kunna ta ställning till hur deras ombud, politikerna, sköter sina mandat. All makt utgår från folket och riksdagen representerar svenska folket står det i 1974 års regeringsform. I den representativa demokratins teori har folket valt politiker för att de skall utföra folkets vilja. Folket är huvudman och politikerna dess ombud. De valda politikerna tänkes sedan fatta beslut i konstitutionell ordning. Information om vad dylika beslut leder till ute på fältet måste vara central för medborgarna, när de i nästa val ska ta ställning till den förda politiken och utöva sin makt att på nytt utse representanter.

I *politikerperspektivet* blir utvärdering viktigt för att de folkvalda ska kunna kontrollera hur förvaltningen sköter sitt uppdrag och om resurstilldelningen behöver ändras och insatsens inriktning justeras.

I *myndighetsperspektivet* antas myndigheternas ledning ha ett skriande behov av utvärdering för att hålla medarbetare på lägre hierarkiska nivåer under uppsikt.

Det finns också anledning att framhålla *slutmottagarperspektivet* (brukarperspektivet) på utvärdering som kontroll. Brukarnas intresse av att bli väl bemötta, att lika fall behandlas lika samt att ingripanden håller vad de lovar är också legitimt. Vi tänker på klientperspektivet i kommunala socialtjänsten och hemtjänsten, på kommunala förskolor och äldreboenden.

### **Dubbla roller hämmar utvärdering**

Att kontrollsytet är skrämmande för exekutiverna är nog uppenbart för envar. De fruktar kritik från sina överordnade, som kan skada deras rykte och hota deras jobb. Men huvudmännen, de måste väl ändå ha ett otvetydigt intresse av att få veta hur deras uppdrag utförs?

Detta resonemang förbiser ett dilemma för huvudmän i kontrollerande utvärdering: *de dubbla rollernas tyranni*. I det offentliga livet är huvudmän på samma

gång också exekutiver. Den regionala riksmyndigheten är huvudman för den lokala inom sitt fält. Men den är samtidigt också en exekutiv åt den centrala riksmyndigheten. Och riksmyndigheten är inte bara huvudman för den regionala myndigheten. Den är samtidigt också exekutiv åt regeringen. Samma institution är både Dr Jekyll och Mr Hyde. På grund av sina dubbla roller kan huvudmännens utvärderingar av sina underlydande komma att användas av huvudmännens överordnade som tillhyggen i kontrollerande syfte. Kontrollerande utvärdering blir för huvudmannen ett tveeggat svärd. Frukten för att en eventuell kontrollutvärdering ska få bumerangeffekter på honom själv gör att utvärdering undviks. Skulle den tillsättas och komma fram till negativa resultat motarbetas rapportering. Skulle den ändå rapporteras tystas detta ner i förhoppning om att rapporten inte skall spridas. Om rapporten ändå sprids, så förtigs eller snedvrids negativa rön, medan positiva blåses upp. Resonemanget har illustrerats i bilden av den parlamentariska styrkedjan i figuren ovan.

### **Informationsasymmetri**

Men huvudmännens kluvenhet inför kontrollerande utvärdering är ändå ingenting mot den olust exekutiverna kan känna. Utvärderaren och hennes huvudman uppfattas som motspelare eller fiender. Därför spjärnar exekutiverna emot eller samarbetar motvilligt genom att bidra med skeva upplysningar. På denna punkt hänvisar statsvetarna gärna också till den principal-agentteorin. Exekutiverna kan agera illojalt mot sina huvudmän beroende på en oerhörd *informationsasymmetri* till deras fördel.

Agenter har en tendens att arbeta egennyttigt, hävdar principal-agentteorin. De har egna dagordningar. Agenter antas utträta precis så mycket att de klarar av principalens kontroller men ingenting därutöver. De arbetar i stället med egna saker, reser på konferenser, skickar privata försändelser som tjänstestämplingar, ringer privatsamtal på tjänstetelefoner, mångfaldigar privata handlingar på tjänsteställets kopiatorer, skickar privat e-post på tjänsteställets nätverk på arbetstid. Att agenterna kan göra detta beror på deras enorma informationsmässiga övertag. De kommunala socialarbetare (agenter) som dag ut och dag in arbetar med klienter känner till oändligt mycket mer om verksamheten än socialförvaltningens chef (principalen), som egentligen aldrig träffar en klient. De ”hemhjälpare” (agenter) som var och varannan dag träffar den äldre i sitt hem är oerhört mycket mer informerade om verksamheten på gräsrotsnivå än ”hemhjälpsschefen” (principalen), som knappast alls träffar en äldre person i en ”hemhjälpssituation”. Det är just denna informationsasymmetri, som bäddar för agenternas egennyttiga agerande.

Detta egennyttiga agerande är *strategiskt* i den meningen att agenterna handlar på grundval av hur de tror att principalerna kommer att handla. De friserar verkligheten i sina rapporter uppåt i frukten för att chefen annars kommer att skära ner deras verksamhet eller kritisera dem. De tror också att kollegerna i andra enheter som rapporterar till samma chef gör på samma sätt. Deras illojala handlande underlättas av informationsasymmetrin. Detta gör att informationsunderlag från utvärderingar blir ett sämre ledningsredskap än de borde vara i den bästa av alla världar.

### **Utveckling: formativ – summativ, enkelkretslärande – dubbelkretslärande**

Ur den parlamentariska styrkedjan kan också det höga ändamålet nr 2 härledas: utveckling (”främjande”, ”lärande”). Exekutiverna antas nämligen vilja göra så väl ifrån sig som möjligt för att utföra sina uppdrag uppifrån. Därför tillsätter de utvecklande utvärderingar som är genuint och besinningslöst ägnade åt att på en solid bas av data framställa sanningen om interventionen för att därigenom leve-

rera ett underlag för förbättring. Det finns inga andra, mer luriga avsikter i bakgrunden.

Det främjande syftet kan vara formativt eller summativt. Vid *formativt främjande* är poängen att genom bedömning av en pågående aktivitet få fram lärdomar för att förbättra samma aktivitet. Formativ utveckling bygger på formativ evaluering av en verksamhet i vilken man inte ifrågasätter verksamhetens mål utan koncentrerar sig på att granska medlen (metoderna, strategierna, handlingarna) att nå dessa mål. Formativ evaluering är en process för felupptäckt, vilken inom bestående strukturella ramar tänkes leda till modifierade medel för att bättre nå de givna målen. Är medel, metoder, strategier och handlingar ändamålsenliga för att uppnå de givna målen? Det är huvudfrågan i en formativ evaluering. Idén är att uppnå *enkelkretslärande* (single-loop learning). Enkelkretslärande innebär att organisationen lär sig något om hur medlen fungerar, vilket leder till att den ändrar och förbättrar medlen utan att på minsta sätt ändra på målen.

Vid *summativ utveckling* är poängen att genom en noggrann bedömning av en pågående aktivitet få fram lärdomar för att senare kunna sätta liknande men bättre aktiviteter. Summativ utveckling bygger på summativ evaluering. Summativ utvärdering innebär *dubbelkretslärande* (double-loop learning). Vid dubbelkretslärande ifrågasätts inte bara medlen (metoderna, strategierna, handlingarna) att nå givna mål och lösa problem; hela programmet med problem, mål och medel granskas och ifrågasätts.

Både enkelkrets- och dubbelkretslärande ingår i det övergripande syftet utveckling liksom formativt främjande och summativt främjande.

Utvecklande utvärdering tar sig ofta formen av självvärdering. Det kan vara personalen på ett äldreboende som utvärderar sina egna prestationer mot de äldre men också institutionens ledning som självkritiskt granskar sina egna förehavanden. Men främjande utvärdering kan också vara extern. I teorin uppstår här inte de dubbla rollernas tyranni, eftersom det uttalade övergripande ändamålet är besinningslöst lärande och ingen spelar något strategiskt spel mot någon annan. Poängen är ju inte att utvärderingen skall vara ett redskap för redovisning, rektifiering och eventuellt ansvarsutkrävande från en överordnad mot en underordnad.

Ändamålet utveckling är ett värdigt motiv för utvärdering. Många praktiker och teoretiker på utvärderingsfältet hävdar att utveckling är huvudpoängen. Det gör inte statsvetarna. Utveckling och effektivitet är viktigt, ja. Men statsvetarna betonar att kontroll och legitimitet är lika viktigt om inte viktigare.

### **Utvärdering för grundkunskap**

Det tredje överordnade ändamålet med utvärdering är grundkunskap (eng. basic knowledge). Utvärdering skall bidra till fallöverskridande lärdomar om institutioner, organisationer, processer, handlande, händelser, styrstrategier, styrmedel eller myndigheters sätt att fungera. Även här finns ett sorts främjande syfte men det handlar om ett bredare lärande i rummet och mycket längre bort i tiden.

Ändamålet grundkunskap är sekundärt i förhållande till utveckling och kontroll. Det skymtar fram när beställaren fäster vikt vid att utvärderingsrapporter ska spridas i vida kretsar. Uppenbart är grundkunskap när det propageras för sammanfattande metautvärderingar av vad ett antal enskilda utvärderingar på ett fält kommit fram till. Poängen med sådana sammanställningar är att dra ut det generella ur en mängd specialstudier genom att inordna dem i ett mer allmängiltigt begreppssystem, så att de lättare blir tillgängliga som beslutsunderlag.

## Potemkinkuliss

Under ändamålet kontroll har jag redovisat flera svagheter med utvärdering. Till detta ska jag här återkomma men nu under en annan, särskild rubrik. Utvärdering äger rum i maktsammanhang och genomsyras av strategiska uträkningar. Människor som handlar strategiskt agerar på grundval av vad de tror att andra kommer att göra. Strategiskt handlande är baserat på antecipering, dvs. människorna föregriper andras framtida handlande och dess sannolika konsekvenser och agerar på grundval av vad de tror att detta kommer att innebära för dem.

I Sverige och Finland berättas gärna historien om Katarina II:s gunstling och älskare furst *Grigorij Potemkin*, som under kejsarinnans visitationsresa 1787 i det nyligen erövrade Krim lät uppföra tillfälliga byar som kulisser för att inbilla henne att provinsen under hans ståthållarskap hastigt uppblomstrat. Potemkin – agenten – som erövrat och förvaltat provinsen en tid försökte utnyttja sitt enorma informationsövertag över kejsarinnan – principalen – som långt borta i det fjärran S:t Petersburg inte haft möjlighet att sätta sig in i landsändans problem. Motivet bakom försöket att vilseleda Katarina var egenintresset att behålla hennes gunst. Fursten anteciperade kejsarinnans sorg och kanske vrede om hon skulle få intryck av att provinsen var illa skött och agerade på grundval av denna föreställning för att undvika hennes negativa reaktion<sup>3</sup>.

Även nutida utvärdering kan ha *potemkinkuliss* som bevekelsegrund. Huvudmän beställer utvärderingar för att vinna tid i tron att besvärliga opinioner då hinner lägga sig. Genom att ha en utvärdering gående kan de visa upp en exteriör av rationalitet och därigenom skydda sig mot en otillbörlig kritik, som de tror kan komma att riktas mot dem i framtiden. Huvudmän driver fram utvärdering för att hitta argument för beslut, som de på andra grunder redan fattat, t.ex. drastiska nedläggningar. De förutser exekutivernas kritik när nedläggningsbeslutet blir offentligt och vill i god tid rusta sig mot denna. Exekutivernas drivkraft å andra sidan kan vara att dölja misslyckanden för sina huvudmän, skapa attraktiva bilder av programmen och över huvud taget ge ett fördelaktigt intryck utåt och därmed slippa schavottera. Dessa strategiska bevekelsegrunder för utvärdering är alltid dolda bakom ivriga bedyranden om att ändamålen är främjande eller möjligen kontrollerande, ty om de yppades skulle deras förment gynnsamma effekter gå förlorade.

Förekomst av dolda, strategiska, övergripande syften bakom salongsfärdigt vackert lugnande tal om att poängen främst är främjande visar på utvärderingars begränsningar som producenter av rationella beslutsunderlag i den offentliga sektorn. Utvärdering ingår i politiska sammanhang. Politik är en värdebemängd verksamhet, som omöjligen låter sig förvandlas till en vetenskap. En huvudman som redan bestämt sig för nedläggning använder utvärdering för att hitta argument. Ett underordnat organ vill inte leverera en objektiv utvärderande redovisning till sin huvudman utan friserar faktabasen. Strategiska element smyger sig in och reducerar utvärderingars förtjänster som leverantörer av allsidigt och objektivt beslutsunderlag.

Fast å andra sidan, även om det gömda syftet varit strategiskt, är det ingenting som hindrar att resultaten, när de kommer, används fullt regelrätt för kontroll eller främjande.

---

<sup>3</sup> Potemkinkuliss för detta syfte är mitt eget ord. White elephant är ett uttryck som används i Afrika om ett regeringens älsklingsprojekt som förevisas för utländska gäster och utvärderare för att de skall få en överdrivet positivt bild av vad deras utvecklingshjälp har åstadkommit. White elephant är en afrikansk motsvarighet till "potemkinkuliss".

## Fem utvärderingsmodeller

En utvärderingsmodell är en mall som grovt pekar ut hur en evaluering kan gå till. Modellen anger hur utvärdering kan utföras utifrån minst två eller tre men helst inte fler dimensioner. I det följande ordnas utvärderingsmodeller på basis av just två dimensioner. Den ena dimensionen är *värderingskriterier* som utvärderingar bedömer utifrån. Den andra är *objekt* som utvärderingar bedömer.

I april 2012, när detta skrivs, är statskunskapen vad gäller modeller pluralistisk, liksom det mångpartisystem som kännetecknar Sverige som politiskt system. De fem utvärderingsmodeller som här valts ut är särskilt intressanta från statsvetenskaplig synpunkt.

1. Måluppfyllelsemodellen
2. Bieffektsmodellen
3. Mållösa modellen
4. Intressentmodellen
5. Brukarmodellen

### Fem statsvetenskapligt intressanta utvärderingsmodeller

Det finns naturligtvis flera andra modeller som är av relevans för statsvetenskapen. Men de måste förbigås av utrymmesskäl. Ekonomiska modeller om produktivitet och effektivitet är centrala även för statsvetenskaparen, men de täcks av andra författare i denna skrift<sup>4</sup>.

Startpunkten för såväl vetenskap som utvärdering är de frågor som ställs, inte modeller eller teorier eller datainsamlingsmetoder. "Questions are the fountainheads of scientific investigation," heter det. I analogi med detta kan vi säga "Questions are the fountainheads of evaluative investigation". Därför presenteras de utvalda modellerna utifrån sina frågor. I den diskussion av styrkor och svagheter som därpå följer är det särskilt viktigt att klarlägga hur de förhåller sig till demokrati, en hjärtepunkt för en statsvetare.

### Måluppfyllelsemodellen: en klassiker

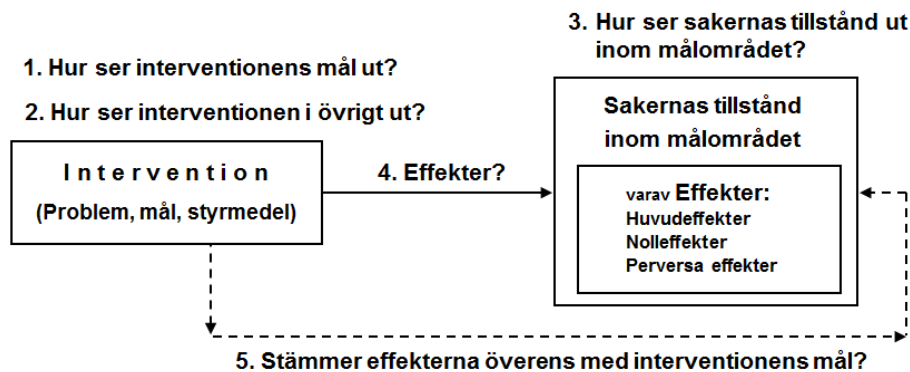
Måluppfyllelsemodellen undersöker om de resultat som interventionen faktiskt producerat inom målområdet lever upp till interventionens egna mål. Närmare besett är måluppfyllelsemodellens grundfrågor fem.

1. Hur ser interventionens mål ut?
2. Hur ser interventionen i övrigt ut?
3. Hur ser sakernas tillstånd ut inom målområdet?
4. Vilka är interventionens effekter inom målområdet?
5. Stämmer effekterna överens med interventionens mål?

---

<sup>4</sup> För en statsvetenskaplig syn på ekonomiska modeller i utvärdering hänvisas till kap 4 i Vedung 2009 eller 1998.

Måluppfyllelseutvärderingens enkla anatomi illustreras i nedanstående figur.



#### Måluppfyllelsemodellen och dess fem frågor

Som värderingskriterier använder måluppfyllelsemodellen den utvärderade interventionens egna mål, dvs. mål som uttryckligen återropades när interventionen infördes eller omprövades (beslutades). Ett mål anger ett sakernas framtida tillstånd, som någon aktör påstår sig värdera som gott eller normalt och som aktören därför säger sig vilja uppnå eller bevara.

Modellen kan avse offentliga interventioner på alla tänkbara politiska och administrativa nivåer. Här tänker jag mig mål satta i det kommunala territoriet. Det kan vara ett projekt i en stadsdel, en stadsdelsnämnd, en institution i ett bostadsområde (ett servicehus för äldre, en förskola), en central kommunal nämnd, en kommunstyrelse eller en fullmäktigeförsamling. Mål som kan tänkas påverka kommuner kan också vara satta i riksterritoriet av riksdag, regering eller myndighet (t.ex. Sveriges 15 nationella miljö kvalitetsmål), i det europeiska territoriet av ett organ inom EU (Europeiska socialfonden) eller i det globala territoriet (FN:s barnkonvention vad gäller barns sociala rättigheter).

Måluppfyllelsemodellens *objekt* är *resultat ute i samhället* eller *i naturen*. Om utvärderaren ställer frågor om vilka som tar emot och responderar på slutprestationer och vilka effekter detta fått på mottagarna och hur detta i sin tur gett upphov till effekter på utfallsområden samt hur variationer i dessa fenomen ska förklaras, så sysslar hon med interventioners och implementeringsprocessers resultat. Tänk er en utvärdering av en antirökkampanj i en gymnasieskola! Om utvärderingen undersöker om kampanjens mål har blivit uppfyllt vad gäller avsett resultat (om någon slutat röka som följd av deltagande i antirökkampanjen), så ligger fokus på resultat som bedöms mot insatsens egna mål.

Fokus kan också ligga på vägarna dit, dvs. på *interventionens processer* fram till resultat ute i samhället eller i naturen. Denna variant granskar och bedömer steg för steg alla led i implementeringsförlopp, från interventionens innehåll fram till och med slutprestationer. Denna granskning och bedömning avser just processen som sådan och inte processen som en indikator på något annat, t.ex. ett gott resultat. Den är en måluppfyllelsemodell genom att den försöker upptäcka och klarlägga avvikelser från hur huvudmannen tänkte sig att genomförandet skulle fungera, dvs. den mäter mot huvudmannens mål med implementeringsprocesserna.

Om interventionen är en beslutad antirökkampanj, som föreskriver samverkan mellan kommunens hälsofolk, eleverna (brukarna), skolledningen, idrottslärarna och skolläkaren för att ta fram ett lämpligt budskap för att uppnå bästa resultat för vissa brukare, så undersöker denna processinriktade måluppfyllelsemodell hur sådan samverkan mellan aktörer har fungerat.

Denna processvariant av måluppfyllelsemodellen kallas *kvalificerad uppföljning* eller bara ”processutvärdering”, ”formativ utvärdering” eller ”implementeringsanalys” (eng. monitoring; jfr Vedung 2009:75f).

Måluppfyllelsemodellen i båda dess skepnader motiveras med demokratiargument. *Demokratiargumentet* hämtar sin näring ur den parlamentariska styrkedjan och därmed den representativa demokratins perspektiv. Den offentliga interventionens egna officiella mål är inga hugskott. De har i konstitutionell ordning fastställts av politikerna i den kommunala nämnden vilka handlar på uppdrag av kommunstyrelsen som handlar på uppdrag av fullmäktige som handlar på uppdrag kommunmedborgarna. Detta gör att målet ifråga har en starkare status och legitimitet än exempelvis intressentgruppers eller brukares mål och förväntningar på kampanjen. Detta skäl är – ur den representativa demokratins synvinkel och därmed indirekt i ett medborgarperspektiv – det främsta för måluppfyllelsemodellen.

Måluppfyllelseutvärderingens styrka är att den tar officiella mål på allvar. I ett styrperspektiv behöver både medborgare och politiker måluppfyllelseutvärdering för att kontrollera om deras exekutiver sköter sig. Och exekutiverna behöver måluppfyllelseutvärderingar för att förkovra sig och nå målen i större utsträckning och på bättre sätt.

Av skälen mot måluppfyllelseutvärdering går *oklarhetsargumentet* ut på att insatsmål på grund av sin dimmighet ibland är otjänliga som värderingsgrunder. En vanlig suddighetsform är oprioriterade målkataloger. I samband med varje större reform redovisas regelmässigt en hel uppsättning mål. Visserligen pekas måhända ett av dem ut som huvudmålet. Men samtidigt framhålls att det ska vägas mot alla de andra (kanske potentiellt motstridande) målen utan att det exakt sägs hur vägningen ska gå till. Ett exempel på en oprioriterad målkatalog visas i textruta 1.

Ruta 1 Socialtjänstlagen 2001 som styr hur kommunerna ska sköta sin socialtjänst  
Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja

- människornas ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Målen för socialtjänsten är således 14 till antalet. Socialtjänsten ska på 1) demokratins och 2) solidaritetens grund främja människornas 3) ekonomiska och 4) sociala trygghet, 5) jämlikhet i levnadsvillkor och 6) aktiva deltagande i samhällslivet samt under hänsynstagande till människans ansvar för 7) sin och 8) andras sociala situation inriktas på att 9) frigöra och 10) utveckla enskildas egna resurser samt 11) frigöra och 12) utveckla grupperns egna resurser; därtill ska verksamheten bygga på respekt för 13) människornas självbestämmanderätt och 14) integritet.

Det anges inte exakt hur avvägningen skulle ske mellan exempelvis å ena sidan 3) främja ekonomisk och 4) social trygghet och å andra sidan 5) främja jämlikhet och 6) aktiva deltagande i samhällslivet under hänsynstagande till de tio

andra målen – 1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Oklarheten är säkerligen befogad. Det är både svårt och oklokt att i riksdagen i Stockholm exakt specificera hur prioriteringen ska gå till vid varje enskilt biståndsbeslut i Kvänum i Vara kommun i Västergötland eller Lofsdalen i Härjedalens kommun. Därtill har man däruppe i centrum för liten lokalkännedom. Detta skapar emellertid problem för måluppfyllelsemodellen. Något klart förväntat utfall kan nämligen inte utpekas för socialtjänsten ute i kommunerna, vilket innebär att programmålen inte ger någon säker vägledning i det kommunala utvärderingsarbetet.

Okklarhetsargumentet med oprioriterade målkataloger är en stark invändning mot måluppfyllelsemodellen. Samtidigt bör understrykas att offentliga mål inte nödvändigtvis behöver vara oklara. Ibland sätts klara, t.o.m. kvantifierbara mål. Ett nationellt exempel är målet en miljon bostäder på tio år, Miljonprogrammet 1964.

Ännu starkare är den andra invändningen, *bieffektsargumentet*. Medveten offentlig styrning får i allmänhet konsekvenser, som inte förutsågs vid interventionens införande. Om utvärderingen koncentreras på de ursprungliga mål som bäddats ner i interventionen, kommer den per definition inte att spåra upp oförutsedda bieffekter. Detta kan ge en skev bild.

### **Bieffektsmodellen**

Bieffektsmodellen innebär en vidgning av måluppfyllelsemodellens objekt i så måtto att letande inom målområdet efter sakinriktade resultat kompletteras med spaning utanför målområdet efter allehanda sidokonsekvenser. Bieffektsmodellen ställer samma fem frågor som måluppfyllelsemodellen men modifierade med tanke på bieffekter:

1. Hur ser interventionens mål ut?
2. Hur ser interventionen i övrigt ut?
3. Hur ser sakernas tillstånd ut inom målområdet resp. potentiella bieffektsområden?
4. Vilka av dessa sakernas tillstånd inom målområdet resp. potentiella bieffektsområden är effekter av interventionen?
5. Stämmer effekterna inom målområdet överens med interventionsmålen och effekterna inom potentiella bieffektsområden överens med andra värderingskriterier?

Att offentliga ingrepp kan åstadkomma andra resultat än avsedda huvudresultat, är den grundläggande idén bakom frågebatteriet. Låt mig illustrera med ett omstritt exempel. De offentliga arbetslöshets- och sjukförsäkringssystemen infördes för att dämpa inkomstförsämringar och utarmning vid arbetslöshet och sjukdom. De tänktes då fungera under kortare perioder tills individerna i fråga på nytt kunde finna ett arbete eller friskna till. Så småningom, har det hävdats, kom inställningen till dessa system att förändras i delar av befolkningen. De började uppfattas som permanenta försörjningsanordningar. De började nyttjas av människor vars sjuklighet var av sådan lindrigare art att de delvis var arbetsföra. Sverige, vars befolkning tillhör dem med den längsta livslängden i världen, kom därigenom att för en tid få världens högsta ohälsotal. Systemen började kosta långt mer än vad som ansågs rimligt. Det som en gång var lösningar på problem förvandlades till problem som krävde nya lösningar. Och mycket riktigt: i den situationen började statsmakterna satsa på allehanda reformer som skulle bryta långtidsarbetslöshet och s.k. bidragsberoende.

I interventionsbärarnas perspektiv kan *bieffekt* (biverkning, biverkan, sidoeffekt) definieras som en faktisk konsekvens av interventionen, som inte kan räknas till de eftersträlvade huvudeffekterna. Huvudeffekter kan definieras som de

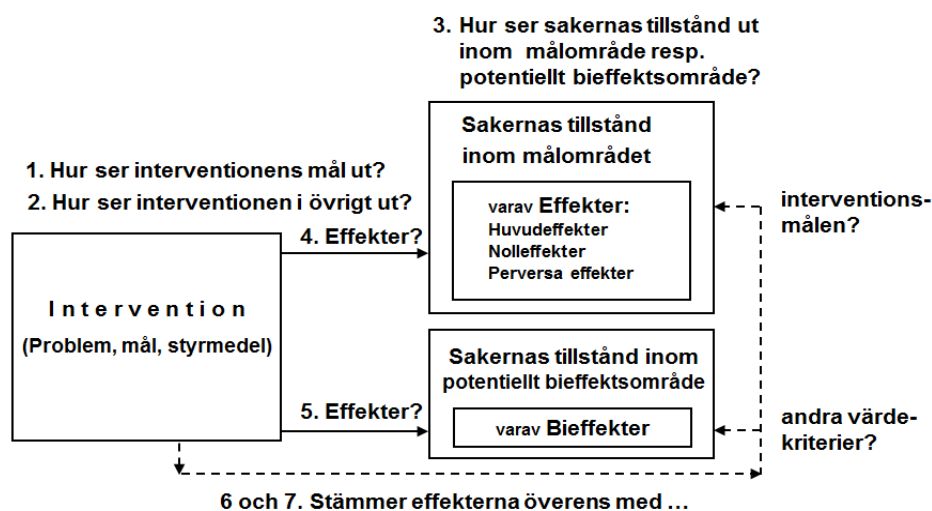


faktiska sakernas tillstånd som produceras av interventionen och som reformbärrarna medvetet önskar uppnå med interventionen i fråga. Huvudeffekt är således i just detta fall knuten till interventionens sakinriktade mål samt till vad interventionens införare trodde sig kapabla att uppnå. Vidare är den per definition både förutsedd och positivt värderad av interventionens tillskyndare. Bieffekter kan vara förutsedda och beaktade i den kalkyl, som föregick ingripandebeslutet. De kan vara både positiva och negativa.

Offentliga interventioner kan också få *perversa effekter*. Perversa är sådana följder av offentliga ingrepp, som blir rakt motsatta de som avsågs. Eftersom perversa effekter uppträder inom målområdet, har måluppfyllelsemodellen i princip inga problem med att spåra just dem. Utvärderingsläran talar också om *nolleffekter* inom målområdet. Nolleffekter är något annat än perversa effekter. Nolleffekter betyder att insatsen inte får några konsekvenser alls inom målområdet. Modellen har heller inga problem med att spåra nolleffekter inom målområdet.

Men detta betyder också att måluppfyllelsemodellen inte kan upptäcka och fastställa bieffekter, eftersom dessa per definition faller utanför det förspecifierade målområde, som modellen täcker. Det är här som *bieffektsmodellen* kommer in i bilden.

Bieffekter bör beaktas i utvärderingar ty de är element i varje helhetsbedömning av en offentlig verksamhet. Om det visar sig att bieffekter, som på förhand varit kända och positivt värderade, inte kommit till stånd, trots att styrningen varit i kraft under avsedd tid, så bör detta få följder för reformprogrammet. Bieffektsmodellens struktur på resultatsidan illustreras i nedanstående figur.



#### Bieffektsmodellen och dess fem frågor

Statsvetare sysslar gärna med bieffekter, en del rekommenderar därför bieffektsutvärdering. Ett kraftfullt argument för att överhuvudtaget göra utvärderingar är insikten att resultat av offentliga ingrepp är oförutsebara, eftersom oavsiktliga händelser alltid inträffar. Även vad gäller värderingskriterier innebär bieffektsmodellen en vidgning genom att på förhand uppställda mål kompletteras med värderingskriterier för bieffekter. Om vissa bieffekter inte är förutsedda, så är naturligtvis värderingskriterier för bedömningen av dem heller inte angivna i form av mål. Därför är officiella mål otillräckliga för att värdera oförutsedda bieffekter.

En möjlig lösning är denna. Utvärderaren kan kartlägga om huvudeffekter och förutsedda bieffekter verkligen inträffat och värdera dem i ljuset av angivna

mål. Vid sidan härav kan hon också lokalisera oförutsedda bieffekter men överlåta till olika användare av utvärderingen att i efterhand (ex post) själva värdesätta dem. Beaktandet av oförutsedda bieffekter tvingar utvärderingen att nyttja andra värderingskriterier än dem, som från begynnelsen var inkorporerade i interventionen.

### Mållösa modellen

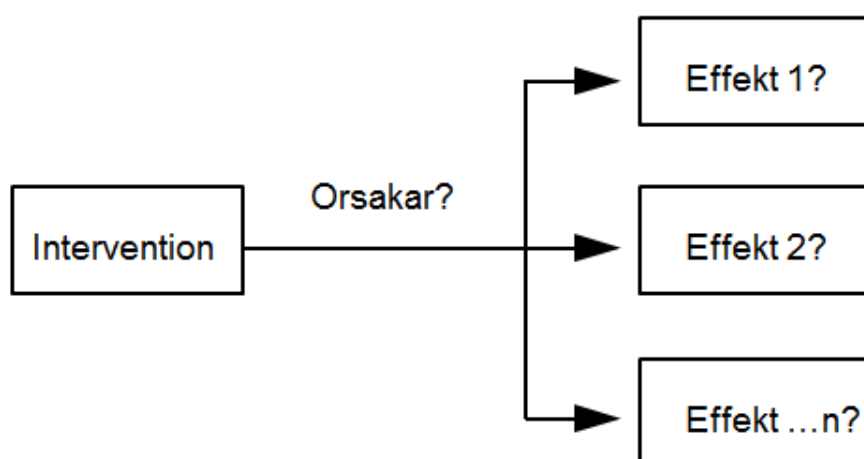
På grund av oprioriterade målkataloger och allehanda andra olägenheter att arbeta med interventioners egna mål har åtminstone en djärv utvärderare dragit en utomordentligt radikal slutsats. Jag syftar på *Michael Scriven* och hans mållösa utvärderingsmodell.<sup>5</sup>

Vid en första anblick gör Scrivens inlägg (se Vedung 1998:68) ett fräckt, nästan frivolt intryck. Han chockerar oss nämligen genom att hävda att utvärderingar skall vara målfria. Men detta måste ju vara en *contradictio in adjecto*. Hur skall vi kunna värdera, om vi inte får ställa upp mål att värdera mot?

Vad Scriven vänder sig emot är utvärderarnas monomana fixering vid interventionsmål. Evalueringens organiserande princip bör i stället vara resultat, oavsett om de är planerade eller oplanerade. Genom att negligera verksamhetens mål kan utvärderaren med oförvillat sinne koncentrera sig på dess totala verkningar.

Den mållöse utvärderaren riktar hela sin uppmärksamhet mot insatsens alla tänkbara effekter. Därvid bör hon undvika att ta insatsmålen i betraktande. Hon bör rentav vidta åtgärder för att helt avskärma sig från målen. Kunskap om förutbestämda mål och resonemang om avsedda effekter kan bli en hjärnkorsett, som hindrar henne att varsebli viktiga resultat. Och utvärderingens huvuduppgift är att finna ut allt om konsekvenser. Eftersom den mållösa utvärderaren inte får ta reda på insatsmål, har hon ingen grund för att skilja mellan avsedda och oavsedda bieffekter. Hon kan enbart fastställa effekter. Den mållösa modellen är en *alleffektsmodell*.

En översikt över den mållösa modellens enkla skelett ges i nedanstående figur.



### Mållösa utvärderingsmodellen.

<sup>5</sup> Mållös är mitt eget ord för Scrivens goal-free evaluation; dubbeltydligheten är avsiktlig i ett måhända krampaktigt försök att lätta upp stämningen.

Mållös utvärdering är i grunden ett försök att tackla bieffektsproblemet, ett spöke som jagar all politisk planering och målbaserad utvärdering. Den försöker göra detta genom att koppla ett brett grepp om insatsernas effekter. Genom att medvetet undvika distinktionen mellan huvudeffekt och bieffekter, ja genom att undvika distinktioner överhuvudtaget på effektsidan, så antas modellen kunna hjälpa utvärderaren att spåra utfall som annars skulle ha förblivit oupptäckta. Risken för favorisering av reformbärare blir också mindre; eftersom utvärderaren inte känner till de underliggande målen kan hon inte omedvetet gräva fram sådant, som programmakare och programadministratörer helst av allt önskar höra.

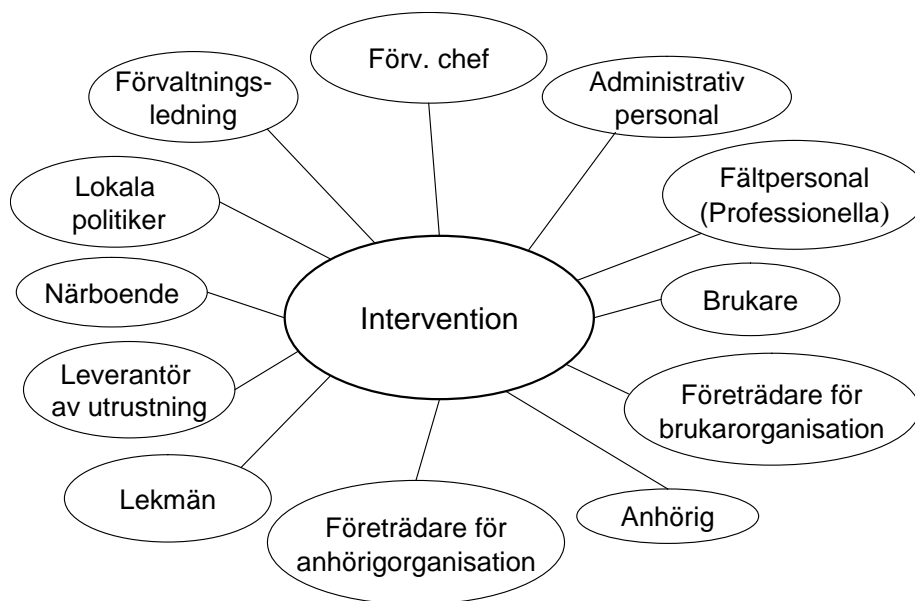
Mållös utvärdering är billigare och lättare att hantera än måluppfyllelse- och bieffektsmodellerna. Genom att undvika den retoriska gröten kring programmål kan utvärderaren spara energi och pengar som kan användas på annat.

Ett problem med mållös utvärdering är att den inte anvisar någon värdegrund utifrån vilken effekterna kan bedömas. Därför kan den målfria modellen inte kallas utvärdering överhuvudtaget, kan det hävdas. Ett sådant semantiskt avståndstagande är ofruktbart. Mållöshet kan vara en styrka i utvärderingssammanhang: de ansvariga som materialet levereras till får själva bedöma och värdera resultaten i efterhand (ex post).

### Intressentmodellen

Intressentutvärderingens bedömningskriterier är förhoppningar och farhågor hos *interventionens* berörda. En berörd har ett delägarskap i den intervention som ska utvärderas ("äger frågan"). Om en intervention ger en individ pengar, status, makt, anseende hos kolleger och allmänhet, chanser och möjlighet till avancemang så besitter denne ett delägarskap i interventionen och är därmed en berörd. Att ta sin utgångspunkt i intressenternas bedömningskriterier är något helt annat än att ta sin utgångspunkt i insatsens –inneboende mål. Intressentmodeller pekar hän mot en pluralistisk bedömning, ty varje intressentgrupp har förmodligen sina egna speciella värdeuppsättningar.

Figuren nedan ger en överblick över potentiella intressenter i en lokal offentlig verksamhet, närmare bestämt en kommunal äldreomsorg.



Potentiella intressenter i kommunal äldreomsorg

Intressentmodellen kan tillämpas på flera sätt. Intressenterna kan konstituera sig som utvärderingslag och själva ansvara för granskningen. I fortsättningen utgår vi från att intressentutvärdering utförs av särskilda utvärderare, som kartlägger intressentfältet, gör urval, kontaktar informanter, strukturerar analysen och rapporterar rönen.

I intressentmodellen måste utvärderaren vara lyhörd för de berördas farhågor och förhoppningar. Hon ska genom dialog med de berörda successivt komma fram till vilka dimensioner i objektet som ska utredas och vilka värderingskriterier i form av farhågor och förhoppningar och standarder på dessa kriterier som ska tillämpas vid bedömningen.

Intressentmodellen anses ha flera förtjänster. Demokratiargumentet utgår från modellens förment participativa och deliberativa inslag. Förvisso innebär folkstyrelse att medborgarna i fria val får välja mellan konkurrerande eliter (partier), som fattar beslut å medborgarnas vägnar (representativ demokrati). Men enligt en annan demokratisyn måste medborgarna också få delta direkt vid utformning av slutliga beslut om handlingsstrategier, samt mellan valen i försök att påverka representanterna (deltagardemokrati, participativ demokrati). Vidare borde fria, obundna, seriösa samtal vara vitala inslag i folkstyrelsen, ty sådana hjälper medborgarna att raffinera sina verklighetsuppfattningar och preferenser (samtalsdemokrati, deliberativ demokrati). Demokratiargumentet säger att intressentmodellen, bättre än måluppfyllelse- och bieffektsmodellerna, tillvaratar dessa värden från deltagardemokrati och samtalsdemokrati.

Intressentmodellen förmodas främja kompromisser. Intressentförsamlingar är verktyg för att skapa bred enighet i bedömningar av resultat av tidigare ansträngningar och, än viktigare, förslag till framtida handlande. Fast förvisso kan också intressentgruppernas olika åsikter hållas isär i utvärderingen.

Mot intressentmodellen hävdas att den har ett otydligt förhållande till representativ demokrati. Eftersom representativ demokrati är den grundläggande formen för folkstyrelse i de flesta industriländer, kan beslutsfattande i olika samhällssektorer inte villkorslöst överlämnas till intressenterna. I slutänden tillhör makten demos, dvs. folket som individer, dess företrädare och företrädarnas företrädare. Intressentutvärdering, som inte bygger på individers rättigheter utan på grupper, måste verka inom de ramar som dragits upp av den representativa demokratin. Intressentmodellens kompetens och vikt i relation till det representativa demokratiska systemet är oklart uttryckt i intressentutvärderingar.

Intressentmodellen är också opraktisk och kostsam. Intressentgrupperna måste identifieras, företrädare utses, många möten hållas och rapporter skrivas, vilket är omständligt och dyrt. (Karlsson 1995).

### **Brukarorienterad utvärdering**

Brukarorienterade utvärderingsmodeller låter individerna i målgruppen (deltagarna, klienterna, kunderna) värdera utifrån sina egna värderingskriterier. Brukarmodeller skiljer sig från intressentmodeller genom sin fokusering på en intressentgrupp. Huvudfrågorna i brukarorienterad utvärdering är följande:

Når den offentliga verksamheten upp till den kvalitet, som slutmottagarna anser rimlig, kräver eller behöver

1. under processen fram till leverans
2. i form av slutprestationer
3. vad gäller brukarnas responser på slutprestationer eller

4. genom de effekter som den ger upphov till i något utfallsled

Termen ”brukare” är omstridd men får här beteckna *slutmottagare av offentliga åtgärder* (se förklaring i Vedung & Dahlberg 2013). I exemplet kommunal äldreomsorg enligt figur 8 ovan är brukarna de gamla som mottar service på äldreboendet eller i hemmet. Andra tänkbara brukare är låntagarna i kommunbiblioteket, passagerarna på det kommunala trafikbolagets bussar och eleverna i den kommunala skolan.

I brukarutvärdering kan brukarna uppträda som individer, som grupp eller som organiserad företrädare för brukarkollektivet.

Om vi tänker oss socialtjänst kan brukarna bli ombedda att fälla omdömen om t.ex. socialkontorets tillgänglighet (process fram till slutprestation), om tjänstegivningens omfattning och kvalitet (slutprestationer) samt om dess effekter på socialtjänstmottagarna (konsekvenser på utfallsnivå). Brukarmodellen kan använda brukarnas önskemål, krav, bedömningar, mål, farhågor, bekymmer eller förväntningar som värderingskriterier. De kan också utgå från brukarnas behov.

Brukarmodeller beskrivs ofta som kundorienterade (Vedung & Dahlberg 2013). Den som köper en Volvo sägs inte fundera över volvoledningens mål med fordonet; hon väljer att köpa en bil som motsvarar hennes egna önskemål och vars pris ligger inom ramen för hennes betalningsvillighet. Denna konsumenttankegång borde också tillåtas slå igenom i kommunernas socialtjänst, äldreomsorg, barnomsorg och ungdomsinitiativ, hävdas det. Om brukarna behandlades som kunder, så skulle verksamheten bli tydligare inriktad mot brukarnas krav. Samma idé frambärs också som motivering för brukarutvärdering.

Parallellen med kunders inköp på marknaden kan inte drivas för långt, menar statsvetare. I tänkandet kring brukare ingår också att brukarna ska kunna göra sina stämmor hörda gentemot serviceproducenten och därmed påverka eller ta ansvar för tjänstens innehåll. Brukarmodellen innehåller moment av resonerande, lärande-genom-dialog och influerande, som bör få komma till uttryck i brukarorienterad utvärdering. Brukarmodellen hänger ihop med ett deltagardemokratiskt och ett samtalsdemokratiskt synsätt.

Det anförs åtskilliga nackdelar med brukarorientering. Den kan skapa brukarmissnöje och politikerförakt. Till skillnad från kunder på marknaden så betalar inte brukarna själva för vad de får. Brukarna tenderar att kräva någonting för ingenting. De vill ha bättre service för egen del samtidigt som kostnaderna ska bäras av alla. Brukarna kan således inte förväntas anlägga ett totalt kostnadsintäktsperspektiv, vilket politiker och budgetansvariga förvaltningschefer tvingas göra. De har fiskala funktioner. När brukarna eventuellt får nej på sina krav framförda i en utvärdering så skapas missnöje och legitimitetssvikt.

Statsvetenskapen ser brukarmodeller som ett komplement till måluppfyllelse-, bieffekts- och intressentmodellerna, eftersom de reser ett annat problem. Det är t.ex. rimligt att ta hänsyn till de gamla i den kommunala hemtjänstens när det gäller besökstider, personligt bemötande och en del förslag angående hemtjänstens innehåll och att detta kommer fram i utvärderingar. Men brukarkrav kan inte i alla lägen tillåtas väga tyngre än principen att servicegivarna, inom givna ramar, ska vara följsamma mot sina administrativa överordnade och indirekt mot politiska församlingar som kommunfullmäktige och ytterst kommunmedborgarna. De har genom sina röster bestämt sammansättning och generell inriktning av arbetet i dessa församlingar.

*Brukarutvärdering måste hålla sig inom de ramar som lagts ut av det representativa demokratiska systemet och därmed ytterst medborgarna. Detta*

framhåller statsvetarna gärna med en viss kraft. Den representativa, stora demokratin är för dem viktigare än brukarorienterade, lilla demokratin.

## Vad lär oss statsvetenskapliga perspektiv på utvärdering?

För statsvetare hör utvärdering hemma i ett demokratiskt sammanhang. Direkt demokrati och deliberativ demokrati spelar en roll i statsvetenskapligt utvärderande. I huvudfallet knyts dock utvärderingen till den representativa demokratin parlamentariska styrkedja. Det statsvetenskapliga perspektivet betonar därvid inte bara effektivitet utan även legitimitet. Att legitimitet eller acceptans spelar en större roll i statskunskapen än i andra discipliner hänger ihop med det demokratiska. En offentlig politik ska inte bara vara effektiv, säger statsvetarna. Det ska också vara legitimt och accepteras av folket.

Den statsvetenskapliga synen på utvärdering är utpräglat pluralistisk. Det finns inte en modell för utvärdering som tömmer ut det statsvetenskapliga perspektivet. Flera modeller ska göra jobbet.

Det statsvetenskapliga perspektivet betonar värdet måluppfyllelse som bedömningskriterium. Ur den representativa demokratin synvinkel är nämligen måluppfyllelsemodellen helt central, eftersom den grundas på idén om den parlamentariska styrkedjan. Mål satta på politisk nivå eller på administrativa nivåer (som fått målsättningsmakt delegerad till sig av högre hierarkiska nivåer) är inte vilka mål som helst. Ytterst har de institutionaliserats av folkets ombud enligt konstitutionella procedurer, vilket skänker dem en demokratisk legitimitet. Medborgare och valda ombud har rättmätig anledning ta reda på huruvida dylika mål har uppnåtts på fältet.

Men statsvetare betonar också måluppfyllelsemodellens nackdelar. Den förmår inte beakta oförutsedda bieffekter. Av denna anledning rekommenderas bieffektsmodellen framför måluppfyllelsemodellen. Bieffektsmodellen är måluppfyllelsemodellen utbyggd till en alleffektsmodell, som även den hämtar sin styrka ur den representativa demokratin princip. Finns det någon akademisk disciplin som med samma styrka och envetenhet framhåller värdet av att söka efter bieffekter?

Mållösa modellen talas det sällan om som modell. Den är en alleffektsmodell, som ligger i linje med den starka resultatorientering som åtminstone på retoriknivå kännetecknat den kommunala sektorn sedan 1980-talet i och med mål- och resultatstyrningens segertåg.

Särskilt från slutet av 1970-talet kom intressentmodellen upp på banan. Dess förespråkare kritiserade måluppfyllelsemodellen för överdrivna anspråk på vetenskaplig objektivitet. Eftersom fullständig objektivitet inte var möjlig att uppnå gällde det att ge flera bilder av verkligheten utifrån olika perspektiv. Just detta kunde intressentmodellen leverera. En svaghet är att intressentmodellen präglas av ett enkelt jämviktstänkande där brukare och byråkrater är lika viktiga som politiker. Ett annat problem är att perspektivrikedomen gör den opraktisk att hantera för en enskild utvärderare. I övrigt gillas intressentmodellen av statsvetare, eftersom den är pluralistisk liksom det politiska systemet i övrigt i en demokrati.

Sedan omkring 1980 har som brukarorienterad utvärdering intagit scenen särskilt inom vård, omsorg, kultur, transport och service samt utbildning. Filosofin bakom är att medborgaren är en kund vars önskemål bör beaktas så att utbudet blir mer brukartillvänt. Indirekt ökar därmed också systemets effektivitet och legitimitet.

Därtill kommer en participativdemokratisk och deliberativdemokratisk bevekelsegrund: medborgarna ska inte inveckla sig i det politiska via allmänna val enbart, utan även direkt såsom brukare i inträngande samtal. Utvärdering är en lämplig arena för detta.

Brukarmodellen kan komma i konflikt med modeller för måluppfyllelse och bieffekter, vilka hämtar sin huvudsakliga legitimitet ur en representativ demokratisyn. Eftersom representativ demokrati är den grundläggande formen för folkstyre, måste brukarmodellen tillåtas verka enbart inom gränser som dras upp av det representativa systemet. På detta sätt kan information producerad av brukarmodellen komplettera information producerad av målmodeller och bieffektsmodeller.

Varje utvärderingsmodell anlägger ett perspektiv och ger en typ av svar. Därför rekommenderas triangulering. Modellerna kan kombineras med varandra beroende på vilken information som efterfrågas. Bakom anas ånyo statsvetenskaparnas demokratiteoretiska, modellpluralistiska och föga metodortodoxa synsätt.

## Referenser

- Blom, Björn, Stefan Morén och Lennart Nygren, red., Utvärdering i socialt arbete: Utgångspunkter, modeller och användning, 285-299, Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, Magnus & Evert Vedung, 2001, Demokrati och brukarutvärdering, Lund: Studentlitteratur.
- Grinnell, Jr, Richard M. & Yvonne A. Unrau, 2008, Social Work Research and Evaluation: Foundations of Evidence-Based Practice, Oxford: Oxford University Press, 8th ed.
- Högskoleverket, 2003, Socialt arbete: En nationell genomlysning av ämnet, Stockholm: Högskoleverket, Rapportserie 2003:16 R.
- Karlsson, Ove, 1995, Att utvärdera – mot vad? Om kriterieproblemet vid intressentutvärdering, Stockholm: HLS Förlag.
- Meeuwisse, Anna, Hans Swärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen och Katarina Jakobsson, red., Forskningsmetodik för socialvetare, Stockholm: Natur och Kultur.
- Oscarsson, Lars, 2009, Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter, Stockholm: SKL Kommentus.
- Vedung, Evert, (1997), Public Policy and Program Evaluation (New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.  
([www.transactionpub.com/cgi\\_bin/transactionpublishers.storefront](http://www.transactionpub.com/cgi_bin/transactionpublishers.storefront)).
- Vedung, Evert, 2009, Utvärdering i politik och förvaltning (Lund: Studentlitteratur, upplaga 3). ([www.studentlitteratur.se](http://www.studentlitteratur.se)).
- Vedung, Evert, 2010, ”Four Waves of Evaluation”, Evaluation, 16(3), 263-277.  
<http://evi.sagepub.com/content/16/3/263.full.pdf+html>.
- Vedung, Evert, 2013, ”Six models of evaluation”, I Aral Jr, Eduardo, Scott Fritzen, Michael Howlett, M Ramsesh & Xun Wu, eds, Routledge Handbook of Public Policy, 387 – 400, London: Routledge.
- Vedung, Evert & Magnus Dahlberg, 2013, Demokrati och brukarutvärdering, Lund: Studentlitteratur, upplaga 2.
- Vestman, Ove Karlsson, 2011, Utvärderandets konst: Att granska FoU-miljöer inom välfärd, Lund: Studentlitteratur.



# eHälsa kan utveckla och utvärdera hälso- och sjukvården – möjligheter och förutsättningar

**Göran Petersson<sup>6</sup>**

## Sammanfattning

För att utveckla och utvärdera vården kan eHälsa, dvs. olika IT-lösningar inom hälso- och sjukvården i vid bemärkelse, ge personal, patienter och beslutsfattare goda möjligheter att i ökad utsträckning tillgå värdefull information i nationella register och databaser. Dessa källor kan ge nya och bättre möjligheter för utvärdering genom uppföljning, jämförelser och forskning respektive lärande genom olika former av återkoppling. Ökad användning av beslutsstöd ger större möjlighet att ge kvalitetssäkrade vårdinsatser. För att ta vara på dessa möjligheter och göra dem kostnadseffektiva måste IT i sig fungera optimalt och eHälsa utformas i samråd med användarna och i samverkan nationellt samt enligt ändamålsenliga och legala krav och standarder.

## eHälsa

eHälsa förknippas med att internet ska kunna användas i allt högre grad av patienter och personal inom hälso- och sjukvården för åtkomst till information. Begreppet eHälsa används i allt större utsträckning av utvecklare och ledare inom hälso- och sjukvården samt industrin men i mindre utsträckning av patienter och personal. eHälsa innebär elektronisk åtkomst av information om hälsa i vid bemärkelse, dvs. via IT (informationsteknik)-stöd avseende hälsa, vård, medicin, apoteksverksamhet och omsorg.

Det finns stora förväntningar att eHälsa ska bidra till att lösa olika problem inom vården och göra den effektivare och säkrare. Kraven vad hälso- och sjukvården ska kunna åstadkomma blir allt större i takt med att andelen äldre blir fler med behov av komplexa och långvariga insatser. Utvecklingen av IT stöder

---

<sup>6</sup> Författaren tackar Mats Ohlson (Läkemedelsverket), Bo Hovstadius och Anna-Lena Nilsson (eHälsainstitutet), Nina Rehnqvist (SBU) och Nils Schönström (CeHis) för värdefulla synpunkter.

utvecklingen av kunskapssamhället, som skapar allt större tillgång till information med hjälp av nya stora databaser och via förbättrad kommunikation mellan befintliga system med många nya möjligheter för den enskilde såväl som för samhället i stort. Utvecklingen av eHälsa ger stora möjligheter till att utveckla och utvärdera hälso- och sjukvården.

### **Patientperspektiv**

En stor del av framtida eHälsa går ut på att stärka patientens ställning och makt, vilket understryks i den pågående Patientmaktsutredningen. Patienter, anhöriga och medborgare ska kunna få tillgång till allsidig information om både vården i allmänhet men framför allt sin egen hälsa. Rapporten Din Journal på nätet (CeHis, Inera) visade på olika möjligheter att ge individer tillgång till sina journaluppgifter. Dessutom ska individer kunna göras medvetna val avseende vårdutbud.

Patienter ställer allt större krav på information om sin hälsa, sina rättigheter, och sin prognos, där olika register skulle kunna bidra. Patientens roll och medverkan varierar i olika register. Individer blir allt mer rörliga och i projektet Smart Open Services for European Patients (epSOS) arbetar man för interoperabilitet mellan de europeiska ländernas register och journaler, dvs. ett utbyte mellan databaser som kräver gemensam struktur.

### **IT kan tas till vara på mer**

Trots befintliga planer och satsningar på eHälsa så används IT ännu inte tillräckligt effektivt vilket påpekats av bl.a. Riksrevisionen som kritiserat att IT inom vården ännu inte i tillräcklig omfattning överbryggat olika informationsbehov mellan landsting och kommuner. I regeringens Digitala agenda föreslås kraftfulla satsningar på IT inom alla samhällsgrenar och framförallt inom hälsoområdet för att ta vara på ITs möjligheter speciellt med avseende på medborgarnas tillgång. Mycket av ITs möjligheter baseras på den unika förekomsten av nationella register i Sverige.

Förutom att vara till stor nytta inom vården finns stora förhoppningar att IT-utvecklingen leder till framtagandet av innovativa eTjänster som ska kunna exporteras.

Utvecklingen när det gäller ITs framtida roll inom hälso- och sjukvården har varit långsammare än vad som framförts i olika visionsdokument – kanske mindre beroende på IT i sig utan mer beroende på de sammanhang där IT tillämpas men även på orealistiska förväntningar. Det finns många exempel på goda isolerade IT-lösningar men utan fungerande samverkan mellan olika system (interoperabilitet) och huvudmän för att vara kostnadseffektiva.

För att ta vara på eHälsans möjligheter med tillgång till de unika nationella registren och databaserna krävs att hänsyn tas till användarnas behov, att tydliga krav ställs på kvalitet, standarder och struktur samt att samverkan på olika nivåer ökar. Bland utmaningarna finns hur vården kan få tillgång till relevant information i databaser i samband med patientmötet och omvänt hur uppgifter till olika kvalitetsregister ska matas in.

### **Vårdens databaser hanteras av olika huvudmän – hälsodataregister respektive kvalitetsregister**

Idag hanteras vårdens databaser av olika huvudmän. På socialstyrelsen finns de så kallade hälsodataregistren som är lagstadgade, dvs. det är lag på att verksam-

heter måste rapportera in till dessa. Till hälsodataregistren hör Patientregistret, Dödsfallsregistret och Befolkningsregistret.

Patientregistret innehåller uppgifter om vårdtillfällen i slutenvård och läkarbesök i öppen specialiserad vård exklusive primärvård. Även primärvården bör rapportera till Patientregistret så att förutsättningar skapas för att följa patienter med komplexa vårdbehov för att samordna rapportering i landsting och regioner.

Beträffande läkemedel är hemvisten för olika register mera spridd. Socialstyrelsen ansvarar för Läkemedelsregistret medan Apotekens Service AB ansvarar för Läkemedelsförteckningen och Receptregistret, Inera ansvarar för SIL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel) och Läkemedelsverket ansvarar för Biverkningsregistret.

Apotekens Service AB uppgift är att tillhandahålla nationella infrastruktur-tjänster som ska vara tillgängliga för alla apoteksaktörer. Bolaget ska också vara en länk mellan apoteken samt hälso- och sjukvården. I samband med översynen av vårdens myndigheter har regeringen föreslagit att Apotekens Service AB ombildas till en ny myndighet som även får ansvara för infrastrukturfrågor för vården som helhet och inte bara läkemedel. Detta förväntas ge underlag för bättre databaskvalitet.

För närvarande (2012) finns 73 Nationella Kvalitetsregister ([www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se)) i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Registren byggs upp av de professionella yrkesgrupper som själva skall ha nytta av dem i sin yrkesvardag. Drift av registren sköts på många olika kliniker runt om i landet och täckningsgraden varierar.

Det finns inte ännu någon nationell medicinsk kunskapsdatabas men SBU ([www.sbu.se](http://www.sbu.se)) har fått i uppdrag att göra en förstudie om förutsättningarna för att skapa en sådan. Däremot länkar SBU till olika internationella databaser, t.ex. Cochranedatabasen om evidensbaserad vård.

Biobanksregistret ägs av landstingen gemensamt och förvaltas av Inera. Ett uppdrag att ta fram en gemensam biobanksstruktur för vårdens respektive forskningens biobanker har getts gemensamt av Sveriges Kommuner och Landsting och Vetenskapsrådet.

### **Öppna jämförelser**

Valda delar av olika kvalitetsregister utgör tillsammans med hälsodataregister basen för Öppna jämförelser, som publiceras med viss fördröjning årligen och ska ge en mångfacetterad bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet genom att visa på utfallet av olika indikatorer demografiskt och geografiskt. Dessutom ingår SKL:s nationella databas för kostnad per patient (KPP) och underlag från Nationell patientenkät. För sjätte gången (sedan 2006) presenterades år 2011 öppna jämförelser med 173 indikatorer, varav 57 var nya för året.

### **Läkemedelsregistret är väl utvecklat**

Läkemedelsregistret är den databas som kommit längst avseende täckningsgrad och åtkomst.

### **Läkemedelsregistret**

I forsknings- och uppföljningssyfte finns sedan 1 juli 2005 i Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen alla av apotek expedierade receptförskrivna läkemedel lagrade på individnivå, dvs. samma innehåll som i Läkemedelsförteck-

ningen. Precis som i Läkemedelsförteckningen ingår inte uppgifter om rekviderade läkemedel till slutenvård/öppenvård eller egenvårdsförsäljning. I Läkemedelsregistret kan inte förskrivare eller arbetsplats identifieras.

Läkemedelsförteckningen innehåller information om alla läkemedel som en enskild person har hämtat ut på recept de senaste 15 månaderna medan Läkemedelsregistret innehåller data ända från starten 2005. Förteckningen innehåller uppgifter om namn, personnummer, inköpsdatum, läkemedel, mängd, dosering och information om förskrivaren. Registreringen är obligatorisk men för att förskrivare eller farmaceut på ett apotek ska få tillgång till uppgifterna krävs samtycke från patient.

### **Bra resurs för kvalitetsarbete i vården**

Information från Läkemedelsregistret kan efter etisk prövning samköras med annan information från vård eller t.ex. Socialstyrelsens andra hälsodataregister. Läkemedelsregistret har använts för ett stort antal olika studier kring hur läkemedel används i Sverige men i begränsad omfattning för att studera läkemedel som markör för kliniskt utfall. Svensk förening för läkemedelsepidemiologi (SLEF) förtecknar på sin hemsida ([www.pharmacoepi.se](http://www.pharmacoepi.se)) en rad studier som är gjorda tack vara tillgången till Läkemedelsregistret.

Läkemedelsanvändningen på årsbasis finns öppet tillgänglig via [www.sos.se](http://www.sos.se) och [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

### **Kunskapsstöd = beslutsstöd i konsultationssituationen mest för läkemedel**

Beslutsstöd i konsultationssituationen kan ges på två principiellt olika sätt. På det ena sättet länkas man ut till en fristående extern databas där man i bästa fall länkas till en specifik del av databasen, t.ex. en diagnos och i sämsta fall till ingången av en övergripande databas där man själv får söka vidare för att hitta information om en diagnos. Detta är främst användbart när man har gott om tid att söka och läsa. På det andra sättet kan man få information om t.ex. ett specifikt läkemedel, som man håller på att ordinera och samtidigt få en signal om att läkemedlet av olika skäl inte passar den aktuella patienten. Detta senare sätt att få tillgång till information, som bygger på framtagandet av olika komplicerade algoritmer, är mycket ändamålsenligt så länge signalen är relevant.

Fungerande beslutsstöd i konsultationssituationen finns idag i begränsad omfattning och framförallt vid läkemedelsordinationer. Flera journalsystem har en läkemedelsmodul med varningar för t.ex. interaktioner mellan olika läkemedel, graviditet, allergi.

Farliga kombinationer av läkemedel ska det varnas för men beroende på hur signalmotorn är inställd kan signaler utlösas även vid mindre viktiga och redan väl kända kombinationer. Om förskrivaren varnas alltför ofta på kombinationer som inte kräver åtgärd är risken att förskrivaren inte uppmärksammar de fall som verkligen kräver åtgärd – alert fatigue. Det gäller att hitta en relevant tröskel för olika signaler.

Avseende läkemedelsexpediering finns ett kunskapsstöd EES (elektroniskt expertstöd), som idag används på apotek och jämför det aktuella receptet med tidigare förskrivningar. EES signalerar när det finns risk för läkemedelsrelaterade problem beroende på dubbelförskrivning, ålder och interaktioner.

Vissa journalsystem kan nå interaktionsdatabasen SFINX direkt via det så kallade Janusfönstret eller indirekt då man måste logga in till databasen separat ([www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)).

Förskrivningen av aktuella läkemedel kan nås via den landstingsgemensamma SIL - tillhandhållen av Inera.

För att förbättra kvaliteten på läkemedelsanvändningen håller det på att skapas en nationell ordinationsdatabas (NOD) med patientens samtliga aktuella läkemedel med åtkomst för patient respektive apotek och förskrivare efter samtycke från patienten eller dess ombud. När väl NOD fungerar skulle dels patienten tillförsäkras en bättre läkemedelsbehandling, dels vården få en säkrare bild av läkemedelskonsumtionen.

Oavsett vilka kunskapsdatabaser som ska användas måste innehållet respektive relevans för olika regler uppdateras regelbundet av kvalificerade personer.

## Möjligheter och förutsättningar för nationella register och databaser

Olika register och databaser skulle kunna användas som en del av eHälsa för utvärdering, utveckling och förbättringsarbete inom vårdens verksamheter samt för livslångt lärande, dvs. såväl under grundutbildning som fortbildning, och forskning. För att kunna utgöra ett stöd krävs först och främst att man överhuvud taget har enkel tillgång till registret respektive databasen. För detta krävs att olika IT-lösningar är sunt konfigurerade och implementerade respektive kopplade till olika interna vårdssystem respektive internet. Vissa myndighetsregister kan man lätt komma åt utan inloggning (t.ex. läkemedel) medan kvalitetsregistren vanligen kräver behörig inloggning (något som statistikutredningen vill ändra på).

Vidare ska registret vara användbart, dvs. innehålla de uppgifter som det avser. Ett användbart register ska vara tillförlitligt, dvs. validerat - mäta vad det avser att mäta och ha litet bortfall. Informationen måste vara begriplig, relevant och uppdaterad. För att skapa relevant innehåll krävs att användarna är involverade i produktionen av register (för konsensus). Om registret uppfyller dessa kvalitetskrav ökar motivationen att använda det. Motivationen ökar än mer om man får återkoppling på de data man själv har matat in och tillgång till analyser som är aktuella.

Vid träning med datoriserade simulatorer ingår återkoppling då man jämför användarens prestation med ett ideal respektive en databas med ett snitt av andra användare. Genom återkoppling kan en individ bli medveten om sitt eget beteende och justera det men också en hel organisation som kan använda registren för styrning och förbättringsarbete.

Datauttag och analys av kvalitetsregistren måste göras på ett så enkelt och användarvänligt sätt som möjligt. Lättanvända analys- och presentationsmoduler måste ställas till klinikernas förfogande som stöd för det löpande förbättringsarbetet.

För att den framtida utformningen av nationella kvalitetsregister ska lyckas är det av avgörande betydelse att professionen känner delaktighet och engagemang i registerarbetet.

För att konstruera användarvänliga system krävs kvalificerad programmering av sofistikerade system med åtföljande höga kostnader. Det är därför ändamålsenligt att samverka nationellt för att ta fram gemensamma lösningar. Exempel på sådana nationell samverkan finns inom thoraxkirurgi med sitt Carath-projekt.

## **Koppling journalsystem och register – automatisk datafångst och struktur avgörande**

För att register ska ha en hög datakvalitet och täckningsgrad måste inmatning av data till register underlättas så att onödig tidsåtgång och felöverföring undviks, speciellt när inmatning görs manuellt. Automatisk datafångst är ett sätt att lösa detta under förutsättning att de data man vill registrera redan finns i den elektroniska journalen. Tyvärr saknar idag de flesta elektroniska journaler de data, som ska ingå i kvalitetsregistren. Flera data finns men ligger oftast inbäddade i annan löpande text. För att klara av automatisk datafångst måste journalen göras strukturerad med olika fält som ska fyllas i. CeHis bedriver arbete att skapa automatisk datafångst i olika journalsystem. I projektet GIK - Gemensam informationsstruktur för vård och omsorg - tillämpning kvalitetsregister – arbetar Sveriges Kommuner och Landsting med att undvika dubbelregistrering.

För att eHälsa med olika register ska kunna användas på ett ändamålsenligt och säkert sätt behövs standardiserad struktur och krav på utformning. Socialstyrelsen respektive Kommittén för hälso- och sjukvårdsinformatik vid Swedish Standards Institute ([www.sis.se](http://www.sis.se)) arbetar med att ta fram standardiserade begrepp och en gemensam informationsstruktur för vård och omsorg genom användningen av Nationellt Fackspråk, NF, och Nationell Informationsstruktur, NI.

## **Krav på IT-lösningar för att undvika problem – eHälsa i sig behöver utvärderas för att kunna vara del av vårdens utveckling**

Det finns stora potentiella kvalitativa vinster med eHälsa men det finns också många ”IT-problem”, dvs. nya fel som uppstått vid införandet av IT – senaste exemplet är införandet av ordinationssystemet ”Pascal”. Ett växande problemområde inom vård och omsorg är de nya risker som uppstår genom den ökade användningen av IT-baserade medicinska och administrativa stödfunktioner, vilket framgår av det ökande antalet lex Maria-anmälningar på grund av ”IT-fel”. Initiala brister kan accepteras med de flesta system men bristerna måste åtgärdas snabbt och helst av allt förutses i pilottester för att elimineras vid skarp drift och drift i stor skala. Annars leder detta till onödiga misstag och frustration för personalen med onödiga säkerhetsrisker för patienter.

Tillsynen av IT-system står alltså inför stora utmaningar. Läkemedelsverket har till uppgift att tillse inte bara traditionella medicinsktekniska produkter utan även informationssystem som klassas som medicinteknisk produkt, tydliggjort sedan 2009. Läkemedelsverket har en aktiv tillsyn inom området men fortfarande finns det behov av mer detaljerade acceptanskriterier. Då dessa kriterier måste utgå från brukarnas behov efterlyses en mer aktiv återkoppling från vårdens aktörer om brister och risker. Genom att använda Läkemedelsverkets speciellt avsedda formulär kan återrapportering ske systematiskt. Med detta som underlag kan Läkemedelsverket formulera krav och bedriva förbättringsarbete. Läkemedelsverket arbetar för närvarande tillsammans med branschföreträdare med uppdatering av riktlinjer för medicinska informationssystem. Socialstyrelsen arbetar med en uppdatering av föreskrifter om journalföring och informationshantering. Båda är viktiga arbeten för att tillgodose säkerheten i vårdens IT-system.

Avseende läkemedelsmoduler har enstaka försök gjorts att kvalitetsgranska eRecept i olika journalsystem. Genom att tillämpa redan kända krav har kvalitetskriterier satts upp för granskningen. Denna typ av kriterier bör användas innan ett IT-system införs respektive uppgraderas.

För att eHälsa ska komma till sin rätt behövs regelbundna utvärderingar av IT i sig, dels vid införande av nya system, dels av befintliga system. Utvärderingar av IT behöver ske på olika nivåer och med olika omfattning: detaljerat innan införande – klinisk utvärdering (Läkemedelsverket), med användarnas synpunkter (Users Award), helhetsbedömning i ett sammanhang (eHälsainstitutet), och autentiskt och aktionsbetonat (IT-rond).

Både vid produktion och utvärdering av olika IT-lösningar behövs tvärvetenskaplig kompetens framförallt inom datavetenskap och vård, där kombinationen innebär det nya gränsöverskridande området hälsoinformatik.

Vid uttag av data från register behövs även kompetens inom biostatistik och epidemiologi.

## eLäkekonst och den icke mätbara kvaliteten

Det pågår en diskussion inom läkarprofessionen på nationell nivå om kvalitetsregistrens begränsningar i förhållande till hälso- och sjukvårdsverksamheten som helhet. I debatten förs fram farhågor om överdokumentation, värdet av icke mätbar kvalitet och integritetsfrågor.

Det centrala i sjukvården bör även fortsättningsvis vara individuella bedömningar som grundas i det viktiga mötet mellan läkare och patient – läkekonst. Det gäller dock att hitta sunda former av eHälsa så att detta möte stöds av olika IT-lösningar – eLäkekonst.

Läkekonst handlar om ett helhetsgrepp i en konsultationssituation där många faktorer har betydelse – kroppshållning, utseende, röst, språk, lukt, dialog mm. En del observationer går att dokumentera och registreras systematiskt men allt går inte att mäta – och ska inte mätas även om det går att mäta. Ansvariga för kvalitetsregister är väl medvetna om detta och försöker ta med relevant information. Annars riskerar man en mättrötthet förutom stora kostnader. En överdokumentation riskerar att göra vården fragmentiserad och svåröverskådlig.

Professionen har framfört att olika medicinska verksamhetsområden lämpar sig olika väl för mätning med hjälp av registerdata och att det finns en övertro på IT-stöd i form av register och beslutsstödssystem; ibland finns en benägenhet att dra alltför stora växlar på enstaka data eller att använda rankning på ett felaktigt sätt. Vissa landsting har börjat använda registrering i kvalitetsregister som ett kvalitetsmått i sig, som ibland även styr ersättningsnivån till vårdenheten. Här gäller det att kombinera eHälsans möjligheter med professionens behov för att utveckla vårdkvaliteten. För att inse fördelar med kvalitetsregister som guldgruva när det gäller att utveckla vården anser många att tekniska och juridiska förutsättningar måste komma ifatt den kraftiga ekonomiska satsning som nu görs och vara baserad på en accepterad etisk värdegrund.

## Integritet

För att värna om patientens krav på integritet respektive samhällets, vårdens och forskningens behov måste säkra system byggas upp. Personnummerbaserade uppgifter behövs framför allt för att kunna följa patientens väg genom vården samtidigt som all forskning måste bygga på uppgifter som gör det möjligt att koppla samman uppgifter som samlats in vid olika tillfällen om en individ (med säker identifiering).

För att tillgodose individens behov om å ena sidan skyddade uppgifter och å andra sidan tillgång till relevant information gäller det att hitta en balans mellan vad som är tekniskt möjligt (IT), tillåtet (legalt), lämpligt (etik), effektivt (kostnad) och realistiskt (kliniska situationen).

Samkörningar mellan register måste bygga på säker identifiering men får aldrig presenteras så att enskilda personer eller närstående kan identifieras eller lida skada eller men. Ofta har etiska kommittéer godkänt aktuella forskningsprojekt i avvägningen mellan nytta och risk medan Datainspektionen har en annan uppfattning om riskerna och har ifrågasatt vissa register - senast EpiHealth, LifeGene och SveDem.

## Samverkan för framgång

För att ta vara på eHälsa i utveckling och utvärdering av hälso- och sjukvården krävs samverkan på olika nivåer avseende produktion, användning och utvärdering av IT-lösningar.

Utvecklingen där varje landsting eller klinik bygger egna IT-lösningar förhindrar eller fördröjer nödvändig samordning och är därför nationellt sett sannolikt mer kostsam. Det gäller att uppnå en ömsesidig respekt mellan vårdens respektive de krav och förutsättningar olika IT-lösningar har. Detta tar tid och kostar. Därför måste samarbete ske på nationell nivå.

För att stödja start och utveckling av nationella kvalitetsregister finns det sju nationella registercentra med olika kompetenser och profiler: QRC (Quality Research Centre, Stockholm), EyeNet Sweden, KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro, Uppsala.), Registercentrum Syd, UCR (Uppsala Clinical Research Center), Registercentrum norr och Registercentrum Västra Götaland.

Socialstyrelsen har en nationell registerservice, som arbetar för datakvalitet i nationella kvalitetsregister, hjälper till med samkörningar och ger metodstöd för exempelvis case mix-justering.

För att stimulera registerforskning tar Statistikutredningen upp behovet av samordning av gemensamma delar såsom basdata, inmatning/överföring, struktur och datauttag/tolkning mellan register samt klargörande av lagstiftning avseende integritet vs nytta. Förslaget att inrätta en ny myndighet med ett forskningsdataråd garanterar samordningsmöjligheter avseende register och databaser och att myndigheten kan bistå forskare med service avseende dokumentation och information, råd avseende ansökningar och praktiska datahantering. Härigenom kan resurser utnyttjas bättre och forskare kan fokusera på frågeställningar och dataanalyser.

Samrådsgruppen för nationell eHälsa utgör ett forum för förankring av olika initiativ från socialdepartementet och dess myndigheter samt SKL, professionsorganisationer och branschorganisationer.

För att uppnå visionerna om utveckling av eHälsa skrivna år 1997, år 2002 (för år 2011) respektive senast av riksdagens ”eHälsa – nytta och näring” år 2012 (för år 2030) behövs ett hälsoinformatiskt synsätt – tvärvetenskapligt och multiprofessionellt – och helhetssyn med användarperspektiv samt nationell samverkan mellan organisationer.

## Slutsats

Sammantaget finns goda förutsättningar i Sverige för att eHälsa kan innebära goda möjligheter för att utveckla utvärderingen av hälso- och sjukvården på följande sätt:

1 uppbyggnad av register och databaser skapar nya och bättre möjligheter för utvärdering av hälso- och sjukvården



2 ökad tillgänglighet till information (via interna system och internet) skapar nya och bättre möjligheter för utvärdering och

3 ökad användning av beslutsstöd ger större möjlighet att ge kvalitetssäkrade vårdinsatser.

## Referenser

- Axelsson C. Registerdata i förbättringsarbete - personalens uppfattning inom Landstinget i Kalmar län. Rapport eHälsainstitutet, Linnéuniversitetet, 2011:1-14. <http://lnu.se/forskargrupper/ehalsainstitutet/publikationer/rapporter>.
- Broberg-Danielsson H, Nilsson A-L, Petersson G. Quality of eHealth Evaluation in practice – A Case Study. Manuskript 2012.
- Brommels M. Mega möter mini. Läkarutbildningen – hur bra är den. S 145-158. Rapport Högskoleverket 1997/29R:145-158.
- Friberg O, Engström KG, Hentschel J, Freter W, Aberg B, Dahlin LG, Sandin M, Näslund U. Carath – ett verksamhets-initierat kvalitetsregister och processtöd. Läkartidningen 2011;108(26-28):1365-9.
- Jäderlund Hagstedt L, Rudebeck CE, Petersson G. Usability of computerised physician order entry in primary care: assessing ePrescribing with a new evaluation model. Informatics Prim Care. 2012;20(2):161-8.
- Hoffman M. Läkemedelsregistret – bra resurs för kvalitetsarbete i vården. Läkartidningen 2011;108:1101.
- Hovstadius B. On drug use, multiple medication and polypharmacy in a national population. Thesis. Linnaeus University, 2010.
- Jokela P, Karlsudd P, Östlund M. Theory, method and tools for evaluation using a systems-based approach. Electronic Journal of Information Systems Evaluation 2008; 3(11):197-212.
- Lexne E, Johansson E, Petersson G, Gustafsson L L. Effektiv och säker läkemedelsterapi kräver bättre IT-system. Enkät till läkemedelskommittéernas ordförande visar på brister. Läkartidningen 2010; 3, 102-5.
- Utbult M. Vi skriver år 2011: Så blev det med IT, vården och lärandet. Distum Rapport Nätverka för nätlärande inom medicin, vård och omsorg. 2002:15-30.
- Vimarlund V med flera. Att fånga nyttan av IT-investeringar inom vård och omsorg. En analysmodell för planering och uppföljning av IT-investeringar. Rapport 2011.
- eHälsa – nytta och näring. Näringsutskottet NU. Rapporter från riksdagen 2011/12:RFR5.
- Gör det enklare! Slutbetänkande statens vård- och omsorgsutredning. SOU 2012:33.
- Digitaliseringskommissionen - en kommission för den digitala agendan. Dir. 2012:61 <http://www.opengov.se/govtrack/dir/2012:61>.
- Din Journal på nätet. Förstudie. Rapport CeHis. 2012.
- Fyra år med läkemedelsregistret. Socialstyrelsen 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-1>.
- Guldgruvan i hälso- och sjukvården – Förslag till gemensam satsning 2011-2015. Översyn av de Nationella kvalitetsregistren. 2010.
- Klinisk utveckling via register (KUR) - ett utvecklingsprogram för vård, klinisk forskning och näringslivssamverkan. Slutrapport. Delrapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen SOU 2010.
- Läkemedelsregistret. Socialstyrelsen 2012 <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/lakemedelsregistret>.

Medicinska informationssystem - Förslag till vägledning för klassificering av vårdens mjukvarubaserade informationssystem. Läkemiddelsverket 2009.

Ny myndighet för infrastrukturfrågor för vård och apotek. Ds 2012:21. Socialdepartementet 2012.

Registerdata för forskning. Delbetänkande av statistikutredningen 2012. SOU 2012:36.

Riksrevisionens rapport om rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg. Skrivelse 2011/12:34. [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/Riksrevisionens-rapport-om-rat\\_GZ0334/?text=true](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/Riksrevisionens-rapport-om-rat_GZ0334/?text=true).

Standardisering hälso- och sjukvårdsinformatik. SIS/TK344 (Swedish Standards Institute/Teknisk kommitté). 2012.

<http://www.sis.se/informationsteknik-kontorsutrustning/it-till%C3%A4mpningar/h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rdsinformatik/sis-tk-334>.

Tillsynsrapport Hälso- och sjukvård och socialtjänst. 125 sidor. Socialstyrelsen 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/tillsynsrapport>, 2011.

Uppdrag att föreslå hur ett nationellt hälsobibliotek ska inrättas.

Socialdepartementet. S2012/3010/FS.

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2011. Socialstyrelsen 2011.

# Utvecklingen av medicinsk utvärdering – vad kan andra samhällssektorer lära?

**Måns Rosén**

Utvärdering inom medicinens område är mer omfattande och har utvecklats snabbare än inom många andra sektorer i samhället. Det innebär inte att ”allt är rosenrött”. Det finns många områden där vi i hälso- och sjukvården saknar kunskap och där kunskapsbrister innebär stora problem för patienter och befolkning.

I denna artikel ges en kortfattad historik över utvecklingen inom medicinsk utvärdering och en diskussion om tänkbara skäl till att utvecklingen i hälso- och sjukvården varit starkare än inom andra sektorer. Avslutningsvis diskuteras vad olika sektorer kan lära av hälso- och sjukvårdens erfarenheter. Hur kan vi göra uppföljning och utvärdering mer effektiv?

## Historik kring medicinsk utvärdering

År 1601 visade en engelsk kapten att alla de sjömän som på ett fartyg fick treskedar citronsaft överlevde medan 40 procent avled i skörbjugg på två andra skepp där man inte fick citronsaft (1). Dessa erfarenheter togs inte tillvara förrän James Lind år 1747 gjorde ett liknande experiment med samma goda erfarenheter av att få i sig citrusfrukter. John Snow tillämpade epidemiologisk metodik när han 1849 registrerade var dödsfallen i kolera i London inträffade. Han misstänkte att det var förorenat vatten och när pumphandtagen togs bort från misstänkta förorenade brunnar så minskade antalet kolerafall dramatiskt. Semelweis hade under mitten av 1800-talet svårigheter att övertyga sina kolleger om värdet av att tvätta händerna före förlossning. Även det exemplet tog lång tid innan det fick genomslag. Av dessa enstaka exempel kan vi lära oss att enkla experiment kan ge oss kunskap om hur man kan förebygga sjukdom och att det samtidigt tar lång tid innan andra tror på resultaten.

Det är som oftast många olika initiativ som har lett fram till den nuvarande utvecklingen kring evidensbaserad vård och medicinsk utvärdering (health technology assessment, HTA). Allt från Bradford Hills tidiga försök med en randomiserad studie för att studera effekterna av streptomycin för att behandla tuberkulos som publicerades 1948 (2) till dagens situation där beslutsfattare ställer allt större krav på att vården ska vara evidensbaserad för att vara beredd att satsa mer resurser på vården. En viktig pusselbit i denna snabba utveckling

var den skrift som Archie Cochrane publicerade 1972 med titeln ”Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services” (3). Den väckte stor uppmärksamhet i Storbritannien då han hävdade att den brittiska sjukvården skulle kunna förbättra sina resultat avsevärt om de satsade sina begränsade resurser främst på behandlingsmetoder som genom randomiserade kontrollerade försök hade visat sig vara effektiva.

”Health technology assessment” myntades som ett begrepp som avsåg systematiska och breda utvärderingar som ska beakta såväl medicinska (effekter och risker) som ekonomiska, etiska och sociala konsekvenser av metoder i hälso- och sjukvården. Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bildades 1987 och är en av världens äldsta HTA organisationer (4). Förebilden var Office of Technology Assessment (OTA) i USA som dock las ner av kongressen efter bl.a. påtryckningar från lobbygrupper. Ett misstag som president Obama nu försöker kompensera genom en kraftfull satsning på ”comparative effectiveness”. Allt fler länder kom att starta liknande HTA-organisationer runt om i världen under 1990-talet. Cochrane Collaboration startade 1993 och utvecklades som svar på den brittiske epidemiologens Archie Cochranes önskan om uppdaterade, systematiska sammanställningar av randomiserade studier i hälso- och sjukvården. Cochrane Collaboration har växt dramatiskt och består nu av en grupp med över 11 500 frivilliga i mer än 90 länder som tillämpar en strikt och noggrann metodik. Resultaten av alla dessa översikter finns i Cochrane Library som är gratis tillgänglig på SBU:s webbplats ([www.sbu.se](http://www.sbu.se)).

Flera internationella nätverk har sedan startats i takt med att fler HTA-organisationer bildats. INAHTA (International Network on Agencies for HTA) är ett sådant nätverk där SBU har haft sekretariatet under ca 15 år. Andra internationella organisationer är HTAinternational (HTAi) och EUnetHTA (European Network for HTA). Storbritannien har gjort kraftfulla satsningar på evidensbaserad vård. I april 1999 startade man t.ex. National Institute for Clinical Excellence (NICE) som har stor betydelse för vilken vård som ges i England.

Antalet publicerade randomiserade studier illustrerar den dramatiska utvecklingen inom medicin. År 1967 publicerades 217 randomiserade studier (RCT), 1977 1248 RCT, 1987 4447 RCT, 1997 hade antalet stigit till 10357 och år 2011 är det mer än 20 000 RCT som publiceras årligen.

## Evidensbaserad vård

Hälso- och sjukvården har haft en snabb utveckling som alltmer baseras på vetenskapliga rön. Kraven på att tillämpa behandlingar som har vetenskapligt stöd för effekt har ökat. Begreppet EBM (”evidensbaserad medicin” eller ”evidensbaserad vård”) kan ses som ett uttryck för detta. EBM är ett förhållningssätt för att hela tiden kritiskt bedöma om vården vilar på bästa tillgängliga vetenskapliga grund. Det förutsätter att vårdgivaren måste kunna bedöma vad som är bästa tillgängliga metod.

Det blir allt svårare att hinna hålla sig uppdaterad inom sitt verksamhetsområde. Mängden artiklar som publiceras per år ökar kontinuerligt. Beräkningar visar att mer än 1 miljon medicinska artiklar publiceras årligen, varav dock bara drygt 18 000 i omvårdnadstidskrifter – och av dem uppskattas cirka 10–15 procent ha ett praktiskt och bestående värde för patienterna. Så någon måste söka, granska och värdera denna stora kunskapsmassa och en enskild läkare har inte sådana möjligheter.

## Systematisk översikt

En systematisk översikt (systematic review) ska uppfylla högre krav på tillförlitlighet än en översikt baserad på vad författaren känner till, dvs. vara systematisk och transparent med tydliga inklusions- och kvalitetskriterier. En bra systematisk översikt följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slumpen eller godtycklighet påverkar slutsatserna. Hit hör:

- En preciserad fråga/problem
- Reproducerbarhet: Redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) för att sälla fram den relevanta litteraturen samt av strategier för sökning och kvalitetsgranskning
- Systematisk sökning efter all relevant litteratur för den fråga eller problem som behandlas
- Kvalitetsgranskning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna
- Extraktion av data och tabellering från de studier som har kvalitetsgranskats
- Sammanvägning av resultaten i t.ex. en metaanalys
- En bedömning av hur välgrundade resultaten är (evidensgradering)

En välgjord systematisk översikt ger läsaren möjlighet att bedöma trovärdigheten i slutsatserna och att kontrollera om någon viktig litteratur inte kommit med i bedömningen. Svagheter med icke-systematiska översikter är däremot att de ofta bygger på studier som författaren känner till. Dessutom finns det risk för att författaren väljer ut enbart de studier som stödjer författarens egna åsikter. En sådan översikt kan därför komma att ge en skev bild av de verkliga förhållandena.

Hur man kan göra systematiska litteraturöversikter och metodologiskt värdera för- och nackdelar med olika studieuppläggning kan man läsa i SBU:s metodbok (5). Metodproblemen och valet av studieuppläggning kan variera beroende på om effekterna av en behandling skall studeras eller om syftet är att få mer kunskap och förståelse om vårdprocessen.

När det gäller utvärdering av effekter av behandlingsmetoder ger randomiserade kontrollerade försök (RCT= randomised controlled trials) oftast de säkraste slutsatserna. Ibland är det dock inte etiskt försvarbart att göra randomiserade studier. När vi redan har kunskap om att en metod, t.ex. insulinbehandling, fungerar så är det inte etiskt försvarbart att göra en RCT. I ett julnummer av *British Medical Journal* konstaterades skämtsamt att det saknades randomiserade studier som visade effekten av att ha fallskärm vid hopp från ett flygplan (6). Författarna föreslog därför att de mest radikala företrädarna för randomiserade studier skulle delta som försökspersoner i en sådan randomiserad studie. Lämplig studiemetodik kan variera mellan samhällssektorer och vilken frågeställning som ska besvaras.

## Varför har medicinen varit ledande när det gäller utvärdering av sin egen verksamhet?

Vilka skäl kan ha legat bakom den kraftigt ökande viljan i hälso- och sjukvården att utvärdera sin egen verksamhet? Socialtjänsten har via Campbell Collaboration börjat ta steg liknande den som Cochrane Collaboration tagit. Vägen är dock lång. MISTRA har år 2011 inrättat ett råd som ska granska den miljöstrategiska forskningen enligt SBU metodik. Men inom övriga samhällssektorer har utvecklingen gått långsamt. Systematiska kunskapsöversikter inom t.ex. skolans område har börjat diskuteras mer intensivt, men är ändå relativt sällsynt förekommande (7).

Jag vill ta upp några tänkbara förklaringar till att medicinen och hälso- och sjukvården legat före när det gäller såväl uppföljning som utvärdering av sin egen verksamhet. Dessa är:

- Hälsa och sjukdom angår oss alla
- Mer patientstyrd och mindre styrd av rättighetslagstiftning
- Verksamheten har i mindre utsträckning styrts av ideologi
- Hög andel personer i ledande ställning har forskarbakgrund
- Höga krav på att visa nytta har gett starkt ekonomiskt stöd från industrin
- Mindre komplicerade interventioner med enklare mål

### **Hälsa och sjukdom angår oss alla**

Alla drabbas av sjukdom förr eller senare. Även när vi är unga och friska så berörs vi av att föräldrar, släktingar eller barn blir sjuka eller har problem med hälsan. Det spelar ingen roll om vi är rika eller fattiga. När det gäller socialtjänsten så är det en mindre del av befolkningen som får ekonomiskt bistånd eller andra typer av stöd. De som har arbete klarar sig oftast bra utan samhällets stöd. Det är alltså många fler som upplever problemet och vill att resultaten ska bli bra i hälso- och sjukvården än i socialtjänsten. Skolan berör liksom hälso- och sjukvården många, men det är främst barn och ungdomar som går i skolan och de har sällan något att jämföra med och kan inte lika klart ställa krav eller ifrågasätta.

### **Mer patient- och professionsstyrd verksamhet och mindre styrd av rättighetslagstiftning**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen betonas såväl professionens ansvar som patientens möjligheter att ha inflytande. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har klara skyldigheter och fattar egna beslut som individen får ta ansvar för. I socialtjänstens verksamhet fattas ofta politiska beslut där kommunen är ansvarig. Ett större individuellt ansvar ger sannolikt mer incitament för att ta reda på vad som fungerar eller inte fungerar.

Läkare och annan vårdpersonal har ett tydligt ansvar som kan följas upp och där man kan bli anmäld om man inte uppfyller kraven. För lärarna finns inte samma tydliga ansvar eller uppföljningssystem.

### **Hälso- och sjukvården har i mindre utsträckning styrts av ideologi**

Genom att det politiska inflytandet har varit större i t.ex. socialtjänsten och inom skola så har det sannolikt också styrts mer av ideologi och viljeyttringar. Det har inte funnits samma incitament för att förutsättningslöst ta reda på effekter och risker. Exemplet kring omhändertagande av barn utan evidens speglar detta starkt. Vi vet inte om institutionsvård har positiva, skadliga eller inga effekter alls. Barn som placerades i fosterhem på 50- och 60-talen klarade sig inte bättre än de som fick stanna hos sina problemtyngda föräldrar (8). En utvärdering av SBU kring program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn så användes mer än 100 program i svenska skolor (9). Inga av dessa hade utvärderats i Sverige och enbart 7 hade ett begränsat vetenskapligt stöd i den internationella litteraturen. Övriga tillämpade program saknade vetenskapligt stöd, men har ändå använts. En systematisk översikt av Hattie (10) pekade t.ex. på att den enskilda läraren har en avgörande betydelse för elevers prestationer medan faktorer som klasstorlek, skolstorlek, möjlighet att välja skola, programstruktur eller finansieringsform har liten effekt på elevers prestationer. Ändå är

det många av de senare mindre betydelsefulla faktorerna som diskuteras mest intensivt.

### **Hög andel personer i ledande ställning har forskarbakgrund**

Den högsta andelen disputerade med forskarbakgrund finns i läkarkåren. Tidigare var det närmast ett krav att ha disputerat för att få en chefstjänst, t.ex. verksamhetschef. Numera är det inte ett lika starkt krav vilket en del menar förklarar varför Sverige har förlorat mark i den kliniska forskningen. Det är dock fortfarande en hög andel av läkarna som disputerat och alltfler sjuksköterskor och andra grupper av hälso- och sjukvårdspersonal disputerar. De fortsätter kanske inte alltid att forska efter doktorsexamen, men de har lärt sig en systematik och ett kritiskt förhållningssätt till vad de håller på med.

Antalet lektorer i skolan har sjunkit från 1700 år 1989 till knappt 200 år 2008. Regeringens satsning på forskarskolor och lektorstjänster (prop 2009/10:165) är ett sätt att stärka forskarbakgrunden hos skolpersonal. Den lärare eller förskollärare som har avlagt doktorsexamen eller minst licentiatsexamen och under minst 4 år visat prov på pedagogisk skicklighet får kallas lektor. Förutom ledarskapsförmåga ska kanske liknande krav på vetenskaplig skolning ställas på rektorerna i skolorna?

Svårigheterna att få genomslag för en mer evidensbaserad pedagogik understryks av Bohlin (7) slutsats att de flesta av landets pedagoger intar en mycket skeptisk hållning gentemot evidensbaserade metoder.

### **Höga krav på att visa nytta har gett starkt ekonomiskt stöd från industrin**

Läkemedel är en mycket reglerad verksamhet där kraven på att visa effekt och god säkerhet är betydande. Det går inte att få ett läkemedel godkänt för marknadsföring om det inte finns randomiserade kontrollerade studier som visar på nyttan. Eftersom framtagande av läkemedel hittills har varit en mycket lönsam affär så har hälso- och sjukvården fått betydande ekonomiskt stöd för forskning under flera decennier. Det har lönat sig att utvärdera. Något motsvarande incitament för industrin finns inte inom socialtjänsten. Det är lättare att tjäna pengar på ett läkemedel eller en medicinteknisk produkt än på en åtgärd/metod inom socialtjänsten eller skolan. Pedagogiska metoder kan t.ex. marknadsföras och användas utan krav på evidens.

Pedagogikprofessorn Ingrid Carlgren har i flera artiklar gjort jämförelser mellan skolan och medicinen och pekar bl.a. på att den medicinska forskningen till omfattningen är tio gånger så omfattande som forskningen inom skolområdet (11).

### **Mindre komplicerade interventioner med enklare mål**

Effekterna av ett läkemedel eller en kirurgisk metod är lättare att utvärdera än många utbildningsinsatser och socialtjänstinsatser där insatserna är flera och sker i olika steg och både kan avse individ- som gruppinsatser. Idealet vore om man kunde randomisera elever till olika klasser eller utbildningsprogram för att utvärdera effekterna, men det försvåras väsentligt genom kraven på valfrihet. Svårigheterna att utvärdera socialtjänst och skola har säkerligen också bidragit till att fler metoder utvärderats i hälso- och sjukvården än inom andra samhällssektorer. Kvalitativa studier är viktiga och vanligt förekommande inom socialtjänst och skola. De ger viktig kunskap och en ökad förståelse om det man studerar, men resultaten är inte lika enkla att generalisera till alla andra verksamheter.



## Professionens intresse att följa upp kvaliteten i sin verksamhet

I hälso- och sjukvården har det med början under 1970-talet byggts upp kvalitetsregister där man fortlöpande försöker mäta resultaten av sin verksamhet. Numera finns ett hundratal kvalitetsregister och nyttan av registren har redovisats och resulterat i ökat ekonomiskt stöd till kvalitetsuppföljning (12). Något motsvarande stort intresse har tidigare inte funnits inom socialtjänsten och utbildningssektorn, men positiva förändringar sker. Skolverket redovisar numera uppgifter om betyg och andel som får behörighet till högre studier för alla skolor i Sverige. Detta är dock ganska basala uppgifter som inte är lättolkade eftersom socioekonomiska faktorer m.m. kan spela stor roll för resultaten, Skolinspektionen gör kvalitetsgranskningar om måluppfyllelse och inom t.ex. äldreomsorgen byggs nu kvalitetsregister upp.

## Vad kan andra sektorer lära av hälso- och sjukvården och hur gå vidare?

Det går inte att i alla delar kopiera vad hälso- och sjukvården gjort när det gäller satsning på evidensbaserad verksamhet till andra samhällssektorer. Åtgärderna är av olika karaktär och kan vara mer komplexa än i sjukvården. Det kan kräva andra studieuppläggningar. Att skapa samma ekonomiska incitament för satsning på utvärdering som inom läkemedelsområdet är kanske omöjligt. Förutsättningarna varierar, men jag är övertygad om att det finns mycket att lära för andra sektorer. Några viktiga punkter kan vara:

- Stimulera forskning och utöka samarbetet mellan kommuner och universitet.

Svårigheterna här är att många kommuner är små och inte har råd att göra större experiment och utvärderingar. Samverkan mellan kommuner är därför i många fall nödvändigt. Nationell samordning behövs där SKL har en mycket viktig roll, men där även staten kan behöva stimulera utvecklingen t.ex. genom forskningspengar på utvärdering. Försök också utnyttja naturliga experiment i större utsträckning.

En annan fråga är om forskning inom skolans område har rätt inriktning. Ingrid Carlberg anser att det är för lite forskning i skolan och inte relaterade till lärares uppgifter och frågor (11). Hon exemplifierar det med frågor som ”Hur ska jag lägga upp undervisningen så att eleverna har en chans att utveckla en förståelse för olika sätt att hantera jordens resurser?” eller ”Vad är det som är så svårt med att förstå sannolikhetstänkande?”.

- Ställ krav på att metoder är evidensbaserade för att de ska få introduceras.

Exemplet med program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn visar att skolorna tar in metoder utan att ställa krav på att de är evidensbaserade. Man kan förstå att enskilda skolor som har elever med problem snabbt vill försöka åtgärda problemen och vara handlingskraftiga, men att de saknar möjligheter att göra systematiska kunskapsöversikter. Här behövs mer nationella initiativ. En del har föreslagit ett ”skolans-SBU”. Skolmyndigheter kan också ta initiativ i frågan.

- Högre meritvärde för personer med vetenskaplig skolning när de söker jobb.

Att utbilda sig i vetenskaplig metodik och kritiskt tänkande är viktigt inom alla samhällssektorer och bör premieras. Att ha det som ett önskemål vid tillsättande av t.ex. rektorstjänster skulle kunna vara ett sätt att stimulera fler lärare att vidareutbilda sig.

- Följ upp verksamheten med hjälp av register.

På äldreområdet har man börjat intressera sig för att mäta kvaliteten i omsorgen, men det är inte legio i många andra delar av socialtjänst eller skola. Studier av den typ som Bo Vinnerljung gjorde i sin avhandling om fosterbarn (8) borde vara en kontinuerlig verksamhet. Inom alkohol- och narkotikaområdet borde det också vara viktigt att följa upp hur det går för de som vårdas på behandlingshem. Vilka återgår i missbruk? Finns det några program som är bättre än andra? Vilka pedagogiska metoder i skolan fungerar bäst? Är vissa skolor bättre än andra när man tagit hänsyn till sociala- och ekonomiska bakgrundsfaktorer hos eleverna?

## Referenser:

- Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA* 2003;289:1969-1975.
- Doll R. Controlled trials: the 1948 watershed. *BMJ* 1998;317:1217-20.
- Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London, 1972.
- History of HTA. *Int J Technology Assessment in Health Care* 2009;25:1-289.
- SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok.(www.sbu.se), Stockholm, 2011.
- Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2003;327:1459-61.
- Bohlin I. Systematiska översikter, vetenskaplig kumulativitet och evidensbaserad pedagogik. *Pedagogisk Forskning i Sverige* 2010;15:164-86.
- Vinnerljung B. Fosterbarn som vuxna. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet, 1996.
- SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. SBU-rapport nr 202, 2010.
- Hattie J. Visible learning. London: Routledge, 2009.
- Carlgen I. Forskning ja men i vilket syfte och om vad? Om avsaknaden och behovet av en "klinisk" mellanrumsforskning. *Forskning om undervisning och lärande* 2011;nr 5 (februari):65-79.
- Rosén M, Sjöberg H. Översyn av de nationella kvalitetsregistren: Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011-2015.

# Rätt metod på rätt sätt för att hjälpa klienter och brukare – effektutvärderingar inom skola, socialtjänst och psykiatri

## **Knut Sundell**

”Det sker många fler experiment i vår vardag än i världens alla forskningslaboratorier, men det mesta av detta experimenterande genomförs i det tysta och utan att öka vår kunskap”.

Redan 1932 konstaterade Sidney och Beatrice Webb att nya arbetssätt introduceras utan vetenskapligt stöd och utan att effekterna för målgruppen undersöktes. Sedan dess har vi fått många bevis för att varken vällovlige teorier, goda avsikter eller hårt arbete räcker. Det är inte heller någon garanti att det finns enighet om att en viss metod är effektiv, att den känns rätt, att man alltid har gjort på det sättet eller att någon auktoritet säger att det är bra. 1957 konstaterade Julian C. Stanley: ”Experters utlåtanden, samlade bedömningar, briljanta insikter och skarpsinniga antaganden är ofta vilseledande”. Påståenden om en methods effekt bör därför alltid bemötas med frågan: Hur vet man det?

I Sverige används många metoder utan att vi vet om de fungerar. Några exempel är Farstamodellen, Hasselamodellen, Kälvestensmetoden, Kontaktperson/-familj, Miljöterapi, Skolerviceenheter och SKÅ-modellen, Utredningslägenhet samt ”Värstingresor”. Trots att alla dessa metoder har beskrivits som effektiva har ingen av dem utvärderats så att det går att avgöra om de ger de utlovade effekterna. De kan alltså vara effektiva men vi vet det inte.

Det säkraste sättet att undersöka om en metod är effektiv är genom att jämföra en grupp personer som behandlas med metoden med en annan grupp som antingen inte får någon metod alls eller som får en annan metod. Om studien är randomiserad bestämmer slumpen vem som hamnar i respektive grupp. Det förbättrar möjligheterna att avgöra metodens verkliga effekter. Med randomisering blir alla andra faktorer som påverkar människors liv lika representerade i båda grupperna. De innebär att metoden blir den enda systematiska skillnaden mellan grupperna. Även effektutvärderingar som inte är randomiserade kan ge

trovärdiga resultat under förutsättning att det finns en jämförelsegrupp. I annat fall är svårt att värdera vad förändringar beror på; människors liv bestäms av ett oändligt antal faktorer och även i en grupp med allvarliga problem förbättras flera personer med tiden.

Inom framför allt medicin har experimentella kliniska effektutvärderingar en stark legitimitet. En viktig orsak till det är insikten om att läkares beslut måste regleras för att säkra bästa vård för patienterna. För de flesta av oss är det otänkbart att valet av behandling skulle bestämmas av läkarens personliga preferenser. Inom den sociala sektorn och i skolan förekommer det dock att professionella använder metoder som de själva föredrar och oberoende av deras vetenskapliga stöd eller om den passar klientens eller elevernas behov.

## Framför allt – orsaka inte skada

En effektutvärdering ska inte i första hand visa att en metod fungerar utan med rimlig säkerhet bevisa att den fungerar. Det skyddar oss människor från ett skadligt okontrollerat experimenterande med våra liv. Det finns många exempel på att psykosociala metoder kan orsaka skada och till och med ta människors liv. Ett exempel är den tioåriga amerikanska flickan Candace Newmaker som kvävdes till döds av sina föräldrar år 2000 i samband med att de tillämpade en terapeutisk teknik som kallas rebirthing. Dödsfallet skedde under överinseende av professionella terapeuter och efter att flickan vid sju tillfällen talade om att hon inte kunde andas (Kennedy, Mercer, Mohr, & Huffine, 2002). Rebirthing (pånyttfödelse) används av vissa terapeuter för bråkiga barn som inte visar tillgivenhet till sina föräldrar. I terapin ingår att barnet rullas in hårt i filter som flera vuxna håller i, samtidigt som man pressar och trycker på för att simulera en slidförlossning. Tanken är att barnet ska komma ut ”pånyttfödd” och öppen för en ny anknytning till föräldrarna. Metoden är inte utvärderad.

Att en behandling är teoretiskt grundad är viktigt, men det räcker inte. Inte heller räcker det att människor upplever en metod som bra. Det åskådliggörs bland annat av en utvärdering av arbetet med att förebygga kriminalitet bland pojkar i slummen i Boston. Varje pojke i behandlingsgruppen tilldelades en socialarbetare som försökte bygga upp en stödjande relation till pojken. Dessa pojkar jämfördes med en grupp som inte fick något stöd under uppväxten. När pojkarna följdes upp 30 år senare uppgav två tredjedelar i behandlingsgruppen att behandlingen varit av avgörande betydelse för deras uppväxt. Många sade att de då fick lära sig hur man ska uppföra sig tillsammans med andra. Andra sade att kontakten med socialarbetaren gett dem ett förtroende för andra människor, att det förberett dem för det vuxna livet och att det hållit dem borta från brottslighet. Trots detta visar en uppföljningen av McCord (2003) att behandlingsgruppen oftare hade dömts för allvarlig kriminalitet, att fler var alkoholiserade och att fler hade allvarliga psykiska sjukdomar.

Även i skolans värld finns en rad metoder vars effekter är okända. Till dessa hör flera metoder mot mobbning som använts utan resultat. Eleverna har fortsatt att mobbas utan att skolpersonalen lyckats förhindra det. Ett problem är arbetssätt som orsakar direkt skada. Ett annat problem är mindre effektiva arbetssätt som får till följd att elever inte lär sig så mycket som de skulle kunna eller att det tar längre tid. Dit hör metoder för att lära sig läsa. På 1970- och 80-talen menade många pedagoger att barn lär sig bäst läsa genom den så kallade helordsmetoden, där hela ord är utgångspunkten för läsinlärning snarare än bokstäver och språkljud, fonem. National Reading Panels (2000) genomgång av 52 utvärderingar visar att helordsmetoden är ett sämre sätt att lära sig läsa än den fonetiska metoden där barn lär sig sammankoppla bokstäver och fonem. Ett annat exempel är åldersintegrerad undervisning som spreds under 1990-talet med hänvis-

ning till teoretiska resonemang om att det skulle gynna eleverna socialt och inlärningsmässigt. Så långt finns det inte en enda jämförande studie som har bekräftat dessa förväntningar.

Att metoder utvärderats med hög vetenskaplig kvalitet är ingen garanti för att de hjälper. Men det minskar risken att människor utsätts för skadliga ”experiment” när professionella hittar på nya metoder som genomförs i det tysta, utan att utvärderas och utan att öka vår kunskap.

## Definition av effektutvärdering

Effektutvärderingar definieras som forskning om (1) metoders effekter, (2) som beskriver resultatet av dessa metoder, (3) som har fokus på de berörda personernas förbättrade hälsa och psykosociala situation och (4) och som genomförs för att användas som vetenskapligt underlag för beslut som fattas av dem som deltar i vård och omsorg. Effektutvärderingar är tillämplig forskning med målet att identifiera brister i vård och omsorg och att utveckla strategier för att förbättra praktiken så att problem kan förhindras eller att dess konsekvenser lindras. Viktiga frågeställningar är om en behandling är bättre eller sämre än ingen behandling och om en viss metod är bättre eller sämre än en annan. Andra frågeställningar är om mängden behandling är relaterad till effekterna samt om effekterna av en behandling motiverar kostnaderna.

En metod kan exempelvis vara den effektivaste när det gäller att hjälpa men inte den mest kostnadseffektiva när utfallet genomförs med de resurser som finns till förfogande. Om metod X kostar 150 000 kr per person och hjälper en av fem medan metod Y kostar 50 000 och hjälper en av tio betyder det en kostnad av 750 000 kr per lyckat fall för X ( $150\,000 \times 5$ ) och 500 000 för Y ( $50\,000 \times 10$ ). Det gör Y till det mer kostnadseffektiva alternativet; för samma summa pengar kan fler personer få hjälp.

Eftersom effektutvärderingar kopplar den vård och omsorg som människor får till effekter får den en nyckelroll i att utveckla, övervaka och förbättra kvaliteten i vård och omsorg. En effektutvärderings syfte är att ge kunskap om vilken metod som fungerar bäst för personer med ett visst problem och under vilka omständigheter. Det ger kunskap som professionella kan använda för att fatta välgrundade beslut baserade på vetenskapliga fakta och skapar förutsättningar att ge rätt behandling till rätt klient, vid rätt tillfälle och med hänsyn till klientens individuella egenskaper.

## Olika typer av effektutvärderingar

Det saknas en enhetlig terminologi för effektutvärderingar. Man brukar dock skilja mellan experiment och observationsstudier (figur 1). Experimentet innebär att forskaren på ett planerat sätt introducerar en insats för att avläsa dess effekter. I allmänhet innebär det att förändringen avläses genom en mätning före respektive efter insatsen. I en observationsstudie följer och observerar forskaren det naturliga händelseförlopp utan att ingripa.

### Experimentella studier

Ett kontrollerat experimentet ska ha en jämförelsegrupp (även kallad kontrollgrupp) som får en annan insats än experimentgruppen (t.ex. standardbehandling), placebobehandling eller ingen behandling alls och vars resultat jämförs med experimentgruppens. Denna jämförelsegrupp underlättar slutsatser om orsakssamband eftersom andra möjliga förklaringar till resultaten kan uteslutas, till exempel att förbättringar beror på den positiva uppmärksamhet som det

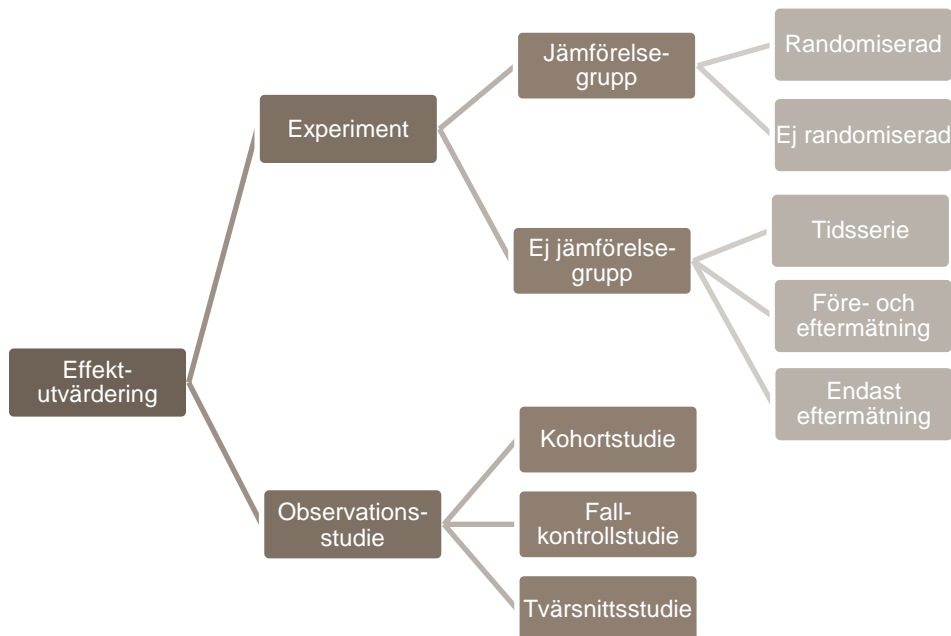
innebär att medverka i en vetenskaplig studie. Utan jämförelsegrupp är det svårt att avgöra om en förändring för en grupp beror på insatsen eller på andra orsaker (t.ex. att det normala är att människor förändras).

I en randomiserad kontrollerad studie fördelas deltagarna slumpvis på experiment- och jämförelsegrupperna. Det skapar i teorin grupper som i allt väsentligt är lika varandra i genomsnitt. Det enda som kommer att skilja grupperna åt systematiskt är vilken insats de får. Om studien är experimentell med jämförelsegrupp men där deltagarna inte randomiseras till experiment- och jämförelsegrupperna handlar det om en icke-randomiserad experimentell studie. Denna designtyp kallas även kvasiexperimentell.

Det finns tre typer av experiment som saknar jämförelsegrupp. Endast eftermätning utan jämförelsegrupp är en mycket svag utvärderingsdesign. Utan förmätning är det svårt att veta om det skett någon förändring, och frånvaron av jämförelsegrupp gör det svårt att veta vad som skulle ha skett utan behandling.

Genom att inkludera en mätning före behandlingen får man viss information om vad som skulle kunna ha hänt undersökningsgruppen om behandlingen inte hade skett. Trots det ger denna design med före- och eftermätning dålig kontroll över om en uppmätt förändring beror på insatsen eller på andra faktorer. Tidsserier, det vill säga upprepade mätningar före och efter insatsen ger möjlighet att utläsa trender och cykliska mönster. Om en rad förmätningpunkter ger en stabil problemlnivå som förändras radikalt efter insatsen (t.ex. genom att successivt förbättras) antyder det kausala effekter.

Även icke-randomiserade kontrollerade studier kan ge möjlighet att dra kausala slutsatser, framför allt efter statistisk kontroll för initiala skillnader. Det kräver dock stora undersökningsgrupper, vilket är kostsamt. Dessutom krävs att andra möjliga orsaksvARIABLER mäts, vilket är en utmaning med tanke på den relativt begränsade kunskap som vi har om vad som är viktigt.



#### Utvärderingsdesigner

## Observationsstudier

Insatser till hela befolkningsgrupper kan vara svåra att utvärdera i experimentella studier. Till svårigheterna hör att kontrollera att insatsen inte sprids till jämförelsekommuner via elektronisk kommunikation, behov av långa uppföljningstider för att ha rimlig möjlighet att upptäcka effekter samt svårigheter att inhämta informerat samtycke. I en observationsstudie kontrollerar inte forskaren den metod som ska utvärderas. Termen observation syftar alltså inte på metoden för datainsamling (som kan vara exempelvis ett test eller en enkät), utan på forskarens mer passiva roll.

Observationsstudier omfattar ofta stora datamaterial och används bland annat inom epidemiologisk forskning för att studera samband mellan framför allt sjukdomar och deras tänkbara orsaker. De är också viktiga informationskällor för bland annat identifikation av långtidseffekter och sällsynta biverkningar. I de fall en faktor har en så tydlig inverkan på ett utfall att alternativa förklaringar med stor säkerhet kan uteslutas, kan observationsstudier även ge pålitlig information om orsak och verkan. Det vore till exempel både onödigt och oetiskt att genomföra randomiserade kontrollerade studier för att bekräfta att tobaksrökning är skadligt för hälsan.

Observationsstudier omfattar tre typer av design. I en kohortstudie följer man en grupp individer över tid och samlar data om vissa förmodade orsaksfaktorer (t.ex. rökning) och utfall (t.ex. lungcancer) vid flera mättillfällen. I en fallkontrollstudie med samma syfte studerar man andelen rökare bland individer med lungcancer (fall), och jämför den med andelen rökare bland personer utan lungcancer (kontroll). I en tvärsnittsstudie samlar man in data från en grupp individer vid en enda tidpunkt, och studerar samband mellan förekomsten av rökning och lungcancer.

Möjligheterna att dra pålitliga slutsatser om insatsens effekter är mindre med ett okontrollerat experiment och med en observationsstudie. Skillnaden mellan en kontrollerad experimentell studie och observationsstudie som omfattar flera granskade grupper är att forskaren i den kontrollerade experimentella studien medvetet väljer en viss insats- och jämförelsegrupp enligt principer som har fastställts på förhand, medan forskaren i en observationsstudie studerar grupper som uppstår på ett naturligt sätt (t.ex. kvinnor i en region som genomgått mammografi). Det centrala problemet med en observationsstudie är att man inte vet principen för att personer fått en viss insats, men att man bör utgå från att den inte är slumpmässig.

## Säkrast kunskap från systematiska översikter

Resultat från en enskild utvärdering av en metod ger alltid ett svagare vetenskapligt stöd än om flera utvärderingar ger samma resultat. Den systematiska översikten är en strukturerad metod för att identifiera, välja ut och sammanfatta forskning om en definierad fråga om interventioners effekter eller diagnostiska metoders effekt och kvalitet. Den systematiska översikten är inriktad på en fokuserad fråga och följer samma vetenskapliga metodik som primärforskning. Syftet är att väga samman forskningsresultat från alla kända och relevanta primärstudier som håller acceptabel vetenskaplig kvalitet, inklusive utvärderingar som inte är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Den systematiska översikten är ett levande dokument som ska revideras regelbundet. Revideringar bör göras när nya forskningsresultat tillkommer, men även när brister i översikten uppdagas. Samtliga arbetsmoment genomförs enligt ett protokoll och det finns explicita kriterier för inklusion och exklusion av studier. Viktiga beslut och åtgärder under arbetsprocessen dokumenteras för att det ska vara möjligt för den kritiske



läsaren att värdera risken att slutsatserna snedvridits. Med hjälp av protokollet ska det vara möjligt att få samma resultat för en oberoende granskare.

## Både metod och relation spelar roll

Att metoder är olika effektiva förhindrar inte att relationen mellan behandlare och klient är viktig. Ibland påstås att det bara är relationen mellan behandlaren och klienten som avgör utfallet av behandlingen. Baserad på den vetenskapliga evidens som i dag finns kan vi säga att det är inte antingen det ena eller det andra utan både och. Valet av insats spelar roll, liksom även relationen. Världens största och mest auktoritativa organisation för psykologer är American Psychological Association (APA) med mer än 137 000 medlemmar. De lät under 2011 publicera en rad översiktsartiklar om psykoterapiforskning. I en av de introducerande artiklarna skriver John C. Norcross och Michael J. Lambert (2011):

”Inom psykoterapi har det funnits ett krig som ställt behandlingsmetod mot terapirelation. Är det behandlingen som botar problemen eller relationen? Viket är det korrekta förhållningssättet för forskning, undervisning och behandling?

Liksom de flesta dikotomier är denna vilseledande och improduktiv av flera skäl. Till att börja med är patientens bidrag till psykoterapiutfallet betydligt starkare än både den specifika behandlingsmetoden och terapirelationen /.../ För det andra har årtionden av psykoterapiforskning konsekvent visat att patienten, terapeuten, deras relation, behandlingsmetoden och det sammanhang de ingår i, allt tillsammans bidrar till en lyckad behandling (och misslyckad). /.../ Men det kanske den mest skadliga och försåtliga konsekvensen av denna falska dikotomi har varit dess polariserande effekt på disciplinen. Konkurrerande läger har utvecklats och många kritiska artiklar har publicerats från vardera sidan i detta krig. Tillhör du dem som förordar behandlingsmetoden, randomiserat kontrollerade studier och den medicinska modellen? Eller tillhör du dem som förordar relationen, verksamhetsforskning, process-studier och en relationskontextuell modell? Sådan polarisering inte bara hindra psykoterapeuter från att arbeta tillsammans men också hindrar försöken att ge den mest effektiva psykologiska behandlingen till våra patienter.” (min översättning)

## Förekomst av experimentella effektutvärderingar

I Sverige får årligen 800 000 personer insatser inom ramen för socialtjänsten och 630 000 inom psykiatrin. Det handlar i vissa fall om metoder som inte är frivilliga och där målgruppen till en del utgörs av samhällets mest utsatta. Få av dessa metoder är utvärderade. I USA beräknas exempelvis att endast fem procent av alla ungdomsbrottslingar blir föremål för metoder vars effekter utvärderats och visat sig ha goda effekter. Socialstyrelsen har identifierat 103 socialtjänstbaserade öppenvårdsinsatser för att stödja barns psykiska hälsa. Av dem har endast en handfull ett visst vetenskapligt stöd som visar att de har bättre effekter än sin jämförelsegrupp. Det bör tilläggas att de insatser som inte är utvärderade kan vara effektiva. Poängen är att vi inte vet det!

Antalet svenska effektutvärderingar av psykosociala metoder ökar snabbt. Den första kända är från 1994. Vid denna tidpunkt ansåg många att experimentella studier inte gick att genomföra eller att det var oetiskt att experimentera med människor. I dag är den allmänna uppfattningen att det är mer oetiskt att utsätta människor för okontrollerade experiment som de inte har någon möjlighet att tacka nej till.

Efter 1994 ökade antalet effektutvärderingar långsamt och vid millennieskiftet fanns endast tio effektutvärderingar; de flesta om behandling av missbruk och barn och ungdomar med beteendeproblem. Sedan 2000-talet har antalet effektutvärderingar ökat snabbt och sommaren 2012 fanns sammanlagt 329 avslutade eller pågående effektutvärderingar enligt en pågående kartläggning från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2012). Många av dessa utvärderingar, 37 procent, rör metoder som kvalitetssäkrats i andra länder, framför allt i USA. Det är viktigt att dessa metoder också testas i Sverige eftersom det finns exempel där metoden inte gett samma resultat i Sverige. Av de 329 effektutvärderingarna är tre av fyra randomiserat kontrollerade studier. Totalt i världen finns det minst 10 000 randomiserat kontrollerade utvärderingar av sociala behandlingsmetoder (Socialstyrelsen, 2011a).

Det låga antalet svenska effektutvärderingar är inte överraskande när man betänker att få svenska forskare har tränats i denna typ av forskning. I en rapport från Socialstyrelsen (Sundell & Stensson, 2010) visar en genomgång av tio års (1997–2006) avhandlingar från sju vetenskapliga discipliner (folkhälsvetenskap, kriminologi, omvårdnadsvetenskap, pedagogik, psykologi, socialt arbete och sociologi) att endast fyra procent av 1 402 avhandlingar inkluderade studier av rimlig kvalitet som utvärderade metodens effekter.

Framtiden för effektutvärderingar se ljusare ut. Behovet av vetenskaplig kunskap om hur olika metoder fungerar uppmärksammas av allt fler även inom forskarvärlden. Inom vissa discipliner som av tradition har bedrivit kvalitativ forskning finns ett motstånd mot effektutvärderingar. Olika typer av forskning bör emellertid inte ställas mot varandra. Det skulle vara mer fruktbart om olika forskningstraditioner kunde stödja varandra. Kvalitativa fallstudier är exempelvis ett utmärkt sätt att identifiera relevanta frågeställningar som kan följas upp i studier av annan karaktär. Eftersom experimentella undersökningar är kostsamma kan en studie av ett större antal individer vid ett enda tillfälle (tvärsnittstudie) fungera som ett test av huruvida de möjliga samband som fallstudien identifierat som viktiga faktiskt existerar. Om sambanden är starka kan de sedan undersökas i experimentella studier där den förmodade orsaksfaktorn testas.

En viktigare skiljelinje går mellan systematiska och osystematiska forskningsmetoder. Både kvalitativa och kvantitativa studier kan göras osystematiskt. Det ökar risken för felaktiga slutsatser och minskar studiernas värde som beslutsunderlag vid val av insats. Väljs undersökningsspersoner ut på ett osystematiskt sätt får studien exempelvis ett dåligt bevisvärde. Det gäller även kvantitativa studier. Om man undersöker förekomsten av sexuella trakasserier och exempelvis lägger en trave frågeformulär på ett ställe där man kan förvänta sig att trakasserade kvinnor finns, till exempel på en kvinnojour, kan man räkna med att få väsentligt högre andelar trakasserade kvinnor än om man vänder sig till ett slumpvis urval kvinnor.

## Allt kan eller bör inte utvärderas

Även om det vore önskvärt är det inte rimligt att utvärdera alla psykosociala och pedagogiska metoder, bland annat av ekonomiska skäl. Inom medicinen, som prioriterat effektutvärderingar sedan lång tid, uppger exempelvis Nordenström (2003) att endast 20 procent av behandlingsmetoderna vara evidensbaserade.

Alla metoder kan eller behöver inte utvärderas experimentellt. I en provokativ artikel från 2003 gjorde Smith och Pell en systematisk översikt av om fallskärmar är effektiva för att förhindra ”allvarliga trauman i relation till utmaning från gravitation”. De hittade inte någon RCT och föreslog då att de som kräver att allt måste utvärderas experimentellt skulle delta i en dubbelblind, randomiserad,

placebokontrollerad utvärdering av fallskärmsanvändning. Man kan på goda grunder anta att ingen vill delta i en sådan studie! Exemplet med fallskärmar visar att allt inte ska utvärderas i kontrollerade experiment. Samtidigt är det viktigt att notera att inom de flesta pedagogiska, samhällsvetenskapliga och medicinska områden visar sig inte effekterna av metoder direkt, utan det normala är att effekter är svaga och först uppkommer efter en längre tid. När det gäller att hoppa från flygplan med eller utan fallskärm visar sig effekterna omedelbart och det finns få modererande faktorer att ta hänsyn till. När det gäller psykosociala behandlingar är regeln att en rad modererande faktorer kan miss-tänkas, till exempel ålder, motivation och förekomsten av ett socialt nätverk, för att nämna några.

### **Prioriterade metoder att utvärdera**

Effektutvärderingar är dyrbara och endast ett begränsat antal metoder som kan utvärderas på detta sätt. Därför behövs någon form av prioritering av vilka metoder som ska utvärderas. Det kan tyckas rimligt att prioritera metoder som behandlar vanligt förekommande problem och metoder som har allvarliga konsekvenser för individen (jfr. Juth & Munthe, 2012). Andra metoder som rimligen bör prioriteras är sådana som vänder sig till barn och unga med en problematik som riskerar att förvärras. Dessutom bör man prioritera metoder som individen har begränsad möjlighet att välja bort, exempelvis olika former av tvångsvård.

Man kan även utgå från andra kriterier och prioritera metoder som har evidens i systematiska översikter från andra samhällssystem och kulturer och metoder som framstår som lovande i pre-post-studier utan jämförelsegrupp och som genererat stor effekt kan också prioriteras.

För samtliga förslag gäller dessutom att metoderna är väldefinierade, gärna beskrivna i manualer, så att metoden kan komma att användas av andra på rätt sätt.

Det finns också fall då en utvärdering inte alls är motiverad. Till exempel bör en metod inte utvärderas om den är importerad och redan har utvärderats i andra länder och saknar effekt eller är skadliga. Inte heller bör metoder som saknar en tydlig teori om varför de ska rehabiliteras prioriteras. Metoder som riktar sig till en mycket heterogen målgrupp bör inte heller prioriteras med tanke på att det finns få kända psykosociala behandlingar som fungerar för alla.

### **Systematisk uppföljning**

De allra flesta metoder kommer aldrig att kunna utvärderas. Därför behövs uppföljning i ordinarie verksamhet för att värdera kvaliteten. Systematisk uppföljning handlar om att fortlöpande samla in information för att kontrollera hur en verksamhet genomförs. Uppföljningar görs normalt inom ramen för en ordinarie verksamhet. Till skillnad från utvärdering som är en tillfällig aktivitet så sker uppföljning kontinuerligt. Informationen baseras vanligtvis på uppgifter som en verksamhet samlar rutinmässigt in, till exempel olika former av standardiserade frågeformulär, information från journaler, register, ärendestatistik och ekonomiska uppgifter.

Systematisk uppföljning ger inte kunskap om hur effektiva metoder är för klienter. För att kunna uttala sig om det krävs effektutvärderingar.

## Systematisk uppföljning ger underlag till förbättring

Med hjälp av systematisk uppföljning kan man undersöka om det finns skillnader mellan tänkt verksamhet och verklig. Arbetar man exempelvis med rätt metod för rätt målgrupp eller har bristen på klienter medfört att man har börjat arbeta med andra klientgrupper som metoden inte fungerar för? En inventering av målgruppen kan också visa om vissa typer av problem oftare resulterar i insats. Är det exempelvis lika vanligt att yngre barn som utreds på grund av snatteri blir föremål för metoder som äldre tonåringar?

Systematisk uppföljning kan ha ett eller flera av dessa syften:

1. Undersöka vilka som utgör målgruppen för verksamheten.
2. Undersöka vilka metoder som använts.
3. Undersöka hur klienternas situation eller problematik förändras över tid.

### Systematisk uppföljning är väl investerad tid

- Ger underlag för kvalitetsutveckling
- Minskar risken för lidande och onödiga kostnader på grund av att klienter får olämpliga metoder
- Stärker klienternas förtroende när de förstår att arbetet följs upp
- Ökar de anställdas professionalitet
- Ger ledningen ett transparent underlag för att följa upp verksamheten
- Förser ledning och nämnd med underlag för beslut om behov av nya metoder

Med hjälp av systematisk uppföljning av vilka metoder som används kan man få underlag för beslut om bemanning och upphandling av nya utförare. Om det finns flera arbetsplatser eller kommuner som använder samma system kan det vara relevant att undersöka om en viss arbetsplats oftare placerar barn i dygnsvård än andra, eller om andelen förändras över åren. Systematisk uppföljning kan också användas för att granska om metoder genomförts på det sätt som avsetts eller om metoden förvanskats så att den inte längre kan förväntas vara effektiv.

Man kan också följa upp individer och målgrupper för att se hur deras problematik förändras från aktualisering till avslutning. Om man använder standardiserade bedömningsmetoder är det enkelt att se hur stor förändring som skett. Man kan också följa upp genom att undersöka hur många som återaktualiserats inom en viss tidsperiod.

En kombination av de tre typerna av information – målgrupp, metod och förändring i problematik – ges viss möjlighet att öka förståelsen av hur en viss metod fungerar för en viss målgrupp med en viss problematik.

## Juridiskt korrekt, etisk, trovärdig samt representativ

För att systematisk uppföljning ska vara meningsfull är det viktigt att den information som sammanställs är juridiskt och etiskt försvarbar, trovärdig och att den speglar verksamheten, dvs. är representativ.

Juridiskt korrekt. En utredning och uppföljning ska utföras på professionellt sätt och bygga på tillräcklig och väsentlig information. Systematisk uppföljning ska alltid ske inom ramen för grundläggande offentligrättsliga principer som exempelvis likhetsprinciper om allas likhet inför lagen och proportionalitetsprincipen som bland annat säger att makt och maktutövning måste stå i proportion till syftet som ska uppnås. Sjäklart gäller också förvaltningslagens bestämmelser om sekretess och om hur handlingar ska hanteras och förvaras när information inhämtats.

Etisk. Det är en skillnad mellan vad som är intressant att känna till om en person och vad som är etiskt försvarbart. Huvudregeln är att inte registrera mer information än vad som är nödvändigt. Det kan till exempel uppfattas som intressant att veta vid vilken ålder en medelålders person med missbruksdiagnos första gången var berusad, men det har knappast betydelse för val av behandling eller framgång med behandlingen. Bortsett från att det kan upplevas som ”snokande” att ställa frågor om saker som inte uppfattas som relevanta så är för mycket information en belastning vid beslutsfattande; ”man ser inte skogen för alla träd”. Datainsamling tar också tid från klientarbete, vilket är ett ytterligare argument för att inte samla in mer information än nödvändigt.

Trovärdig. Den information som samlas in ska vara både relevant och tillförlitlig. Med relevant menas att informationen beskriver det som den säger sig beskriva. Om det är en persons missbruk som står i fokus är exempelvis information om hur ofta personen är berusad relevant men inte hur många cigaretter personen röker. Information som är tillförlitlig är densamma oavsett vilken person som tar fram den eller när den tas fram. Relevans och tillförlitlighet är sammankopplade. Utan tillförlitlighet finns ingen relevans och omvänt.

Representativ. Det kan vara svårt att undersöka alla klienter, framför allt om det handlar om vanliga företeelser som beslut om ekonomiskt bistånd eller ungas problembeteenden. Då är det viktigt att välja ett representativt urval att basera uppföljningen på. Det bästa sättet att skapa representativitet är att slumpvis välja ut de klienter som informationen ska hämtas från. Det kan exempelvis göras genom att välja ut klienter med födelsedag 5, 15 och 25. Ett annat urval är att ta var femte klient som varje handläggare arbetar med. Det kan också vara meningsfullt att exempelvis basera uppföljningen på samtliga klienter som blivit aktuella under det första kvartalet om syftet är att jämföra verksamheten över flera år och varje år utgå från alla klienter under det första kvartalet.

### **Från auktoritetsbaserat till evidensbaserat socialt arbete**

Så mycket händer samtidigt och så fort när det gäller utvecklingen av socialt arbete att det är lätt att förlora perspektivet. Det kan därför vara viktigt att stanna upp och reflektera över den förändring som skett.

Hur många kommer ihåg att för tio år sedan var två av tre socialarbetare skeptiska till värdet av metoder? Vem minns inte den proteststorm som följde på en debattartikel i DN 1999 av Socialstyrelsens Kerstin Wigzell och Lars Pettersson som handlade om bristen på systematisk kunskap av socialtjänstens insatser: ”Man kan faktiskt tala om att hjälpbehövande människor ibland utsätts för okontrollerade experiment när en ny behandlingsmetod börjar tillämpas utan att dess värde, resultat eller eventuella biverkningar på något sätt dokumenterats, prövats eller verifierats. Det är oetiskt och det är oacceptabelt.” Det uttalandet skulle knappast orsaka protester i dag.

I dag visar en ny undersökning från Socialstyrelsen att sju av tio chefer inom socialtjänsten är mycket intresserade av evidensbaserad praktik (Socialstyrelsen 2011b). En annan rapport visar att kommuner efterfrågar fler riktlinjer,

kunskapsöversikter och handböcker – inte färre. På regeringens hemsida kan man läsa att en evidensbaserad praktik är ett sätt att säkra god kvalitet och en förutsättning för en väl fungerande socialtjänst. Regeringen har också skrivit kontrakt med SKL om att implementera en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Representanter för SKL, Akademikerförbundet SSR, SKTF och Föreningen Sveriges socialchefer (Batljan, Johansson, Nordmark & Persson, 2010) efterlyste nyligen i en gemensam debattartikel att Sveriges socionomutbildningar måste förbereda studenterna för arbete i en evidensbaserad praktik.

Vi har kommit en lång väg från ett socialt arbete som vägledades av tradition ("vi har alltid gjort så här"), konsensus ("alla tycker lika"), popularitet ("många använder metoden") och med hänvisning till berömda personer ("om Freud har sagt det måste det vara sant"). En praktik som inkluderar forskning om vilka metoder som fungerar bättre, är ingen garanti för att klienter blir hjälpta, men det ökar möjligheten.

## Referenser

- Batljan I., Johansson C., Nordmark E & Persson L. (2010). Förbättra socionomutbildningen. *Dagens samhälle*, 10/8 2010.
- McCord, J. (2003). Cures that harm: unanticipated outcomes of crime prevention programs. *Annals of the American academy*, 587, 16–30.
- John C. Norcross & Michael J. Lambert (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48, 4-8.
- Juth, N. & Munthe, C. (2012). The ethics of screening in health care and medicine. Serving society or serving the patient? *International library of ethics, law, and the new medicine* 51. DOI 10.1007/978-94-007-2045-9\_1. Springer Science+Business Media B.V. 2012.
- Kennedy, S. S., Mercer, J., Mohr, W. & Huffine, C. W. (2002). Snake oil, ethics, and the First Amendment: What's a profession to do? *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 5-15.
- National Reading Panel (2000). Teaching children to read: An Evidence-Based Assessment of the Scientific Research Literature on Reading and Its Implications for Reading Instruction. National Institute of Health: National Institute of Child Health and Human Development. Nedladdat från [http://www.nichd.nih.gov/publications/nrp/upload/report\\_pdf.pdf](http://www.nichd.nih.gov/publications/nrp/upload/report_pdf.pdf) Se även <http://www.nichd.nih.gov/publications/nrp/findings.cfm>.
- Nordenström, J. (2009). Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår. Stockholm: Karolinska institutet University press.
- Smith, G. C. S. & Pell, J. P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 327, 1459–1461.
- Socialstyrelsen (2011a). Svensk och internationell forskning om sociala interventioners effekter. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010b). *Evidensbaserad praktik i Socialtjänsten 2007 och 2010. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens områden*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012) *Svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundell, K. (red). (2012). Att göra effektutvärderingar. Stockholm: Gothia förlag och Socialstyrelsen.
- Sundell, K. & Stensson, E. (2010). Förekomst av effektutvärderingar i doktorsavhandlingar. Stockholm: Socialstyrelsen.

## Sex röster om uppföljning och utvärdering

En allt större andel av kommuner och landstings verksamheter utförs av andra än kommunen eller landstinget. Detta får till följd att uppföljning och kontroll kommer allt mer i fokus. För att ge stöd i detta arbete tar Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, fram ett antal skrifter och verktyg. Syftet med denna rapport är att ge olika discipliners och verksamhetsområdets syn på uppföljning och utvärdering.

Upplysningar om innehållet  
Lena Svensson, lena.svensson@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013  
ISBN 978-91-7164-894-5