

# Kunnskapsstyring og transparens i helse-sektorens nettverk

Tekst og foto:  
Karl-Henrik Nygaard



Maria Blomgren Ph D (høyre) & Caroline Waks Ph D (venstre) er medforfattere av boken *Strävan efter transparens*. 14. juni holdt de foredrag om kunnskapsstyring og transparens i helsesektoren på Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen. I denne artikkelen presenterer vi boken de har vært med på å skrive.

## Strävan efter transparens

Maria Blomgren & Caroline Waks  
SNS Förlag, Stockholm 2006  
ISBN: 13978-91-85355-30-3

Foredraget ble holdt på Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen. Her har forskere de siste

årene selv vært opptatt av problemstillinger knyttet til transparens gjennom prosjektet POLIS – prosjektet. Et av underprosjektene har tittelen. "Autonomy, Transparency and Management. Reform dynamics in health care – a comparative project" og "Ledelse og Omstilling i Helse Vest".

**Transparens** handler i vår sammenheng først og fremst om innsyn i en institusjons, offentlig eller privat, sin virksomhet. Kravet om offentlighet i

forvaltningen innebærer en slik transperans. Innsynet i offentlige dokumenter slik det er formidlet gjennom offentlighetsloven, skal forhindre korrupsjon og gi borgerne et forbedret rettsvern. At det fortsatt er mangler knyttet til innsynsretten og at vi som nasjon ikke ligger spesielt langt fremme når det gjelder muligheten for innsyn, er en annen sak. Her skal kun nevnes den kritikken som blant annet etterforsker Tore Sandberg har kommet med i forbindelse med at han har avslørt ulike justismord i Norge. Det har kommet frem en betydelig mangel på mulighet for journalister å få innsyn i rettsdokumentene. Innsyn i rettsdokumenter er forøvrig også et konflikttema i EU i forbindelse med at man ønsker å komme frem til en felles norm for Europa.

Transperans må imidlertid også sees i en mye bredere sammenheng. Det kommer godt frem både i de to svenske forskernes foredrag og bok. De to la stor vekt på at det her handler både om å styre kunnskap og å kontrollere. Det finnes mange god intensjoner, men man kommer ikke utenom at innsyn også handler om kontroll.

### Å oppnå transperans

De to svenske forskerne legger stor vekt på viktigheten av å se transperans i et økonomisk og markedsmessig perspektiv. Det handler både om å sikre pasientene og politikere innsyn i hvordan helsesektoren drives, forbedringsmuligheter og konkurranse mellom ulike aktører. Transperansbegrepet er også knyttet til begreper som demokrati og rettsikkerhet. Borgerne i et demokratisk samfunn har rett til å kreve innsyn i hva staten og foretakene gjør. Eksempelene på korrupsjon og misbruk av både private og offentlige midler er mange.

På mange måter lever vi i det som kan kalles

”transperansens tidsalder”, så de to. Teknologiske nyvinninger har gjort muligheten til å overvåke både virksomheter, enkeltmennesker og grupper av mennesker mer enn noen gang før i historien. I dette ligger det også en drivkraft i større grad av overvåking. Teknologien i seg selv driver fram et overvåkingsregime. IT, satellittovervåking, databaser, flere typer massemedier etc. er alle eksempler på at muligheten for innsyn er forsterket. Mulighetene for kontroll skaper en rekke etiske og juridiske dilemma. I forhold til sykehusvesenet pekte de to svenske forskerne blant annet på problem knyttet til konfidensialitet og effektivitet. De mente også at innsynet kunne være overflatisk og mer tilsynelatende enn reell.

### Effektivisering og kvalitetarbeid

Effektivisering og kvalitetarbeid krever innsyn i virksomhetene. De siste årene er det både i Norge og Sverige tatt en rekke initiativ for å øke transperansen i helsesektoren. Nye målingsinstrumenter, rapporteringsrutiner og oppfølgingssystemer forsøker ulike aktører å skaffe seg innsikt i sektorens kvalitet og økonomi. Akkreditering og evidensbasert medisin var to av de metodene de to forskerne tok opp.

Det har de senere årene også i større grad kommet krav til å utvikle nasjonale kvalitetsregistre både innen helsesektoren og skolesektoren. På denne måten har man ønsket å utvikle system slik at man bedre kan sammenligne kvaliteten og effektiviteten mellom institusjoner og kommuner. En slik streben etter transperans mente de, ikke er uproblematisk. Det er all grunn til å stille spørsmål ved hva som egentlig kommer frem. Når noen saker kommer frem i lyset, vil andre falle i skyggen heter de i boken de to har vært med å skrive.

Her gis det også noen eksempler som det er

verdt å nevne:

- ”Flera undersökningar visar att patienter och medborgare i dag efterfrågar information om vårdkvaliteten. Men undersökningar visar också att även om det finns sådan information har den ingen större betydelse när patienter väljer vårdgivare, bland annat därför att den är svår att tolka. I stället lyssnar de på råd från familjen, bekanta och medierna.
- Medicinsk kvalitet är svår att återge på ett rättvisande sätt. De bästa kirurgerna och de bästa kirurgklinikerna kan mycket väl få de sämsta operationsresultaten, eftersom de tar emot de svåraste fallen. Sådant går att kompensera för när resultaten räknas ut, men det finns många faktorer att ta hänsyn till och uträkningarna riskerar att bli överdrivet krångliga och svårtolkade. Alt går inte heller att kompensera för. En redovisning av långsiktiga behandlingsresultat återspeglar till exempel de olika vårdgivarnas kvalitet för fem eller tio år sedan, inte kvaliteten just nu.
- Om man börjar redovisa vårdkvalitet på ett sätt som inte oppleves som rättvisande av dem som utvärderas kan det uppstå flera olika oönskade konsekvenser. Till exempel kan läkare bli mindre beredda att åta sig de svåraste fallen. Det finns en risk for överdriven fixering vid det som är lätt att mäta, till exempel resultat av avgränsade behandlingsinsatser för i övrigt friska patienter, på bekostnad av sådant som är svårare att mäta, till exempel kontinuerlig omvårdnad av kronisk sjuka.”

### Transparensens former.

Boken *Strävan efter transparens* er tredelt. Den første delen gjør rede for hva transparens egent-

lig er. Her skriver Karstin Sahlin-Andersson om transparensens former. Sahlin-Andersson peker på at transparens kan studeres som en måte å avklare hvilket nivå dagens sykehusvesen har og som en drivkraft til reformering og omstilling av sykehussektoren. Det er imidlertid en forutsetning at de teknologiske mulighetene til å utøve en slik kontroll er tilstede. Sahlin-Andersson mener at en økt grad av transparens i hovedsak drives frem på grunn av innføring av mer marked og flere valgmuligheter i helsesektoren. Bestillere og pasienter behøver innsyn, informasjon og tilgang til undersøkelser og vurderinger for å kunne velge behandling og behandlere. For å få dette til må det foreligge standardiserte data som gjør sammenlikninger mulige. Hun ser også transparens som en viktig faktor for å heve effektiviteten og kvaliteten i sektoren. Det blir også pekt på at transparens er viktig for å kunne møte kritikk og skepsis. I forhold til de store krav og forventninger som helsesektoren står overfor, og som også i stor grad krever vilje og evne til å prioritere, siterer hun blant annet den svenske forfatteren Göran Rosenberg. Han tok opp dette spørsmålet i en artikkel i *Dagens Nyheter* i 2005. Den er verdt å nevne også her. Her skriver han blant annet:

”Ingent offentlig sjukvårdssystem i världen, hur kostnadseffektivt det än må vara, kan i längden finansiera den ständigt ökade efterfrågan som det ständigt ökade utbudet föder. Gapet mellan den sjukvård som kollektivt kan efterfrågas av alla och den sjukvård som enskilt kan efterfrågas av dem som kan och vill betala ur egen ficka kommer ofrånkomligen att växa.

Att försöka ta sig ur detta dilemma genom att vilja producera allt mer offentlig sjukvård for allt mindre pengar ligger naturligtvis nära till hands och kan inledningsvis synas vara rätt svar på rätt problem (eftersom det inledningsvis är lätt att

höja kostnadseffektiviteten i de flesta system, inte minst i ett så ogenomskinligt system som de svenska landstingen) men kommer i längden att visa sig vara fel svar på fel problem.

Detta i synnerhet om man hoppas kunna effektivisera den offentliga sjukvården genom att leja ut den till vinst- och marknadsdrivna sjukvårdsproducenter med ett sterkt egeninteresse av att vidga sina marknader och öka efterfrågan på sina produkter och som därmed kommer att förvärra den offentliga sjukvårdens problem – inte lösa det.

Den offentligfinansierade sjukvårdens verkliga problem är ett efterfrågeproblem – inte ett effektivitetsproblem. I sista hand frågan om vem som ska ha råd och möjlighet att efterfråga vad i ett oändligt utbud av produkter för ytterligare en smula längre och bättre liv.”

### Transparensens teknologier

När det gjelder transparensens teknologier diskuteres granskning, rapportering og regulering. Som eksempler på granskning nevnes revisjon, utvärdering, rangering, priser, konkurranse og belønninger. Når det gjelder regulering vises det til lover, standarder og retningslinjer, DRG, EBM og prioriteringslister. Rapportering (redovisning) er eksemplifisert ved finansielle forhold, kvalitet og journaler.

Sahlin-Andersson forstår transparensutviklingen i lys av New Public Management, demokrati og befolkningens rett til innsyn og en mer utviklet pasient- og rettighetstenking. Hun viser også til Michel Foucault når hun skriver at synliggjøring er en del av det moderne prosjekt og at de ulike metoder for transparens også påvirker det som blir krevd rapport om. Hun skriver:

”Den som blir gransket og regleret og den som skall redovise søker sålunda inte bara anpas-

sa såväl bilden av sig själv som sin verksamhet för att framstå som så fördelaktig som möjligt; de transparenskapande teknologierna tillhandahåller ofta ett för självklart taget språk med vilket situationer hanteras och planeras. Det är på detta vis som transparenssträvan utgör en viktig form för styrning.”

Sahlin-Andersson gir en i hovedsak positiv vurdering av streben etter transparens, men advarer også mot at denne streben også vil komme til å legge mest vekt på det som lar seg lett å måle og underkaste tilsynsmetodikk. Det er derfor også viktig å være oppmerksom på at mye av det arbeidet som gjøres innenfor helse og omsorgssektoren ikke lar seg innordne i målbare og sammenlignbare størrelser.

### Et spørsmål om makt

Maria Blomgren tar for seg områder der man prøver å oppnå transparens innen sykehusvesenet i Sverige Hun innleder med å peke på noe som også Sahlin-Anderssons la vekt på; rapportering, revisjon og klassifiseringer ikke bare viser virkeligheten slik den er, men formidler også et bilde som er formet av de teknologier man har brukt. Dette betyr at spørsmålet om transparens også er et spørsmål om makt. Dette perspektivet gir en interessant diskusjon om hvilke aktører er det som argumenterer for transparens? Hva mener de med transparens? Hvilket bildet formidles på denne måten av helsesektoren? Hva er motivet deres?

### Transparens i praksis

Bokens andre del handler om hvordan transparens foregår i praksis. Her har Erica Hult en interessant artikkel om fremveksten av evidensbasert medisin. Hun deler utviklingen av EBM inn i to perioder; 1992-1995 og 1995-2002.

Det var i 1995 at det amerikanske legetidsskriftet *Journal of the American Medical Association (JAMA)* publiserte sin første artikkel om EBM. Dette var ifølge Hult, på mange måter en programmerklæring og ikke bare en nye måte å lære hvordan medisinen skulle praktiseres. Det var snakk om et helt nytt kunnskapsparadigme. Hult legger også vekt på at selv om artikkelen i JAMA rettet kritikk mot legenes egen profesjon, var den et forsøk på å styrke denne og dens posisjon opp mot andre virksomheter i helse og sykehussystemet. Det medførte også redusert avstand mellom forskning og praksis. Senere på året i 1992 forelå det også en guide til den medisinske litteraturen.

Hult skriver også om noe av den kritikken som ble rettet mot EBM. Det ble blant annet hevdet at den ikke tok nok hensyn til betydningen av legens kliniske erfaring. Et annet argument som ble brukt i diskusjonene var at EBM i større grad skulle brukes av politikere og sjefer for å kontrollere og regulere profesjonene utenifra. EBM ble sett på som standardisert medisinsk praksis. Dermed skapte det innsyn i de kliniske beslutningene.

I perioden fra 1996 vokser EBM eksplosivt. Den kjente artikkelen *Evidence-Based Medicine: What it is and What it isn't* som Sackett m.fl. flere publiserte i *British Medical Journal* i 1996 ble ifølge Hult mer viktig for utbredelsen enn det manifestet fra 1992, hadde vært. Hult mener at artikkelen fra 1996 la vekt på at eksterne evidens skulle integreres med den kliniske erfaringen. Manifestet fra 1992 la derimot vekt på vitenskapens rolle når det gjaldt kliniske beslutninger – på bekostning av klinisk erfaring.

Hult konkluderer med at lanseringen av EBM i medisinske tidsskrift kan forstås som et forsøk fra den medisinske profesjonen på å både å styr-

ke og å disiplinere egen profesjon og å fremme den profesjonelle logikken i helsesektoren. Hun mener også at EBM dermed også brøt med en utviklingen som har pågått siden 1980-tallet, der utviklingen av helsesektoren først og fremst handlet om økonomisk styring. EBM baserte seg på og hentet sin inspirasjon fra vitenskap innen den medisinske tradisjon og ikke fra næringsliv og management - idealer. Det er viktig at EBM brukes av profesjonen selv for å kvalitetsikre behandling og prosedyrer. Hult mener imidlertid også at det er viktig å forstå EBM som et redskap også ledelsen og politikere kan bruke for å skape underlag for ytterligere innsyn og formelle regler.

### Nasjonale kvalitetsregistre

Charlotta Levay skriver om nasjonale kvalitetsstrategier som verktøy for transparens. Hun undersøker hvordan spørsmål om hva som her gjøres transparent og hvem dette gjøres transparent for. Det nasjonale kvalitetsregisteret er en type medisinsk database med informasjon om diagnoser, behandlinger og behandlingsresultat for ulike sykdomsgrupper. Det har vært store forhåpninger til at disse registrene skal kunne brukes til en åpen kvalitetsvurdering. Hun beskriver hvordan disse registrene har utviklet seg og hva som kjennetegner de tre typene av transparens som hun tar opp; profesjonell transparens, organisatorisk transparens og offentlig transparens. Hun oppsummerer de tre ulike transparensene i følgende skjema:

Charlotta Levay er opptatt av om hvordan de tre ulike transparensformene forholder seg til hverandre og om de kan forenes. Hun mener det fins tegn på spenninger mellom dem og at det er en fare i at den offentlige transparensen undergraver den profesjonelle og den organisatoriske transpa-

	Profesjonell transparens	Organisatorisk transparens	Offentlig transparens
Hva gjøres transparent? Transparensens fremste objekt	Behandlinger; metoder	Sykehusenheter/ organisasjoner	Sykehusenheter/ organisasjoner
Transparens for hvem? Transparensens fremste subjekt	Leger og andre profesjonelle	Organisasjoner	Offentligheten  Pasienter, medborgere
Transparens av hvem? Fremste drivende aktør	Leger	Sykehus-administrasjon	Medier Opinionsdannere
Transparens for hva? Transparensens fremste hensikt.	Overgripende Kvalitetsforbedring	Kontinuerlig Lokal kvalitetsforbedring	Pasientvalg Medborgerrett

rensen. Hun mener imidlertid at vi per i dag ikke kan snakke om en slik undergraving. Det er behov for mer forskning. Hun er optimistisk når hun skriver at : "... hovudbudskapet (är) att den offentliga transparensen får gynnsammare effekter om den föregås och understöds av professionell och organisatorisk transparens".

### Akkreditering

Caroline Waks gjør rede for sin forskning knyttet til akkreditering av et sykehuslaboratorium. Akkreditering innebærer at virksomheter vurderes ut fra standarder som man er blitt enig om på forhånd. I Sverige ble det i 1989 innført en lov om frivillig akkreditering av medisinske laboratorier. Dette var en del av EU-markedets homogeniseringsprosess. Det skulle være mulig å henvende seg til hvilket som helst laboratorium innen EU og være sikker på at det etterlevde gitt tekniske standarder. For at et laboratorium skal akkrediteres må det granskes av en på forhånd godkjent, akkrediteringsinstans. Caroline Waks

gjør rede for hvordan granskingen av et sykehuslaboratorium går til. Hun har også kritiske argumenter til granskning som metode. Hun legger blant annet vekt på at akkreditering er et kvalitetsstempel der den akkrediterte organisasjonen forplikter seg til å utarbeide ett kvalitetssikrings-system for egenkontroll basert på internasjonalt opprettede standarder. Det innebærer derimot ikke en direkte kontroll av det arbeidet som blir utført i organisasjonen.

### Pasientens synspunkt

Ulrika Winblad Spångberg gir et grundig innblikk i transparens ut fra pasientens synspunkt. Hun skriver om hvilke muligheter svenske pasienter har når det gjelder å bli informert om ulike aspekter ved helsesektorens virksomhet. Hun diskuterer hvilke typer av kunnskap som pasienter egentlig etterspør og om de gjør bruk av den tilgjengelig informasjonen. Hun undersøker også hvordan formidlingen av informasjon skjer når det gjelder valg av behandler. Det

blir pekt på hvor viktig det er at et fritt valg av behandler innebærer at pasienten er kjent med retten til å velge. Winblad Spångberg vurderer to ulike informasjonssystemer: kvalitet på behandlingen og ventetid. Hun avslutter kapitlet med å diskutere hvilke forandringer som kreves for at sykehussektoren skal bli mer transparent for pasientene slik at retten til fritt behandlingsalternativ skal kunne virkeliggjøres. Hun legger her vekt på at både leger og annet helsepersonell har et stort ansvar når det gjelder å formidle og tolke informasjon slikk at pasientene vet hva det handler om. I tillegg til en slik profesjonalisering av kunnskapsformidlingen mener hun at det også trengs en ny legerolle der en av oppgave blir å oversette kompliserte medisinsk og administrativ informasjon til pasientene og å være lydhør overfor pasientens egne ideer og ønsker.

### Konsekvenser ved transparens

Bokens siste del tar for seg hvilke konsekvenser streben etter transparens vil kunne ha. Anders Forssell og Anders Ivarsson Westerberg setter fokus på kostnadene ved transparens.

Kontroll, overvåking og registrering krever tid og ressurser. Det gjelder både hos dem som skal kontrolleres og utvikler kvalitetssystemer og hos dem som skal utføre kontroller og tilsyn. Dette blir et faktor som lett oversees når penger skal bevilges. De to viser også til "gamle sannheter" innen organisasjonsforskningen som at "ethvert arbeid strekker seg over den tid som er til rådighet" og at "alle forsøk på forandre og reformere organisasjoner fører til mer administrasjon". De mener også at det administrative arbeidet med styringsforsøk drar til seg store organisatorisk ressurser på bekostning av det produktive produksjonsarbeidet." Her er også en interessant diskusjon om tidsbruk i sykehussektoren. Det

vises blant annet til en svensk studie fra 2001-2003 som ble gjort i forhold til leger og sykepleiere. Den viste at 38 % av tiden til sykepleierne ble brukt til direkte pasientarbeid. Dokumentasjonsarbeid knyttet til pasient tok 22 % og annet pasientrelatert arbeid tok 12 % av tiden deres. Legene på sin side brukte knapt 30-50% av tiden til direkte pasientarbeid, mens cirka 20% ble fordelt mellom forhold som utdanning, veiledning, utvikling av rutiner, forberedelse etc. Som en oppsummering av studien skriver de at det råder en splittet og presset arbeidssituasjon for både leger og sykepleiere og at de i dag utfører en rekke funksjoner som tidligere ble utført av annet personell. Dette dokumenters med en oversikt som viser reduksjonen i antall andre yrkesgrupper. Det er blitt lagt en svært stor dokumentasjonsbyrde på både leger og sykepleiere som det i liten grad er kompensert for i forsterkede ressurser.

Forfatterne kaller dette en "amatørisering" av det administrative arbeidet fordi administrative spesialister er blitt byttet ut med personell som er *amatører* når det gjelder administrativt arbeid. De skriver: "Denna amatørisering innebär troligtvis också att det administrativa arbetet utförs på itt mindre effektivt sätt än när specialisterna gör det. Detta gör också att kostnaderna för omfördelningen förstärks. Sjukvården är dock inte ensam om att amatörisera administrationen, samma tendens ser vi innom andra offentliga verksamheter, bland annat innom polisen och inte minst innom den sektor vi själva är verkamma innom – högskolan."

Artikkelen viser godt noen av de kostnader som er forbundet med økt transparens. I forhold til Sverige opererer de med et beløp på 9 milliarder svenske kroner i året. Hovedkostnaden er økte administrasjonskostnader. På spørsmålet om det

er verdt prisen, er de tilbakeholdne med å gi eksakt svar. De skriver at:

” I en verden av uendelige resurser vore dette inget problem, men i en verden med begrensede resurser innebærer dette ett prioriteringsproblem, der spørsmålet, stilt på sin spets, er om de offentlige organisasjonene skal velge å prioritere sin kjernevirksomhet eller om de skal velge å tilfredsstille det omgivende samhällets alle krav, inklusive kravene på transparens. Vi forespør ikke at sjukepleieren skal si nei til alle krav på transparens – det finnes som sagt gode grunner for transparens og ett kategorisk nei vore dessuten helt urealistisk. Men hva vi skulle ønske er at ledere og helsepersonell forsøker å finne et kritisk holdningssatt til disse kravene som innebærer at de ikke umiddelbart omsetter alle sådanne krav til styrforøk, hva gode og velmotiverede de kan forefalla vera. Eksterne interesser og deres krav må håndteres, snarere enn alltid atlydas.”

### Profesjonene

Den siste artikkelen har fokus på transparensens betydning for de ulike profesjonene i helsesektoren. Charlotta Levay og Caroline Waks diskuterer hvilken konsekvens det vil ha for profesjonenes arbeid og hvordan de reagerer på reformer som søker å gjøre arbeidet deres mer gjennomskinnelig. De to forskerne peker på at profesjonene er i kontinuerlig forandring og at de i større grad enn tidligere tar inn over seg de kravene til dokumentasjon og formidling som transparenskravet har medført. Om profesjonene skal få noen mulighet til å påvirke transparensens vilkår er det viktig at profesjonene opptrer gjennom sine profesjonelle sammenslutninger og institusjoner for forskning og utdanning.

Charlotta Levay og Caroline Waks avslutter boken med å peke på den utfordringen det lig-

ger i å oversette medisinsk terminologi og kunnskap om helsesektoren til publikum.

”På ett eller annet sätt må medisinske og andre eksperter engageres i framstillingen og tolkningen av det materialet. Det handler både om å utvikle relevante former for granskningene – hvilke termer, kategorier og bedømmingskriterier som skal anvendes – og å forklare og motivera dem for andre. Hvem eller hvilke som tar initiativet til å fylla den rollen som oversettere – myndigheter, profesjonelle sammenslutninger, mediene, internasjonelle organisasjoner eller helt lyse aktører – får troligen en avgjørende betydning for hvilken type av transparens som skapas i framtidens sjukepleie.”

*Stråvan etter transparens* er en viktig bok. Det nære samarbeidet som nå er mellom Rokkansenteret i Bergen og forskningsmiljøer i Sverige og Danmark, vil forhåpentligvis også gi oss mer innsikt i de utfordringene som knyttet til temaet her i landet.

På sin forelesning i Bergen pekte Maria Blomgren Caroline Waks på følgende pågående prosjekter i Sverige:

- Framvæksten av idéen om en evidensbasert medisin (EBM) *Erica Hult*
- Å styra helse- og sjukepleie: den problematiske valgfriheten *Ulrika Winblad og Mio Fredriksson*
- Den private sjukepleieforsikringen – ett tecken på en økt blandekonomi *Lars Norén*
- Forandrede relasjoner mellom landstinget og legemiddelindustrien *Kajsa Lindberg*
- En patriarkalisk sjukepleiepolitikk? Framvækst og opprøpning *Agneta Emanuelsson Blanck*
- Offentlig og privat innen svensk ambulanse-sjukepleie *Caroline Waks*
- Fallet Capio – en reise mellom offentlig og privat *Maria Blomgren*