

# Styrning med indikatorer på kvalitet och effektivitet i vården. Framtid eller återvändsgränd?

Anders Anell  
Ekonomihögskolan, Lunds universitet

# Tre faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem<sup>1</sup>

- Vård på lika villkor (“equity”)
- Kostnadskontroll, produktivitet (“cost containment”)
- Resultat och värde för pengarna (“performance”)

New Public Management (NPM): konkurrens, valfrihet, privata alternativ och managementmodeller från näringsliv (från 1990-tal)

Ökat fokus på transparens, mål och indikatorer, kvalitet, värde för pengarna, kvalitetsregister (2000-tal).

Ersättningsmodeller = flexibelt styrinstrument som anpassats till nya förutsättningar

1. Cutler D. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*; 40: 3: 881-906.

# Indikatorer

- Används för att mäta (indikera) tillståndet i ett system
  - Domän (t.ex. säkerhet, effektivitet, patientcentrering, tillgänglighet, jämlikhet)
  - Typologi (struktur, process, resultat)
- Mäta hur ett system utvecklas över tiden
- Jämförelser mellan system

Tre olika syften:

- Förbättringsarbete
- Forskning
- Ansvarsutkrävning (belöningar & sanktioner)

Braspenning J, Hermens R, Calsbeek H. (2013) Quality and safety of care: the role of indicators. In GroL R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Eds. Improving patient care: The implementation of change in health care. Second edition. John Wiley & Sons.

# Agenda

- Egenskaper hos olika typer av indikatorer
- För- och nackdelar om de används som underlag för belöningar/sanktioner
- Några exempel
- Utflykt i motivationsteori
- Alternativ för extern ansvarsutkrävning

# Typologi

Typ av indikator	Exempel inom området diabetes
<b>Struktur</b>	Förekomst av diabetesmottagning med specialistsjuksköterska.
<b>Process</b>	Registrering av testvärden för diabetiker i Nationella Diabetesregistret (NDR).
<b>Intermediärt resultat</b>	Andel diabetiker som når behandlingsmål (ex. HbA1c, blodtryck, kolesterolnivå).
<b>Resultat</b>	Patienters erfarenheter av behandlingen. Minskat antal komplikationer till följd av diabetes.

<b>Typ av indikator</b>	<b>Syfte om indikator används som underlag för styrning</b>
<b>Struktur eller process</b>	Spridning av evidensbaserad medicin.
<b>Intermediärt resultat</b>	Incitament till egna förbättringar och utveckling av innovationer som leder till bättre intermediärt resultat. Spridning av evidensbaserad medicin.
<b>Resultat</b>	Incitament till egna förbättringar och utveckling av innovationer som leder till bättre resultat. Spridning av evidensbaserad medicin.

# Fördelar med resultatindikatorer

- Resultatindikatorer bidrar till fokus på resultat och nytta för patienterna samt en helhetssyn, vilket svarar mot hälso- och sjukvårdens övergripande målsättningar.
- Resultatindikatorer är mer meningsfulla för patienter, befolkningen och sjukvårdens finansiärer, jämfört med processindikatorer som ofta bara kan förstås av professionen.
- Resultatindikatorer innebär att vårdgivare uppmanas att experimentera med nya arbetsformer och främjar därför innovationer.
- Resultatindikatorer främjar framtagande av långsiktiga strategier som bidrar till måluppfyllelse, t.ex. investeringar i förebyggande insatser.
- Resultatindikatorer är svårare att manipulera, även om vårdgivare kan påverka utfall genom att exempelvis överdriva patienters svårighetsgrad (s.k. "upstaging").

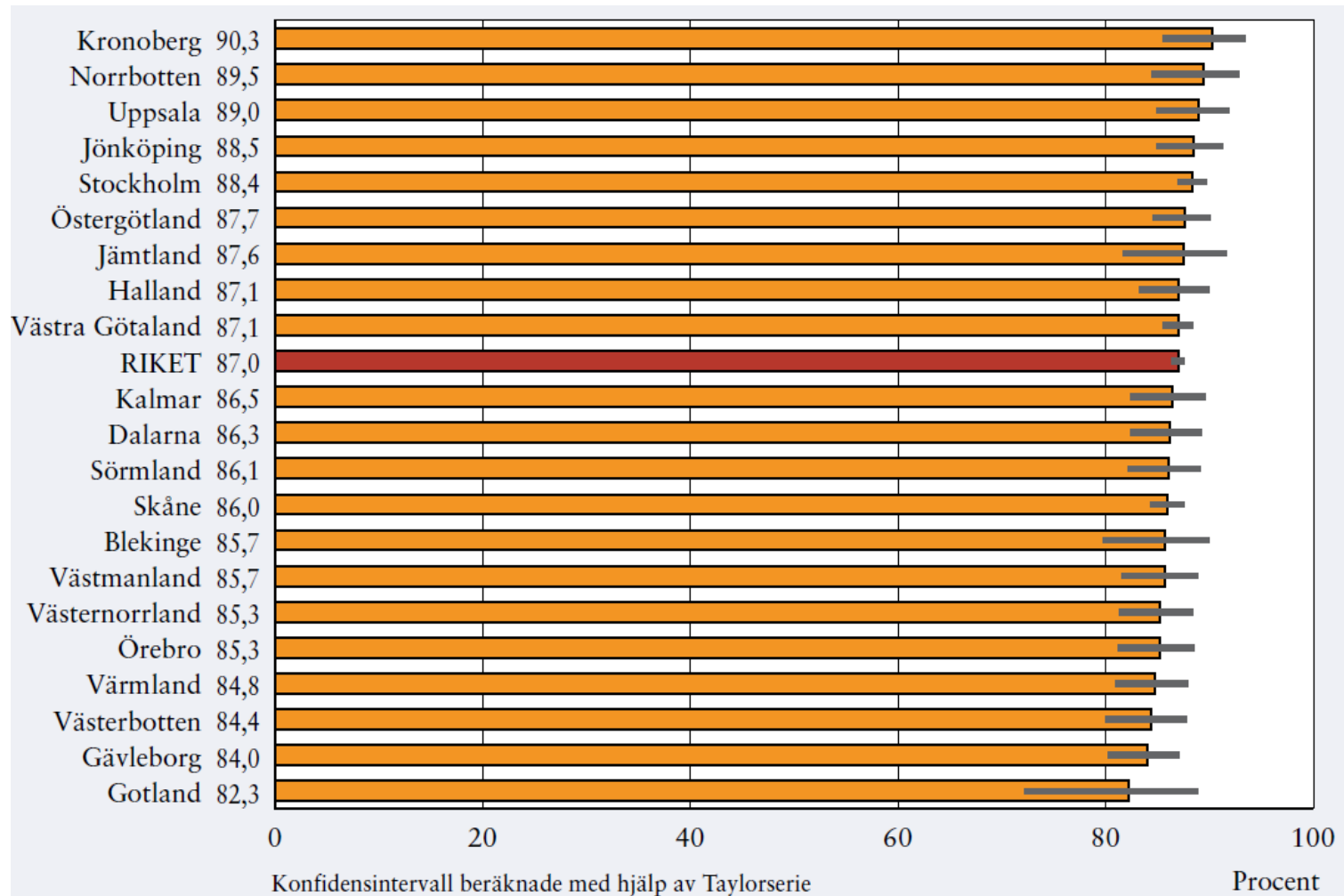
Källa: Fritt efter Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.

# Nackdelar med resultatindikatorer

- I många sammanhang är det svårt att mäta egentliga resultat och utfall för patienterna, åtminstone på kort sikt.
- Resultat påverkas av många faktorer. Flera av dessa kan inte kontrolleras av vårdgivare. Om flera vårdgivare är inblandade är det svårt att avgöra i vilken grad de bidragit till visst utfall.
- Slumpmässig variation innebär att det kan krävas ett stort patientunderlag för att påvisa skillnader mellan vårdgivare.
- Resultat och utfall uppkommer först på sikt, vilket innebär att man i många sammanhang måste använda intermediära resultatmått för att påvisa skillnader mellan vårdgivare.
- Bra utfall för patienterna kan uppstå trots dålig kvalitet på vårdprocessen (och tvärtom) vilket ger osäkerhet i bedömningen av vårdgivare.

Källa: Fritt efter Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.





**Diagram 9**  
Kvinnor

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

# Fördelar med processindikatorer

- Processer är ofta enkla att mäta och kan hämtas från journaler.
- Processer är ofta enkla att tolka genom referenser till tidigare studier om samband mellan process och resultat för patienterna.
- Processindikatorer kan identifiera kvalitetsskillnader mellan vårdgivare utifrån mindre dataurval jämfört med resultatindikatorer.
- Processindikatorer ger tydlig vägledning om hur kvaliteten kan förbättras. Insatser för att förbättra processer kan sättas in snabbt, medan brister i resultat uppkommer först på sikt.

Källa: Fritt efter Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.

# Nackdelar med processindikatorer

- I många sammanhang finns brist på evidens, som kanske enbart gäller specifik process för viss avgränsad patientgrupp.
- Ny evidens kräver att tidigare indikatorer uppdateras.
- Processindikatorer kan i högre grad manipuleras av vårdgivare. Det gäller både om, hur och till vilka patientgrupper som process utförs.
- En protokolldriven vård kan skapa liten nytta för enskilda patienter. Det gäller särskilt vertikala, sjukdomsspecifika processmått för patienter med flera kroniska sjukdomar.
- Fokus på processindikatorer kan förhindra förnyelse och innovationer i arbetssätt och erbjudanden.

Källa: Fritt efter Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.

# Huvudsakliga problem vid extern ansvarsutkrävning

- Risk för att fel enheter belönas vid användning av resultatindikatorer
  - Ofta svårt att definiera och mäta resultat (utfall)
  - Risk-justering, "attribution", slumpmässig variation
- Begränsningar även med processindikatorer
  - Evidens?
  - Manipulation
  - Protokollstyrd vård ("reaching target but missing the point")
  - Undanträngning

# Sammanfattat

- "unethical and counterproductive to penalize providers for outcomes outside their control" (resultatindikatorer)
- "the folly of rewarding A while hoping for B" (processindikatorer)

Terris DD, Aron DC. (2009) Attribution and causality in health-care performance measurement. In Smith P, et al. eds. Performance measurement for health system improvement. Cambridge Univ. Press.  
Kerr S. (1975) On the folly of rewarding A while hoping for B. Academy of Management Journal; 18(4): 769-783.

# Olika målnivåer

	Absoluta mål	Relativa mål
Vårdcentral	Antibiotikaförskrivningen får vara max visst antal definierade dygnsdoser (DDD) per tusen listade individer.	Vårdcentraler som uppnår högst patientnöjdhet enligt enkäter får dela på ekonomisk belöning.
Sjukhus	Väntetiden på sjukhusens akutmottagningar får vara max 4 timmar.	Sjukhus med lägst riskjusterad 30 dagars mortalitet för ett urval diagnoser får dela på ekonomisk belöning.

# Hur stor ersättning behövs?

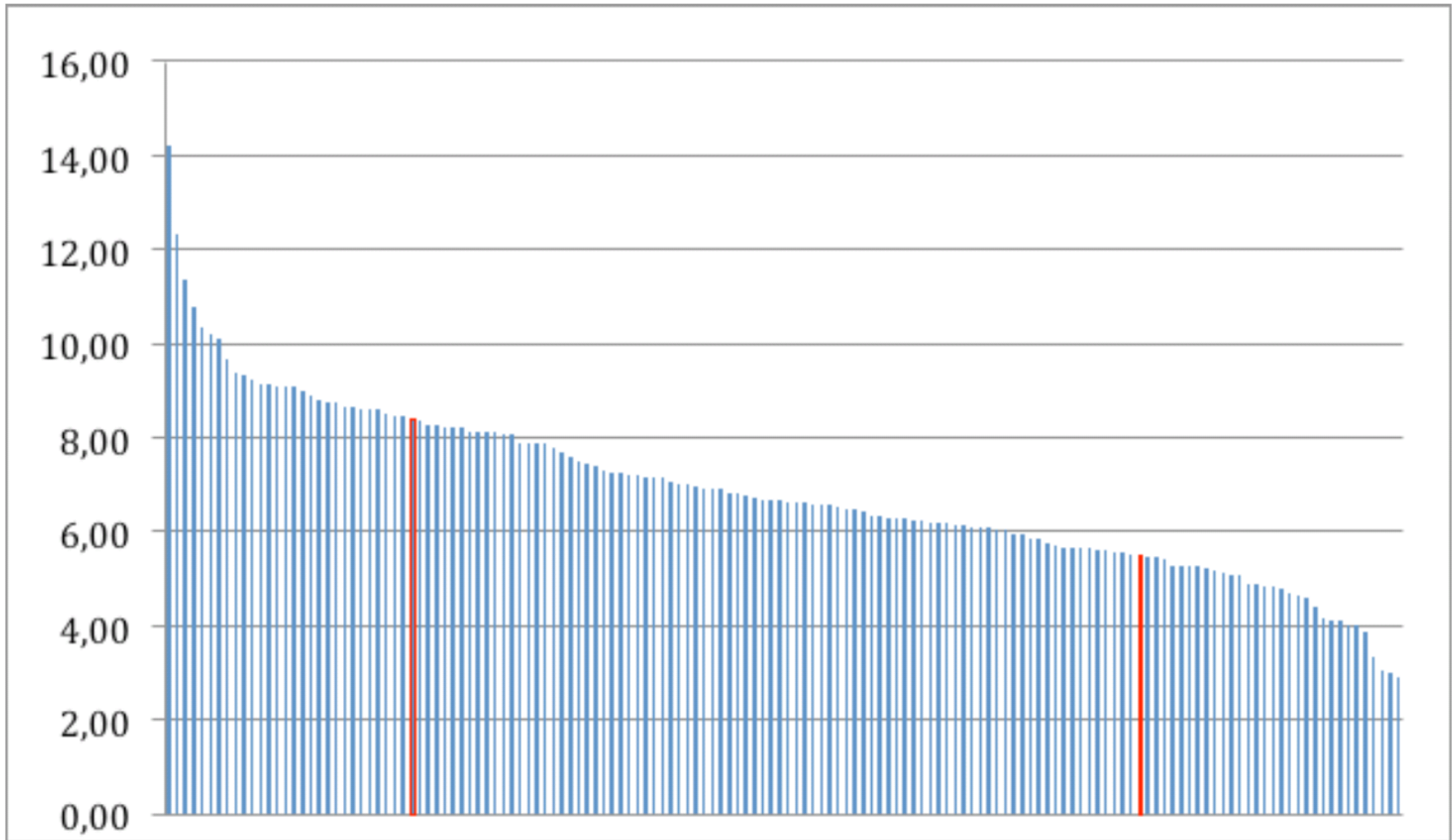
- Hur många är målen?
  - Många mål och liten ersättning ger osäker effekt
  - Få mål och stor ersättning ger tydligare incitament
- Hur stora insatser krävs för att nå målen?
  - Enklare att bedöma för struktur-/processmått
  - Enklare att bedöma för absoluta mål
  - Påverkas av vårdgivares utgångslägen
- Vilka incitament ger ersättningsystem i övrigt?
  - Premierar grundläggande ersättning kostnadskontroll eller stor volym vård?

## Exempel mest sjuka äldre

- Integrerad vård till sköra äldre kan förbättra hälsotillstånd och reducera onödigt utnyttjande av sjukhusvård
- Prestationsbaserad ersättning från staten; målrelaterad ersättning i landstingen
- Studie av primärvård i Region Skåne
  - Kvalitativ studie ("ranking exercise")
  - Regression modeller

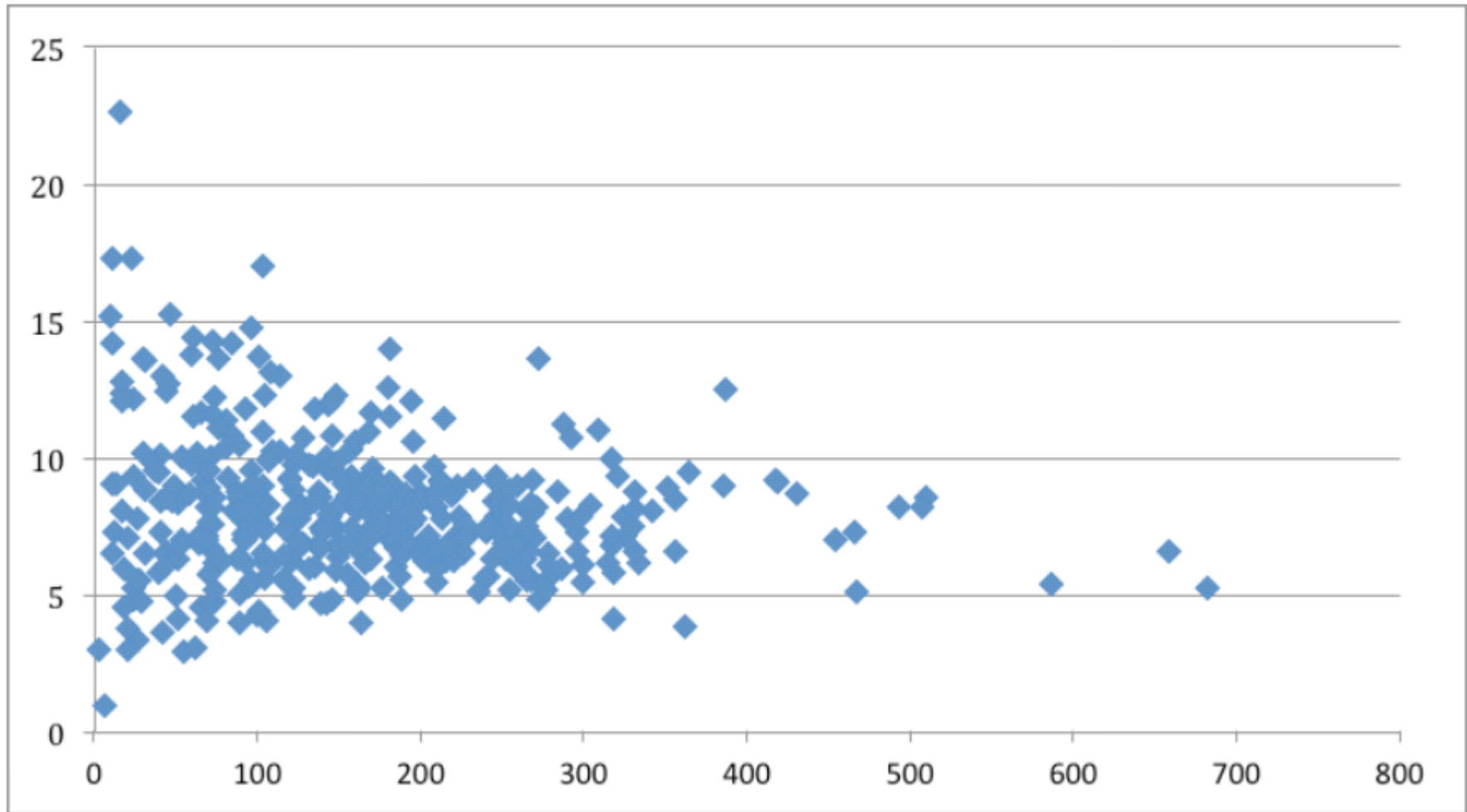


**Figur 2.** Genomsnittligt antal vårddagar per person bland ACG-tunga 75+ år 2011 listade på olika primärvårdsenheter i Region Skåne.



Anell A (2011) Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre. I Krohwinkel Karlsson A, Winberg H, eds. På väg mot en värdefull styrning. Leading Health Care: Stockholm.

**Figur 8.** Genomsnittligt antal vårddagar per person och antal personer listade vid olika enheter, värden för respektive enhet åren 2009-2011.



Anell A (2011) Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre. I Krohwinkel Karlsson A, Winberg H, eds. På väg mot en värdefull styrning. Leading Health Care: Stockholm.

**Tabell 7. Samlad jämförelse av vårdcentraler.**

	Identifiera patienter	Kontinuitet mot patient		Tillgänglighet mot patient	Struktur för samverkan	Tillgänglighet och kontinuitet gentemot kommun	Samverkan/ koordinering utifrån individers behov				Summa
		Enligt pv	Statistik (3 besök samma läkare, %)				Enligt pv	Enligt kommun	VOPS	Läkemedelsgenomgång	
Tärnan	3	3	1	3	3	3	3	1	-	2	22
Doppingen	2	3	2	2	1	3	1	1	-	-	15
Måsen	2	3	2	3	3	3	2	1	-	-	19
Svalan	2	2	1	1	1	2	2	1	-	2	14
Lommen	2	2	1	1	2	2	2	1	1	3	17
Vadaren	1	2	2	2	2	3	2	1	-	3	18
Svanen	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	27
Falken	2	2	1	2	3	3	2	2	-	1	18

Anell A, Glenngård AH (2013) Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov?  
Leading Health Care: Stockholm.

## Regression med “besök på akutmottagning utan inläggning per 1000 patienter > 75 år” som beroende variabel.

Variable	Beta (standardized)	Sig (p-value)
Constant	12,487	,000
Distrikt: Mellersta=1, Other=0	-8,668	,000
Distrikt: Nordöst=1, Other=0	-3,742	,000
Socioekonomi, CNI	3,186	,002
Adjusted R2	0,425	
Antal observationer	145	

# Erfarenheter av P4P i brittisk primärvård<sup>1</sup>

- Nytt kontrakt fr o m 2004
  - 140-tal indikatorer och möjlighet till 30% extra ersättning
- 99,6 % av allmänläkare medverkar
  - Hela 98% uppnådde målen redan under första året
- Studier visar på förbättringar inom exempelvis diabetesvården
  - Kontroller och andra processmål snarare än behandlingsmål
  - Sjuksköterskor svarar för mycket av merarbetet
- Osäker patientnytta
  - Agendan vid besök har förskjutits mot protokoll ('box-ticking')
- Främsta effekten att allmänläkares inkomster ökat
  - Marginell kvalitetsförbättring till högt pris?

1. Anell A. (2010) Vården i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.

# P4P i USA

- Används i många olika sammanhang
  - Vanligast för primärvårdsläkare och specialister
  - Generellt liten andel av ersättningen och färre mål än i UK
- Dåliga förutsättningar jämfört med UK (och Sverige)
  - Många finansiärer gör att enskilda P4P program inte har effekt
  - Grundläggande finansiering premierar fortfarande volym vård
- De flesta studier visar på sin höjd blygsamma kvalitetsvinster
  - Förbättrad dokumentation och bättre kontroller (processmått)

# Sammanfattat

”there is limited evidence to support or not support pay-for-performance”

Eijkenaar F et al. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy 2013; 110(2-3): 115.30.

# Utflykt i motivationsteori

- Professioner har stort mått av “egen motivation”
- Externa incitament (t ex ekonomisk belöning/sanktion) kan påverka motivation på flera sätt
- “Hidden cost of control”
  - Styrningens signaleffekt
- “Hidden cost of reward”
  - icke-avsedd påverkan på normer

Deci EL, Koestner R, Ryan RM. (1999) A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*; 125: 627-668.

Falk A, Kosfeld M. (2006) The hidden cost of control. *The American Economic Review*; 96(5): 1611-1630.

Gneezy U, Rustichini A. (2000) Pay enough or don't pay at all. *The Quarterly Journal of Economics*; August: 791-810.



# Evidens om effekter av öppna jämförelser ("report cards")

- Liten användning av befolkning eller patienter
- "Professional reputation mechanisms"
- Kan ge förbättringsarbete bland de som rankas sämst (processindikatorer)

Vårdanalys (2012:4) Grönt ljus för öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Myndigheten för Vårdanalys.  
Kolstad J T. (2013) Information and quality when motivation is intrinsic: evidence from surgeon report cards. American Economic Review; 103(7): 2875-2910.

# Evidens ”audit and feedback”

- Varierande effekt
- Bättre effekt om svagt utgångsläge
- Kan påverkas genom former för återkoppling...
  - Regelbunden
  - Muntligt och skriftligt
  - Genom respekterad ledning eller kollega
- .... och genom krav på handlingsplan

Ivers N, et al. (2012) Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 6. Art. No.:CD000259.

**Table 3: Differences between accountability and improvement approaches to indicators**

Extended and adapted from Freeman [2002]

	<b>Accountability approaches</b>	<b>Improvement approaches</b>
<i>Emphasis:</i>	Measurement orientated; favouring verification and assurance.	Insight and change oriented; favouring learning to promote continual improvement.
<i>Rationale:</i>	To provide external accountability and ensure/renew legitimacy.	To promote internal change and continuous quality improvement.
<i>Culture:</i>	Comparisons drawn in order to make summative judgements on quality.	Comparisons drawn with a formative emphasis aimed at learning from difference and diversity.
<i>Data presentation:</i>	Data presented as league tables inviting naming, blaming and shaming.	Data presentation emphasises informal benchmarking and acknowledges 'causal ambiguity'.
<i>Precision required:</i>	High precision needed.	Lower precisions acceptable.
<i>Epistemology:</i>	Empirical. Validity and reliability important alongside statistical assessments of difference.	Interpretive. Use of other data sources and local information acceptable to provide contextual and qualitative understandings.

Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.

# Regression med “genomsnittligt antal vård dagar per person” som beroende variabel.

Variabel	Beta (standardized)	Sig (p-value)
Konstant	7,372	,000
Socioekonomi, CNI	4,398	,000
Andel direktinläggningar	-2,660	,009
Adjusted R2	0,171	
Antal observationer	144	

# Några utmaningar

- Hur anpassa och kombinera olika former av ansvarsutkrävning utifrån förutsättningar?
- Större hänsyn till styrningens ”signaleffekter” och professionens egen motivation att förbättra resultat
- Hur bygga upp ansvarsutkrävning för systematiskt förbättringsarbete?
  - System för regelbunden återkoppling
  - Mål och handlingsplaner