



Variationer och kvalitetsjämförelser i hälso- och sjukvården – vad bör göras?

POLICY BRIEF

Inledning

Den 5 mars 2013 genomförde Forum för Health Policy en workshop på temat Variationer och kvalitetsjämförelser med syftet att stimulera diskussion och lärande. Medverkade gjorde bland andra Elliott S. Fisher, Dartmouth Institute, ledare för den mest tongivande forskaransatsen kring variation i vården i USA och Fredrik Westander, som har medverkat i Öppna Jämförelser (ÖJ) av hälso- och sjukvården i Sverige. Denna Policy Brief bygger på och summerar materialet från denna workshop. Tonvikten ligger på att ge översiktligt kunskapsläge och förslag till det fortsatta analys- och utvecklingsarbetet i Sverige.

Allt ursprungligt material finns på www.healthpolicy.se

Variation i sjukvården – ett utmanande fenomen

Variation i vården utgör ett grundläggande fenomen som utgör en betydande utmaning för vårdforskare, praktiker och politiska beslutsfattare. Det gäller behoven av vård, som växlar starkt mellan individer och det gäller vårdens utförande för grupper och enskilda individer. Vårdsystemet skall verka utjämnande i förhållande till omotiverade variationsfaktorer mellan enskilda individer och grupper – lika och rättvis behandling är ett rättesnöre för god etik i vården. Samtidigt kräver utvecklingen av t.ex. evidensbaserad vård att olika individer får skräddarsydd individuell behandling i förhållande till de behov som aktuell sjukdom och förmåga att tillgodagöra sig behandlingen innebär. Pusslet att rätt tolka observerade variation – och åtgärda den via de medicinska behandlingsbesluten, organisatoriska åtgärder och effektivisering eller resursfördelningsbeslut – är utmanande. Det är viktigt för vårdens funktion, effektivitet och rättvisa.

Såväl internationellt som i vårt land har intresset ökat starkt under de senaste decennierna för variation i vården. En stor del av forskningen bygger på den växande tillgången på data som kan analyseras och visa olika effekter och i bästa fall vid analys också orsaker till variation. Steget till åtgärder är viktigt.

Sverige har en lång tradition inom detta område och närmast unika datakällor som kan belysa variationer i vården. Administrativa hälsodatabaser har en lång tradition, medicinska kvalitetsregister finns uppbyggda som internationellt sett har mycket högt värde. En påbörjad nationell process inom s.k. Öppna Jämförelser har under de senaste fem åren sökt redovisa bl.a. variationsvidd i svensk vård mellan kliniker och landsting.

Tre olika typer av vård – lärdomar från USA

En betydande databas är samlad och kontinuerligt analyserad inom det som populärt kallas ”The Dartmouth Atlas”. Variationens bestämningsfaktorer skiljer sig åt för de olika kategorierna av sjukdom och behandling. Analysarbetet har gett en beskrivning av tre olika kategorier av vård.

1. Effective care

som avser diagnostik och behandling som är bevisat effektiv vid de aktuella sjukdomstillstånderna och där i princip alla patienter skall behandlas (detta är förenligt med att processvariationen kan vara stor).

2. Preference-sensitive care

där för- och nackdelar med behandlingen måste vägas mot varandra och patientens preferenser därför bör vara avgörande. Vid beslut om behandling spelar idag vårdgivarens uppfattning och även kapaciteten stor roll.

3. Supply-sensitive care

vård där det finns begränsad kunskap om nyttan och behandlingsbesluten därför blir starkt beroende av vårdgivarnas kapacitet och bedömning eller åsikt om behandlingens effekt.

Amerikanska förhållanden skiljer sig i en del avseenden från svenska – variationsvidden i de flesta avseenden är mycket större än i det mera homogena Sverige. Den amerikanska vården beskrivs ofta som en blandning av slöseri och överutnyttjande av vård, samtidigt som underutnyttjande och icke tillfredsställda behov av vård är stort. Erfarenheterna är att det finns mycket principiellt och generellt lärande för oss i den amerikanska forskningen kring variation, just genom de större kontrasterna.

Publicering av kvalitetsjämförelser i Sverige – Öppna jämförelser och andra

Studier av variation genom jämförelser mellan enheter och lokala vårdssystem är nu ett viktigt instrument i hälso- och sjukvårdens styrning i Sverige sedan fem-sex år. De viktigaste uttrycken är:

1. Årsrapporter från nationella kvalitetsregister

Det har blivit vanligare att registren formulerar kvalitetsindikatorer, explicit ägnade öppen redovisning. I den nu pågående statliga satsningen på nationella kvalitetsregister är deltagande i öppen resultatredovisning ett uttalat mål.

2. Indikatorbaserade utvärderingsrapporter från Socialstyrelsen – nationella riktlinjer

Dessa nationella utvärderingar följer upp riktlinjer genom registerbaserade data för landstingen och sjukhusen. Resultatet speglar måluppfyllelse eller glapp mellan riktlinjernas rekommendationer och den faktiskt bedrivna sjukvården. Målgrupperna är främst landstingsledningar och verksamhetsansvariga.

3. Tematiska publiceringar av kvalitets- och kostnadsdata från SKL

Det finns nu ett flertal nationella datainsamlingar med bred inriktning mot både ekonomi- och verksamhetsstyrning, om till exempel väntetider, kostnad per patient och vårdrelaterade infektioner.

4. Årliga rapporten ÖJ från SKL och Socialstyrelsen

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är en väsentligen beskrivande rapport med kvalitetsjämförelser, som årligen publicerats sedan 2006. Antalet kvalitetsindikatorer har stegvis ökat och uppgår till runt 170. Rapporten kan ses som ett skyltfönster eller en samlingsplats för ett urval av den kvalitetsinformation som nu finns tillgänglig i svensk hälso- och sjukvård. Både landstings- och sjukhusjämförelser ingår. Datakällor är både de obligatoriska hälsodataregistren och de frivilliga, professionsburna kvalitetsregistren, tillsammans med vissa övriga datainsamlingar. Rapporten vänder sig till landstingsledningar, men även till media och till den intresserade allmänheten. Flera viktiga kvalitetsindikatorer som baseras på hälsodataregister publiceras enbart i denna rapport. Rapporten är beskrivande utan skarpa eller värderande slutsatser.

Kvalitetsjämförelser innehåller alltid en underförstådd värdering, men ÖJ syftar främst till att vara en service- och stödfunktion. Landsting eller sjukhus förväntas aldrig kommentera synbarliga kvalitetsproblem eller redovisa vilka förbättringar man åstadkommit.

5. Övriga återkommande rapporter och webb-platser

Exempelvis Cancerfondens årliga rapport, Hjärt- och lungfondens årliga hjärtsjukvårdsrapport.

Kvalitetsjämförelserna ger bättre förutsättningar för meningsfull styrning och diskussion

ÖJ har bidragit till att frågor om medicinska resultat och kvalitet presenterats på ett mera explicit sätt än tidigare. Detta har gett bättre förutsättningar för styrning och ledning i landstingen. De utvärderingar som gjorts pekar bland annat på att jämförelserna bidragit till att landstingsledningar har ett större fokus på medicinska kvalitetsfrågor än tidigare.

Många kvalitetsindikatorer visar förbättringar över tid men det går inte att uttala sig om publiceringen av jämförelser generellt leder till förbättringar. Effekterna kan bero på olika faktorer i vårdmiljön. Den stora policyfrågan är inte om man skall publicera kvalitetsjämförelser eller ej, utan hur ett nationellt arbete för kvalitetsmätning och publicering av data skall utformas för att ge bästa möjliga utbyte. Hänsyn bör tas till gjorda erfarenheter, såväl positiva som negativa.

Positiva erfarenheter men också risker och problem

Erfarenheterna är övervägande positiva, men det finns även risker och problem med publicering av kvalitetsjämförelse. Övertro på formaliserad kvalitetsmätning är ett problem eftersom begränsningarna i jämförelserna ofta är svårbemästrade.

Exempel på detta är:

- att kvantitativa data bara belyser vissa aspekter av ett vårdssystem,
- indikatorer kan utformas olika för att spegla samma kvalitetsaspekt,
- val av område/vårdkvalitet som beskrivs i hög grad styrs av datatillgång,
- förekomsten av olika felkällor,
- olika val i presentationen av data.

Mot bakgrund av begränsningarna är reservationer viktiga vid publiceringen beroende på:

- att tolkningen kan kräva expertkunskap,
- verksamhetschefer och medicinsk ansvariga kan känna rädsla för uthängning,
- medialogikens speciella behov av dramatisering.

Vissa landsting använder kvalitetsmål som del i den ekonomiska ersättningen till sjukhus och primärvård. Den formella uppbackningen av ÖJ från Socialstyrelsen och SKL har förmodligen bidragit till detta. Kvalitetsindikatorerna har så att säga auktoriserats för all användning, även om detta aldrig varit avsikten.

Den stora policyfrågan är inte om man skall publicera kvalitetsjämförelser eller ej, utan hur ett nationellt arbete för kvalitetsmätning och publicering av data skall utformas för att ge bästa möjliga utbyte. Hänsyn bör tas till gjorda erfarenheter, såväl positiva som negativa.



Problemen med att knyta ekonomiska ersättningar till kvalitetsmått är flera:

- Indikator- eller datakvalitet. Inte många indikatorer håller för sådan skarp användning.
- Urvalsproblemet. Det blir som regel någon enstaka aspekt av vårdkvalitet som kan belönas.
- Risk att registerdata korrumpas med ekonomiska motiv.

Samhällets kontrakt med vårdprofessionerna har som grund en förväntan om kvalitet och oberoende, att denna strävan skall ligga inbyggd i själva yrkesrollen. När landstingen ”omformulerar” detta kontrakt och belönar vissa kvalitetsmått med pengar, skiftar underförstått förväntningarna på professionerna. Kontraktet riskerar att undergrävas.

Att utse den bäste är lockande

Det finns både intresse och argument för att en årlig ranking där man utser bästa sjukhus och bästa landsting. Det finns flera metodproblem. Uppmätta kvalitetsutfall skall ses som högst provisoriska sanningar, eller att de är just indikatorer på något, inget annat.

Den viktigaste invändningen mot ranking av bästa sjukhus och landsting är en annan. Att identifiera bra resultat och lära av dessa är viktigt, men om ett sjukhus i ett landsting lyckas bra, betyder inte det att andra sjukhus i samma landsting bör förväntas ha bra resultat. Lärande och erfarenhetsutbyte bör avse specifika delar av sjukvården – aspekter på hjärtinfarktvard, protesoperationer etc, och inte baseras på ranking av ”total kvalitet”. Det pågår dock en intressant internationell utveckling att väga samman kvalitetsmått för enskilda enheter som kan ge mer av en helhetsbild.

Patientens val av vårdgivare – en mekanism för kvalitetsförbättringar?

I den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten har kravet på patientens valfrihet, i meningen rätten att välja vårdgivare, länge dominerat. Forskningen visar att publicering av jämförande kvalitetsinformation driver på kvalitetsarbetet och i vissa fall ökar den faktiska kvaliteten. Den huvudsakliga mekanismen för kvalitetsförbättring är att vårdgivare och professionerna tar intryck av jämförelserna och lär av andra. De valmekanismer för patienter som introduceras i sjukvården kan också påverka kvalitetsutvecklingen men det krävs robusta system för kvalitetsredovisning och jämförelser vilket i hög grad saknas idag. Om och i hur stor omfattning vården kan marknadsstyras hör ihop med patientens val men är en mer komplex fråga.

Utveckling av kvalitetsjämförelser för uppföljning och styrning

Baserat på svenska förutsättningar och internationella lärdomar bör en fortsatt utveckling i Sverige innehålla följande:

1. Stöd för förbättring bör skiljas från vårdsystemutvärdering

- Kvalitetsmätning som stöd för förbättring (improvement) fokuserar på enhetens egen utveckling över tid. Mätning av kvalitet som stöd för utvärdering (judgment) betonar istället rättvisa jämförelser mellan enheter eller vårdsystem. ÖJ har båda dessa syften samtidigt, vilket gett upphov till en del nackdelar. Det behövs en större åtskillnad mellan syftena förbättring och utvärderingar och att urvalet av indikatorer behöver utvecklas för att stödja detta.
- Kvalitetsindikatorer för förbättringar skall vara lätta att använda, vårdprocessmått, ”snabba” indikatorer och relevanta för resultaten.
- Redovisningar av rättvisa jämförelser mellan sjukhus är komplexa. Det medför krav på att justering för patienters olika sjukdomsgrad sker och på säkerställd datakvalitet och statistisk säkerhet (= långa mätperioder).

2. Aktivare nationell värdering av resultaten – mer signal, mindre brus

- Eftersom landstingen har ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården har man också ansvaret att tolka, värdera och använda nationellt producerade kvalitetsjämförelser och annat kunskapsunderlag.
- Argumenten för en ökad nationell roll i tolkning och värdering av enskilda resultat och enskilda landsting är arbetsbesparing och förenkling för landstingen. Ett principiellt argument är att hälso- och sjukvårdspolitik och -styrning även är nationell. Ett steg på vägen är att redovisa målnivåer, för de kvalitetsindikatorer som finns.
- Ett mer radikalt grepp är att nationellt peka ut ett antal viktiga kvalitetsproblem. Dessa skulle ses som högt prioriterade kvalitetsbrister, gärna uppbackade med hälsoekonomiska analyser så att även bredare bedömningar av hälso- och andra vinster speglas.

3. Erbjuder aktiv värdering av enskilda landstings resultat – fördjupning

- Sammantaget finns ett mycket stort antal indikatorer och tillsammans med andra relevanta jämförelsetal (vårdkonsumtion, kostnadsdata, medelvårdtider, val mellan likvärdiga läkemedel etc), så ökar antalet ytterligare. Det finns stora mängder potentiellt meningsfull information om kvalitet och effektivitet.

- Ur ett nationellt policyperspektiv är det viktigt att öka nyttan av denna information och landstingen skulle dra nytta av en nationell organisation som erbjuder fördjupade bedömningar av resultaten. En kompetent organisation för extern och auktoritativ bedömning skulle kunna värdera och utmana landstingen på ett konstruktivt sätt.

4. Mer fokus på effektivitet, inte bara på kvalitet och mått på underanvändning

- ÖJ har tyngdpunkt på medicinska kvalitetsmått. Fokus på effektiv resursanvändning kräver även mått på produktivitet, kostnadsvariation eller ekonomiska aspekter av variationer i medicinsk praxis. Exempelvis:
 - Kostnad per prestation
 - Vårdkonsumtion eller behandlingsfrekvens
 - Medelvårdtider, återinskrivningar och dagkirurgiandelar
 - Val av behandling vid likvärdiga alternativ, men olika kostnad
 - Behandling/diagnostik med oklar nytta

5. Avskaffa det nationella indikatorsetet ÖJ – bygg nya

- Rapporten ÖJ visar ett urval av kvalitetsindikatorer, medan landstingen bör förhålla sig även till andra nationellt tillgängliga kvalitetsmått. Det bör etableras ett nationellt "indikatorlager" som görs tillgängligt i flexibla webb-lösningar, där man kan välja och utforma olika indikator/informationspaket, beroende på vad man söker efter.

Läs mer

Internationellt

www.dartmouthatlas.org

Valerie A VA Lewis, Asha Belle AB McClurg, Jeremy J Smith, Elliott S Fisher, and Julie P W JP Bynum Attributing patients to accountable care organizations: performance year approach aligns stakeholders' interests. *Health Aff (Millwood)* 32(3):587-95 (2013).

Elliott S. Fisher, John E. Wennberg, Health Care Quality, Geographic Variations, and the Challenge of Supply-Sensitive Care. *Perspectives in Biology and Medicine*: Volume 46, Number 1, Winter 2003.

Svenska Öppna jämförelser

Myndigheten för vårdanalys. Grönt ljus för Öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Rapport 2012:4.

Blomgren, M och Waks, C Ett nytt tänk – öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete. Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.

Olson, U-J och Bergman, S-E. Öppna jämförelser som stimulans till förbättring. Hur använder landstingen Öppna jämförelser i sin styrning och utveckling av hälso- och sjukvården? Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.

Den 5 mars 2013 genomförde Forum för Health Policy en workshop på temat Variationer och kvalitetsjämförelser med syftet att stimulera diskussion och lärande. Medverkade gjorde bland andra Elliott S. Fisher, Dartmouth Institute, ledare för den mest tongivande forskaransatsen kring variation i vården i USA och Fredrik Westander, som har medverkat i Öppna Jämförelser (ÖJ) av hälso- och sjukvården i Sverige. Denna Policy Brief bygger på och summerar materialet från denna workshop. Tonvikten ligger på att ge översiktligt kunskapsläge och förslag till det fortsatta analys- och utvecklingsarbetet i Sverige.

Två goda råd från denna workshop:

Variation – analysera orsaker och åtgärda

Den svenska hälso- och sjukvården har mycket omfattande databaser vilka endast delvis används för utvecklingsarbete. Utveckla både det nationella standardiserade jämförelsearbetet och det lokala behovsstyrda fördjupningsarbetet.

Variation – gå från beskrivning till värdering och målstyrning

Dagens Öppna Jämförelser ger nödvändig beskrivande exponering. Utveckla denna genom att värdera resultat och beskriva målvärden som bör uppnås.

Redaktör Johan Calltorp, professor, projektledare Forum för Health Policy

Allt ursprungligt material finns på www.healthpolicy.se