



LUND UNIVERSITY

Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet.

Anell, Anders

2014

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Anell, A. (2014). *Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet.* (KEFU skriftserie; Nr. 2014:4). KEFU.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

ANDERS ANELL

Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet

SKRIFTSERIE 2014:4



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

Uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet har sedan lång tid använts för att ge stöd åt kliniskt förbättringsarbete och forskning. Under det senaste årtiondet har användningen av indikatorer och register delvis förändrats. Den inomprofessionella användningen har kompletterats med krav på ökad transparens och andra former av s.k. extern ansvarsutkrävning. Det innebär att indikatorer i ökad utsträckning används som underlag för styrning av vårdgivare från t.ex. staten, landstingen eller förvaltningsledningar.

Exempel på den nya formen av styrning är öppna jämförelser, som genomförs i samverkan mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), statsbidrag till landsting kopplade till prestationsmål när det gäller t.ex. väntetider och vård till mest sjuka äldre samt målrelaterad ersättning till primärvård och sjukhus baserat på indikatorer på kvalitet och effektivitet.

Det finns hittills blandade erfarenheter av den nya typen av styrning och en hel del kritik från de professioner som berörs. Det gäller inte minst när indikatorers utfall kopplas samman med ekonomiska incitament. Som visas av denna rapport författad av Anders Anell är det dock inte givet hur styrningen ska gå till. Det finns flera former för ansvarsutkrävning, som inte behöver baseras på ekonomiska belöningar knutna till enskilda indikatorers utfall. Beroende på former för ansvarsutkrävningen ställs också olika krav på de indikatorer som följs upp. Ett viktigt tema i rapporten är att alternativa former av ansvarsutkrävning, som exempelvis krav på systematiskt förbättringsarbete, i många sammanhang kan vara mera ändamålsenliga. Alternativa former för ansvarsutkrävning utgår från professioners egen motivation att skapa värde för patienterna, snarare än ekonomiska incitament kopplat till enskilda indikatorers utfall.

Som brukligt svarar författaren ensam för de värderingar och slutsatser som görs i rapporten.

Lund i November 2014
Ulf Ramberg
KEFU

INNEHÅLL

| | |
|--|-----------|
| SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER | 3 |
| KAPITEL 1 STYRNING I VÅRDEN GENOM UPPFÖLJNING AV INDIKATORER..... | 6 |
| 1.1 DEN NYA STYRNINGEN I ETT HISTORISKT PERSPEKTIV | 8 |
| 1.2 RAPPORTENS SYFTE OCH FORTSATTA DISPOSITION | 10 |
| KAPITEL 2 EGENSKAPER HOS OLIKA TYPER AV INDIKATORER..... | 12 |
| 2.1 OLIKA MÅLOMRÅDEN | 12 |
| 2.2 STRUKTUR, PROCESS OCH RESULTATINDIKATORER | 13 |
| 2.3 TYP AV INDIKATORER OCH OLIKA UNDERLIGGANDE SYFTEN MED STYRNINGEN..... | 14 |
| 2.4 OSÄKERHET KRING HUR RESULTAT UPPNÅS | 16 |
| 2.5 KVALITETSSÄKRING AV PROCESSINDIKATORER..... | 19 |
| 2.6 OLIKA INDIKATORERS EGENSKAPER SAMMANFATTAT | 23 |
| KAPITEL 3 OLIKA SÄTT ATT STYRA GENOM UPPFÖLJNING AV INDIKATORER | 26 |
| 3.1 OLIKA FORMER AV EXTERN ANSVARSUTKRÄVNING | 26 |
| 3.2 DEFINITION AV MÅLNIVÅER, BEHÖVS DET? | 31 |
| 3.3 MÅNGA ELLER FÅ INDIKATORER? | 33 |
| KAPITEL 4 OLIKA SÄTT ATT STYRA OCH VÅRDGIVARES MOTIVATION | 36 |
| 4.1 STYRNING OCH INDIVIDERS MOTIVATION | 36 |
| 4.2 EFFEKTER PÅ MOTIVATIONEN GENOM EXTERN ANSVARSUTKRÄVNING | 39 |
| REFERENSER | 43 |

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Uppföljning av indikatorer genom bl.a. kvalitetsregister har sedan lång tid använts för kliniskt förbättringsarbete där professioner själva har varit drivande i arbetet. I takt med att informationen blivit allmänt tillgänglig har den också använts för extern ansvarsutkrävning, dvs. som underlag för styrning. Exempel är öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet i samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL, prestationsbaserade statsbidrag när det gäller förbättrad vård till mest sjuka äldre och målrelaterad ersättning till primärvård och sjukhus. I många exempel är indikatorers utfall sammankopplade med ekonomiska belöningar eller sanktioner. Sett utifrån kraven på dokumentation och minskade frihetsgrader är det inte förvånande att många läkare uppfattar den nya styrningen som en belastning. En annan kritik är att register kan bli mindre användbara för förbättringsarbete och forskning om ekonomiska incitament leder till att innehållet manipuleras. De effekter som kan uppstå är dock inte givna utan beror på hur styrningen utformas. Som visas i rapporten finns flera olika former av ansvarsutkrävning. Valet mellan dessa former är inte självklart utan beror på förutsättningarna, däribland tillgängliga indikatorers egenskaper och vilken typ av styrsignaler som kan anses mest ändamålsenliga.

Olika indikatorers egenskaper

Tillståndet i ett system kan mätas direkt utifrån de resultat som uppnås, eller indirekt med utgångspunkt i de processer som antas bidra till ett bra resultat. Ett generellt problem med *resultatindikatorer* är att det kan finnas osäkerhet om utfallen verkligen beror på skillnader i vårdgivares kvalitet. För det första kan patienters egenskaper och grupptillhörighet i form av ålder, riskfaktorer, initial hälsa, socioekonomi m.m. påverka utfallet av viss behandling. En andra faktor som bidrar till osäkerhet är i vilken grad olika aktörer i en patientprocess bidragit till resultatet. En bra cancervård kan exempelvis bero både på tidig upptäckt och bra behandling. En tredje faktor är slumpmässig variation. Särskilt för vårdgivare med små patientvolymen blir resultaten osäkra. Osäkra bedömningar med resultatindikatorer kan tala till fördel för *processindikatorer* som underlag för styrning. Processindikatorer har dock egenskaper som leder till att andra typer av problem, t.ex. manipulation, risk för undanträngning av kvaliteter som inte följs upp och utveckling mot en protokollstyrd vård som inte gagnar patienternas intressen.

Olika former av ansvarsutkrävning

Ansvarsutkrävning i form av ekonomiska belöningar och sanktioner baserat på indikatorers utfall är bara ett av flera alternativ. En mjukare ansvarsutkrävning är krav på transparens så att jämförelser mellan vårdgivare blir allmänt tillgängliga. Ansvarsutkrävning kan också handla om att de indikatorer som väljs ut av berörda professioner måste beakta alla relevanta målområden, eller att det finns en systematik i förbättringsarbetet genom regelbunden återkoppling samt krav på tydliga mål och handlingsplaner. Krav på systematiskt förbättringsarbete kan också kombineras med att uppföljningen av indikatorer används i ett diagnostiskt syfte, dvs. för att identifiera de vårdgivare som tycks avvika signifikant från förväntad kvalitet och effektivitet. Beroende på typ av avvikelse kan insatser från den övergripande ledningen leda till krav på åtgärdsprogram för att förbättra en enskild vårdgivares kvalitet, men också till att goda exempel sprids till andra vårdgivare. Underlag för den närmare granskningen hämtas dock inte enbart från uppföljningen av indikatorer. Indikatorer används för att indikera vilka vårdgivare som bör granskas närmare, men inte för att direkt bedöma vårdgivares kvalitet och effektivitet.

Både när det gäller antal och typ av indikatorer ställs olika krav beroende på hur indikatorer används. Om belöningar och sanktioner baseras på utfallet av indikatorer måste uppföljningen vara transparent för den part som ska svara för bedömningen. För att en övergripande ledning ska kunna bedöma vårdgivare måste indikatorerna också vara begripliga och därför helst avse resultat. Indikatorerna bör inte heller vara så många att bedömningen försvåras. Om ansvarsutkrävningen istället avser krav på systematiskt förbättringsarbete ställs andra krav på indikatorerna. Uppföljningen kan vara transparent, men det är inget absolut krav. Ett nödvändigt krav är dock att indikatorerna är meningsfulla för berörda professioner samt bidrar till kunskaper om sambanden mellan insatser och resultat. Det finns därför behov av många olika indikatorer som mäter både processer och resultat.

Vilken form av ansvarsutkrävning är bäst?

Vilken form av extern ansvarsutkrävning som är mest lämplig måste avgöras utifrån förutsättningarna. Det finns dock ingen evidens för att ansvarsutkrävning genom ekonomiska belöningar kopplade till utfallet av indikatorer alltid skulle ge större drivkrafter till förbättringar än t.ex. öppna jämförelser eller stöd för systematiskt förbättringsarbete. Eftersom ansvarsutkrävning baserad på utfallet av enskilda indikatorer i flera sammanhang är problematiskt finns därför

anledning att rikta större intresse mot de andra formerna av ansvarsutkrävning. En omställning av ansvarsutkrävningen till exempelvis krav och stöd för systematiskt förbättringsarbete får också konsekvenser för styrningens signaleffekter. Uppföljningen av indikatorer görs i första hand för att producera kunskap och lärande, snarare än för direkt bedömning och rangordning av vårdgivare. De professionella frihetsgraderna ökar. Det kan ha stor betydelse för hur ansvarsutkrävningen tas emot av vårdgivare.

En annan konsekvens är att eventuell osäkerhet i mätningen av resultat eller brister i processindikatorers kvalitet inte blir lika betydelsefulla. Utfallen används inte isolerat för att bedöma enskilda vårdgivare. Risken för icke-önskvärda effekter genom att ekonomiska belöningar knuta till enskilda indikatorers utfall inbjuder till manipulation, protokollstyrd vård och undanträngning kan minska. En stor fördel med ansvarsutkrävning genom ekonomiska belöningar och sanktioner är dock att formen är förhållandevis enkel att tillämpa. Regelbunden återkoppling och krav på handlingsplaner medför behov av ytterligare investeringar och kompetens på övergripande ledningsnivå, utöver de investeringar som krävs för definition av indikatorer och uppföljningssystem.

KAPITEL 1

STYRNING I VÅRDEN GENOM UPPFÖLJNING AV INDIKATORER

Uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet har sedan lång tid använts för att ge stöd åt kliniskt förbättringsarbete och forskning där berörda medicinska professioner själva varit drivande i arbetet. Det ursprungliga syftet när de första kvalitetsregistren utvecklades i svensk vård var också att vårdgivare skulle kunna följa upp sin egen kvalitet jämfört med andra vårdgivare (SKL 2010). Metoder som fungerade sämre eller bättre än andra skulle kunna identifieras. Ett klassiskt exempel är att svenska ortopedier tidigt kunde urskilja vilka höftproteser som fungerade bäst, tack vare att man dokumenterade insatser och resultat för patienter i höftledsregister. Under särskilt det senaste årtiondet har användningen av indikatorer och register delvis förändrats. Den inomprofessionella användningen har kompletterats med krav på ökad transparens och andra former av s.k. extern ansvarsutkrävning. Det innebär att indikatorer i ökad utsträckning används som underlag för styrning av vårdgivare från t.ex. staten, landstingen eller förvaltningsledningar (Anell m. fl. 2012; Vårdanalys 2013:8). Exempel på den nya formen av styrning finns på både nationell och lokal nivå:

- Öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet, som genomförs i samverkan mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Statsbidrag till landsting kopplade till prestationsmål när det gäller t.ex. väntetider och vård till mest sjuka äldre
- Indikatorer på kvalitet och effektivitet som underlag för bedömning av olika vårdgivare från landstings- eller förvaltningsledning
- Indikatorer på kvalitet och effektivitet som underlag för patienters vårdval
- Målrelaterad ersättning till primärvård och sjukhus baserat på indikatorer på kvalitet och effektivitet.

Data hämtas från vårdadministrativa register och kvalitetsregister inom olika medicinska specialiteter, men kan även avse patienters erfarenheter och bedömningar enligt enkätsvar.

Det finns hittills blandade erfarenheter av den nya typen av styrning. Kritiken från berörda professioner har snarast tilltagit. Det ställs ofta högre krav på att

vårdgivare dokumenterar insatser och resultat, vilket tar tid som skulle kunna ha ägnats åt patientarbete. Indikatorer som styr vilka insatser som ska göras för patienter begränsar den professionella autonomin, vilket kan få negativa effekter på vårdgivares motivation. Sett utifrån kraven på dokumentation och minskade frihetsgrader är det inte förvånande att många läkare uppfattar styrning utifrån indikatorer som en belastning. En annan kritik är att ekonomiska belöningar eller sanktioner kopplat till indikatorers utfall kan ge oönskade undanträngnings-effekter. Ett exempel är om generella krav på kortare väntetider leder till längre väntetider för patienter med störst behov. Ytterligare kritik är att den nya styrningen kan leda till att kvalitetsregister blir mindre användbara för kliniskt förbättringsarbete och forskning. Sådana effekter skulle t.ex. kunna uppstå om ekonomiska incitament leder till att data i kvalitetsregister manipuleras (Järhult m.fl. 2008).

Generellt uttryckt syftar indikatorer till att mäta (indikera) tillståndet i ett större system. Inom vården kan system avse hela hälso- och sjukvården men även avgränsade delar såsom cancervården eller primärvården. Genom att mäta tillståndet vid upprepade tillfällen kan man få information om hur ett system utvecklas över tiden. Genom jämförelser vid en viss given tidpunkt kan man också rangordna och skilja mellan olika system som presterar mer eller mindre bra. Mätningar över tiden och mellan system kan på så sätt ge insikter om sambanden mellan systemets tillstånd och de olika insatser som görs. Syftet med uppföljningen är då att *generera kunskap* som kan användas i förbättringsarbete, eventuellt inom ramen för mera strukturerade kliniska forskningsprojekt. Men mätningar kan också ge underlag för belöningar eller sanktioner riktade mot ledningen för olika system, dvs. som underlag för extern ansvarsutkrävning från en övergripande ledning. Syftet är då inte primärt att generera ny kunskap utan att *öka motivationen* hos ledningen för olika system att prestera så bra som möjligt. Uppföljning av indikatorer i vården kan således användas i olika syften, både för internt förbättringsarbete, forskning och extern ansvarsutkrävning (Braspenning et al 2013). Dessa olika syften anknyter i sin tur till olika långsiktiga utvecklingsmål för vården.

Sett i ett längre tidsperspektiv är expansion av medicinskt teknologiska möjligheter helt avgörande för hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Hälso- och sjukvården har en mycket bättre kvalitet och effektivitet idag än för 50 år sedan. Det beror dock till liten del på att styrningen av verksamheten från landstingens sida har blivit bättre. Det allra mesta av den positiva utvecklingen

förklaras istället av bättre teknologi. Exempel är då en behandling i slutenvård kan ersättas av en behandling i öppen vård eller t.o.m. undvikas helt med förebyggande insatser. En annan typ av innovationer är när arbetsformer utvecklas i ljuset av ny kunskap. Betydelsen av ny teknologi talar för att uppföljning av indikatorer i syfte att generera ny kunskap genom klinisk forskning borde prioriteras. Genombrott när det gäller nya behandlingar och innovationer inträffar dock oregelbundet. De riktigt värdefulla medicinska genombrotten är sällsynta. Sett ur patienternas perspektiv är det också den vård man faktiskt får från sin vårdgivare som är avgörande för upplevelser och resultat, snarare än den vård som är teknologiskt sett möjlig sett till internationella forskningsfronten. Det blir därmed väsentligt att olika vårdgivare ”hänger med” i utvecklingen och tillgodogör sig lärdomar och innovationer från de vårdgivare som presterar allra bäst. Sett i ett kortare tidsperspektiv kan reducerade skillnader mellan vårdgivare, genom spridning av effektiva arbetsformer och processer, ha större effekt på patientnyttan än införandet av en ny och bättre behandling. En uppföljning av indikatorer för att ge stöd åt lokalt förbättringsarbete och för att öka motivationen bland vårdgivare att prestera så bra som möjligt blir därmed också viktigt. En central fråga är hur det långsiktiga intresset att expandera kunskaper och teknologiska möjligheterna kan kombineras med det kortsiktiga intresset att alla vårdgivare ska prestera så bra som möjligt.

1.1 DEN NYA STYRNINGEN I ETT HISTORISKT PERSPEKTIV

Styrning genom uppföljning av indikatorer kan i viss mån beskrivas som ett paradigmskifte jämfört med tidigare sätt att styra i hälso- och sjukvården. Det är dock ingen svensk företeelse utan kan noteras även i andra länders hälso- och sjukvårdssystem. Cutler (2002) har tidigare beskrivit hur den övergripande styrningen i olika länders hälso- och sjukvårdssystem utvecklats i tre steg.

Under det första steget - *universal coverage and equal access* - utvecklades de nationella hälso- och sjukvårdssystem genom satsningar på gemensam finansiering och utbyggnad så att hela befolkningen fick tillgång till god vård. De styrsystem som fanns var främst fokuserade på att administrera expansionen och att uppnå fördelningsmål. För svenskt vidkommande inträffade detta steg främst under tiden efter andra världskriget t.o.m. 1970-talet. Nästa steg i utvecklingen - *controls, rationing and expenditure caps* - är en konsekvens av den första expansionen och innebär krav på återhållsamhet när det gäller kostnadsökningarna. Rambudgetering med större ekonomiskt ansvar lanserades på bred front i

landstingen under 1980-talet, först på distriktsnivå och senare på kliniknivå. Kliniker på många sjukhus fick kostnadsansvar för den service man utnyttjade från andra kliniker, vilket resulterade i utveckling av resultatenheter och internprissättning. I det tredje steget – *incentives and competition* – inför ytterligare nya lösningar i takt med diskussioner om problem med långa väntetider, begränsat inflytande för patienter och svag produktivitet i slutet av 1980-talet. I Sverige, liksom i många andra länder, introducerades New Public Management (NPM) på bred front. Med uppdelning mellan beställare och utförare, nya prestationsbaserade ersättningssystem och ökade valmöjligheter för patienter skulle nya mål avseende patientinflytande, kostnadseffektivitet och produktivitet uppnås. Marknads- och managementinfluerade reformer har införts även under senare tid och har inneburit att en allt högre andel av välfärdens produktion sker i privat regi (Hartman 2011).

Det senaste årtiondets utveckling av styrningen i vården kan delvis beskrivas som en fortsättning på Cutler's tredje steg med incitament och konkurrens. Men det finns också skillnader som gör att det är relevant att tala om ett fjärde steg i utvecklingen. Medan NPM i hög grad fokuserade önskemål om en ökad volym vård och bättre produktivitet mätt som resursinsats per prestation finns ett ökande intresse för verksamhetens resultat och värde för patienterna. Det finns även en generell trend mot ökad transparens, vilket synliggjort skillnader i kvalitet och effektivitet mellan vårdgivare. Sådana skillnader har skapat argument för fler riktlinjer och direkta krav på verksamheten jämfört med tidigare. Den nya styrningen utifrån uppföljning av indikatorer har därför inte så mycket att göra med införandet av NPM under 1990-talet. Utgångspunkten för den första vågen av NPM reformer var en långt driven decentralisering där marknaden och patienters val skulle sortera bort de vårdgivare som hade dålig kvalitet. Utgångspunkten för en stärkt uppföljning och styrning genom indikatorer på kvalitet och effektivitet är snarast att man inte kan lita på vare sig marknadslösningar eller professionen. För berörda professioner kan dock konsekvenserna uppfattas som ”mera styrning och mera externa krav” varför man klumpar samman alla styrreformer under en och samma NPM-etikett.

Sammanfattningsvis har de övergripande målen för styrningen i vården förändrats. Nya mål har kompletterat traditionella och gett mer komplexa styrförutsättningar. Samtidigt finns en tendens att nya styrreformer fokuserar på de mål som uppfattas som mest angelägna för stunden. En sådan obalans innebär

ofta att styrningen måste reformeras på nytt i ett senare skede (Anell 1996, Glenngård 2013).

1.2 RAPPORTENS SYFTE OCH FORTSATTA DISPOSITION

Utgångspunkten i den här rapporten är att styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet kan skapa värde för befolkning och patienter, genom att varje vårdgivare förmås att prestera så bra som möjligt. Det är dock inte givet hur ansvarsutkrävningen ska gå till eller vilka indikatorer som ska fokuseras. Kritiken mot den nya formen av styrning, särskilt när enskilda indikatorers utfall kopplas till ekonomiska belöningar och sanktioner, är viktig och relevant. Ett viktigt tema i rapporten är därför alternativa former av extern ansvarsutkrävning, som utgår från professioners motivation att skapa värde för patienterna snarare än ekonomiska incitament.

Det övergripande syftet med rapporten är att bidra med kunskaper när det gäller hur en styrning baserad på uppföljning av indikatorer som återspeglar kvalitet och effektivitet kan utformas. Två frågor är centrala. Det gäller dels vilka indikatorer som ska användas i uppföljningen, dels i vilket syfte uppföljningen görs och hur själva ansvarsutkrävningen utformas. Det finns också ett samband mellan dessa frågor. Beroende på syfte och former för den externa ansvarsutkrävningen ställs olika krav indikatorers egenskaper.

I princip bör syftet med uppföljningen och styrningen bestämmas först, följt av val av indikatorer. I rapporten behandlas dock frågorna i omvänd ordning. Det kan annars vara svårt att förstå hur indikatorers egenskaper kan begränsa tillgängliga alternativ när det gäller syften och former för extern ansvarsutkrävning. Således diskuteras i kapitel två egenskaper hos olika typer av indikatorer, som medför för- och nackdelar när de används för uppföljning i olika syften och för olika former av extern ansvarsutkrävning. Därefter diskuteras i kapitel tre mera specifikt olika syften med uppföljningen och kunskapsläget när det gäller effekter av olika former av extern ansvarsutkrävning i form av öppna jämförelser, krav på systematiskt förbättringsarbete samt målrelaterad ersättning. I det avslutande kapitel fyra diskuteras hur styrning anknyter till individens egen motivation. Bland annat visas hur extern ansvarsutkrävning i form av ekonomiska incitament kan ge upphov till dolda kostnader, särskilt i organisationer med stor andel professionell arbetskraft. Sådana dolda kostnader kan ge fördelar för andra

former av extern ansvarsutkrävning, som utgår från professionens egen motivation att skapa värde för befolkning och patienter.

KAPITEL 2

EGENSKAPER HOS OLIKA TYPER AV INDIKATORER

Det finns en mängd olika indikatorer på kvalitet och effektivitet som en styrning i vården skulle kunna utgå ifrån. Indikatorer kan hämtas från register som beskriver vilka insatser som görs för patienterna (strukturer och processer) eller vilka kliniska resultat som uppnås. En annan form av mätningar är enkätstudier av patienters egna erfarenheter av vården eller bedömning av egen hälsostatus och livskvalitet. Indikatorers lämplighet för att bedöma kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården kan variera. Exempel på generella kriterier är att indikatorn ska vara mätbar och tillgänglig, vedertagen och valid, relevant, tolkningsbar samt påverkansbar (Socialstyrelsen 2014). En bedömning utifrån dessa grundläggande kriterier är dock inte tillräcklig om indikatorer ska används som underlag för styrning. För det första finns anledning att bedöma om de målsättningar som man vill styra mot täcks in av de valda indikatorerna. Olika typer av indikatorer har också skilda egenskaper, som är viktiga att beakta när indikatorer används som underlag för olika former av ansvarsutkrävning.

2.1 OLIKA MÅLOMRÅDEN

Det finns flera förslag på referensramar som beskriver olika målsättningar i hälso- och sjukvården. Dessa kan i sin tur användas för att kategorisera indikatorer i olika målområden. Exempel är WHO:s referensram enligt Världshälsorapporten år 2000 som skiljde mellan förbättrad folkhälsa (*health*), rättvis finansiering (*fair financial contribution*) samt lyhördhet för människors förväntningar (*responsiveness to people's non-medical expectations*). Andra internationella organisationer har presenterat motsvarande referensramar. Institute of Medicine (2001) identifierade patientsäkerhet (*safe*), effektivitet (*effective*), patientcentrering (*patient-centered*), tillgänglighet (*timely*), kostnadseffektivitet (*efficiency*) och rättvis fördelning (*equity*) som viktiga mål. Även OECD har lagt ned ett omfattande arbete på att definiera målsättningar och tillhörande indikatorer som kan användas vid jämförelse av hälso- och sjukvårdssystem. Ett svenskt exempel är Socialstyrelsens definition av ”God vård” utifrån sex kvalitetsområden: kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv hälso- och

sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid, säker hälso- och sjukvård, patient-fokuserad hälso- och sjukvård och jämlik vård (Socialstyrelsen 2005:12).

Ett gemensamt drag oavsett referensram är att olika mål anknyter till olika perspektiv på vården. Det gäller professionella kunskapsbaserade kvalitetskrav på vården, patienternas perspektiv på hur man blir bemött och vilka resultat som uppnås samt befolkningens krav på kostnadseffektivitet och rättvis fördelning. En annan utgångspunkt för att skilja mellan indikatorer är därför kvalitet på individuell patientnivå respektive kvalitet på populationsnivå (Campbell et al 2000; Lester & Roland 2009). Kvalitet i ett individperspektiv rymmer både professionella kvalitetskrav och patienternas perspektiv och avser dels möjligheter att få kontakt med vårdgivare, dels hur säker och effektiv vården är för individen när man väl fått denna kontakt. I ett populationsperspektiv blir även övergripande målsättningar knutna till kostnadseffektivitet och rättvis fördelning relevanta. Det har att göra med att resurserna för vården alltid är begränsade. Om vårdens effekter maximeras för en enskild patient kan detta få detta negativa konsekvenser för andra patienter, som i motsvarande grad måste avstå från insatser.

2.2 STRUKTUR, PROCESS OCH RESULTATINDIKATORER

Tillståndet i ett system kan mätas direkt utifrån de resultat som uppnås, eller indirekt med utgångspunkt i de strukturer och processer som antas bidra till ett bra resultat. I ett kliniskt professionellt perspektiv finns en mängd indikatorer som beskriver vad som bör göras för patienter med visst gemensamt vårdbehov och indikatorer som mäter vilka resultat som uppnås. Exempel på olika typer av indikatorer inom diabetesområdet redovisas i tabell 2.1.

Tabell 2.1 Exempel på olika typer av indikatorer inom diabetesområdet.

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

Om indikatorer används som underlag för styrning finns viktiga skillnader mellan resultatindikatorer respektive struktur- och processindikatorer. Dessa skillnader gäller dels vilka effekter man i bästa fall kan uppnå, dels indikatorernas olika egenskaper som medför begränsningar när data tolkas. De flesta indikatorer som används som underlag för styrning i hälso- och sjukvården är processindikatorer, dvs. indikatorer som mäter aktiviteter och insatser som i bästa fall är evidensbaserade (Anell 2010). Med ”evidensbaserade” avses att vetenskapliga studier funnit ett samband mellan processen och ett bra utfall för patienterna. Samtidigt finns hos flera bedömare önskemål om att man borde använda fler resultatindikatorer som underlag för styrning, t.ex. i form av målbaserad ersättning. Som kommer att visas har dock resultatindikatorer likaväl som processindikatorer viktiga begränsningar. Vilken typ av indikatorer som är att föredra i en viss situation är därför inte givet på förhand.

2.3 TYP AV INDIKATORER OCH OLIKA UNDERLIGGANDE SYFTEN MED STYRNINGEN

Det finns viktiga skillnader mellan process- och resultatindikatorer som har betydelse för de effekter som i bästa fall kan uppstå när de används som underlag för styrning (Mant & Hicks 1995, Lilford et al 2004, Davies 2005, Anell 2010). Valet mellan process- och resultatindikatorer är därför av strategisk betydelse. En sammanfattning av olika typer av indikatorer och underliggande syften om de används som underlag för styrning återges i tabell 2.2.

Tabell 2.2 Olika typer av indikatorer och syften om de används som underlag för styrning.

| Typ av indikator | Syfte om indikator används som underlag för styrning |
|-------------------------|---|
| Struktur eller process | Spridning av evidensbaserad medicin. |
| Intermediärt resultat | Ger incitament till egna förbättringar och utveckling av innovationer som leder till bättre intermediärt resultat. Spridning av evidensbaserad medicin. |
| Resultat | Ger incitament till egna förbättringar och utveckling av innovationer som leder till bättre resultat. Spridning av evidensbaserad medicin. |

Om struktur- och i synnerhet processindikatorer används som underlag för styrningen är det primära underliggande syftet en spridning av evidensbaserad medicin. Det ställer krav på att det finns övertygande evidens för att viss struktur eller process bidrar till ett bra resultat för patienterna. Denna kunskap måste även finnas tillgänglig hos den part som ska svara för styrningen. Struktur- och processindikatorer måste ständigt omprövas efter hand som evidens och riktlinjer för behandling av viss patientgrupp förändras. Om alla vårdgivare redan erbjuder vård enligt evidensbaserade strukturer och processer finns inget uppenbart behov av att fokusera på sådana indikatorer i styrningen. Struktur- och processindikatorer kan på så sätt vara bättre för att identifiera de vårdgivare som är ”sämst” när det gäller att följa evidensbaserad medicin, snarare än att skilja mellan de många vårdgivare som är relativt bra (Bhattacharyya et al 2009).

Om resultatindikatorer används som underlag för styrningen får vårdgivare större frihetsgrader. Förutom syftet att sprida evidensbaserade metoder får vårdgivare anledning att försöka initiera eget förbättringsarbete så att de övergripande målen kan nås. Det ställer större krav på att vårdgivare själva har kunskap om vilka metoder som är evidensbaserade och förmåga att bedriva ett eget förbättringsarbete. Det finns vanligtvis inte något optimalt läge eftersom resultaten kan förbättras även i en verksamhet med mycket bra utfall för patienterna. Resultatindikatorer som är kopplade till patientnytta i form av överlevnad och livskvalitet kan därför användas som underlag för styrning även på lång sikt, oavsett hur evidensen för själva behandlingen förändras. Resultatindikatorer är därför att föredra i en situation när det är osäkert vilka metoder som är bäst för att nå önskvärda resultat, eller om all tillgänglig evidens avseende strukturer och processer redan omsatts i praktiken. Ett annat skäl för att använda resultatindikatorer är om de insatser som krävs för att nå resultaten varierar mellan patienter. Ytterligare skäl är om man helt enkelt vill främja lokalt förbättringsarbete och lokala innovationer.

Trots principiella fördelar är det i många sammanhang svårt att använda egentliga resultatindikatorer i styrningen, eftersom effekterna för patienterna uppkommer på mycket lång sikt. Exempelvis uppstår komplikationer efter diabetes ofta efter många års sjukdom. Det kan då vara mera relevant att följa upp olika intermediära resultatindikatorer, t.ex. om behandlingsmålen när det gäller blodsocker, blodtryck och kolesterolnivåer nås för diabetespatienter. Med intermediära resultatindikatorer är det enklare att på kort sikt påvisa skillnader i

kvalitet över tiden eller mellan vårdgivare. Samtidigt ökar osäkerheten i bedömningen då sambandet mellan intermediära resultatindikatorer och patientnyttan inte är helt given. Det kan också finnas skäl att avvika från intermediära behandlingsmål för enskilda patienter, t.ex. om det finns samtidiga sjukdomar eller biverkningar av behandlingen. På samma sätt som för processindikatorer måste det också finnas beredskap att ompröva intermediära resultatindikatorer i takt med att kunskaperna om sambanden utvecklas.

En annan möjlighet är att mäta patienternas erfarenheter och bedömningar. Tolkningen av patienters erfarenheter måste dock göras utifrån sjukdomens och behandlingens karaktär. En god diabetesvård är exempelvis en investering som ger avkastning på sikt. Det kan då vara motiverat med en del uppoffringar (mäta testvärden regelbundet, acceptera eventuella besvär med läkemedel och dess verkningar m.m.) för att minska risken för försämrad hälsa på sikt.

2.4 OSÄKERHET KRING HUR RESULTAT UPPNÅS

Vid en första bedömning kan resultatindikatorer tyckas vara ett ideal som underlag för styrning. Ett första problem är dock att det kan vara svårt att entydigt definiera och mäta resultat. För en del behandlingar, exempelvis höft- och knäledsplastik, kan resultat mätas som frånvaro av smärta och återställande av normala funktioner som uppkommer på kort sikt (inom 1 år). I många andra sammanhang uppkommer resultaten för patienterna först på längre sikt och kan handla om minskad risk för allvarliga tillstånd. I så fall blir man hänvisad till att använda olika former av intermediära resultatindikatorer i styrningen. Intermediära resultatindikatorer har egenskaper som liknar egenskaperna för processindikatorer. Sambanden med den egentliga patientnyttan är inte alltid självklara.

Ett generellt problem med resultatindikatorer är att det kan finnas osäkerhet om utfallen beror på vårdgivares kvalitet. Även vårdgivare med mycket hög kvalitet mätt med indikatorer på strukturer och processes kan redovisa ett dåligt utfall för en enskild patient, samtidigt som även det omvända förhållandet kan uppkomma. Denna osäkerhet beror på tre faktorer.

För det första kan patienters egenskaper och grupptillhörighet i form av ålder, riskfaktorer, initial hälsa, socioekonomi m.m. påverka utfallet av viss behandling. Uppföljning utifrån resultatindikatorer kan därför ”straffa” de vårdgivare som t.ex. tar sig an sjukare patienter och/eller patienter som inte följer vårdgivarnas behandlingsråd. Det blir svårare att nå bra resultat för

patienterna trots att rätt insatser sätts in. Med resultatindikatorer finns därför behov av riskjustering så att inverkan av eventuella skillnader mellan patienter beaktas. Det blir också viktigt att särskilja mellan exempelvis olika typer av cancersjukdomar med olika grad av aggressivitet inom en och samma diagnos, där kanske det större sjukhuset i högre grad får behandla de svåra patientfallen. Vårdgivare i socialt utsatta områden kan också ha svårare att nå resultat på grund av sämre förutsättningar när det gäller icke-medicinska faktorer, såsom språk- och kulturella skillnader.

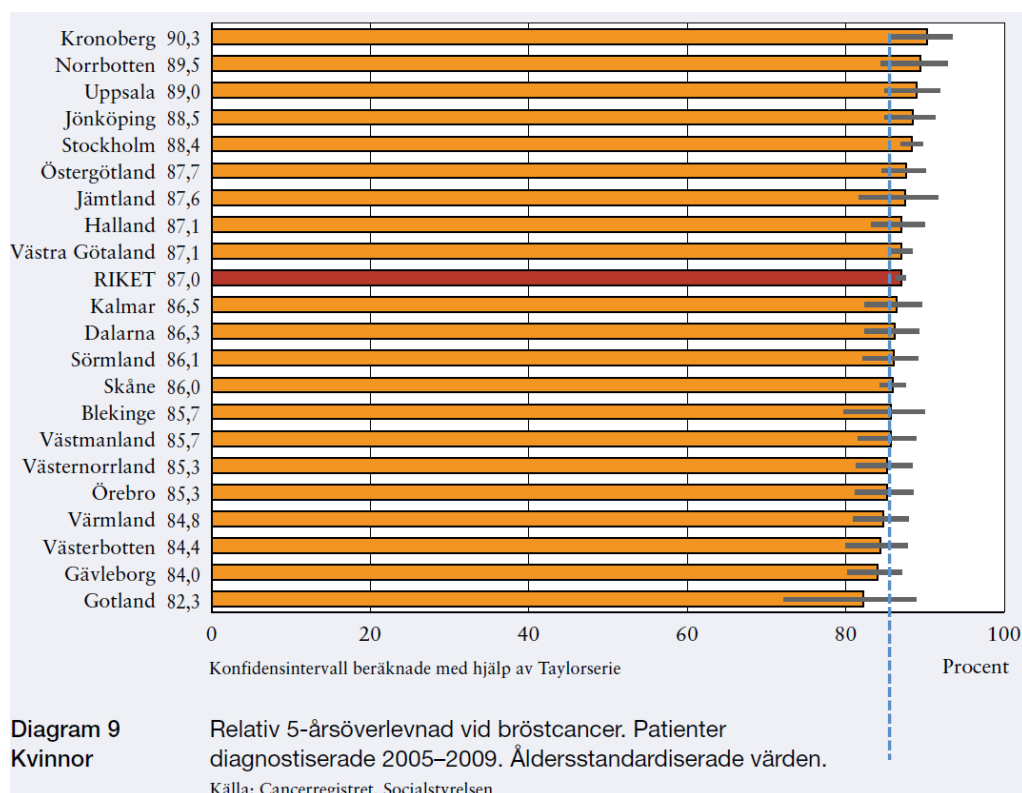
En andra faktor som bidrar till osäkerhet är i vilken grad olika aktörer i en patientprocess bidragit till resultatet. Resultatindikatorer redovisar det samlade utfallet för patienter. Enskilda vårdgivares bidrag till detta resultat - från upptäckt av symtom och diagnos till behandling och eventuell rehabilitering - kan variera. Ett bra resultat kan vara en effekt av tidig upptäckt och diagnos, samtidigt som bra behandling och rehabilitering i viss mån kan kompensera för sen upptäckt av sjukdom. Om det bara är en vårdgivare och profession inblandad i patientprocessen blir bedömningen enklare. För många sjukdomar är dock flera olika vårdgivare inblandade och det kan vara svårt att reda ut i vilken utsträckning var och en av dessa bidragit till ett mer eller mindre bra resultat för patienterna.

En tredje faktor som bidrar till osäkerhet vid bedömning av resultatindikatorer är slumpmässig variation. Även om en vårdgivare behandlar samma typ av patienter på samma sätt kommer det att uppstå skillnader i resultat. Sådana naturliga variationer finns i alla typer av system och är inget specifikt för hälso- och sjukvården. I ett styrningsperspektiv är det viktigt att särskilja sådan naturlig (*common cause*) slumpmässig variation i ett stabilt system från avvikande (*special cause*) variation som exempelvis kan förklaras av vårdgivare med systematiskt bättre eller sämre kvalitet (Adab et al 2002). Om alla variationer på grund av systematiska avvikelser är uträderade kan resultaten enbart förbättras genom förbättringar och innovationer i hela systemet.

Patienter (och vårdgivare) kan ha både tur och otur även om de möter olika vårdgivare med exakt samma kvalitet. Även om de allra flesta får det resultat som kan förväntas, går det mindre bra för en del och bättre än genomsnittet för andra. Jämförelser av resultat för olika vårdgivare redovisas därför vanligen med konfidensintervall, som visar den statistiska osäkerheten i bedömningarna. För vårdgivare som tar emot ett stort antal patienter jämnar den slumpmässiga variationen ut sig. Det finns en regression mot medelvärdet och konfidens-

intervallen blir snävare. Med ett litet patientunderlag blir konfidensintervallen bredare, eftersom slumpen får större betydelse som möjlig förklaring till variationer i resultaten. I många fall blir det omöjligt att med statistisk säkerhet skilja mellan vårdgivares kvalitet (se särskild ruta).

Digrammet nedan är hämtat ur *Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting år 2011* och visar 5-års överlevnad vid bröstcancer för patienter i olika landsting. Som framgår är konfidensintervall för RIKET (många patienter) snävare än för i synnerhet Gotland (få patienter). Det finns få landsting vars konfidensintervall ligger utanför genomsnittet för RIKET (streckad linje). Det innebär att de allra flesta landsting inte avviker på ett statistiskt signifikant sätt från genomsnittet i RIKET.



Sammanfattningsvis finns risk att man delvis bedömer vårdgivare slumpmässigt om indikatorer på resultat används som grund för bedömning av kvalitet och effektivitet. Det gäller särskilt vårdgivare med små patientvolym. Större volym data och säkrare bedömningar kan i princip uppnås på två olika sätt. Det ena sättet är att fånga in data över en längre tidsperiod, t.ex. i form av rullande

genomsnitt för de senaste åren. Man måste i så fall beakta att de resultat som redovisas till viss del baseras på metoder och insatser som praktiserades tidigare och som kanske inte är relevanta för framtiden. Det andra sättet är att fånga in data som avser flera vårdgivare. I så fall förlorar man möjligheten att bedöma och utkräva ansvar av enskilda vårdgivare.

2.5 KVALITETSSÄKRING AV PROCESSINDIKATORER

Inverkan av patientegenskaper och gruppstillhörighet, oklarheter när det gäller olika vårdgivares bidrag till resultaten respektive slumpmässig variation kan tala till fördel för processindikatorer som underlag för styrning. Processindikatorer har dock egenskaper som leder till att andra typer av problem måste beaktas.

För det första kan det finnas skäl att beakta skillnader i patientegenskaper och slumpmässig variation även med processindikatorer. Processindikatorer uttrycks ofta som en kvot, dvs. den andel av patienterna som fått en viss åtgärd (process). En åtgärd för en grupp patienter kan då vara rekommenderad (evidensbaserad) för de allra flesta patienter, men det kan också finnas vissa patienter där åtgärden inte gör någon nytta eller rent av är skadlig. Det kan bero på andra samtidiga sjukdomar eller tillstånd. Patienter kan också vägra att delta i en behandling. Sammantaget innebär sådana faktorer att processindikatorer ofta uttrycks som att viss andel av patienterna med viss diagnos bör få åtgärden ifråga. I så fall kan det uppstå variation som förklaras av slumpen precis som för resultatindikatorer. Särskilt vårdgivare med små patientvolymmer kan inom en kortare tidsperiod möta en varierande andel patienter som inte är lämpliga för åtgärden. I jämförelse med resultatindikatorer är det dock enklare att bedöma i vilken utsträckning variationer beror på patientegenskaper eller slumpen. Ett alternativt sätt att hantera problematiken är att exkludera patienter där vårdgivare bedömer att åtgärden inte är relevant eller då patienter inte vill eller kan delta. Sådana undantagsregler kan också användas för resultatindikatorer. Ett problem är om besluten om vilka patienter som väljs bort till stor del vilar på vårdgivares bedömningar, vilket i så fall ger möjligheter till manipulation av data.

Eftersom struktur- och processindikatorer baseras på viss bestämd insats är de enklare att följa upp och sammankoppla med viss vårdgivare. Den osäkerhet som finns för resultatindikatorer när det gäller att koppla resultaten till viss vårdgivare i patientprocessen finns vanligtvis inte. Det är med andra ord enklare att dokumentera vem som gjort vad än att härleda de olika insatsernas betydelse för det samlade resultatet. Men eftersom processindikatorer vanligtvis

registreras av vårdgivarna - i journaler, kvalitetsregister eller särskilda protokoll - kan denna typ av indikatorer manipuleras relativt enkelt.

Manipulation kan förekomma i olika former och vara mer eller mindre suspekt. En form av manipulation är förstås om vårdgivare registrerar att man utfört viss åtgärd, trots att så inte är fallet, dvs. rent fusk. Annan typ av manipulation kan få direkta negativa effekter för patienterna. Genom att fördröja behandlingsbeslut eller skicka remiss till andra kan det se ut som om väntetider hanteras på ett bättre sätt än tidigare. Från NHS finns tidigare beskrivet exempel där sjukhus upprättade tillfälliga tält utanför akutmottagningen och bara släppt in patienter på mottagningen i den utsträckning man klarade kraven på maximala väntetider (Lilford et al 2004).

Det finns också mindre uttalade och förmodligen vanligare former av manipulation. Processen kanske inte utförs på exakt det sätt som förväntas och som det finns evidens för. Det kan bero på bristande kunskap och vara helt omedvetet. Vårdgivare kan också medvetet söka genvägar på grund av brist på tid, resurser eller förståelse för åtgärdens nytta. Läkemedelsgenomgångar och individuella vård- och omsorgsplaner för äldre kan exempelvis genomföras mer eller mindre seriöst, där patienter respektive vård- och omsorgspersonal från kommunen deltar i varierande grad och med olika typ av information som underlag. Ett annat exempel är multidisciplinära konferenser inför beslut om cancerbehandling, där få eller alla berörda professioner kan delta med olika kvalificerade informationsunderlag. För vårdgivare som saknar resurser och/eller förståelse för den typen av processer kan det ligga nära till hands att försöka genomföra åtgärden på enklaste sätt. I så fall utvecklas verksamheten i positivt riktning enligt registrerade uppgifter. De insatser som sätts in i praktiken får förmodligen en mera begränsad positiv effekt. Omvänt kan också vårdgivare ha utfört men inte registrerat de åtgärder och processer som önskas sedan tidigare. Det som ser ut som en positiv utveckling i uppföljningen kan då förklaras av förbättrad dokumentation. Det är naturligtvis värdefullt men eventuella belöningar baserat på uppföljningen bör då avse förbättrad dokumentation och inget annat.

Struktur- och processindikatorer är ofta specifika och mäter enbart en liten del av vårdgivares kvalitet. Det skapar i större utsträckning utrymme för undanträngning jämfört med resultatindikatorer, som vanligtvis fångar upp effekter av många olika insatser. Kvalitetsaspekter som är svåra att mäta glöms bort. Styrning utifrån processindikatorer kan också leda till en protokollstyrd

vård som inte beaktar patienters förutsättningar för att tillgodogöra sig åtgärderna och där man bortser från det övergripande syftet att göra nytta för patienten. Processindikatorer är ofta vertikala i den meningen att de utgår från diagnoser. Särskilt i primärvården möter vårdgivare individer med många samtidigt diagnoser, där det inte är självklart att de rekommendationer som gäller för varje diagnos kan följas strikt (Heath et al 2009). Tidigare intervjustudier med allmänläkare och sjuksköterskor i brittisk primärvård visade att den målbaserade ersättning som infördes 2004 kan ha förskjutit agendan i samband med mottagningsbesök till nackdel för patienterna (se särskild ruta). I första hand ställde läkare frågor som säkrade en god uppföljning enligt förutbestämda indikatorer. Först därefter fick patienten möjligheter att beskriva sina problem och varför man sökt vård.

Sedan år 2004 har allmänläkare inom brittiska national Health Service (NHS) möjligheter till extra målbaserad ersättning motsvarande ungefär en fjärdedel av mottagningens inkomster inom ramen för *the Quality and Outcomes Framework* (QOF). Den målbaserade ersättningen baseras på utfall för en rad indikatorer, varav flertalet avser processer och insatser för patienter med hjärt-/kärlsjukdom och diabetes.

Flera studier har genomförts som visar på positiva effekter avseende processindikatorer inom diabetesområdet. Två intervjustudier med allmänläkare och sjuksköterskor av Campbell et al (2008) respektive Maisey et al (2008) visar också att arbetsformerna inom diabetesvården förändrats. En större del av mottagningsbesöken hanteras av sjuksköterskor, som blivit den primära vårdgivaren för patienter med kronisk sjukdom. De flesta läkare som intervjuades välkomnade denna utveckling men såg samtidigt att de egna kunskaperna och kontinuiteten mot patientgruppen försämrats.

Intervjuade läkare bedömde också att agendan i samband med besök förskjutits mot att tillfredsställa krav som utgick från den målbaserade ersättningen (*box-ticking*) samtidigt som patientens egen agenda och syfte med läkarbesöket till en del trycktes undan.

Problem med olika former av manipulation, risk för undanträngning av kvaliteter som inte följs upp och protokollstyrd vård pekar mot ett behov av att kvalitetssäkra processindikatorer. En form av kvalitetssäkring är medicinsk revision så att åtgärder och processer utförs enligt intentioner och evidensbaserat. En annan åtgärd är att använda en kombination av process- och resultatindikatorer. Processindikatorer ger en säkrare bedömning av kvalitet på kort sikt, medan resultatindikatorer motverkar undanträngning av sådana insatser som inte mäts och en protokollstyrd vård till nackdel för patientnyttan. För vissa processindikatorer är det också möjligt att fråga patienter och/eller andra vårdgivare om deras bedömningar. I stället för att vårdgivare ska

registrera om en kontaktsjuksköterska utsetts i samband med behandling kan man fråga patienterna om de *upplever* att de haft kontakt med en och samma sjuksköterska. Andra exempel är när vårdpersonal i kommunen måste godkänna och bekräfta sin samverkan med primärvården när individuella vård- och omsorgsplaner för äldre tas fram.

Kvalitetssäkring av processindikatorer hanterar inte problem som har att göra med att sambanden mellan processer och verklig patientnytta kan vara mer eller mindre tydliga. Som redan beskrivits är evidensbaserade processer och åtgärder enbart tillfälliga ”sanningar” om vilka insatser som är lämpliga för att nå bra resultat för (de flesta) patienter. I takt med att kunskaper utvecklas och tidigare evidensbaserade metoder utmanas måste därför denna typ av indikatorer förnyas eller ersättas med indikatorer som är bättre. Samband mellan processindikatorer och resultat kan också förklaras av bakomliggande faktorer (se särskild ruta). I den utsträckning det saknas evidens om vilka insatser som är lämpliga för patienter kan strukturindikatorer som mäter tillgång till resurser, kompetens eller kvalitetsarbete vara ett alternativ som underlag för styrning.

Ryan et al (2009) analyserar data från Medicare i syfte att utreda om det fanns ett samband mellan de processmått som användes för att belöna god vård och verkligt resultat. De diagnoser som studerades var hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation. Författarna refererar till flera tidigare studier som visat att det finns ett samband mellan de processmått som används för belöningar inom Medicare och 30-dagars mortalitet för de utvalda diagnoserna. Samtidigt menar man att dessa studier kan kritiseras eftersom de inte beaktat förekomsten av variabler som inte tas med i analysen. Sådana variabler kan exempelvis avse processmått som inte belönas men även vårdgivarnas intresse för kvalitetsfrågor i stort. Eftersom det sannolikt finns ett samband mellan utfallet på de processmått som faktiskt följs upp och de mått som inte följs upp, liksom mellan processmåten och andra variabler av betydelse för vårdens kvalitet, är det viktigt att inkludera s.k. icke-observerbara variabler i analysen. I författarnas egen analys, baserat på data från åren 2004-2006, konstaterades att det fanns en samvariation mellan processmåten som används för belöningar inom Medicare för diagnoserna hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation och 30-dagars mortalitet för samma diagnoser. Sambandet var dock inte kausalt. De processmått som används kan snarast betraktas som indikatorer på andra variabler, vilket skulle kunna ha att göra med läkares skicklighet eller sjukhusets intresse för att driva kvalitetsfrågor. Det finns därför skäl, menar författarna, att ifrågasätta om processmåten fullt ut kan användas för att bedöma verklig kvalitetsutveckling.

2.6 OLIKA INDIKATORERS EGENSKAPER SAMMANFATTAT

Med utgångspunkt i genomgången i föregående avsnitt är det svårt att argumentera för att någon typ av indikator alltid skulle vara att föredra som underlag för styrning. Resultatindikatorer har många fördelar men kan knappast beskrivas som en ”gyllene standard”. Det finns påtagliga problem även med processindikatorer. En sammanfattning av för- och nackdelar hos olika typer av indikatorer redovisas i tabell 2.3 och 2.4.

Tabell 2.3 För- och nackdelar med resultatindikatorer.

| Fördelar | Nackdelar |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 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”). | <ul style="list-style-type: none">• 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.

Tabell 2.4 För- och nackdelar med processindikatorer.

| Fördelar | Nackdelar |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 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. | <ul style="list-style-type: none">• 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 protokoll driven 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.

Egenskaperna innebär att det alltid finns risk för felaktiga beslut om indikatorer används som underlag för styrning. Felaktiga bedömningar av första ordningen (typ I fel) handlar om att kvaliteten ser bristfällig ut enligt uppföljningen när den i själva verket är bra. Med resultatindikatorer finns risk för att vårdgivare haft otur eller behandlar patienter med sämre förutsättningar än andra vårdgivare. Ett dåligt behandlingsresultat kan också bero på brister i tidigare led, exempelvis sen upptäckt av sjukdomen. Det kan då vara både oetiskt och kontraproduktivt att bestraffa vårdgivare för resultat som de inte fullt ut kan kontrollera (Terriss, Aron 2009). Felaktiga bedömningar av den andra ordningen (typ II fel) handlar istället om att kvaliteten ser bra ut enligt uppföljningen när den i själva verket är undermålig. Vårdgivare kan ta tur eller behandla patienter med goda förutsättningar. Med processindikatorer finns risk att förbättrad dokumentation, manipulation och/eller protokollstyrd vård uppfattas som reella förbättringar trots att patientnyttan t.o.m. kan ha försämrats.

I praktiken är det inte möjligt att helt reducera risken för typ I och typ II fel vid bedömning och ansvarsutkrävning av vårdgivare. Det enda sättet att minska sannolikheten för felaktiga bedömningar är att välja så bra indikatorer som möjligt samt att öka mängden data som ligger till grund för bedömningarna. För varje given indikator och datamängd kan man också välja vilken typ av fel som man är beredd att acceptera i högre eller lägre grad. Detta har t.ex. stor relevans när man fattar beslut om screening program eller riktlinjer för diagnostiska tester. I den screening som sker på flygplatsers säkerhetskontroll av passagerare accepteras en mycket stor andel falskt positiva utfall, eftersom de potentiella kostnaderna för falskt negativa utfall (att vapen kan passera säkerhetskontrollen) är mycket höga. I praktiken är i stort sett alla positiva test falska, men det upptäcks snabbt genom ytterligare granskning av personer och deras handbagage. I medicinska screening program och diagnostiska test är förutsättningarna annorlunda. Acceptansen för falskt positiva eller negativa test kan variera. Motsvarande avvägningar kan göras om indikatorer på kvalitet och effektivitet används för att bedöma vårdgivare. Om utfallet av indikatorer kopplas direkt samman med ekonomiska belöningar eller sanktioner ställs högre krav på tillförlitligheten. Om uppföljning av indikatorer i stället används i diagnostiskt syfte, dvs. för att sälla fram de vårdgivare som man vill undersöka närmare med hjälp av ytterligare information, blir kraven på tillförlitligheten lägre.

KAPITEL 3

OLIKA SÄTT ATT STYRA GENOM UPPFÖLJNING AV INDIKATORER

Tre huvudsakliga syften med uppföljning av indikatorer har identifierats i tidigare litteratur (Braspenning et al 2013): internt förbättringsarbete, forskning samt extern ansvarsutkrävning. Det är i första hand det tredje syftet, extern ansvarsutkrävning, som anknyter till styrning från t.ex. en landstings- eller förvaltningsledning. Exempel är när utfallet av indikatorer för enskilda vårdgivare kopplas direkt till ekonomiska incitament via exempelvis ackrediteringsbeslut eller målrelaterade ersättningsystem. En sådan extern ansvarsutkrävning står i kontrast till en uppföljning för internt förbättringsarbete där berörda verksamheter själva antas vara drivande i utvecklingen. Som kommer att visas i detta kapitel finns det dock flera olika former av extern ansvarsutkrävning, utöver att indikatorers utfall kopplas samman med ekonomiska belöningar och sanktioner. Ett exempel är öppna jämförelser av vårdgivares kvalitet och effektivitet. Ett annat exempel är ansvarsutkrävning för att ge stöd åt systematiskt förbättringsarbete. Beroende på hur ansvarsutformningen utformas påverkas lämpliga val av indikatorer och även behov av målnivåer. Indikatorers olika egenskaper, som diskuterades i föregående kapitel, får större eller mindre relevans.

3.1 OLIKA FORMER AV EXTERN ANSVARSUTKRÄVNING

Mera generellt kan styrning beskrivas utifrån tre komponenter: normering, uppföljning och ansvarsutkrävning (Smith 2002, Smith et al 2012). Med normering avses prioritering av kvaliteter som ska uppnås, vilket kan uttryckas i valet av indikatorer och eventuella målnivåer för dessa. Uppföljningen avser hur indikatorer mäts, t.ex. inom ramen för kvalitetsregister eller genom enkäter till patienter. Ansvarsutkrävning anger vilka mekanismer som träder i kraft beroende på hur utfallet avviker från normer. En viktig skillnad mellan de syften för uppföljning av indikatorer som beskrivits är *vem* som avgör vilka indikatorer som ska följas upp (normering) samt konsekvenser beroende på utfall (ansvarsutkrävning). En utgångspunkt är att berörd profession ska bestämma över valet av indikatorer och konsekvenser beroende på utfall. I så fall sker

ingen extern ansvarsutkrävning och det finns en ökad grad av professionellt självstyre. En annan utgångspunkt är att t.ex. en landstings- eller förvaltningsledning fattar beslut om indikatorer och att indikatorers utfall är direkt kopplade till belöningar och sanktioner som samma ledning beslutar om. Den externa ansvarsutkrävningen ökar samtidigt som graden av professionellt självstyre minskar. Mellan dessa ändpunkter finns dock flera alternativa former av extern ansvarsutkrävning, enligt den streckade markeringen i figur 3.1.

Figur 3.1 Alternativ för extern ansvarsutkrävning vid uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet.



Det finns varierande erfarenheter av de olika former för ansvarsutkrävning som anges i figur 3.1. Utgångspunkten för alternativet längst till vänster i figuren är professionellt självstyre, dvs. ingen eller mycket begränsad styrning från exempelvis förvaltnings- eller landstingsledningar. Berörda vårdgivare ska på frivillig väg arbeta med uppföljning av olika indikatorer, där ständig förbättring och att göra det bästa för patienterna utgör främsta drivkraften. Den övergripande ledningens insatser avgränsas till att underlätta registreringar och uttag av data samt att investera i gemensamma system för uppföljning. En sådan form av professionellt självstyre kan fungera väl bland vårdgivare där man lyckas mobilisera en motivation att ständigt bli bättre. Men det är också en osäker strategi eftersom det kan vara svårt att skapa tillräcklig motivation till förbättringsarbete bland de vårdgivare som bäst behöver det. Vårdgivare kan också drivas av annan motivation än att göra det bästa för patienten. I den

utsträckning kvaliteter som är viktiga för patienter inte beaktas eller förmågan att prioritera och hushålla med resurser brister krävs någon form av övergripande styrning.

En första form av extern ansvarsutkrävning är att professionens egen uppföljning blir transparent för alla som vill ta del av utfallen. Med ökad transparens skapas motivation till förändring genom att varje vårdgivare sannolikt vill ha ett gott professionellt rykte. Incitamenten är att man helst vill tillhöra de bästa och i alla fall inte ”vara sämst i klassen”. De öppna jämförelser som publiceras i samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL är ett bra exempel. Studier av motsvarande jämförelser i andra länder visar att sådan transparens kan skapa drivkrafter till förbättringar, men då i första hand avseende processindikatorer som är enklare att förbättra och bland de vårdgivare som rankas lägst (Vårdanalys 2012:4). Principen om transparens är en enkel form av extern ansvarsutkrävning men effekterna kan ändå vara påtagliga bland de vårdgivare som redovisar sämst resultat. Effekterna är dock mera osäkra om det inte finns någon variation mellan vårdgivare eller om samtliga vårdgivare som jämförs har ett dåligt utfall. I så fall kan finnas anledning att vidga underlaget för jämförelser eller att definiera målnivåer baserat på ”best practice” internationellt.

Ansvarsutkrävning genom ökad transparens kan utövas av olika externa parter eftersom det inte krävs tillgång till särskilda belöningar eller sanktioner. Det är transparensen *i sig* som ger ökad motivation, genom ”professionella ryktmekanismer”. Exempel är när staten eller en övergripande landstingsledning tar fram jämförelser och gör dem allmänt tillgängliga. Men öppna jämförelser kan också tas fram av media, av patientorganisationer eller av professionernas egna organisationer. En transparent uppföljning kan också påverka hur individer väljer vårdgivare, vilket i så fall även kan få konsekvenser för resursfördelningen. Effekterna på den professionella motivationen att redovisa bra resultat för patienterna i sig ska dock inte underskattas. I en studie av öppna jämförelser av hjärtsjukvård i USA bedömdes effekten på kirurgers motivation att göra ett bra arbete som väsentligt högre än effekterna genom förändrad efterfrågan (Kolstad 2013).

Den externa ansvarsutkrävningen kan förstärkas om den övergripande ledningen ställer krav på att de indikatorer som följs upp beaktar samtliga relevanta målområden. Andra krav kan vara att det finns en systematik i uppföljningen

baserade på PDSA¹ eller liknande, inklusive krav på framtagande av åtgärdsprogram om det finns behov. Den externa ansvarsutkrävningen avser då förbättringsarbetets systematik snarare än utfallet av enskilda indikatorer. Urvalet av indikatorer baseras oförändrat på ett stort mått av professionellt självstyre, förutsatt att alla relevanta målområden beaktas. Indikatorer ska vara relevanta och meningsfulla för berörda vårdgivare och den kliniska ledningen i första hand, men behöver egentligen inte förstås av någon annan. Varken förvaltnings-, sjukhusledningar eller patienter/befolkningen utgör huvudsaklig målgrupp för informationen. Utgångspunkten är oförändrat att berörda vårdgivare *själva* ska jämföra sina prestationer med andra och över tiden. Studier visar dock att sådan återkoppling har bäst effekt om den upprepas, ges både skriftligt och muntligt av ledning eller respekterad kollega samt kopplas samman med tydliga mål och en handlingsplan (Ivers et al 2012). Det finns således evidens för att internt förbättringsarbete fungerar bättre om det kombineras med visst mått av extern ansvarsutkrävning.

Om den övergripande ledningen är mera direkt involverad i uppföljningen kan två olika syften identifieras. En första utgångspunkt är att uppföljning av indikatorer görs i diagnostiskt syfte, dvs. för att identifiera vårdgivare med större avvikelser som bör granskas närmare. Den närmare granskningen av både positiva och negativa avvikelser kan leda till krav på framtagande av åtgärdsprogram för att förbättra kvaliteten hos en enskild vårdgivare, alternativt att goda exempel sprids till andra vårdgivare. Som underlag för sådana åtgärdsprogram eller spridning av goda exempel är dock inte uppföljningen av indikatorer tillräcklig, utan det krävs ytterligare information och kanske t.o.m. särskilda studier. En sådan uppföljning i diagnostiskt syfte överensstämmer därför med principerna för internt förbättringsarbete genom att fokus ligger på lärande och framtagande av ny kunskap snarare än direkt bedömning som kopplas samman med belöningar eller sanktioner. Som redovisats i tidigare kapitel blir då också kraven på indikatorers tillförlitlighet lägre.

Om syftet med uppföljning av indikatorer i första hand är att identifiera systematiska avvikelser, bör även presentationen av data ge stöd för en sådan användning. Det innebär i princip att rankinglistor bör undvikas (Adab et al 2002, Marshall et al 2004). Både i Sverige och internationellt är det vanligt att

¹ PDSA - plan, do, study, act – är ett verktyg för systematiskt förbättringsarbete som fått stor spridning även i hälso- och sjukvården. Principen är att först identifiera och analysera problem (plan) och genomföra en lösning (do). Om utvärdering (study) visar att lösningen fungerar kan den implementeras mera allmänt samtidigt som liknande problem förebyggs (act). Processen är cyklisk i den meningen att det finns ett ständigt sökande efter nya problem och dess lösning, varvid även ständig förbättring åstadkoms.

öppna jämförelser av olika slag presenteras som rankingtabeller (*league tables*). Även om rankingtabeller ofta kombineras med konfidensintervall ger de sken av att det är möjligt att rangordna och skilja mellan vårdgivares kvalitet. Med ett diagnostiskt syfte i uppföljningen kan det vara lämpligt att överväga alternativa sätt att presentera data, exempelvis trattdiagram (*funnel plots*) eller kontrollkort (*control charts*) (se t.ex. Adab et al 2002, Spiegelhalter 2005, Mayer et al 2009) som i högre grad tar hänsyn till förekomsten av slumpmässig variation.

Den andra utgångspunkten är att uppföljningen av enskilda indikatorer kopplas direkt till belöningar eller sanktioner. Den övergripande ledningen måste i så fall bestämma vilka indikatorer som ska följas upp, målnivåer för dessa samt konsekvenser om målen inte nås. Konsekvenser i form av belöningar eller sanktioner kan exempelvis innebära att enskilda indikatorers utfall påverkar ersättningen till vårdgivare, dvs. att utfallet kopplas samman med ekonomiska incitament. Det finns ingen entydig evidens om effekterna av sådan målbaserad ersättning (Van Herck et al 2010; Scott et al 2011; Eijkenaar et al 2013). Erfarenheterna varierar beroende på utformningen och sammanhanget. Generellt finns dock belägg för att det tycks vara enklare att påverka utfallen av processindikatorer, vilket motsvarar dokumenterade erfarenheterna av öppna jämförelser.

Sammanfattningsvis finns det flera olika former av ansvarsutkrävning som kan användas vid uppföljning av indikatorer. Vid en målrelaterad ersättning måste ledningen bestämma vilka indikatorer som ska följas upp och utfallen för enskilda indikatorer kopplas samman med ekonomiska belöningar eller sanktioner. Det finns dock alternativa former för ansvarsutkrävning som inte baseras på ekonomiska incitament eller utfallet av enskilda indikatorer. En viktig fråga är naturligtvis om det finns någon form av ansvarsutkrävning som kan anses fungera generellt bättre än de andra. Med utgångspunkt i de översikter som publicerats om effekter av öppna jämförelser, systematiskt förbättringsarbete och målrelaterad ersättning är så knappast fallet. Möjligheterna att använda olika former av extern ansvarsutkrävning kan också variera beroende på sammanhanget. Om uppföljningen avser privata vårdgivare, t.ex. inom ramen för ett vårdvalssystem, finns avtal och överenskommelser som reglerar möjligheter till olika former av ansvarsutkrävning. Även med privata vårdgivare finns dock möjligheter att i avtalen ställa krav på transparens eller systematiskt förbättringsarbete, utöver att indikatorers utfall kan kopplas samman med ekonomiska belöningar i form av målbaserad ersättning.

3.2 DEFINITION AV MÅLNIVÅER, BEHÖVS DET?

Beroende på syftet med uppföljningen och former för ansvarsutkrävningen är det inte alltid nödvändig att rangordna vårdgivare eller definiera målnivåer för indikatorer. Om syftet är att ge stöd åt systematiskt förbättringsarbete är utgångspunkten att vårdgivare i första hand ska drivas av en egen motivation att ständigt bli bättre. Det kan i så fall räcka om uppföljningen ger information om den egna utvecklingen i jämförelse med andra vårdgivare med samma förutsättningar. Vårdgivare antas själva formulera relevanta målsättningar utifrån de egna förutsättningarna. Det kan handla om att ”vara bäst”, att tillhöra den bättre hälften av vårdgivare eller att åtminstone inte vara bland de sämsta.

Även om antaganden om egna drivkrafter för förbättringsarbete kan fungera väl i vissa sammanhang visar studier att återkoppling har större effekt om den kopplas samman med mål och en handlingsplan (Ivers et al 2012). Uppföljning utan målnivåer blir också problematiska om det finns skäl att tro att alla verksamheter som jämförs är lika ”dåliga”. I så fall kan målnivåer definieras utifrån ”best practice” internationellt, vetenskapliga studier eller vad som bedöms vara rimligt. Definition av målnivåer är också helt nödvändiga om utfallet av indikatorer ska kopplas samman med belöningar och sanktioner som bestäms på förhand.

Målnivåer kan definieras på olika sätt (se tabell 3.1). Ett alternativ är att definiera absoluta mål som måste uppnås. Ett annat alternativ är att definiera relativa mål, t.ex. särskild belöning till de 10 procent av vårdgivarna som är bäst. Relativa mål utgår i högre grad från en konkurrens mellan vårdgivare. Till skillnad från absoluta mål är det per definition inte möjligt för alla vårdgivare att nå målen. Med absoluta mål tävlar varje vårdgivare i första hand mot sig själva och möjligheten att nå målen påverkas inte av andra vårdgivares ansträngningar.

Tabell 3.1 Exempel på absoluta och relativa mål.

| | 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. |

Absoluta och relativa mål kan formuleras för enskilda vårdcentraler och kliniker, men också för hela sjukhus eller landsting. Beroende på om en eller flera vårdgivare avses kommer osäkerheten i mätningarna att påverkas genom att datamängden alltid blir större för exempelvis hela landsting än för enskilda vårdcentraler eller kliniker. Det blir därmed också mera osäkert att bedöma om enskilda vårdcentraler eller kliniker har nått målen. En annan viktig faktor som påverkar ansvarsutkrävningen är vilken aktör som har bäst möjligheter att nå de mål som formulerats. Om det krävs breda insatser och grundläggande investeringar bör målen i första hand avse landstings- eller förvaltningsledningar, snarare än klinik- eller vårdcentralsledningar. Det är i första hand på övergripande ledningsnivå som man har möjlighet att initiera de många olika åtgärder som krävs för att åstadkomma förändringar. För att lösa problem med väntetider på sjukhusens akutmottagningar kan det exempelvis krävas insatser på flera olika håll, även i den öppna vården utanför sjukhusen. Att enbart fokusera åtgärder på själva akutmottagningen är sannolikt mindre fruktsamt.

Sett i ett ekonomiskt perspektiv förklaras vårdgivares incitament att förändra sin verksamhet inom ramen för ett belöningsystem av tre faktorer: 1) förväntade kostnader och uppoffringar vid försök att nå målen, 2) sannolikheten för att uppoffringar leder till att målen nås, samt 3) den förväntade belöningen om målen nås. Dessa faktorer påverkas i sin tur av flera faktorer. Förväntad belöning påverkas av belöningens storlek och sannolikheten att nå målen påverkas av om målen är absoluta eller relativa. Som tidigare noterats kan det vara enklare att nå mål som baseras på processindikatorer, jämfört med den större osäkerhet som präglar resultatindikatorer. Förväntade kostnader och uppoffringar påverkas även av vårdgivares utgångsläge och om faktiskt utfall ligger nära eller långt från de mål som formulerats. Ett uppenbart problem i sammanhanget är när olika vårdgivare har olika utgångsläge. Idealt bör i så fall olika mål formuleras utifrån varje vårdgivares egna förutsättningar. En sådan princip kan dock uppfattas som orättvis och är problematisk om det ställs krav på konkurrensneutralitet. Alla vårdgivare måste då behandlas lika, varför målnivåer kan komma att bli en kompromiss. Absoluta mål kan i så fall få liten betydelse för de vårdgivare som redan är bra och klarar målnivåerna sedan tidigare. Relativa mål som belönar de bästa är å andra sidan sällan bra för att motivera förbättringar bland vårdgivare som behöver det bäst, dvs. bland de sämsta. En möjlig utväg kan vara målnivåer som bygger på en kombination av absoluta och relativa mål.

Kostnader för att nå målen omfattar dels de insatser som krävs för att åstadkomma förändring, dels de andra fördelar som man måste avstå från genom sådant agerande. I en del fall kan kostnader för sådant som vårdgivare måste avstå ifrån vara mer betydelsefulla. Ett exempel är en målsättning att förändra vården för viss kronisk sjukdom genom att patienterna själva tar större ansvar för kontroller. Om vårdgivare samtidigt ersätts per besök kommer de ekonomiska incitamenten i ersättningssystemet att motverka denna målsättning. Det blir kostsamt för vårdgivare att genomföra förändringen eftersom man går miste om besöksersättningen. Ansvarsutkrävning utifrån en indikator som mäter patientens eget ansvar för kontroller kan därför få liten effekt, även om den kopplas samman med betydande belöningar. Utan grundläggande förändringar i ersättningssystemet kan det vara svårt att skapa ekonomiska incitament så att de nya målen kan nås.

3.3 MÅNGA ELLER FÅ INDIKATORER?

Både när det gäller antal och typ av indikatorer ställs olika krav, beroende på hur indikatorer ska används (se tabell 3.2). Vid ansvarsutkrävning utifrån enskilda indikatorers utfall måste uppföljningen vara transparent. Indikatorerna bör dessutom vara begripliga för lekmän och därför helst avse resultat. De bör inte heller vara så många att möjligheten att bedöma vårdgivare försvåras. Om ansvarsutkrävningen istället avser krav på systematiskt förbättringsarbete ställs andra krav på indikatorerna. Uppföljningen kan vara transparent, men det är inget absolut krav. Ett nödvändigt krav är dock att indikatorer är meningsfulla för berörda professioner samt bidrar till lärande och kunskaper om sambanden mellan insatser och resultat. Det finns därför behov av många olika indikatorer som mäter både processer och resultat.

Tabell 3.2 Krav på indikatorer vid systematiskt förbättringsarbete respektive extern ansvarsutkrävning utifrån enskilda indikatorers utfall.

| | Systematiskt förbättringsarbete | Ansvarsutkrävning utifrån enskilda indikatorers utfall |
|--------------------|---|--|
| Antal Indikatorer | Många olika typer av indikatorer och detaljerade jämförelser. Enbart resultatindikatorer ger inte något stöd för att identifiera problem och lösningar. | Få indikatorer som kan underlätta övergripande bedömning av vårdgivare. Gärna ett eller ett <u>fåtal övergripande resultatindikatorer.</u> |
| Typ av indikatorer | Både process- och resultatindikatorer som är <u>relevanta för professionen</u> och kan belysa samband mellan patientnytta och vad som görs för patienter. | Resultatindikatorer och processindikatorer som kan <u>förstås av den part som svarar för ansvarsutkrävningen.</u> |

I praktiken finns möjligheter att kombinera olika sätt att använda indikatorer inom ramen för en och samma styrning. Det är t.ex. möjligt att kombinera målrelaterad ersättning för några få utvalda indikatorer med krav på systematiskt förbättringsarbete där många fler indikatorer följs upp. Samtidigt finns viktiga skillnader i utformningen av stödsystem. Ansvarsutkrävning för systematiskt förbättringsarbete kan stödjas genom återkommande revisioner, där uppföljning och avvikelser diskuteras med professionella kollegor, och krav på handlingsplaner. Det förutsätter att det finns resurser och en ledningskultur som ger stöd för denna inriktning. Studier i USA har visat att sjukhus med bäst kvalitet i högre grad anser sig ha tillräckliga resurser för projekt som syftar till kvalitetsförbättringar. Dessutom finns bland de bästa sjukhusen i större utsträckning en organisationskultur som stödjer förändringar, det finns ett större intresse av att pröva nya lösningar och fokus ligger på att hitta systemfel snarare än att peka ut individer som gjort misstag (Vina et al 2008).

Beroende på egenskaper hos befintliga indikatorer kan det omvänt bli nödvändigt att omdefiniera styrningens syfte och former för ansvarsutkrävningen. Som framgått av tidigare kapitel kan det vara svårt att skilja mellan vårdgivares resultat beroende på osäkerhet i data och bedömningar. Denna osäkerhet får ökad relevans om utfallen av enskilda indikatorer kopplas samman med belöningar och sanktioner. En målbaserad ersättning baserat på resultatindikatorer kan skapa orättvisor om inte slumpmässig variation och

skillnader i patientegenskaper beaktas. Med bristfälliga processindikatorer finns ökad risk att vårdgivare söker genvägar för att nå målen. En övergripande ledning kan med sådana förutsättningar välja att följa upp indikatorer i ett diagnostiskt syfte, utan direkt koppling till ekonomiska belöningar. Vårdgivare som förefaller avvika på ett positivt eller negativt sätt blir föremål för närmare analys där ytterligare information samlas in. Det är sedan det *samlade* dataunderlaget som ger underlag för bedömning, inte utfallet för enskilda indikatorer. Detta svarar också mot indikatorers ursprungliga betydelse - de kan ”indikera” en avvikelse, men det innebär inte att avvikelsen är säkerställd. En sådan uppföljning av indikatorer i diagnostiskt syfte kan även bidra till förbättringsarbete genom den nya kunskap som tas fram när avvikelser granskas närmare.

KAPITEL 4

OLIKA SÄTT ATT STYRA OCH VÅRDGIVARES MOTIVATION

Ett vanligt antagande i ekonomisk principal-agent teori är att det behövs incitament i form av belöningar eller sanktioner för att uppnå motivation bland individer i en organisation. En sådan syn står i kontrast till kognitiva psykologiska förklaringsmodeller, som menar att belöningar och sanktioner kan orsaka mer skada än nytta (Bénabou & Tirole 2003). En mera nyanserad ansats som förenar dessa teorier är att styrning och kontroll kan ha både positiva och negativa effekter, inte minst beroende på individers egen motivation och hur individer uppfattar att styrningen påverkar den egna autonomin. I detta avslutande kapitel diskuteras hur de olika formerna av ansvarsutkrävning som diskuterats i rapporten anknyter till vårdgivares motivation utifrån mera generell teori.

4.1 STYRNING OCH INDIVIDERS MOTIVATION

Enligt kognitiva beteendeforskare har individer både olika nivå och typ av motivation (Ryan & Deci 2000). Nivån avgör hur motiverad individen är att utföra viss handling. Typ av motivation kan avse både inre (*intrinsic*) och olika former av yttre (*extrinsic*) motivation. Med inre motivation avses att viss handling utförs för att det är intressant och tillfredsställande, vilket kan uppmuntras (men inte kontrolleras) genom ökad kompetens och autonomi. Med yttre motivation avses att viss handling utförs för att det leder till ett separat resultat, t.ex. en ekonomisk ersättning, utebliven bestraffning eller en social belöning i form av berömmelse och status. Individen utför handlingen för att uppnå något annat, snarare än att det är intressant i sig.

En individ kan agera utifrån väsentligt olika typer av yttre motivation. Man kan ha sympati och acceptans för vad som ska åstadkommas men också utföra en handling under motstånd och avståndstagande. Det finns en avgörande skillnad mellan sådan yttre motivation som är påtvingad, t.ex. ett hot, och sådan som individen frivilligt ansluter sig till, t.ex. eget val av karriär. Även om det kan finnas grundläggande skillnader mellan individer, dvs. individer som är mer eller mindre motiverade i största allmänhet, utgår nivå och typ av motivation

alltid ifrån en viss uppgift i ett visst sammanhang. En och samma individ kan vara motiverad att spela fotboll med vänner, samtidigt som man har lite motivation att läsa en bok eller att spela fotboll med sådana man inte känner. Nivå och typ av motivation för olika uppgifter kan också variera över tiden. Yttre motivation kan med tiden internaliseras och bli en del av individers egna normer.

En viktig slutsats från flertalet experiment och studier av psykologer och ekonomer är att externa incitament i form av belöning och sanktioner kan tränga undan individers egen motivation för viss handling (Deci et al 1999). Syftet med att utföra en viss handling blir då att individen får belöning för det och inte för att man själv vill det. Även små förändringar i belöningsstrukturen kan få konsekvenser för hur individer själva rationaliserar sitt agerande. I ett klassiskt experiment av Deci (1971) fick två grupper av studenter lägga pussel i tre på varandra följande sessioner. I den första sessionen fick studenterna i båda grupperna pussla i egen takt. I den andra sessionen fick den ena gruppen betalt om man löste pusslet, medan det inte gällde i kontrollgruppen. I den tredje sessionen fick alla studenter på nytt pussla utan belöningar. Den grupp av studenter som hade erbjudits belöning i den andra sessionen spenderade mindre tid på att lägga pussel jämfört med kontrollgruppen i den tredje sessionen, och även jämfört med det egna utfallet i den första sessionen. Belöningen i den andra sessionen hos experimentgruppen hade trängt undan den egna motivationen bland studenter.

Även andra experiment har visat att belöningar kan öka motivationen och prestationerna på kort sikt, men försämra dem på längre sikt. När väl en belöning införts ställs därför ofta krav på att den behålls (Benabou, Tirole 2003). Det ska noteras att sambanden gäller belöningar som är kända för individer på förhand och som knyts till viss prestation. Belöningar i efterhand (*awards* snarare än *rewards*) kan ha motsatt effekt och öka individers egen motivation genom bekräftelse på att man gjort något bra utan styrning och kontroll. Det tycks inte heller finnas någon negativ effekt på individers egen motivation till följd av verbala belöningar (Deci et al 1999, Frey & Jegen 2001). Frey och Gallus (2014) menar att olika former av priser och utmärkelser i efterhand är en underskattad belöningsform och kan ha särskild betydelse i sammanhang där ekonomiska belöningar är svåra att specificera i kontrakt eller riskerar att tränga undan individers egen motivation.

Individens egen motivation kan leda till en motvilja mot att bli styrd och kontrollerad av någon annan. Det gäller inte minst i hälso- och sjukvården och andra professionella organisationer, där medarbetare har en hög grad av självständighet och egna professionella normer som styr arbetets innehåll. Motviljan mot kontroll kan i sin tur leda till ”dolda kostnader” när individer ändå utsätts för styrning (Falk, & Kosfeld 2006). Deci (1975) menar att varje belöning påverkar individens motivation på två sätt. För det första finns en priseffekt som avgörs av belöningens storlek i förhållande till den uppföring som krävs. För det andra finns en signaleffekt som handlar om hur individer uppfattar styrningen. Enbart förekomsten av externa incitament ger individer information om att ledningen har låga förväntningar på vad individer kan åstadkomma utan sådana incitament. Externa incitament begränsar också den egna autonomin. Dessa signaleffekter kan sammantaget leda till lägre motivation hos individer och därmed motverka prisetekten.

I experiment har visats att ekonomisk teori baserat på prisetekten stämmer såtillvida att prestationer ökar med belöningarnas storlek. Detta samband gäller dock när belöningar väl introducerats. Själva införandet av belöningar kan leda till en sämre prestation, jämfört med en situation när inga belöningar utbetalas (Falk & Kosfeld 2006). Med hänsyn tagen till denna effekt kan därför principen ”pay enough or don’t pay at all” vara en rimlig utgångspunkt (Gneezy, Rustichini 2000a). Den negativa effekten av styrningen i sig får med andra ord balanseras upp av en större belöning. Det kan också vara värdefullt om någon tredje part formulerar vilka krav och målnivåer som ska gälla, eftersom misstron mot styrningen i så fall riktas mot tredje part snarare än mot den ledning som ska svara för uppföljning och ansvarsutkrävning.

Externa incitament kan även påverka hur individer rationaliserar sitt handlande på andra sätt. Gneezy och Rustichini (2000b) beskriver ett experiment där böter infördes när föräldrar hämtade sina barn för sent på dagis. Resultatet blev att utfallet försämrades, dvs. ett *ökat* antal föräldrar som hämtade sina barn för sent. En möjlig förklaring är att föräldrarna uppfattade bötesbeloppet som en avgift som lättade på det dåliga samvetet när man kom för sent. När böterna senare togs bort fortsatta antalet sena hämtningar på samma oförändrade högre nivå. Den nya praxis som bötesbeloppet medfört hade etablerat en ny norm om vad som uppfattades som anständigt.

Erfarenheterna från olika typer av experimenten och förekomsten av dolda kostnader kan *inte* tolkas som att det alltid är bättre att lita på individens egen

motivation snarare än att försöka styra. Litteraturen inom området är också noga med att påpeka detta. För det första blir inre motivation som drivkraft mera sällsynt i takt med att individer växer upp och anpassar sig till sociala krav, roller och ansvarstagande som vuxna (Deci & Ryan 2000). Vuxna individers egen motivation omfattar i högre grad sådant som att göra karriär, tjäna pengar, skaffa sig makt, social status och undvika besvärliga situationer. Den ekonomiska teorins antagande om individer som agerar opportunistiskt utifrån priseffekten av ekonomiska incitament kan därmed fungera ganska väl i många situationer. I kunskapsintensiv verksamhet, med stor andel professionell arbetskraft, kan dock hävdas att ett sådant antagande oftare än annars blir missvisande. Det finns starka egna drivkrafter bland professionella och det finns vanligtvis ett utbrett missnöje med styrning och kontroll som reducerar den egna autonomin.

4.2 EFFEKTER PÅ MOTIVATIONEN GENOM EXTERN ANSVARSUTKRÄVNING

I debatten om styrning i offentlig sektor är antaganden om motivation och kapacitet hos välfärdsproducenter ofta underförstådd och polariserad. Le Grand (2003) har diskuterat dessa implicita antaganden utifrån två dimensioner: drivkrafter bakom individers handlande respektive förmågan att fatta beslut. Om individer i en organisation antas ha liten egen motivation och begränsad förmåga att fatta kloka beslut finns behov av mycket styrning. Om utgångspunkten istället är att man kan lita på individers egen motivation och beslutsförmåga krävs motsvarande mindre eller i alla fall annan typ av styrning.

Läkare och andra professionella yrkesutövare efterlyser ofta mer av professionellt självstyre och mindre detaljstyrning från politiker och tjänstemän. Underförstått utgår man från att läkare är tillräckligt motiverade och har stor egen kapacitet att fatta rätt beslut. Sådana antaganden stämmer väl med en uppföljning av indikatorer som helt bestäms av professionen. I praktiken är det dock orealistiskt att anta att opportunistiskt agerande inte alls skulle förekomma bland vårdgivare. Läkare och andra professioner fokuserar ofta kvaliteter på individuell patientnivå, medan relevanta kvaliteter på populationsnivå som kostnadseffektivitet får mindre uppmärksamhet. Enskilda vårdgivare kan också agera opportunistiskt genom att sätta de egna ekonomiska förutsättningarna framför verksamhetens kvalitet. Det är också svårt att se hur professionerna själva skulle kunna ta ansvar för prioriteringar mellan olika verksamheter och specialiteter. Studier visar dessutom att vårdgivare ofta tenderar att överskatta

sin egen kvalitet och effektivitet (Braspenning et al 2013). Andra hinder är att förbättringsarbete kan medföra personliga kostnader för de verksamhetschefer som ska driva utvecklingen i form av kritik från t.ex. berörd personal när arbetsformerna förändras.

Det finns alltså övertygande argument för att någon form av extern ansvarsutkrävning behövs i samband med uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet. Som visats i denna rapport finns dock olika former av extern ansvarsutkrävning. Ansvarsutkrävning i form av ekonomiska belöningar och sanktioner baserat på enskilda indikatorers utfall är bara en av flera former. En första mjukare åtgärd kan vara krav på transparens så att jämförelser mellan vårdgivare blir allmänt tillgängliga. Nästa steg i ansvarsutkrävning kan handla om att de indikatorer som väljs ut av berörda professioner måste beakta alla relevanta målområden. Ytterligare steg är att det finns en systematik i förbättringsarbetet genom att återkoppling och jämförelser upprepas, ges både skriftligt och muntligt av ledning eller respekterad kollega samt kopplas samman med tydliga mål och en handlingsplan. Ett sådant stöd för systematiskt förbättringsarbete kan också kombineras med att uppföljningen av indikatorer används av en landstings- eller förvaltningsledning i diagnostiskt syfte, dvs. för att identifiera de vårdgivare som tycks avvika signifikant från förväntade värden och som därför bör granskas närmare. Beroende på typ av avvikelse kan insatser leda till krav på åtgärdsprogram för att förbättra en enskild vårdgivares kvalitet men också att goda exempel sprids till andra. Underlag för sådan närmare granskning hämtas dock inte enbart från uppföljningen av indikatorer utan beaktar även annan relevant information. Det innebär i sin tur att osäkerhet i resultatindikatorer och bristfälliga processindikatorer blir mindre problematiskt. Indikatorer används för att indikera vilka vårdgivare som bör granskas närmare, men inte för att direkt bedöma vårdgivares kvalitet och effektivitet.

I sista hand kan den externa ansvarsutkrävningen baseras på ekonomiska belöningar och sanktioner beroende på enskilda indikatorers utfall. Som visats av dokumenterade erfarenheter av målrelaterad ersättning kan det skapa incitament till positiva förändringar i verksamheten, men också innebära ökad risk för att det blir ett självändamål att påverka utfallet för indikatorer. Risken för manipulation, protokollstyrd vård och undanträngning kan förmodligen reduceras om berörda professioner själva får vara med och påverka utformningen. Det gäller t.ex. val av indikatorer och hur indikatorer används inom ramen för en belöningsstruktur. En sådan professionell medverkan kan

bidra till att valda indikatorer upplevs som relevanta samt motverka att styrningen uppfattas som en begränsning av den professionella autonomin.

Vilken form av extern ansvarsutkrävning som är mest lämplig måste avgöras utifrån förutsättningarna. För en del verksamheter kan det finnas resultatindikatorer som på ett relevant sätt fångar skillnader i vårdgivares kvalitet även på kort sikt. Då minskar osäkerheten i bedömningar och det finns bättre argument för att koppla utfallet direkt till ekonomiska belöningar. Behovet av extern ansvarsutkrävning påverkas också av berörda vårdgivares egen motivation och de egna drivkrafterna för att genomföra förändringar som förbättrar kvalitet och effektivitet. I korthet innebär sådana skillnader att många vårdgivare kan ha egen motivation och förmåga att förbättra sina resultat, medan andra saknar sådana egenskaper. Styrningen borde då egentligen utformas olika, allt beroende på enskilda vårdgivares förutsättningar. Det finns dock ingen evidens för att ansvarsutkrävning genom ekonomiska belöningar kopplade till utfallet av indikatorer alltid skulle ge större drivkrafter till förbättringar än t.ex. öppna jämförelser eller stöd för systematiskt förbättringsarbete, snarare tvärtom. Professionens egna drivkrafter kan vara väl så starka. I en studie bland hjärtkirurger i USA (Kolstad 2013) bedömdes effekten av öppna jämförelser av kvaliteten, dels genom eventuell påverkan på efterfrågan och patienters val av kirurg (*extrinsic incentives*), dels genom viljan att göra ett bra arbete i sig (*intrinsic incentives*). Den senare effekten som förklarades av kirurgers inre motivation bedömdes som fyra gånger starkare än effekterna genom förändrad efterfrågan. Med utgångspunkt i dessa resultat blir det också riskabelt att förenkla öppna jämförelser, t.ex. att indikatorer ska vara begripliga för lekmän och inte för många till antalet. I den utsträckning den viktigaste effekten är påverkan genom professioners egna drivkrafter så bör snarare öppna jämförelser omfatta många olika indikatorer med hög grad av detaljering när det gäller både resultat och processer.

Eftersom ansvarsutkrävning baserad på utfallet av enskilda indikatorer i flera sammanhang är problematiskt finns anledning att rikta större intresse mot de andra formerna för ansvarsutkrävning. Det gäller öppna jämförelser i olika former, krav på vilken typ av indikatorer som följs upp, krav och stöd för systematiskt förbättringsarbete och en uppföljning av indikatorer från den övergripande ledningen i diagnostiskt syfte. En omställning av ansvarsutkrävningen till dessa former får också konsekvenser för styrningens signaleffekter. Utrymmet för professionella bedömningar ökar. Uppföljningen av

indikatorer görs i första hand för att producera kunskap och kompetens, snarare än för direkt bedömning och rangordning av vårdgivare (Lilford et al 2004). En annan konsekvens är att osäkerhet med resultatindikatorer och brister i processindikatorer inte blir lika betydelsefulla eftersom indikatorers utfall inte används isolerat för att bedöma enskilda vårdgivare. Risken för icke-önskvärda effekter på grund av att ansvarsutkrävningen inbjuder till manipulation, protokollstyrd vård och undanträngning kan minska. En stor fördel med ansvarsutkrävning genom ekonomiska belöningar och sanktioner är dock att det är förhållandevis enkelt att genomföra. Regelbunden återkoppling och krav på handlingsplaner medför behov av ytterligare investeringar och kompetens på övergripande ledningsnivå, utöver de investeringar som krävs för definition av indikatorer och uppföljningssystem. Det innebär också att dessa andra former av ansvarsutkrävning kan förknippas med en högre administrativ kostnad som får vägas mot fördelarna.

REFERENSER

- Adab P, Rouse A, Mohammed MA, Marshall T. (2002) Performance league tables: the NHS deserves better. *BMJ*; 324: 95-98.
- Anell, A. (1996) The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience, *Health Policy*; 37: 9-33.
- Anell A. (2010) Värden i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.
- Anell A, Glenngård A H, Merkur S. Sweden. (2012) Health system review. *Health System in Transition*; 14(5): 1-159.
- Anell A, Glenngård AH. (2013) Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetsätt och samverkan vid åtta mottagningar i Region Skåne samt implikationer för landsting och kommuner. Stiftelsen Leading Health Care: Stockholm.
- Bénabou R, Tirole J. (2003) Intrinsic and extrinsic motivation. *Review of Economic Studies*; 70: 489-520.
- Bhattacharyya T, Freiberg AA, Metha P, Katz JN, Ferris T. (2009) Measuring the report card: The validity of pay-for-performance metrics in orthopedic surgery. *Health Affairs*; 28(2): 526-532.
- 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.
- Campbell SM, McDonald R, Lester H. (2008) The experience of pay-for-performance in English family practice: A qualitative study. *Annals of Family Medicine*; 6(3): 228-234.
- Campbell S M, Roland MO, Buetow SA. (2000) Defining quality of care. *Social Science & Medicine*; 51 (11): 1611-1625.
- Cutler D. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*; 40: 3: 881-906.
- 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.
- Deci E L. (1971) Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*; 18(1): 105-115.
- Deci E L, Koestner R, Ryan R M. (1999) A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*; 126(6): 627-668.

- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 2013; 110(2-3): 115-30.
- Falk A, Kosfeld M. (2006) The hidden cost of control. *The American Economic Review*; 96(5): 1611-1630.
- Frey B, Jegen R. (2001) Motivation crowding theory. *Journal of economic surveys*; 15(5): 589-611.
- Frey B, Gallus J. (2014) Awards as a special kind of signal. CREMA working paper No. 2014-04.
- Glenngård AH. (2013) Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care. Lund university school of economics and management.
- Gneezy U, Rustichini A. (2000a) Pay enough or don't pay at all. *The Quarterly Journal of Economics*; August: 791-810.
- Gneezy U, Rustichini A. (2000b) A fine is a price. *Journal of legal studies*; 29:1-17.
- Hartman L (2011) Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? SNS Förlag. Stockholm.
- Heath I, et al (2009) Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ*; 338: 911-913.
- Institute of Medicine (2001) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.
- 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.
- Järhult B, Engström S, Lindström K. (2008) Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? *Läkartidningen*; 105(47): 3452-3455.
- Kolstad J T. (2013) Information and quality when motivation is intrinsic: evidence from surgeon report cards. *American Economic Review*; 103(7): 2875-2910.
- Lester H, Roland M. (2009) Performance measurement in primary care. I Smith P, et al. eds. (2009) *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge Univ. Press
- Le Grand J. (2003) *Motivation, agency, and public policy*. Oxford university press.
- Lilford R, Hohammed M A, Spiegelhalter D, Thomson R. (2004) Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*; 363: 1147-54.
- Maisey S, et al. (2008) Effects of payment for performance in primary care: qualitative interview study. *Journal of Health Services Research & Policy*; 13(3): 133-139.

- Mant J, Hicks N. (1995) Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process and outcome in treating acute myocardial infarction. *BMJ*; 311: 793-6.
- Marshall T, Mohammed AM, Rouse. (2004) A randomized controlled trial of league tables and control charts as aids to health services decision-making. *International Journal for Quality in Health Care*; 16(4): 309-315.
- Mayer E, et al. (2009) Funnel plots and their emerging application in surgery. *Ann Surg*; 249: 376-383.
- Ryan AM, Burgess JF Jr, Tompkins CP, Wallack SS. (2009) The relationship between Medicare's process of care quality measures and mortality. *Inquiry*; 46: 274-290.
- Ryan RM, Deci EL. (2000) Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*; 25: 54-67.
- Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 7(9): CD008451. doi: 10.1002/14651858. CD008451.pub2.
- SKL (2010) Översyn av nationella kvalitetsregister. *Guldgruvan i hälso- och sjukvården*.
- Smith PC. (2002) Performance management in British health care: Will it deliver? *Health Affairs*; 21(3): 103-115.
- Smith PC, Anell A, Busse R, et al. (2012) Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*; 106(1): 37-49.
- Socialstyrelsen (2005:12) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och SKL (2011) *Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet*.
- Socialstyrelsen och SKL (2014) *Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård. Jämförelser av landsting*.
- Spiegelhalter D, et al. (2005) Funnel plots for comparing institutional performance. *Statistics in Medicine*; 24: 1185-1202.
- Terris DD, Aron DC. (2009) Attribution and causality in health-care performance measurement. I Smith P, et al. eds. *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge Univ. Press
- Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 247.

Vina E R, et al. (2008) Relationship between organizational factors and performance among pay-for-performance hospitals. *Journal of General Internal Medicine*; 24(7): 833-840.

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

Vårdanalys (2013:8) Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning. Myndigheten för vårdanalys. Rapport 2013:8.

WHO (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems. Measuring Performance*. Geneva: World Health Organization, 2008.

KEFU SKRIFTSERIE 45
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-45-SE

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20
Fax: 046-222 42 16