

Förbättrad hjärtsviktsvård med Q-svikt

Resultat av ett kvalitetssäkringsprojekt med bonussystem



BERTIL S OLSSON, sjuksköterska, projektsjuksköterska, Centralsjukhuset, Kristianstad
MARIA KULLBERG, sjuksköterska, projektsjuksköterska, När-

sjukhuset, Hässleholm
MARIA LANDGREN, apotekare, projektkoordinator, Läkemedelsrådet, Region Skåne, Lund
 maria.landgren@skane.se

Hösten 2004 deklarerade Sveriges statsminister att specifika branschsamtal ska inledas inom ett antal viktiga näringslivssektorer, bl a läkemedel, bioteknik och medicinteknik. Arbetet med branschsamtalen genererade en intensifierad dialog mellan Sveriges Kommuner och landsting, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Läkemedelsindustriföreningen (LIF).

Man enades om ett testprojekt för att förbättra diagnostiken och behandlingen, och projektet finansieras genom sk offentlig-privat samverkan (public-private partnership, PPP). Näringsdepartementet och LIF avsatte 7,5 miljoner vardera.

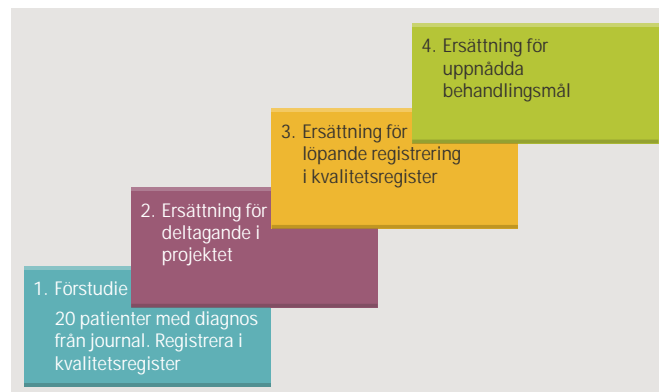
Q-projektet startades

Projektet döptes till Q-projektet (Q står för kvalitet) och har som syfte att genom ett strukturerat belöningsystem stimulera till förbättringar inom vården av patienter med hjärtsvikt. Projektet startade 2007 och pågår i ca 3 år.

Belöningsystemet bygger på modellen »payment for performance«, P4P (Figur 1). P4P är ett nytt begrepp inom hälso- och sjukvårdens ersättningsystem, men det används på flera håll i världen, framför allt i USA och England [1, 2]. Syftet med att använda P4P-modellen är att undersöka om det även i Sverige är möjligt att använda sig av principerna bakom detta ersättningsystem för att öka kvaliteten i vården. Slutsatsen är att valet och utformningen av ersättningsystemet påverkar agerandet i vården. Det talas om den »vinn-vinn-vinn-situation« som P4P innebär. Det är inte bara vårdpersonalen som får snabbare och tydligare återkoppling på sitt arbete utan kostnaderna har också i flera fall minskat samtidigt som patienterna fått tillgång till bättre vård. P4P är ett tillägg till ett befintligt ersättningsystem i hälso- och sjukvården. Enligt internationella modeller för P4P utgör andelen ersättning som är prestationsrelaterad ca 2–3 procent av den totala ersättningen per år och vårdenhet <<http://www.q-projektet.se>>.

Målen för projektet var att

- Sträva efter att fler patienter når sina behandlingsmål utifrån nationella riktlinjer.
- Öka användningen av nationella kvalitetsregister i primärvården.
- Inhämta kunskap om metoder som har använts för att uppnå uppsatta behandlingsmål.



Figur 1. P4P-modellen.

- Skapa underlag för en diskussion kring vårdens ersättningsystem.
- Utveckla samarbetet mellan deltagarna i trepartskonstellationen kring gemensam kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvård och läkemedel.

Utgångspunkten har varit Rikssvikt, ett Internetbaserat kvalitetsregister för hjärtsviktspatienter som omfattar ca 70 variabler – bl a EKG, hjärtultraljud, hjärt-/lungröntgen, blodtest, tidigare eller nuvarande sjukdomar, genomgångna ingrepp, aktuell medicinering och livskvalitet – i syfte att belysa diagnostiken och behandlingen av patienter med hjärtsvikt [3].

Förstudien

Kvalitetsprojektet startade med en förstudie hösten 2007 i Skåne, nordöstra sjukvårdsdistriktet, som omfattar två sjukhus och 26 vårdcentraler. Region Skåne valdes eftersom regionen har landets högsta inrapportering till Riks-HIA, kvalitetsregistret för hjärtintensivvård, och bedömdes ha mycket hög kvalitet på sin hjärtinfarkt-vård. Man har också här visat ett gott samarbete mellan primär och sluten vård.

Syftet var att retrospektivt studera förekomsten av hjärtsvikt i regionen, hur patienterna fått diagnosen, vilka utredningar som gjorts och vilka behandlingar patienterna fått. Av distriktets 26 vårdcentraler tackade 24 ja till deltagande i förstudien. Varje primärvårdsenhet tog fram de 20 senaste patienterna med diagnosen hjärtsvikt. Slutenvårdsenheterna tog fram 50 patienter med hjärtsvikt som diagnos 1–3. Inkluderat

■ sammanfattat

Resultaten i Q-sviktsprojektet visar på stora likheter i utredningen av hjärtsviktspatienter i öppen och sluten vård.
Deltagande enheter visar god täckningsgrad för registrering av hjärtsviktspatienter i Rikssvikt (>70 procent).
Den prestationsrelaterade ersättningen i projektet ska ge incitament till både god diagnostik och användning av evidensbaserad läkemedelsbehandling.
Första årets resultat visar på

en ökad andel EKO-undersökningar ($P < 0,0001$) och analyserade NT-proBNP ($P < 0,0001$) jämfört med förstudien, en retrospektiv studie på deltagande enheter.
Patienter med samtidig renin-angiotensinsystemblockad och betablockad har ökat ($P = 0,0064$) jämfört med förstudien.
Första året i Q-svikt visar på god måluppfyllelse (80 procent) för deltagande enheter avseende modellen »pay for performance«.

sionskriterier var patienter <85 år, som erhållit diagnosen hjärtsvikt I50.0–I50.9 och att diagnosen skulle vara ställd under de senaste 5 åren.

Resultatet av förstudien är publicerat i en särskild rapport [4]. Det resultatet användes för att identifiera mätbara variabler för den fortsatta projektiden. Resultatet av OBS-CHF-studien om hjärtsviktsbehandling i primärvården användes också som underlag vid bedömningen [5].

METOD

Av de 24 enheter som deltog i förstudien valde 22 att gå med i Q-sviktsprojektet. Två enheter valde alltså att inte delta på grund av bristande resurser. Avstämning mot diagnosregistret visade det faktiska antalet hjärtsviktspatienter, och missade patienter registrerades i efterhand. Inklusionskriterierna var desamma som i förstudien. Både nya och gamla hjärtsviktspatienter ingick.

Den P4P-modell som användes bygger på ett system där ersättning utgår årligen till vårdcentralerna för deltagande, registrering i kvalitetsregister och uppnådda behandlingsresultat i förhållande till kvalitetsindikatorer. Modellen medger en ersättning på upp till 50 000 kr per år och vårdenhet.

Ersättningen utgår på tre sätt (Figur 1): En grundersättning utgår till varje vårdcentral som deltar i projekten (5 000 kr). Ersättning för löpande registrering av patientdata och kvalitetsindikatorer utgår med 0–20 000 kr. Indikatorer, som utgår från nationella/lokala befintliga terapiområdesriktlinjer, syftar till att ge incitament till att genomföra god diagnostik (0–10 000 kr), använda evidensbaserad läkemedelsbehandling (0–10 000 kr) samt att uppnå effekter i form av minskad slutenvårdskonsumtion (5 000 kr) och god hälsa hos patienterna. Ersättningen för att premiera låg frekvens inläggningar i slutenvård beräknades genom vård dagar och vårdtillfällen av de deltagande enheternas patienter på sjukhusen i distriktet. Patienternas livskvalitet mättes genom att använda skattningsskattinstrumentet EQ5D [6]. Statistiska beräkningar är utförda med χ^2 -test.

RESULTAT

Resultatet i Q-svikt visar att antalet registrerade patienter per enhet varierade mellan 4 och 42 inom öppenvården och mellan 82 och 146 inom slutenvården. Täckningsgraden var god, i samtliga fall >70 procent av antalet hjärtsviktspatienter i diagnosregistret. Statistiken över 2008 års patienter innefattar 450 inom öppen vård och 224 inom slutenvård. Inom öppenvården var 57 procent män och 43 procent kvinnor och inom slutenvården var motsvarande siffror 62 respektive 38 procent.

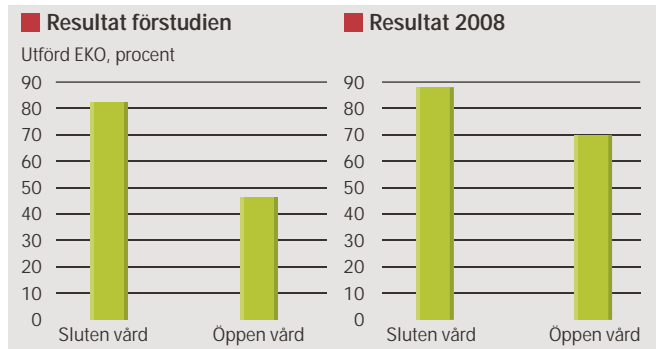
Medianåldern för slutenvårdspatienterna var 74,5 år och för öppenvårdspatienterna 78 år. Patienter >85 år exkluderades ur studien på grund av multisyjukdom.

Ekokardiografi

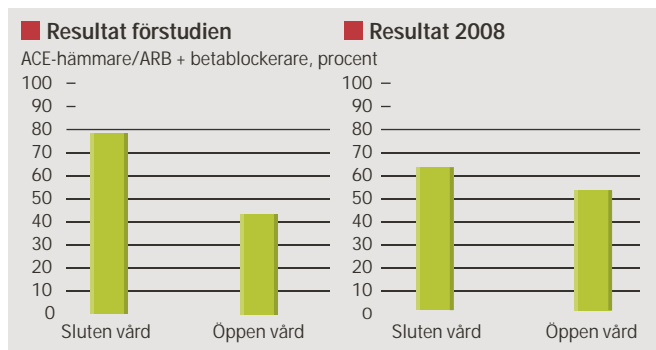
Ekokardiografi (EKO) hade inom slutenvården utförts på 82 procent av patienterna i förstudien (Figur 2). Under 2008 hade siffran ökat till 88 procent. Inom öppenvården fanns uppgift om undersökningen för knappt hälften av patienterna (46 procent) i förstudien, och denna andel ökade till 70 procent 2008. Ökningen var signifikant jämfört med förstudien ($P < 0,0001$). För att minska väntetiderna för denna undersökning infördes en snabblinje för deltagande enheter.

Natriuretiska peptider

Andelen patienter som analyserats för natriuretiska peptider (NT-proBNP) var 77 procent i slutenvården och 53 procent i



Figur 2. Utförda ekokardiografiundersökningar (EKO) i procent. Resultat från förstudien och från 2008.



Figur 3. Behandling med ACE-hämmare/ARB och betablockerare i procent. Resultat från förstudien och från 2008.

öppenvården. Detta är en ökning jämfört med förstudien, där endast 58 procent av patienterna i slutenvården och 30 procent i öppenvården hade ett analyserat NT-proBNP. Totalt hade 61 procent av patienterna fått NT-proBNP analyserat 2008, och det är en signifikant ökning ($P > 0,0001$) jämfört med förstudien.

Medicinsk behandling

Knappt en tredjedel av patienterna hade en ejektionsfraktion (EF) <40 procent. Den grupp som behandlas med blockad av renin-angiotensinsystemet (RAS) och betablockad, den rekommenderade behandlingen för alla former av hjärtsvikt och som registreras i Rikssvikt, uppgick till 67 procent.

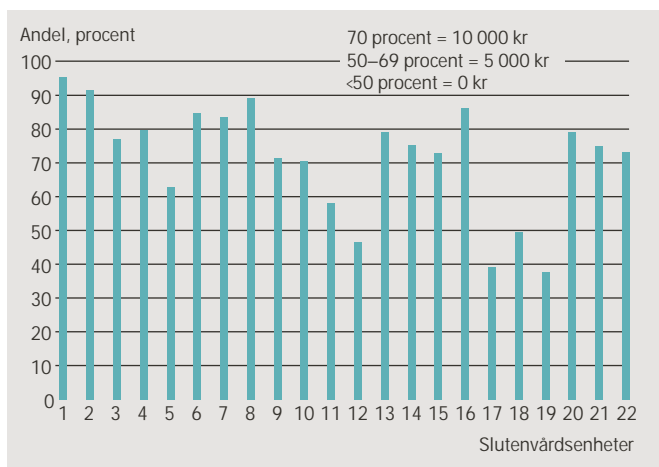
Inom öppenvården var det 54 procent av patienterna som fick läkemedel som blockerar RAS, dvs ACE (angiotensin convertering enzyme)-hämmare eller ARB (angiotensinreceptorblockerare), och betablockerare. Inom slutenvården fick 63 procent denna behandling (Figur 3). Totalt fick 58 procent av patienterna den rekommenderade behandlingen, och det är en statistiskt signifikant ökning ($P = 0,0064$) jämfört med förstudien, då 50 procent fick behandlingen.

Uppnådda mål på enhetsnivå för P4P

För att få en så hög täckningsgrad som möjligt av hjärtsviktspatienter i kvalitetsregistret belönades enheterna för sin registrering. Alla enheter registrerade >70 procent av patienterna och de flesta ca 100 procent (Figur 4). På två enheter, nr 6 och nr 15, tillät inte datasystemet sökning på hjärtsvikt i diagnosregistret, varför avstämning inte var möjlig. Målsättningen var att diagnosen skulle vara verifierad med EKO under de senaste fem åren. 16 enheter uppfyllde målet, och >70 procent av patienterna hade uppgifter om EKO, medan 3 enheter inte kom upp till 50 procent. Resterande 3 enheter ham-



Figur 4. Antal registrerade patienter jämfört med diagnosregistret på respektive enhet. Enhet 1 och 22 är slutenvårdsenheter, övriga är vårdcentraler.



Figur 5. Uppgift om andelen utförda ekokardiografiundersökningar i procent på respektive enhet under 2008.

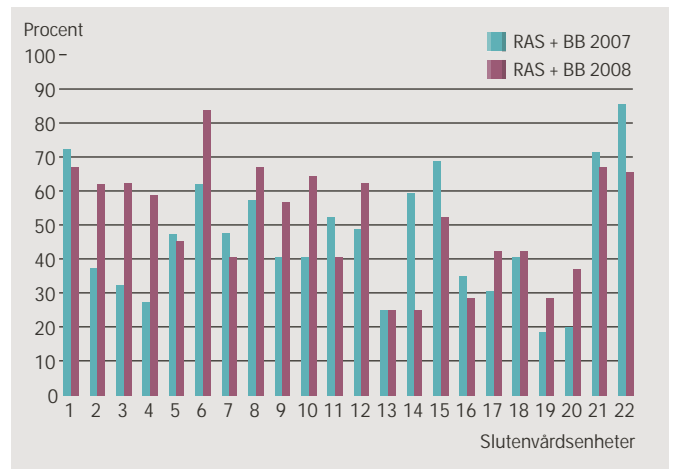
nade mellan 50 och 69 procent (Figur 5). Nästan alla enheter visar på en förbättring jämfört med förstudien. De enheter som hade lägst andel i förstudien hade förbättrats mest även om samtliga inte uppnådde 50 procent.

Målsättningen 2008 var att patienter med hjärtsvikt skulle få samtidig behandling med RAS- och betablockad. Figur 6 visar att de flesta enheter ökade sin andel, särskilt de med låg andel i förstudien. Enhet 14 minskade sin andel markant. Enheten har registrerat endast fyra patienter under perioden. 9 enheter når upp över 60 procent, 4 hamnar mellan 50 och 59 procent och 5 mellan 40 och 49 procent, medan 4 enheter inte nådde upp till 40 procent.

Återinläggningar och livskvalitet

En välbehandlad hjärtsviktspatient kan förväntas ha behov av färre återinläggningar [7]. Från 2007 till 2008 ökade dock

»Q-sviktsprojektet manar till förbättrad diagnostik med fler EKO-undersökningar och analyser av NT-proBNP ...«



Figur 6. Samtidig behandling med RAS- och betablockad (BB) i procent per enhet år 2007 (förstudien) jämfört med år 2008 (första året).

antalet vård dagar/patient från 5,93 till 6,41 och antalet vårdtillfällen från 184 till 219, varför ingen utdelning föll ut.

Avsikten var att EQ5D-formuläret skulle fyllas i vid basregistreringen. Andelen ifyllda formulär visade ett stort bortfall och varierade stort mellan enheterna.

DISKUSSION

Antalet hjärtsviktspatienter per enhet är litet, varför osäkerheten i beräkningarna på enhetsnivå blir stor. Resultaten ska därför tolkas med försiktighet. Studien visar på stora likheter i utredning och behandling av hjärtsviktspatienter i slutet och öppen vård. I många fall är patienterna också gemensamma.

Förbättrad diagnostik önskvärd

Q-sviktsprojektet manar till förbättrad diagnostik med fler EKO-undersökningar och analyser av NT-proBNP, vilket också har skett. Andelen patienter som fick samtidig behandling med RAS- och betablockad ökade inom öppenvården. Vid analys av resultatet framkom att det oftast var behandling med betablockad som fattades. Orsakerna till detta kan vara flera. En nydiagnostiserad patient blir initialt insatt på diuretika och RAS-blockad och blir förbättrad, varför läkaren avstår från att sätta in betablockad. Ibland finns en överdriven försiktighet vid lungsjukdomar (astma och KOL). Det kan också vara svårt att titrera upp betablockerare när sviktmotagning saknas. Naturligtvis förekommer även patienter med kontraindikationer och biverkningar, tex bradykardi och hypotoni.

P4P-modellens fördelar och nackdelar

Användning av P4P-modellen skapar incitament för kvalitetsutveckling då den dels har fokus på kvalitativa behandlingsmål, dels använder ekonomiska incitament för att premiera kvalitet. Det ekonomiska incitamentet bör dock kombineras med stöd av icke-ekonomisk natur, som teknisk support och utbildning. Valet av P4P-variabler har diskuterats mycket i den lokala projekt- och expertgruppen. Det är viktigt att försöka hitta validerbara och mätbara variabler som inte kan manipuleras. Inför varje P4P-period (2009, 2010) kommer variablerna att utvärderas och diskuteras för att hela tiden förbättra kvaliteten i projektet.

Enligt P4P ska minskad återinläggning premieras, vilket kan vara tveksamt. Hjärtsvikt är oftast en kronisk sjukdom

med låg femårsöverlevnad, motsvarande flera cancerformer. Sjukdomen leder i många fall till ökat antal återinläggningar och i andra fall dör patienten plötsligt efter kort vårdtid. En obehandlad patient kan alltså innebära enstaka vårdtillfällen och kort vårdtid. Under 2008 hade vi förhoppningen att kunna samla in uppgifter om patienternas livskvalitet, men tyvärr var bortfallet av ifyllda formulär för stort. Under det andra året av projektet (2009) kommer därför ifyllande av EQ5D-formuläret att belönas för att på detta sätt få ett bättre underlag. Under projektets tredje år (2010) kan förändringen i livskvalitet mätas.

KONKLUSION

Första året i Q-sviktsprojektet visar på en god täckningsgrad för hjärtsviktpatienterna i Rikssvikt samt en ökad andel EKO-undersökningar, enligt gällande riktlinjer. Samtidig behandling med RAS- och betablockad ökar men varierar stort mellan de olika enheterna. En god måluppfyllelse avseende P4P-modellen uppnåddes.

Projektet ska slutredovisas till Socialstyrelsen i mars 2011. Projektet har lämnat in ansökan till forskningsetikkommitté (regionala etikprövningsnämnden i Lund). Nämnden anser att projektet inte är forskning och därför inte föranleder något yttrande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Projektet finansieras av LIF och Näringslivsdepartementet. Utbetalningar till Region Skåne sker via SKL.*

REFERENSER

1. Rosenthal MB, Dudley RA. Pay-for-performance. Will the latest payment trend improve care? *JAMA*. 2007;297:740-4.
2. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006;355(4):375-84.
3. Rikssvikt. <http://www.rikssvikt.se>
4. Olsson B, Kullberg M, Landgren M. Q-svikt – projekt för verksamhetsförbättring inom vården av hjärtsviktpatienter. Resultat av förstudie. 2008. <http://www.qsvikt.se>
5. Dahlström U, Håkansson J, Swedberg K, Waldenström A. Adequacy of diagnosis and treatment of chronic heart failure in primary health care in Sweden. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(1):92-8.
6. <http://www.EuroQoL.org>
7. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.