

KAN ØKONOMISKE INSENTIVER ØKE DATAKVALITET, DEKNINGSGRAD OG BEHANDLINGSKVALITET?

Olav Røise

Leder av Interregional styringsgruppe for nasjonale kvalitetsregistre

Målet med forelesningen

- vise at bruk av økonomiske incentiver har effekt på kompletthet av data og på behandlingskvalitet

Utfordringer

Gapet mellom det som kan tilbys av helsetjenester og hva samfunnet er villig til å bruke av ressurser har aldri vært større og vil fortsette å eskalere

Økonomiske insentiver brukes i styringen av helsetjenesten i dag

- Økonomi styrer i stor grad aktiviteten og utviklingen på sykehusene
- Økonomiske insentiver (DRG) brukes aktivt i styringen av aktivitet, men ikke bevisst for å øke kvaliteten

Utfordringer

- Det tar for lang tid fra evidensbasert kunnskap foreligger til implementering i klinikken – om noen gang i det hele tatt



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME

ARTICLES & MULTIMEDIA ▾

ISSUES ▾

SPECIALTIES & TOPICS ▾

FOR AUTHORS ▾

CME >

ORIGINAL ARTICLE

A Controlled Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee

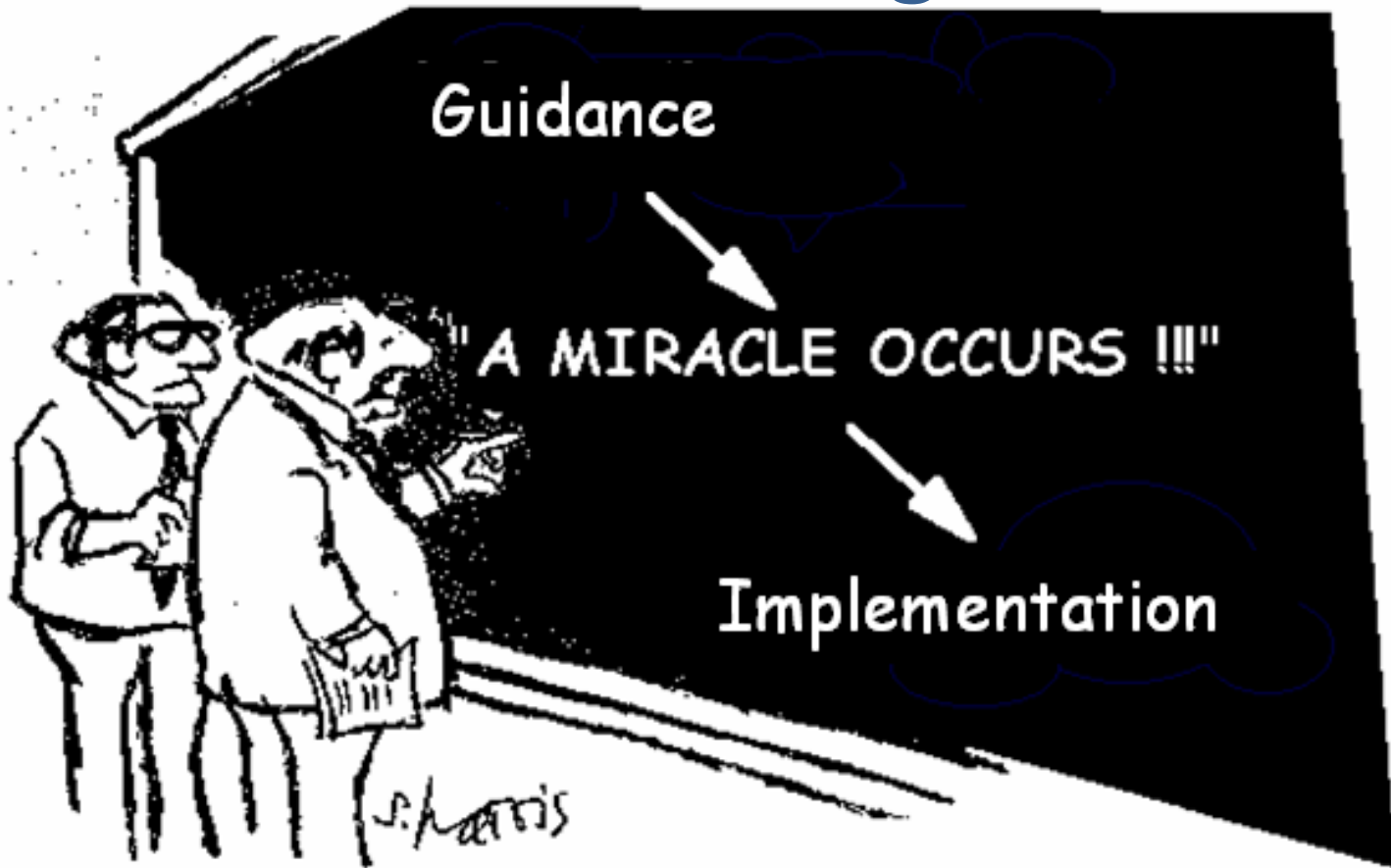
J. Bruce Moseley, M.D., Kimberly O'Malley, Ph.D., Nancy J. Petersen, Ph.D., Terri J. Menke, Ph.D., Baruch A. Brody, Ph.D., David H. Kuykendall, Ph.D., John C. Hollingsworth, Dr.P.H., Carol M. Ashton, M.D., M.P.H., and Nelda P. Wray, M.D., M.P.H.
N Engl J Med 2002; 347:81-88 | July 11, 2002 | DOI: 10.1056/NEJMoa013259

CONCLUSIONS

In this controlled trial involving patients with osteoarthritis of the knee, the outcomes after arthroscopic lavage or arthroscopic débridement were no better than those after a placebo procedure.

Ca 15 år fra de første studiene som viste at artoskopisk meniskkirurgi hos middelaldrende ikke har noen effekt til at dette nå har medført endret praksis i Norge

Utfordringer



I think you should be more explicit here in step two."

Utfordringer

- Mange av våre registre sliter med manglende dekningsgrad
- Flere mangler også endepunkter som kan bidra til kvalitetsforbedring

Hva med evidens – fungerererer insentiver?

- Det foreligger lite forskning på bruk av økonomiske insentiver som verktøy til å bedre dekningsgrad og behandlingskvalitet

Erfaringer fra andre land

- I England (NHS) er det satt i gang eksperimenter som er lovende der de kopler informasjon fra elementene;
 - Kunnskapbasert beste praksis
 - Brukererfaring
 - Kvalitetsregisterdata
 - Økonomiske incentiver for understøtte ønsket kvalitet

NHS-modellen

- Med konsensusgrupper (klinikere og brukere) har de definert de faktorene i en behandlingssløyfe som bidrar til kvalitet ("best praksis")
- De valgte faktorene må kunne måles i kvalitetsregisteret
- Refusjon for behandling utbetales ikke før sykehusets pasientadministrative data (diagnoser og prosedyrer) er koplet med data fra de aktuelle kvalitetsregistrene

NHS-modellen

- Oppfyllelse av "best praksis" medfører økt refusjon
 - Ingen utbetaling uten data fra kvalitetsregisteret
 - Redusert pris dersom man ikke har "beste praksis"

Hip Fracture - agreed best practice metrics

Time to surgery (<36 hours)

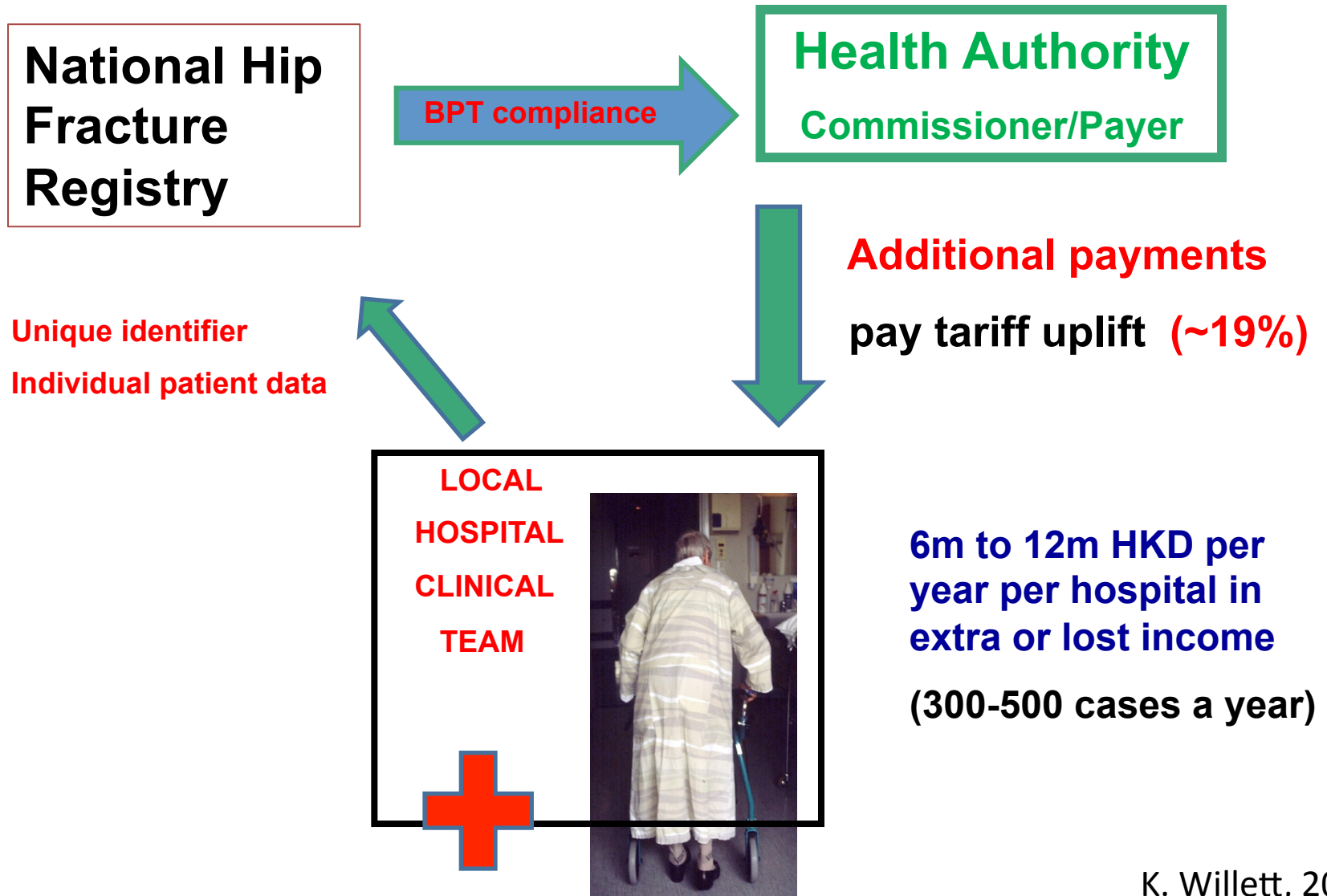
1. Arrival in Emergency Dept (or diagnosis if an inpatient) to start of anaesthesia

Involvement of the multi-professional team:

2. Admitted for joint care of a Consultant Geriatrician and a Consultant Orthopaedic Surgeon
3. Admitted using a protocol agreed by geriatrics medicine, orthopaedic surgery and anaesthetics
4. Assessed by a Geriatrician in the pre-operative period
Consultant or senior resident within 24 hours of admission
5. Postoperative Geriatrician-directed:
 1. Multiprofessional rehabilitation team
 2. Fracture prevention assessments (falls risk and bone health)
6. Dementia Assessment:
Mental test score at admission and prior to discharge by nurses

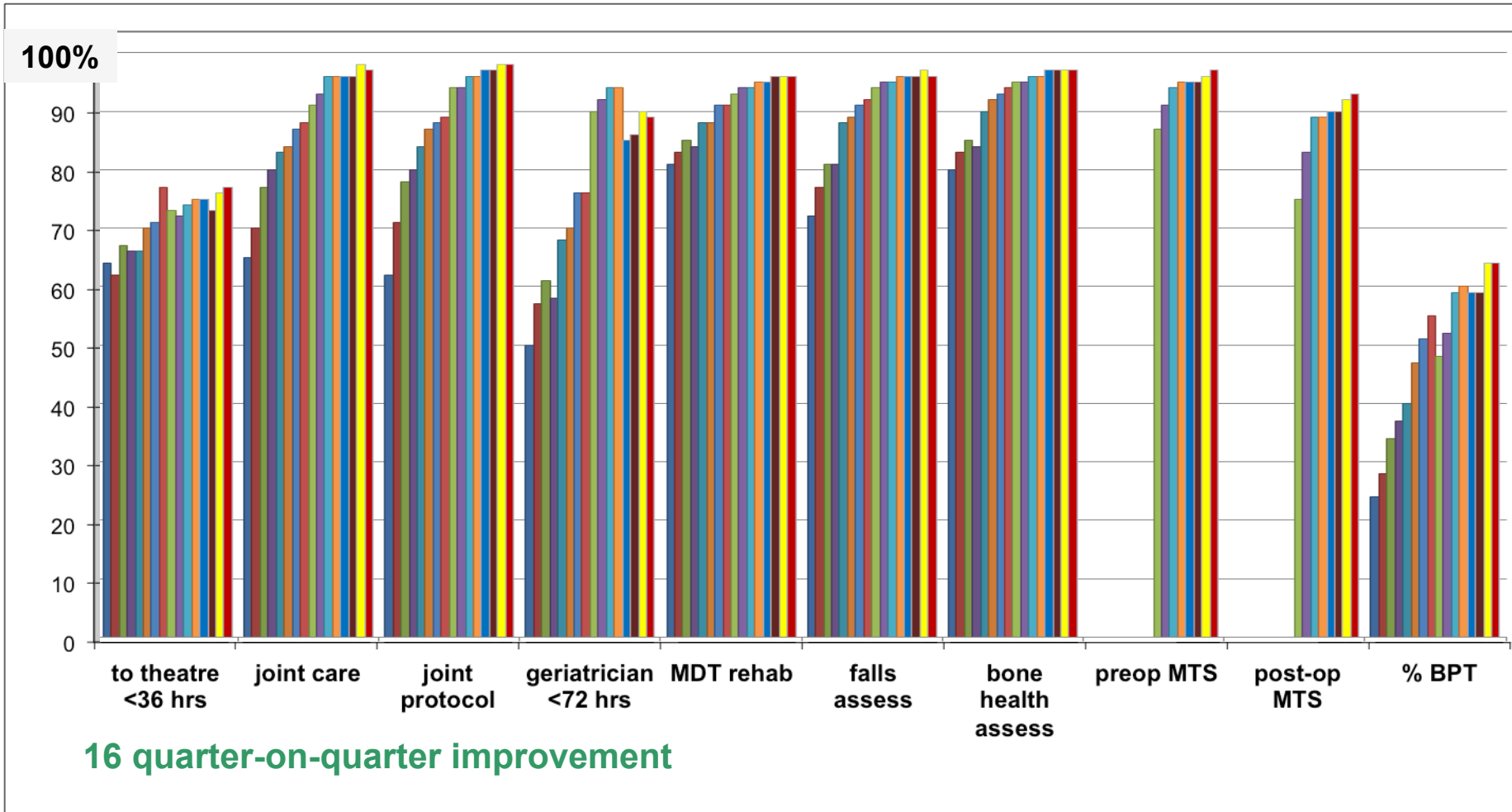
All 6 criteria to be met

CONDITIONAL payment linked to registry to drive value



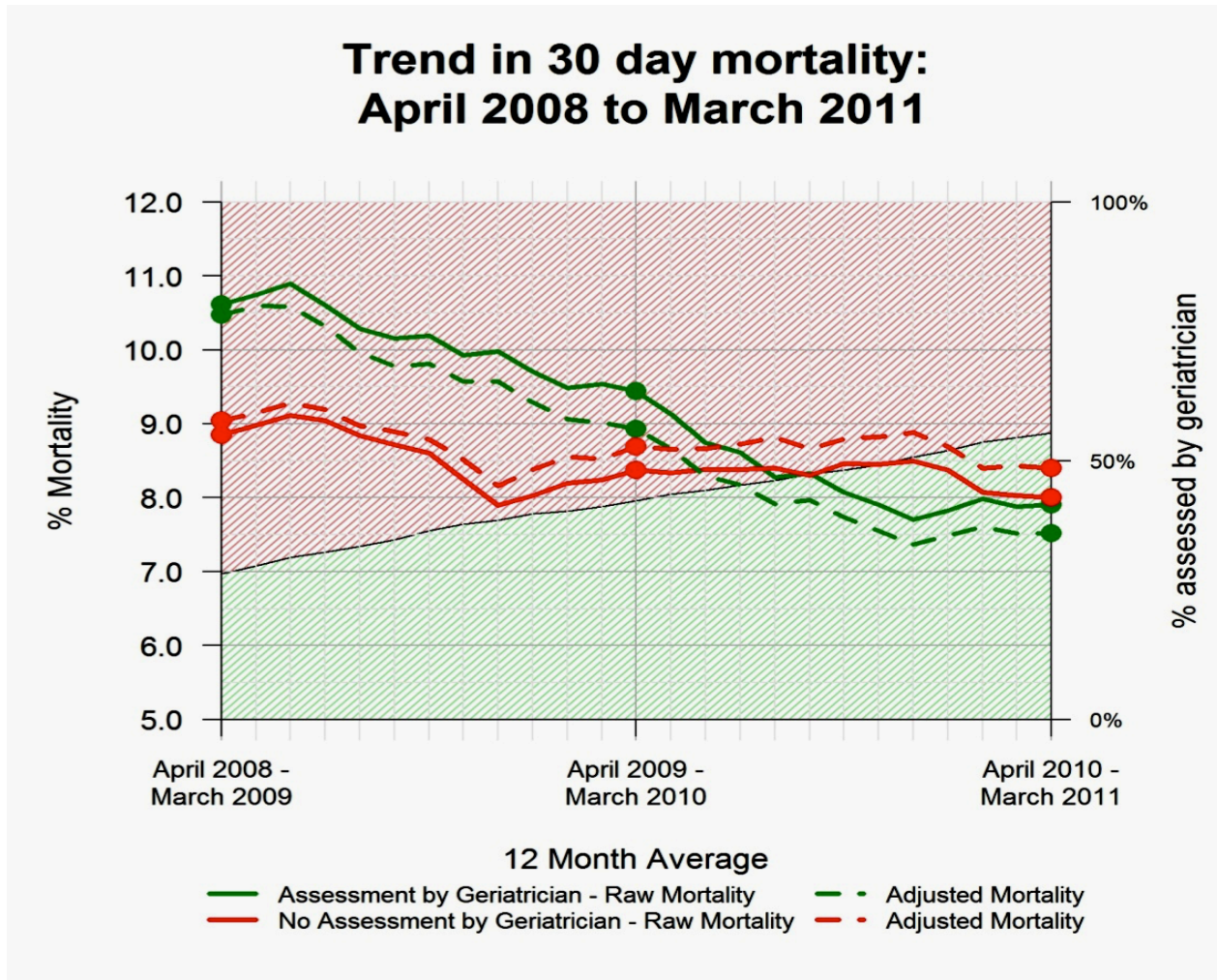
Improvement in Hip Fracture Care 2010 - 2014

Best Practice Tariff: percentage attained for each criteria; overall 24-64%

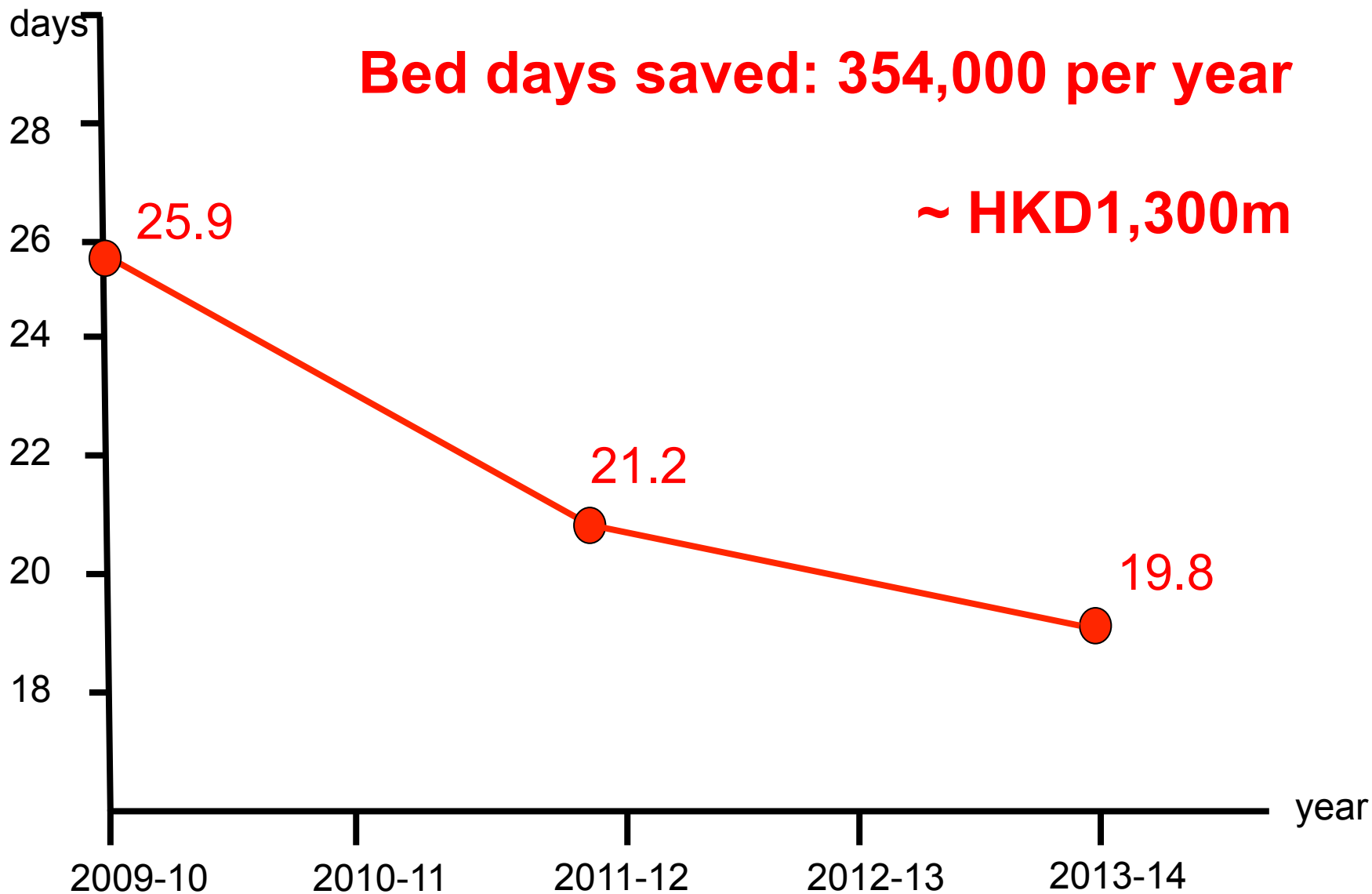


Admitted under joint geriatric/anaesthetic protocol increased from 64 to 97%;
Surgery within 48 hours rising from 65 to 77% in 36 hours, to 87% in 48hrs;
Seen acutely by a Geriatrician up from 48 to 90%; bone health assessment up 72 to 97%

15% reduction in 30 day mortality



Improved hospital productivity and resource use in bed-days



Price Year	Conventional cost	BPT	
2010-11	£320m	£315m	
2011-12	£305m	£295m	
	Full compliance risk		£320m
Cost Offsets	100,000 beddays saved More return to home	£109m	
	Additional geriatricians / dedicated OR time	~50m	

‘Treating hip fractures well would be cheaper than treating them badly’

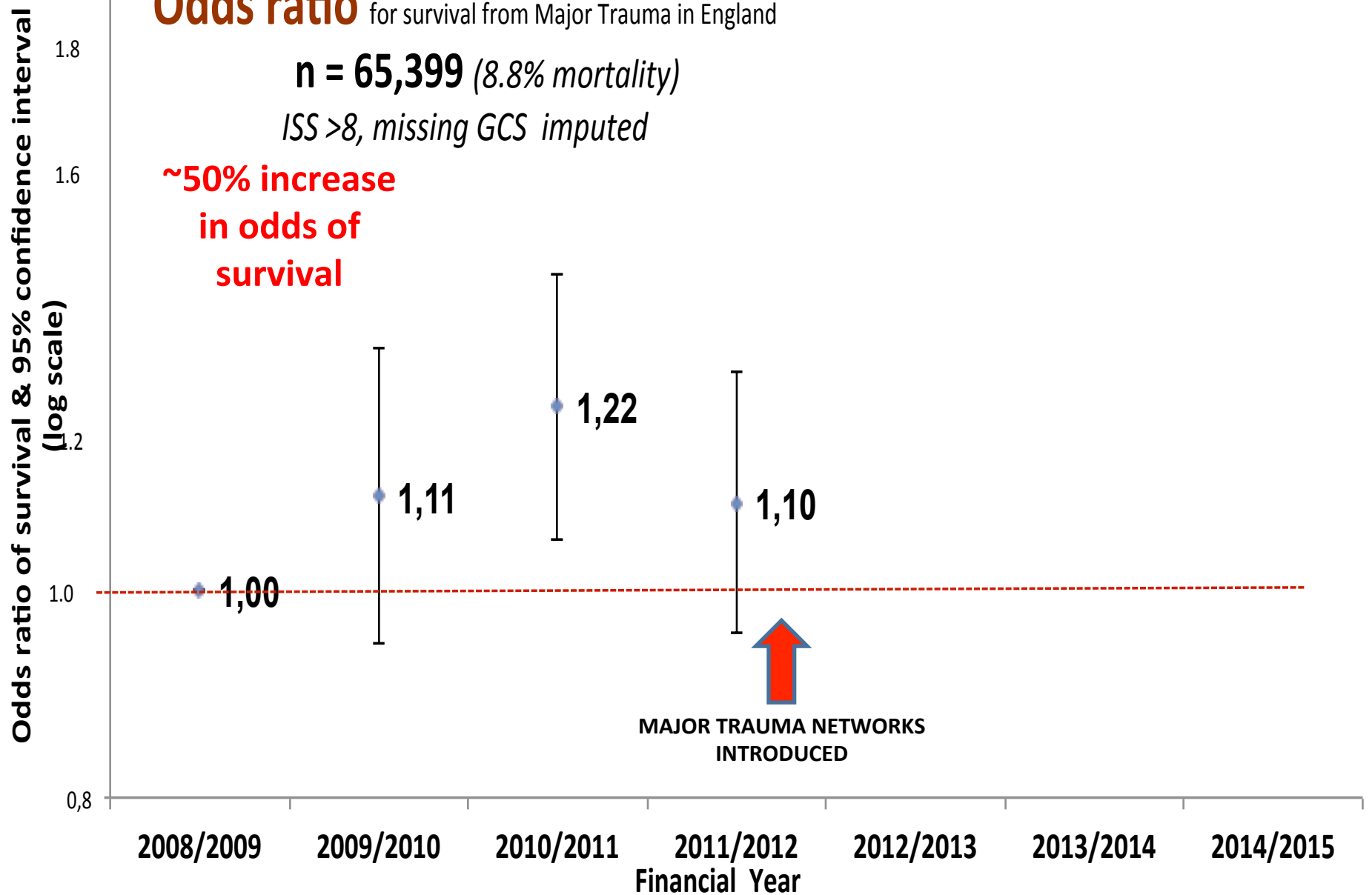
Effekt av tilsvarende modell etablert
for skadde pasienter

Odds ratio for survival from Major Trauma in England

n = 65,399 (8.8% mortality)

ISS >8, missing GCS imputed

**~50% increase
in odds of
survival**



Oppsummering

- Forsøkene i England medførte komplettethet i data
- Effekt på datakvalitet er ikke beskrevet

Oppsummering

- Ved å la klinikere sammen med pasienter definere kvaliteten på en behandling og understøtte denne med økonomiske insentiver, er det bare vinnere (pasienter, klinikere og samfunnet) i det engelske eksperimentet
- Vi erkjenner alle at økonomi virker som insentiv – hvorfor ikke utnytte det mer til raske forbedringer med involvering av pasienter og klinikere til å definere retningen
- Hvorfor ikke prøve noe lignende i Norge?