

Utvärderingars roll när politik omsätts i praktik

Bo Burström, professor/överläkare i socialmedicin
Karolinska institutet/Centrum för epidemiologi och
samhällsmedicin, SLL

Varför är det viktigt att utvärdera?

- Insatser bör vara evidensbaserade – eller planeras så att de kan utvärderas
- Evidence-based policy making vs ”Policy-based evidence making”
- Ökad tillämpning av evidensbaserade åtgärder skulle kunna minska ojämlikhet i hälsa

Glöm inte jämlikhetsaspekter vid utvärdering

- Hur förväntas en policyförändring eller intervention att ha effekt?
 - likadant i alla befolkningsgrupper?
 - blir vissa grupper mer eller mindre gynnade?
- Finns det potentiella negativa sidoeffekter som förbises?
 - om så: hur kan de minskas?

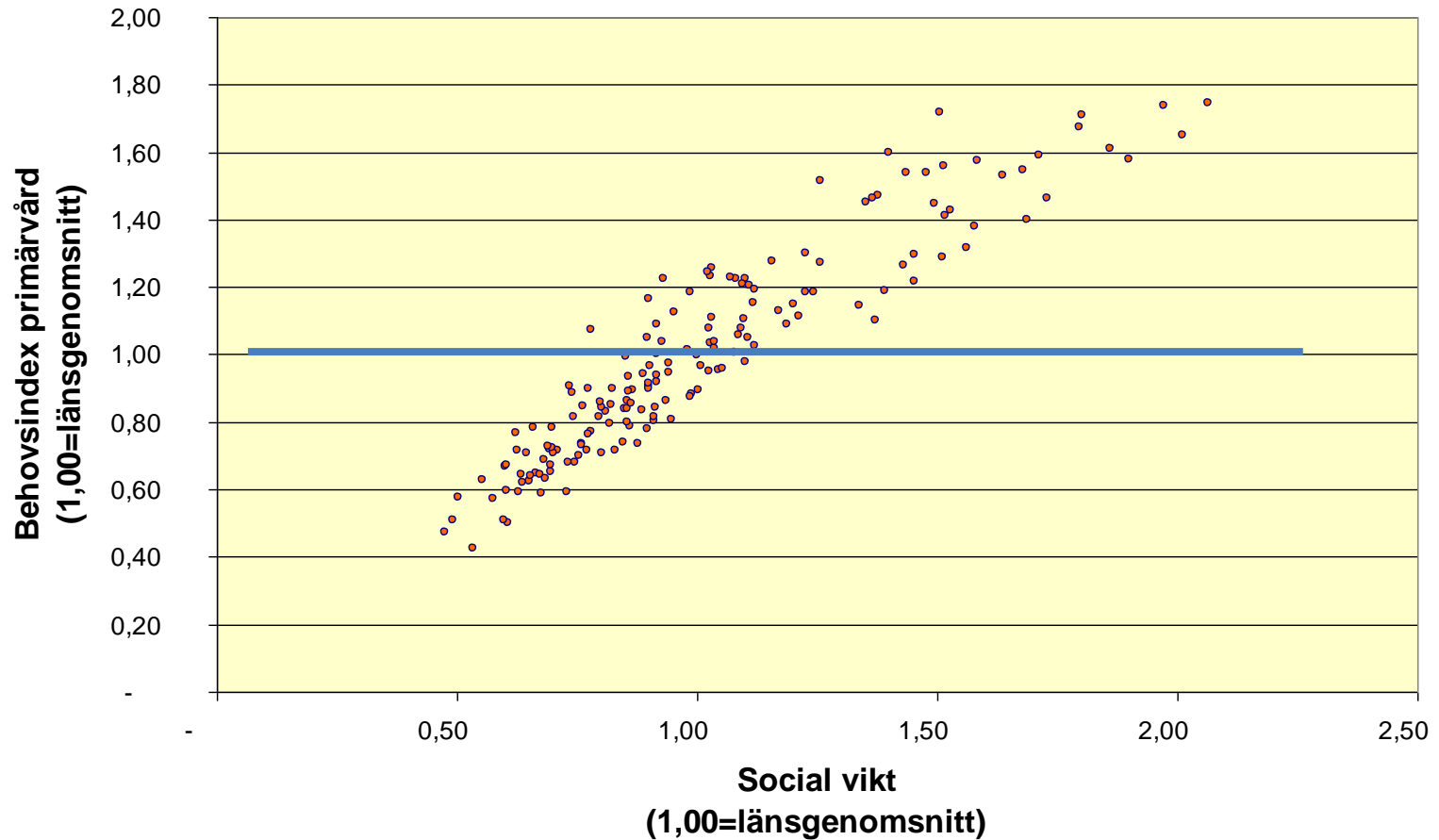
Två exempel

- Vårdvalsreformen
- Utvärdering av utökat hembesöksprogram till förstagångsföräldrar i Rinkeby

Exempel 1: Vårdvalsreformen i primärvården i Stockholms läns landsting

- Beställar/utförarmodell i vården i SLL
 - beställare ansvarar för upphandling av vård för sin befolkning
- Stora skillnader mellan områden i behov
- Tidigare: politisk enighet om behovsbaserad resursfördelning till olika beställare, baserat på sjuklighet och behov
- Mera resurser till primärvård i socialt och ekonomiskt utsatta områden (pga högre sjuklighet och behov av insatser)

Primärvårdsindex tidigare – ålder och social områdesvikt



Vårdvalsreformen i primärvården – evidensbaserad?

- **Reviewartikel** (Fotaki et al 2008. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. J Health Serv Res Policy 2008;13:178-184)
 - Valfrihet ej högprioriterat av patienter
 - Välutbildade gynnas mer än lågutbildade
 - Ökad kostnad
 - Ingen evidens för ökad kvalitet eller bättre utfall
 - Riskerar att fragmentisera vård för de med komplexa tillstånd
 - Ökar ojämlikhet

Effekter av Vårdvalsreformen?

- RRV granskning: (Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? Stockholm: Riksrevisionen 2014)
 - Nyetablering framför allt i medelklassområden i storstadsregioner
- Region Skåne: (Beckman A, Anell A. Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. BMC Health Serv Res. 2013;13:452)
 - Höginkomsttagare ökat sin konsumtion mer än låginkomsttagare
- SLL: (Dahlgren C, Brorsson H, Sveréus S, Goude F, C R. Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm 2014.)
 - Ökning av besök bland alla grupper
 - Minskning av resurser till utsatta områden
- SLL: (Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burström B. [Equity impact of a choice reform and change in reimbursement system in primary care in Stockholm County Council.](#) BMC Health Serv Res. 2015 Sep 26;15(1):420. doi: 10.1186/s12913-015-1105-8)
 - Ökning av besök i alla grupper – mindre ökning bland de med större behov och nedsatt psykiskt välbefinnande
 - Mindre ökning bland män i utsatta områden

Effekter av Vårdvalsreformen?

- Svårigheter att samordna vård för personer med komplexa behov (Göran Stiernstedts utredning om Effektiv vård)
- Effekter av ersättningssystem
 - incitament för korta besök
 - inga incitament för samverkan
 - effekter på förebyggande och hälsofrämjande arbete i området?
- Hur ska effekter mätas? Är fler besök bättre?
- Vilka andra mått kan användas?

Exempel 2: Utökat hembesöksprogram i samverkan BVC/socialtjänst i Rinkeby

- Rinkeby: större behov bland befolkningen
 - många nyanlända, stor andel lågutbildade
 - många ej i arbete
- Barns hälsa påverkas
 - somatisk (fetma, karies mm)
 - psykosocialt
- Behov av utökade insatser tidigt till förstagångsföräldrar
- Evidens för positiv effekt (upp i 20-årsåldern) av utökade hembesök (Olds, Antonen)
-

Jämförelse av barnhälsovård mellan stadsdelar (Barnhälsovårdsrapport 2014, SLL)

Område	Antal barn per heltid	Varav antal nyfödda/heltid	Vårdtyngdsindex (2013)	Köpkraftsindex (2013)
Rinkeby-Kista	401	70	2,0	2,9
Spånga-Tensta	469	72	1,5	2,1
Hässelby/Vällingby	425	71	1,3	1,4
Kungsholmen	419	89	0,6	0,4
Skärholmen	443	77	1,9	2,5
Stockholms stad	418	75	1,1	1,2
Stockholms län	430	72	1,0	1,0

Besök på akutmottagningar och närakuter samt inläggningar, barn <1 år respektive barn 1-2 år (år 2013)

Område	Besök/ barn <1 år	Besök/ barn 1-2 år	Inläggning/ barn <1 år	Inläggning/ barn 1-2 år
Husby	1,27	1,34	0,25	0,11
Hässelby Gård/Grimsta	1,29	1,17	0,21	0,09
Rinkeby	1,60	2,01	0,24	0,09
Danderyd	0,99	1,06	0,22	0,06
Hela SLL	1,15	1,24	0,28	0,08

Större behov => mer resurser (?)

- Samma barnhälsopeng trots olika behov
- Folkhälsomyndigheten stöd till projekt 2013-2015: extra hembesök av BVC+föräldrarådgivare från socialtjänst
- 5 extra hembesök : ”proportionell universalism” (Marmot) för jämlik hälsa
- Samma insats – intensitet i proportion till behov
- Kan utjämna och skapa förutsättningar för god hälsa
- Denna typ av insats speciellt effektiv bland utsatta grupper (Peacock et al 2013)

Design/utvärdering

- Inte etiskt med RCT, även praktiskt svårt
- Alla vid Rinkeby BVC erbjuds – kontroll mot andra BVC i grannområden
- Mixed methods (både kvalitativ och kvantitativ ansats)
- Process
 - hur sker samarbetet BVC/föräldrarådgivare
 - vad tycker personal
 - vad tycker föräldrar
- Effekt
 - påverkan på föräldrars hälsa, välbefinnande
 - påverkan på barnens hälsa
 - påverkan på barnens vårdkonsumtion

Preliminära resultat

- Insatsen tas emot väl – nästan alla som erbjuds medverkar
- Personalen gillar arbetssättet, "1+1=3"
- Socialtjänsten uppskattar att komma in tidigt
- Föräldrarna uppskattar insatsen
- När utsatta grupper – utjämnande effekt
- Kvantitativa resultat inte färdiga
- Kostnad motsvarar ca 3.000-4.000 kr/barn

Slutsatser

- Viktigt att tillämpa evidensbaserade insatser
- Viktigt att utvärdera jämlikhetsaspekter av policy och hur effekter fördelas i olika grupper
 - vem gynnas?
 - vem missgynnas?