

Leading Health Care

LHC REPORT NR 2, 2019

Anna Krohwinkel (red.),
Unni Mannerheim,
Jon Rognes,
Ida Larsson

Värdebaserad vård

**EN ORGANISATIONSTEORETISK GENOMLYSNING
AV INNEHÅLL, ÄNDAMÅLSENLIGHET OCH
LÄRDOMAR FÖR FRAMTIDEN**



968745

36985

ISBN: 978-91-980169-7-0

Utgiven av Stiftelsen Leading Health Care, 2019

Formgivning: kolossal.se

Värdebaserad vård

**EN ORGANISATIONSTEORETISK GENOMLYSNING
AV INNEHÅLL, ÄNDAMÅSLENLIGHET OCH
LÄRDOMAR FÖR FRAMTIDEN**

Anna Krohwinkel (red.), Unni Mannerheim,
Jon Rognes, Ida Larsson

Leading Health Care

Förord

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) lämnar härmed en slutredovisning av uppdraget *Organisationsteoretisk genomlysning av värdebaserad vård*. Studien har utförts på uppdrag av Socialdepartementet utifrån behovet av att bättre förstå den teoretiska modellen värdebaserad vård, i relation till införandet av modellen i svensk hälso- och sjukvård samt internationellt (Regeringsbeslut S2018/01230/FS).

Under de senaste åren har styrmodellen värdebaserad vård lanserats som en möjlig lösning på de utmaningar som vården står inför. Tidigare studier av modellen och den publika debatt som förts har samtidigt uppvisat stor spretighet; behovet av klargörande analyser har med andra ord varit påtaglig. Vårt uppdrag har varit att ta hjälp av organisationsteoretisk forskning för att reda ut och förstärka kunskapsläget. Mer specifikt syftar vår genomlysning till att analysera och diskutera värdebaserad vård i tre dimensioner:

- konceptets *inhåll* uttryckt i teorin och så som det utformats i praktiken;
- konceptets *ändamålsenlighet* för utveckling av hälso- och sjukvården på verksamhets- respektive policynivå, samt
- *de lärdomar för framtiden* som kan formuleras utifrån erfarenheter och analys av konceptet.

Vår utgångspunkt har varit att ogrundade hyllningar, liksom ogrundad kritik, alltid är problematiska i förhållande till nya organisationsmodeller som marknadsförs och införs i olika lokala sammanhang. Forskarna i detta projekt har därför genomfört en djupgående och bred studie av såväl den teoretiska modellen värdebaserad vård, som dess tillämpning i Sverige vid tre olika universitetssjukhus. Vi har även analyserat den omfattande debatt som förts i svenska

specialtidskrifter och dagspress samt gjort en analys av några för Sverige betydelsefulla internationella processer som tar sin utgångspunkt i modellen.

Modellen värdebaserad vård syftar till att omdana hela hälso- och sjukvårdssystem för att få till stånd en bättre fungerande marknad. Praktikens marknader är dock komplexa och den koherens som skulle krävas mellan policy, governance och beteenden hos samtliga aktörer i hela systemet har i praktiken inte gått att uppnå. Som alla modeller redigeras även värdebaserad vård över tiden. Modern implementeringsforskning utgår från att modeller ofta översätts för att passa lokalt. Exempelen från praktiken som beskrivs i denna rapport bekräftar att så är fallet även denna gång.

Att modeller som reser fritt över och mellan olika kontexter och nivåer i systemet äger attraktivitet för beslutsfattare är varken förvånande eller något nytt. Likheter i förloppet finns både bakom och, får vi förmoda, även framför oss. Liksom i *The Best Marigold Hotel* (en mycket sevärd film) präglas ofta diskussioner om tillkortakommanden av att *"it will be perfect in the end. If it's not perfect, it's not the end"*. Det finns dock en fara med att okritiskt köpa det ogreppbara. Här finns det varningssignaler att ta fasta på: Går det att negera konceptet? Framställs både best och worst practice? Bygger man på erfarenheter från relevant nivå? Kommer problemen före lösningarna eller tvärtom? Är förespråkare villiga att delta i en debatt om värdeavvägningar eller säljer de en entydig lösning?

Vi argumenterar i denna rapport för att det behövs mer än en modell för att åstadkomma bra resultat i en hel sektor, såväl som att modeller bör prövas gentemot tidigare jämförbara erfarenheter, inte enbart resultat från enstaka framgångsexempel. Här erbjuder organisationsteori och annan samhällsvetenskap perspektiv och verktyg för att förstå utveckling både över tid och rum. Helt enkelt genom att sätta in varje förmodat ny modell i sitt historiska, teoretiska och lokala sammanhang. Det gör vi i denna rapport med modellen värdebaserad vård.

LHC har ofta och i flera skrifter påpekat att hälso- och sjukvården styrs av en mångfald av värden som inte går att optimera vart och ett för sig. Begreppet värde är uppenbarligen centralt för den här studerade modellen. Det har givits ett uttryck i kvoten mellan vårdens resultat för patienten och kostnaden för att åstadkomma detta (värde = utfall/kostnad). Att patientresultat sätts i centrum är på alla sätt lovvärt. Inom företagsekonomin har den typen av indikatorer använts sedan länge. De refererar till inre effektivitet – gör vi saker rätt? Begreppet värderingar går dock inte att uttrycka i en sådan formel. De relaterar även, och kanske än mer, till yttre effektivitet. Gör vi rätt saker?

En sådan policydiskussion kring vad hälso- och sjukvårdssystemet ytterst syftar till – att staka ut mål för medborgares och patienters bästa och där alla professionella människor som arbetar för detta mål kan få en känsla av ett större sammanhang – är nödvändig att föra. Med denna rapport hoppas vi tillföra väsentligt kunskapsunderlag för en nyanserad diskussion och en debatt som inte fastnar i polariserade mönster för eller emot en viss modell. Då kan vi välja rakare vägar för att åstadkomma bättre resultat.

Alla projekt har en början och ett slut. Men under loppet av detta projekt har följande personer arbetat hårt för denna rapport:

- Projektledare/redaktör: Anna Krohwinkel, ek dr i företagsekonomi med inriktning mot offentlig förvaltning, forskningschef LHC
- Unni Mannerheim, statsvetare med utredningsbakgrund från bl a IVO och regeringskansliet (Tillitsdelegationen), forskningsledare LHC
- Jon Rognes, ek dr i företagsekonomi och specialist inom operations management, forskare LHC/HHS
- Ida Larsson, doktorand i företagsekonomi vid Uppsala universitet med en avhandling om införandet av managementmodeller i hälso- och sjukvården, projektanställd
- Hans Winberg, ek lic i företagsekonomi, generalsekreterare LHC, kommunikations- och nätverksansvarig. Hans var ledamot av Karolinska Universitetssjukhusets styrelse 2008-2015 och har därför inte deltagit i arbetet med de svenska fallstudierna, annat än som resurs avseende insamlingskällor och intervjupersoner.

Jag är full av tacksamhet för att omges av så hängivna kollegor utan vars engagemang inget av detta kommit till stånd. Tack Anna, Ida, Jon och Unni!

Värdefulla kommentarer på ett slututkast av rapporten har givits av Andreas Hellström, universitetslektor vid avdelningen för Service Management and Logistics samt vetenskaplig ledare för Centre for Healthcare Improvement, båda vid Chalmers tekniska högskola och docent Anna Essén, House of Innovation, Handelshögskolan i Stockholm. Till dem vill jag rikta ett stort tack!

Som alltid har LHC:s Annemarie Brandt med varsam hand koordinerat oss i både geografi och tid. Annemarie har också korrekturläst och därmed underlättat för dig som läsare. Tack!

Rapporten lämnades till Socialdepartementet den 30 april i år. Resultaten är dock värda en egen bok, varför du nu kan hålla denna publikation, i lätt redigerat skick, i din hand. Vår förhoppning är att studien även ska äga relevans och väcka intresse utanför den svenska kontexten. Under hösten 2019 kommer

därför en sammanfattning i form av en Policy Brief att presenteras i samarbete med European Observatory on Health Systems and Policies (WHO).

Men inte heller denna bok är någon slutgiltig sanning. Den erbjuder inte heller ett överordnat perspektiv eller någon lösning som ersätter vardagsarbetet. Jag hoppas att du har en angenäm och stimulerande läsning framför dig. Vi vill gärna fortsätta tala om hur vi tillsammans kan fortsätta utveckla hälso- och sjukvården för medborgarnas och patienternas bästa!

Stockholm i juni 2019

Hans Winberg,
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Förord	6
1. Inledning	15
Uppdraget	15
Syfte och frågeställningar.....	16
Analytiska perspektiv.....	17
Fokus och avgränsningar.....	18
Rapporten i relation till tidigare studier	19
Vårt bidrag.....	20
Rapportens upplägg	21
Kapitel 2. Värdebaserad vård som koncept.....	21
Kapitel 3. Tillämpning av värdebaserad vård vid tre svenska sjukhus.....	22
Kapitel 4. Mediedebatten kring värdebaserad vård.....	22
Kapitel 5. Värdebaserad vård i en internationell kontext.....	23
Kapitel 6. Organisationsteoretiska perspektiv på värdebaserad vård.....	23
Kapitel 7. Slutsatser och lärdomar.....	23
Aktörskarta	24
Internationell policynivå.....	24
Nationell policynivå.....	25
Regional nivå.....	26
Verksamhetsnivå.....	27
2. Värdebaserad vård som koncept	29
Principer för värdebaserad vård enligt Porter m.fl.	30
1) Organisering av vården i flöden.....	32
2) Mätning av värde (hälsoutfall och kostnader) för varje patient.....	34
3) Övergång till vårdepisodersättningsystem.....	37

4) Specialisering och konkurrens mellan vårdaktörer.....	40
5) Expanding av högkvalitativ vård geografiskt.....	40
6) Byggnad av ett stödjande IT-system.....	42
Värdebaserad vård enligt Boston Consulting Group.....	44
Svenska förutsättningar att tillämpa värdebaserad vård.....	47
3. Tillämpning av värdebaserad vård vid tre svenska sjukhus.....	54
Metod och upplägg.....	55
Det värdebaserade sjukhuset enligt BCG.....	55
Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm.....	57
Värdebaserad vård integrerat i flödesarbetet.....	57
Den nya verksamhetsmodellen.....	59
Omorganisation och implementering av ny verksamhetsmodell.....	62
Kritik och avgångar.....	64
Utvärdering och omprövning.....	65
Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.....	66
Värdebaserad vård som framtida huvudstrategi.....	67
Uppbyggnad av internt stöd.....	68
Patientmedverkan och organisatoriska förändringar.....	70
Utvärdering och omprövning.....	71
Akademiska sjukhuset i Uppsala.....	72
Från produktion till kvalitet.....	72
Fokus på patientrelevanta utfallsmått och teamarbete.....	74
Positiva erfarenheter.....	75
Nya IT-verktyg för hantering av utfallsdata.....	76
Organisatorisk förnyelse och samverkan.....	77
Jämförande analys.....	78
Karolinska – en större omorganisation där konsulter varit drivande.....	79
Sahlgrenska – förändringsarbete via intern enhet.....	79
Akademiska – professions- och verksamhetsnära.....	80
Lika men olika.....	80
Tillämpning på verksamhetsnivå jämfört med Porters och Teisbergs koncept.....	81

4. Mediedebatten kring värdebaserad vård	88
Metod	89
Ökande intresse i Sverige och internationellt	89
Var förs debatten?	91
Vem hörs i debatten?	91
Temor i debatten	92
Värdebaserad vård utifrån Porters teoretiska principer.....	92
Värdebaserad vård som syfte och mål.....	94
Värdebaserad vård som något nytt.....	95
Erfarenheter av ändrade arbetssätt i praktiken.....	96
Makt, inflytande och olika intressen.....	97
Evidens för värdebaserad vård.....	99
Debatten över tid – från optimism till starkt ifrågasättande	100
2012 – 2013 – Nytt och framtidsinriktat.....	101
2014 – Modellen under utveckling.....	101
2015 – Stort intresse och flera försök – men även kritik.....	102
2016 – Ökat motstånd och krav på evidens.....	104
2017 – Stark kritik och avbrutna samarbeten.....	105
2018 – Omprövning, utvärderingar och analyser.....	107
Summering	110
5. Värdebaserad vård i en internationell kontext	115
Metod	115
Internationell lansering av värdebaserad vård	117
ICHOM.....	117
BCG.....	118
Internationella organisationers pågående arbete med värdebaserad vård	119
OECD.....	119
EFPIA.....	121
MedTech Europe.....	123
EU/DG Santé.....	124
Observationer i sammanfattning	125

Tillämpning på internationell policynivå	
jämfört med Porters och Teisbergs koncept	127
Bilderna av svenska erfarenheter i utlandet.....	129
6. Organisationsteoretiska perspektiv på värdebaserad vård	132
Implementering och översättning	133
Olika perspektiv på införandeprocesser.....	133
Anpassningar till lokal kontext.....	134
Anpassningar under införande.....	135
Externa idébärare och interna översättare.....	138
Särkoppling och frånkoppling.....	139
Ett elastiskt recept.....	140
Verksamhetsutveckling (operations management)	141
Värdebaserad vård i relation till andra	
ansatser för verksamhetsutveckling.....	142
Total Quality Management (TQM).....	142
Lean Production.....	143
Personcentrerad vård.....	144
Jämförande analys.....	146
Verksamhetsutveckling utifrån värdebaserad vård i praktiken.....	148
Styrning och governance	149
Tre styrlogiker i offentlig sektor.....	149
Värdebaserad vård i relation till andra trender inom styrningsutveckling.....	152
Effekter av mätning, resultatuppföljning och externa jämförelser.....	153
Risker med dataanvändning på distans.....	155
Värdet av transparenta värdeavvägningar.....	157
7. Slutsatser och lärdomar	162
Slutsatser kring värdebaserad vård	162
Värdebaserad vård som teoretisk modell	
– en styrmodell för ett helt hälso- och sjukvårdssystem.....	162
Värdebaserad vård på verksamhetsnivå	
– en av flera modeller för flödesarbete.....	164

Värdebaserad vård på policynivå	
– grund för internationell benchmarking.....	165
Värdebaserad vård som förhållningssätt	
– uttryck för ambitioner om ökad patientdelaktighet.....	166
Lärdomar för framtiden	167
Universalmodeller passar dåligt nästan överallt.....	167
Det är otidsenligt med rationella modeller.....	168
Överväg alternativa styrmodeller – gärna flera på en gång.....	169
Se upp för entydiga mål.....	170
Aspekter att beakta för en sund användning av modeller och koncept.....	171

Bilaga 1. Litteraturöversikt:

Tidigare studier av värdebaserad vård	174
Systematiska litteraturgenomgångar.....	174
Studier och analyser med övervägande teoretisk ansats (ej platsbundna).....	177
Studier av implementering och införande (platsbundna).....	179
Analyser av värdebaserad vård i en internationell kontext där Sverige ingår.....	182
Pågående eller närliggande utredningsuppdrag.....	184
Summering.....	185



Inledning

Vårdens organisering är ständigt aktuell, och under de senaste åren har värdebaserad vård lanserats som en möjlig lösning på de utmaningar som vården står inför. Svensk hälso- och sjukvård lyftes tidigt fram som ett system med särskilt goda förutsättningar för värdebaserad vård, vilket åtföljdes av omfattande försök med införande framför allt inom svenska universitetssjukhus. Erfarenheterna har visat på behovet av en klargörande analys av vilken logik som genomsyrar modellen, hur den passar till olika verksamheters förutsättningar och hur den motsvarar behoven av utveckling i svensk hälso- och sjukvård.

I den här rapporten presenteras en analytisk genomlysning av konceptet värdebaserad vård. Vi utreder konceptets idé och grundläggande egenskaper, dess operationalisering i form av praktiska styrverktyg, samt hur införandet beskrivits och bedömts av interna respektive externa aktörer och betraktare. Vidare beskrivs hur värdebaserad vård införts på verksamhetsnivå inom ett antal svenska sjukhus, såväl som hur tillämpningen sker i internationella policy-sammanhang. Analysen tar hjälp av organisationsteoretisk forskning för att klargöra och dra slutsatser kring modellens teoretiska och praktiska innehåll samt bedöma ändamålsenlighet på olika systemnivåer och i olika kontexter. Utifrån detta formuleras lärdomar som förbättrar förutsättningarna att hantera och omsätta andra generella styrmodeller i hälso- och sjukvården i framtiden.

Uppdraget

Regeringen har uttryckt intresse för att bättre förstå mekanismerna bakom styrmodellen värdebaserad vård, som blivit omdiskuterad i Sverige med framför allt Nya Karolinska Solna som utgångspunkt. Även internationellt, till exempel i OECD-samarbetet kring PaRIS (Patient Reported Indicators Survey) är frågan ytterst aktuell.

Mot bakgrund av att modellen införs och debatteras brett, så finns en efterfrågan på väl underbyggda besluts- och värderingsunderlag. Kunskap om organisationsförändringar beskrivs ofta som svår att sammanställa då den inte kan inhämtas enbart utifrån traditionella evidenskriterier. Tidigare utredningar har identifierat ett behov av att ta ett helhetsgrepp på värdebaserad vård och att man i större utsträckning beaktar insikter från den övergripande forskningen om sjukvårdens organisering och styrning – ett utrymme som vi vill fylla med denna genomlysning ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. Uppdraget till LHC kompletterar därmed regeringens tidigare uppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) om att kartlägga kunskapsläget kring värdebaserad vård.¹ De generella lärdomar som presenteras i rapporten svarar även mot ett bredare behov av vägledning inför ställningstaganden kring andra/nya styrmodeller som kommer möta hälso- och sjukvården i framtiden. I detta avseende utgör vår genomlysning av värdebaserad vård ett exempel på den typ av analys av styr- och organisationsmodeller som Statens medicinsk-etiska råd (Smer) nyligen efterlyst.²

Syfte och frågeställningar

Trots flertalet tidigare studier och en omfattande publik debatt kvarstår tvetydigheter kring innebörden i värdebaserad vård. Syftet med LHC:s genomlysning är att förstärka kunskapsläget kring värdebaserad vård i tre dimensioner, avseende:

- konceptets *innehåll* uttryckt i teorin och så som det utformats i praktiken;
- konceptets *ändamålsenlighet* för utveckling av hälso- och sjukvården på verksamhets- respektive policynivå, samt
- *de lärdomar för framtiden* som kan formuleras utifrån erfarenheter och analys av konceptet.

Utifrån detta relativt komplexa syfte identifierades behovet av att börja från början och empiriskt utreda värdebaserad vård utifrån ett antal mycket basala frågor:

- *Vad är värdebaserad vård?* Beskrivning av modellens bakomliggande teori i form av beståndsdelar, egenskaper och underliggande antaganden.

1 SBU (2018) Värdebaserad vård: Kartläggning av kunskapsläget. Rapport 285/2018.

2 Statens medicinsk-etiska råd (2019) Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Smer rapport 2019:2.

- *Vad har gjorts?* Studier av modellens tillämpning i svensk hälso- och sjukvård samt i internationellt policysamarbete.
- *Vad har sagts?* Kartläggning av hur modellen och dess införande framställts i akademisk, professionell och publik debatt.
- *Vad händer nu och framåt?* Analys av förutsättningarna för modellens vidare spridning i Sverige och internationellt.

För studiens praktiska genomförande har detta inneburit att modellen behövt studeras i flera olika stadier, på flera olika systemnivåer och utifrån olika typer av källor. Denna rapport baserar sig därför på en stor bredd av material som bland annat inkluderar vetenskapligt publicerade artiklar, konsultmaterial, sjukhusintern rapportering, rapportering i publika media, intervjuer och deltagande i internationella workshops.

Upplägget med flera olika fristående studier utifrån olika infallsvinklar ger möjlighet att belysa värdebaserad vård ur olika perspektiv och jämföra bilderna. Vi kan därmed kasta ljus på de olika användningar som kan observeras på verksamhets- respektive policynivå och spåra olika aktörers roll i konceptets framställning och införande. Det ger oss även möjlighet att förklara spretigheten i den publika debatten såväl som i tidigare studier.

I denna rapport har vi valt att omväxlande benämna värdebaserad vård som "koncept" och "modell". När vi beskriver det vi kallar "teorin" bakom värdebaserad vård avses upphovsmännen Michael Porter och Elizabeth Teisbergs resonemang.

Analytiska perspektiv

I analyskapitlet tar vi hjälp av organisationsteoretiska perspektiv för att sammanföra observationerna från de empiriska studierna och dra samlade slutsatser kring *innehåll, ändamålsenlighet* och *lärdomar för framtiden*. Här utgår vi särskilt från forskningsfälten implementering och översättning, verksamhetsutveckling (operations management) samt styrning och governance.³

En central analytisk utgångspunkt är att innehållet i det koncept som studeras ses som ett rörligt objekt. Organisationsvetenskaplig forskning har visat att det ofta kan skilja väldigt mycket på teoretiskt innehåll och lokal tillämpning av styrmodeller och koncept, och att den faktiska användningen dessutom kan

3 Governance är ett begrepp som används inom stats- och organisationsvetenskap för att analysera processer på policynivå som omfattar fler aktörer än enbart nationalstater (government).

skilja sig från hur arbetet framställs. Värdebaserad vård omtalas ofta som ett koherent koncept, men i praktiken har anpassningar skett då modellen konkretiserats av konsulter och verksamhetsföreträdare. Tolkningar har också skett då konceptet och dess införande beskrivits av externa betraktare, vilket i flera fall fått direkt påverkan på dess operationalisering i verksamheterna. Denna omformning från värdebaserad vård som teori till värdebaserad vård i praktiken är en central mekanism att beskriva, eftersom en förståelse för vilka aspekter som förefaller föränderliga och vilka som är mer beständiga är avgörande att ta fasta på vid bedömning och beslut kring modellen. Angreppssättet skiljer sig från en traditionell effektutvärdering där implementeringen av ett fixt objekt i ett specifikt sammanhang studeras, med avsikten att normativt fastställa resultatet i det studerade fallet.

Vår analys av ändamålsenlighet går därmed utöver effekter i enskilda fall, och fokuserar istället på teoretiskt drivna resonemang kring konsekvenser av att införa värdebaserad vård. Utifrån vår kartläggning av konceptets underliggande principer – samt hur de faktiskt tillämpats i form av bland annat förändrad organisering och utvecklad mätning – diskuteras hur värdebaserad vård kan förstås i relation till tidigare insikter från forskning om hälso- och sjukvårdens organisering respektive styrning. Centralt här är jämförelser mellan värdebaserad vård och andra modeller för verksamhetsutveckling, såväl som mellan värdebaserad vård och andra styrlogiker eller styrverktyg på policynivå. Begreppet ändamålsenlighet kopplar även analysen av värdebaserad vård till de övergripande målen med hälso- och sjukvården, där vi bland annat diskuterar hur konceptet och dess komponenter förhåller sig till den svenska kontexten och andra pågående trender inom styrnings- och organiseringsfältet.

Avsnittet om lärdomar för framtiden bygger på slutsatser från våra studier av värdebaserad vård, men med implikationer som går därutöver. Kapitlet bygger på konstaterandet att värdebaserad vård delar många karaktärsdrag med tidigare populära styrmodeller, och på ett antagande om att modeller med liknande egenskaper med hög sannolikhet kommer att återkomma. Vi för därmed en framåtsyftande diskussion som underlag för bedömning, hantering och omsättning av andra/nya styrmodeller inom hälso- och sjukvården i framtiden.

Fokus och avgränsningar

Rapportens fokus är att analysera och dra slutsatser kring de generella egenskaperna hos modellen värdebaserad vård. Vi har därmed inte bedömt kostnads-effektivitet, effekter på kvalitet eller patientsäkerhet i enskilda verksamheter.

Vi bedömer inte heller avtalsförhållanden mellan de aktörer som är eller har varit aktiva i modellens implementering.

Vidare ligger rapportens fokus på ett svenskt perspektiv och relevans.

Modellens tillämpning i svensk hälso- och sjukvård beskrivs utifrån tre studerade fall – Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset. På grund av resurs- och tidsbegränsningar har vi inom ramen för detta uppdrag inte kunnat göra studier på vårdprocessnivå.

För den internationella delen har vi avgränsat oss till samarbetsprocesser där Sverige har en aktiv del eller intresse, snarare än att exempelvis lyfta fram enskilda internationella föregångsfall eller pågående implementering i andra länder.

Rapporten i relation till tidigare studier

Det finns sedan tidigare ett antal utredningar och analyser som på olika sätt belyser värdebaserad vård. Som en del av bakgrundsarbetet till denna rapport har vi gått igenom och sammanställt tidigare och pågående studier av konceptet i en litteraturöversikt. Ambitionen har varit att beakta en bredd av analyser med relevans för den svenska kontexten. Översikten omfattar systematiska litteraturgenomgångar, studier med övervägande teoretisk ansats, studier av implementering och genomförande, samt analyser av värdebaserad vård i en internationell kontext där Sverige ingår. En viktig del av materialet utgörs av akademisk forskning, men även offentligt utredningsarbete och studier initierade av vårdaktörer eller fristående skribenter ingår. Merparten av studierna är publicerade de senaste åren. (Sjukhusintern kommunikation och konsultmaterial samt inlägg i den publika debatten inkluderas dock inte, utan behandlas istället i andra kapitel; se kap 3 och 4). Nedan summeras de viktigaste observationerna från tidigare studier i relation till denna rapportens syfte och fokus. Den fullständiga litteraturöversikten med referenser återfinns i bilaga 1.

Värdebaserad vård har i tidigare studier behandlats ur många olika perspektiv och med olika metodologiska angreppssätt – ibland som huvudsakligt studieobjekt men oftare som en delkomponent i ett större studerat förlopp, såsom byggandet av Nya Karolinska. Där värdebaserad vård är huvudsakligt studieobjekt handlar det ofta om litteraturstudier kring evidensen, såsom SBU:s kartläggning av kunskapsläget, eller intervjustudier vid enskilda sjukhus/vårdenheter med relativt neutral utgångspunkt men med begränsad omfattning – ofta studentuppsatser. Några studier fokuserar på ”korrekt” införande av

värdebaserad vård, där implementeringen studeras men utan kritisk analys av modellens egenskaper.

Kunskapsunderlagen visar på en stor variation i förståelsen av värdebaserad vård som koncept. Det beskrivs av vissa som ett ramverk för ett kontinuerligt förbättringsarbete, medan andra betraktar det som en styrmodell för ett helt sjukvårdssystem. Olika studier kommer även till skilda slutsatser vad gäller modellens logik, där vissa menar att värdebaserad vård stärker professionen, medan andra pekar på motsatsen. Något som dock förenar flera av forskarna är observationen att värdebaserad vård används som en fortsättning på eller parallellt med andra modeller för verksamhetsutveckling. Många delar också synpunkten att värdebaserad vård tycks lämpa sig bättre för standardiserbara patientflöden, samtidigt som stora delar av vården utmärks av mer komplexa uppdrag där behovet av individanpassad problemlösning är stort.

Vårt bidrag

LHC ska i enlighet med uppdragsbeskrivningen genomlysna värdebaserad vård ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. I relation till befintliga studier finns ett behov av att ta ett helhetsgrepp på konceptet, där värdebaserad vård får utgöra huvudsakligt studieobjekt och där införande i lokala sammanhang analyseras utifrån ett kritiskt förhållningssätt till modellens egenskaper och innehåll. Vi har lagt särskild vikt vid att belysa likheter och skillnader mellan värdebaserad vård som teoretisk modell, dess framställning i olika fora och de faktiska införandeaktiviteter som utgår från modellen. I relation till detta har vi också konstaterat att det finns behov av att belysa skillnader i tillämpning av och uppfattningar kring modellen inom svensk hälso- och sjukvård respektive på internationell policynivå. I rapporten balanseras dessa aspekter.

Centralt ur ett organisationsteoretiskt perspektiv är även studier av lokala införandeprocesser. Tidigare forskning och utredningar med liknande inriktning har framför allt fokuserat på beslutsprocesserna kring Nya Karolinska. Dessa har dock inte värdebaserad vård som huvudsakligt studieobjekt utan projektet NKS och är således även begränsade till detta sjukhus i sin empiri. Vi inkluderar i vår genomlysning samtliga tre universitetssjukhus som sagt sig arbeta strategiskt med värdebaserad vård och kan därmed även analysera tillämpning på verksamhetsnivå i ett jämförande perspektiv.

Ytterligare en viktig utgångspunkt för vår analys är att den ska komplettera SBU:s kartläggning av kunskapsläget. Denna bygger på en litteratursökning utifrån vissa sökkriterier, vilket innebär att den begränsats till att granska evidensen ur ett snävare perspektiv. Här efterlyser SBU att man i framtida studier

även beaktar lärdomar från den övergripande forskningen om sjukvårdens organisation och styrning – ett utrymme som vi vill fylla med denna genomlysning ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. Bland annat innebär detta att problematisera hur modellen omformas under implementering och översättning, att ytterligare analysera parallellerna till andra, jämförbara modeller för verksamhetsutveckling, samt att diskutera modellens inslag av mätning och resultatuppföljning ur ett styrnings- och governanceperspektiv.

Som beskrivits ovan möjliggör användningen av bredare organisationsteoretisk kunskap att observationer och slutsatser kring värdebaserad vård kan ligga till grund för att dra lärdomar utöver konceptet. Förutom att analysera innehållet och ändamålsenligheten i modellen värdebaserad vård, vill vi på så sätt ge bättre förutsättningar för att hantera och omsätta andra generella styrmodeller i hälso- och sjukvården i framtiden.

Rapportens upplägg

För att få en helhetsbild av värdebaserad har vi studerat konceptet i teori så väl som i praktik. Nedan beskrivs kort fokus och upplägg för de delstudier vi har genomfört. I nästa avsnitt presenteras en aktörskarta som även nivåstrukturen materialiserar materialet.

Rapporten består av fyra empiriska kapitel följt av ett analyskapitel, ett slutsatskapitel, samt ett avslutande kapitel med lärdomar för framtiden. En litteraturoversikt över tidigare studier av värdebaserad vård återfinns i bilaga. Kapitlen kompletterar varandra, men ambitionen har varit att de även ska kunna läsas fristående. Analys, slutsatser och lärdomar baseras på vår samlade bedömning av materialet.

Kapitel 2. Värdebaserad vård som koncept

Värdebaserad vård är ursprungligen en teoretisk modell för hur man kan styra ett hälso- och sjukvårdssystem på nationell nivå. Modellen har lanserats av två forskare vid Harvard Business School i USA – nationalekonomen Michael Porter och ingenjören Elizabeth Teisberg. Konceptet har sedan vidareutvecklats för att även passa andra användningsområden, såsom verksamhetsstyrning vid enskilda sjukhus och internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdsresultat.

Vi utreder i detta kapitel tankarna bakom Porters och Teisbergs ursprungliga modell och vilka ansatser och antaganden den grundar sig på. Modellens underliggande principer analyseras med avseende på deras tillämplighet inom

hälso- och sjukvården utifrån olika perspektiv från organisationsteoretisk forskning. Därefter beskrivs hur konsultbolaget Boston Consulting Group vidareutvecklat konceptet för nationell implementering. Avslutningsvis summerar vi våra iakttagelser samt diskuterar konceptets relevans i en svensk kontext.

Kapitel 3. Tillämpning av värdebaserad vård vid tre svenska sjukhus

Värdebaserad vård har, i varierande omfattning, införts vid tre svenska universitetssjukhus: Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vid alla sjukhusen har konsultbolaget BCG spelat en aktiv roll i införandet.

Syftet med detta kapitel är att beskriva hur värdebaserad vård har tillämpats i praktiken inom specifika verksamheter. Utifrån dokument såsom personaltidningar, styrelseprotokoll, interna rapporter, information från sjukhusens intranät samt konsultmaterial har vi kartlagt hur modellen införts och beskrivits internt. Analysen inkluderar en jämförelse mellan värdebaserad vård som teoretisk modell och så som modellen utformats i de studerade fallen. Vidare inkluderar den en jämförelse mellan de tre fallen för att på så sätt synliggöra likheter och skillnader i det sätt på vilket värdebaserad vård tillämpats i praktiken inom olika organisationer.

Kapitel 4. Mediedebatten kring värdebaserad vård

Parallellt med att värdebaserad vård lanserats inom svensk hälso- och sjukvård har det pågått en livlig debatt kring konceptet, i såväl publika som professionella fora. Delstudien gör en översikt av press och debatt kring värdebaserad vård från 2012 och framåt. Det empiriska materialet består av mer än 250 artiklar från 10 olika källor, i huvudsak stora dagstidningar samt etablerade facktidsskrifter. Materialet analyseras med avseende på omfattning, teman, trender och åsiktsbärare över tid.

Delstudien syftar till att ge en översikt över hur mediebildens förändrats över tid och hur värdebaserad vård beskrivs beroende på sammanhang, till exempel vilket sjukhus rapporteringen handlar om, eller beroende på vem som framträder i debatten. Det är av betydelse eftersom mediebildens i sin tur kan antas ha påverkat olika skeenden i verkligheten, såsom mottagligheten i olika verksamheter och politikens inställning till modellen. Det faktum att värdebaserad vård ännu inte är lika omdebatterat utanför Sverige kan också göra kartläggningen internationellt intressant.

Kapitel 5. Värdebaserad vård i en internationell kontext

Delstudien placerar värdebaserad vård i en internationell kontext och genomlyser pågående processer kring spridning och införande framförallt inom OECD och EU. Till skillnad från i Sverige växer konceptet i popularitet och aktualitet internationellt. Av särskilt intresse är det så kallade PaRIS-arbetet, den pågående infrastrukturuppbyggnad kring värdebaserad vård som ska stödja mätning och insamling av patientrapporterade data för internationella jämförelser.

En genomlysning av argument som förs fram för att stödja tillämpningen av värdebaserad vård internationellt är relevant då de skiljer sig från det verksamhetsfokus som präglade införandet av modellen i Sverige. Hur de svenska erfarenheterna av värdebaserad vård betraktas internationellt är också intressant, särskilt mot bakgrund av att Sverige och svensk sjukvård ofta lyfts fram som föregångare i införandet av konceptet.

Kapitel 6. Organisationsteoretiska perspektiv på värdebaserad vård

I kapitlet görs en tväranalys av observationer från de tidigare kapitlen. Syftet är att adressera gemensamma teman från de olika delstudierna utifrån befintlig organisationsvetenskaplig forskning med relevans för att förstå införandet av generella styrmodeller i hälso- och sjukvårdens praktik. Ett bärande antagande – som särskiljer denna studie från många tidigare – är att även forskning baserad på andra studieobjekt än värdebaserad vård är relevant. Argumentet är att även om värdebaserad vård framställs som en för hälso- och sjukvården ny modell, så innehåller den många analytiskt jämförbara komponenter där organisationsvetenskaplig forskning kan bidra med ökad kunskap och förståelse.

Vi utgår här särskilt från forskning från tre huvudsakliga teoriområden: implementering och översättning, verksamhetsutveckling (operations management) samt styrning och governance. Bland annat innebär detta att problematisera hur modellen omformats under införande, att ytterligare analysera parallellerna till andra, jämförbara modeller för verksamhetsutveckling, samt att diskutera modellens inslag av mätning och resultatuppföljning ur ett styrningsperspektiv. Sammantaget underbygger analysen våra slutsatser kring ändamålsenligheten i värdebaserad vård på verksamhets- respektive policynivå.

Kapitel 7. Slutsatser och lärdomar

Här presenteras en summering av våra slutsatser kring värdebaserad vård utifrån rapportens syfte och frågeställningar. Avslutningsvis för vi en

framåsyftande diskussion som underlag för bedömning och omsättning av andra/nya styrmodeller inom hälso- och sjukvården i framtiden.

Aktörskarta

Nedan introduceras några centrala, i rapporten återkommande aktörer som arbetar eller arbetat med värdebaserad vård på olika systemnivåer med relevans för den svenska hälso- och sjukvården. Innehållet i deras arbete beskrivs närmare i de olika kapitlen. Figur 1.1 nedan illustrerar vilket fokus varje kapitel har ur ett systemperspektiv.

Internationell policynivå

BCG (Boston Consulting Group) är ett amerikanskt multinationellt konsultbolag grundat 1963 med verksamhet i privat och offentlig sektor i mer än 50 länder. I Sverige fick BCG tidigt en viktig roll i införandet av värdebaserad vård genom programskriften *Nationell strategi för Sverige*,⁴ där Sverige beskrivs som ett av de ledande länderna med bäst förutsättningar för värdebaserad vård (se vidare kapitel 2). Även operativt inom hälso- och sjukvården har BCG fått en central roll genom att både Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset anlitat bolaget för att införa värdebaserad vård. Internationellt arbetar BCG med konceptets införande och spridning på flera nivåer, från högsta internationella policynivå till implementering inom enskilda organisationer. I detta ingår även bolagets centrala koppling till ICHOM.

ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) bildades 2006 av Michael Porter från Harvard Business School, Stefan Larsson från Boston Consulting Group och Martin Ingvar från Karolinska institutet. Organisationen har sedan 2014 och fram till nyligen också haft en svensk chef, Christina Åkerman (tidigare generaldirektör vid Läkemedelsverket). ICHOM utvecklar så kallade globala standardset, dvs listor på variabler som av internationella expertgrupper bedömts betyda mest för en patient med en viss diagnos. Indikatorerna ska användas för att underlätta internationella jämförelser av utfall och ligga till grund för införandet av värdebaserade styrsystem i vården.

4 www.media-publications.bcg.com/National-Strategy-Sweden-Sep-2013-Swedish-language.pdf.

Enligt ICHOM har arbetet en tydlig grund dels i Porters teoretiska ramverk kring värdebaserad vård, dels i BCG:s renommé inom ”competitive strategy”.⁵ ICHOM drivs som en stiftelse som finansieras med hjälp av fler än 100 partnerorganisationer på olika engagemangsnivåer. Bland partnerorganisationerna finns offentliga huvudmän, privata utförare men också en del medicinska specialistorganisationer och patientorganisationer. Karolinska Universitetssjukhuset var strategisk partner under 2016–2018.

OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) är en internationell multilateral samarbetsorganisation med fokus på nationalekonomiska och välfärdspolitiska frågor. Organisationen grundades 1963 och har för närvarande 36 medlemsländer, huvudsakligen från Europa, Nordamerika och Oceanien. OECD tecknade 2017 en avsiktsförklaring (s.k. letter of intent) med ICHOM rörande insamling, utveckling och publicering av patientrapporterade utfallsmått. Samarbetet beskrivs som ”a significant support for health systems in moving towards value based health care”.⁶ Praktiskt bedrivs indikatorarbetet inom OECD:s Health Committee under namnet Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS) initiative.⁷ Health Committee har svensk medverkan av delegater från Socialstyrelsen och dess ordförande är sedan 2016 Olivia Wigzell (tillika Socialstyrelsens generaldirektör).

Många andra aktörer på internationell policynivå, bland annat EU:s hälsodirektorat och europeiska branschorganisationer inom life science, arbetar aktivt med konceptet värdebaserad vård utifrån olika infallsvinklar och/eller understödjer OECD:s arbete finansiellt. Detta beskrivs närmare i kapitel 5.

Nationell policynivå

Sveriges regering och svenska nationella myndigheter har inte formellt tagit ställning kring värdebaserad vård och driver inga egna satsningar utifrån konceptet (undantaget utredningsuppdrag, varav denna studie är ett).⁸ Socialdepartementet finansierade dock uppstarten av SVEUS (se nedan) och Socialstyrelsen var aktiva i styrgruppen för samarbetet. Delegater från

5 www.ichom.org/mission/#mission.

6 www.ichom.org/news/ichom-and-oecd-sign-letter-of-intent-to-collaborate-on-the-collection-analysis-and-publishing-of-patient-reported-outcomes/.

7 www.oecd.org/health/paris.htm.

8 Som beskrivits i inledningen har ett tidigare utredningsuppdrag genomförts av SBU, jfr. not 1.

Socialstyrelsen deltar även i OECD:s Health Committee enligt ovan och myndigheten har nyligen föreslagit ett svenskt anslutande till arbetsgruppen för PaRIS.⁹

Regional nivå

Inget enskilt landsting, region eller kommun har formellt tagit ställning kring värdebaserad vård. Däremot har flera huvudmän deltagit i olika samarbeten och projekt som på olika sätt relaterar till konceptet, exempelvis kring utveckling av indikatorer utifrån ett värdebaserat förhållningssätt och utveckling av värdebaserade ersättningssystem.

SVEUS (Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården) bildades 2013 som ett nationellt FoU-samarbete mellan sju landsting¹⁰ och flera olika organisationer, däribland Karolinska Institutet, medicinska specialistföreningar, patientorganisationer, kvalitetsregister och Försäkringskassan. Socialdepartementet, SKL och KI ingick i styrgruppen. Praktiskt koordinerades arbetet av forskningsbolaget IVBAR. Syftet med samarbetet var att utveckla bättre metoder för att mäta och följa upp värde, det vill säga hälsoutfall och resursåtgång, samt initialt även att utveckla hälso- och sjukvårdens styrsystem utifrån ett värdebaserat förhållningssätt, med fokus på en standardiserad modell för värdebaserad ersättning.¹¹ SVEUS bedrev forskningsprojekt kring uppföljningsmetoder inom åtta olika diagnosområden.¹² Enligt IVBAR avsåg man att harmonisera utfallsindikatorerna med ICHOM.¹³ Ett mål för SVEUS var också att data från flera olika källor skulle kunna sambearbetas och harmoniseras för att bättre kunna följa vårdkedjor, beräkna samhälls bördan av olika sjukdomstillstånd och ge mer rättvisande jämförelser mellan vårdgivare och landsting/regioner. Arbetet har främst resulterat i en analysplattform med sjukvårdsdata från patientadministrativa system och kvalitetsregisterdata

9 Socialstyrelsen (2018) En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS), s. 30.

10 SLL, VGR, Skåne, Uppsala, Dalarna, Östergötland samt Jämtland-Härjedalen.

11 www.inera.se/globalassets/aktuellt/arenden-hos-programkontoret/sveusikorhet_140604.pdf.

12 Bröstcancer, diabetes, förlossningsvård, höft- och knäprotesoperationer, obesitaskirurgi, osteoporos, ryggkirurgi och stroke.

13 www.sveus.se/documents/Presentationer/Sveus_konferens_141125_Jonas_Wohlin.pdf.

avseende landstingsdriven vård. Plattformen övergick i förvaltning hos de medverkande landstingen vid årsskiftet 2017/2018.¹⁴

IVBAR (Institute for Value-Based Analysis and Reimbursement) är ett aktiebolag som grundades 2012 av forskare från Karolinska Institutet.¹⁵ IVBAR har varit involverade i flera svenska forskningsprojekt kring värdebaserad vård inom olika medicinska områden samt inom utveckling av värdebaserade ersättningsystem på huvudmannanivå. Som framgår av ovan hade IVBAR en central roll i SVEUS utvecklingsarbete. Delar av arbetet skedde i nära kontakt med Porters forskningsgrupp, där särskilt utvecklingen av en episodbaserad ersättningsmodell för höft- och knäprotesoperationer inom Stockholms läns landsting kom att framhållas som ett internationellt föregångsexempel på värdebaserad styrning.¹⁶ Under 2018 gick IVBAR samman med två IT-konsultbolag och inriktar sig nu på programvara för analys av kvalitet, kostnad och effektivitet i hälso- och sjukvården.¹⁷

Verksamhetsnivå

Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, **Sahlgrenska Universitetssjukhuset** i Göteborg och **Akademiska sjukhuset** i Uppsala är landets tre största universitetssjukhus. Med början kring år 2013-2014 har de alla i varierande utsträckning och omfattning infört värdebaserad vård. Alla sjukhusen har i någon del av införandet haft strategiskt och operativt stöd av BCG. Karolinska sjukhuset var under en tid även strategisk partnerorganisation till ICHOM.¹⁸ Tillämpningen av konceptet värdebaserad vård inom de olika verksamheterna beskrivs ingående i kapitel 3.

Inom svensk hälso- och sjukvård har många andra aktiviteter och projekt pågått som på ett eller annat sätt relaterar till värdebaserad vård. Bland annat har flera olika universitet och forskningsinstitut bedrivit studier kring konceptet (se bilaga 1, litteraturoversikt). Jämte de sjukhus som studerats här har det också

14 www.sveus.se/om-sveus/fragor-och-svar.

15 www.careers.ivbar.com.

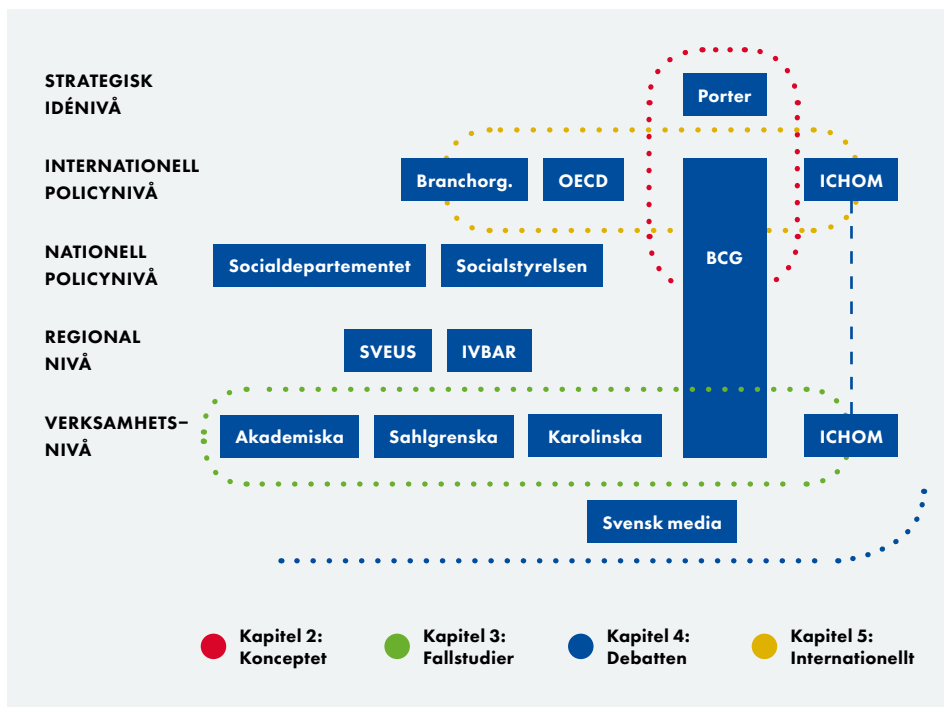
16 Karolinska Institutet (2016) Införande av värdebaserad ersättningsmodell och vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholms Läns Landsting. Uppföljningsrapport. Även VGR har genomfört liknande försök med stöd från IVBAR, se Ersättningspilot höft & knäproteskirurgi, presentation från Västra Götalandsregionen, 2017. Tillgänglig: www.alfresco.vgregion.se.

17 www.logexgroup.com.

18 www.ichom.org/news/meet-our-new-strategic-partner-karolinska-university-hospital/. Det strategiska partnerskapet pågick 2016-2018.

funnits andra verksamhetsnära initiativ som utgått från modellen men som inte ingår i vår empiri.

Till detta ska läggas att det finns många som arbetar med begreppet värde i sjukvården utifrån andra eller mer generella utgångspunkter.¹⁹ I denna rapport koncentrerar vi oss på de organisationer som tillämpat konceptet med en tydlig grund i Porter och Teisbergs teoretiska idéer (se vidare kapitel 2).



Figur 1.1. Kapitelupplägg i förhållande till aktörskarta.

19 För en generell diskussion av värde och värdeskapande i offentlig sektor, se t.ex. Williams, I. & Shearer, H. (2011) Appraising public value: past, present and future samt Helgesson, C-F. & Winberg, H. (2009) Detta borde vårddebatten handla om.

Värdebaserad vård som koncept

Värdebaserad vård är ursprungligen en teoretisk modell för hur man kan styra ett hälso- och sjukvårdssystem på nationell nivå. Modellen har lanserats av två forskare vid Harvard Business School i Boston, USA: nationalekonomen Michael Porter och ingenjören Elizabeth Teisberg. Konceptet har sedan vidareutvecklats för att även passa andra användningsområden, såsom verksamhetsstyrning vid enskilda sjukhus och internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdsresultat.

Vi belyser i detta kapitel tankarna bakom Porters och Teisbergs ursprungliga modell och vilka ansatser och antaganden den grundar sig på. Modellens underliggande principer analyseras med avseende på deras tillämplighet inom hälso- och sjukvården utifrån olika perspektiv från organisationsteoretisk forskning. Därefter beskrivs hur konsultbolaget BCG vidareutvecklat konceptet för nationell implementering. (BCG:s arbete med införande av värdebaserad vård vid enskilda svenska sjukhus beskrivs i kapitel 3. ICHOM:s tillämpning av delar av konceptet för att möjliggöra implementering på internationell policynivå berörs i kapitel 5.) Avslutningsvis summerar vi våra iakttagelser samt diskuterar konceptets relevans i en svensk kontext.

Studien baseras på en närläsning av centrala publikationer om värdebaserad vård som idé och modell, samt tillämplig organisationsteoretisk litteratur. Som förstudie har vi även genomfört sonderande intervjuer med ett antal personer som varit centrala i utvecklingen och införandet av konceptet i den svenska kontexten.²⁰ De resonemang vi presenterar här utgår dock i allt väsentligt från publicerade källor.

20 Martin Ingvar (professor/överläkare, Karolinska sjukhuset, medgrundare ICHOM), Morten Kildal (överläkare och huvudansvarig för värdebaserad vård, Akademiska sjukhuset Uppsala), Stefan Larsson (global leader health care payers and providers sector., BCG), Peter Lönnroth (adj. professor,

Principer för värdebaserad vård enligt Porter m.fl.

Michael Porter är professor i nationalekonomi från Harvard Business School med profilering inom fältet konkurrens och affärsstrategi. Det var från detta håll som han i samarbete med Elizabeth Teisberg i början av 2000-talet utvecklade idéer kring *värdeskapande* inom hälso- och sjukvården. I en artikel i Harvard Business Review från 2004 förklarar Porter och Teisberg det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemets brister med en dåligt fungerande konkurrenssituation. Antagandet är att konkurrensen sker på fel nivå och kring fel saker, vilket gör att den inte genererar det värdeskapande som vanligtvis sker på en konkurrensutsatt marknad.

*The wrong kinds of competition have made a mess of the American health care system. The right kinds of competition can straighten it out.*²¹

För att fungera behöver konkurrensen enligt Porter och Teisberg kretsa kring vilken utförare som kan åstadkomma störst *värde för patienter* med ett visst sjukdomstillstånd, istället för kring vem som ska betala eller vilka individer man försäkrar. För att åstadkomma konkurrens baserad på värde, efterfrågar Porter och Teisberg reformer såsom ökad specialisering bland utförare och ökad valfrihet för patienter, vilket i sin tur förutsätter tillgänglig och jämförbar information. Dessa reformbehov utvecklas i en bok från 2006 med titeln *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*.²²

En orsak till att värde lyfts fram är att vård i USA traditionellt ersätts per ingrepp, vilket gjort att fokus legat på kostnad per producerad vårdenhet. I den så kallade värdeekvationen som lanseras i boken byter täljare och nämnare plats i syfte att flytta fokus från sänkta kostnader för ingrepp till uppnått resultat i förhållande till kostnad, uttryckt som:

$$\text{VÄRDE} = \frac{\text{UTFALL (HELHET)}}{\text{KOSTNAD (TOTALT)}}$$

Sahlgrenska sjukhuset), Andreas Ringman Uggla (fd produktionsdirektör och operativ chef, Karolinska sjukhuset, tidigare BCG), Bengt Sandén (biträdande sjukhusdirektör, Akademiska sjukhuset Uppsala).

21 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2004) Redefining Competition in Health Care, Harvard Business Review, juni 2004, 65-76, s. 65.

22 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006) Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press.

Definitionen liknar det inom ekonomi och organisationsteori vedertagna effektivitetsbegreppet, som beskriver hur väl en organisation kan omvandla resurser till produkter och tjänster. Effektivitet definieras traditionellt som graden av måluppfyllelse i förhållande till resursanvändning.²³

Värdebaserad konkurrens, som är den term som används i boken, bygger på följande tankegångar:²⁴

- Fokus ska vara på värde för patienten, inte bara på kostnadsänkning
- Konkurrens ska ske baserat på resultat
- Resultat ska mätas för hela vårdcykeln kring olika sjukdomstillstånd
- Förbättrad konkurrens enligt ovan höjer kvaliteten, vilket i sin tur sänker kostnaderna
- Värde genereras av vårdgivarens excellens (erfarenhet, volym och lärande)
- Konkurrens ska råda över större geografiska områden
- Information kring resultat ska vara spridd och tillgänglig
- Innovationer som förbättrar värdet ska premieras

Utgångspunkten är att värde skapas genom ett uppnått slutresultat av en behandling, inte av enskilda ingrepp eller aktiviteter. Fokus behöver därför ligga på hela behandlingen, och det som ska utvärderas är det sammantagna utfallet av den. Det sammantagna utfallet ställs därefter mot totalkostnaden.

För att kunna premiera värde behöver vården utföras på ett sätt som går att mäta och jämföra. Mätningen av utfall ska ske med enhetliga mått för att åstadkomma jämförbarhet. Detta ska i sin tur leda till att innovativa och resultatorienterade verksamheter premieras och får en större andel av patientunderlaget. Bra enheter förutsätts således ta marknadsandelar medan dåliga enheter konkurreras ut.

Författarna utvecklar i sin bok från 2006 ett ramverk som består av ett antal centrala principer som sammantaget ska öka värdet för patienter. Ramverket förtydligas senare, bland annat i en artikel från 2013,²⁵ där begreppet *värdebaserad*

23 Jacobsen et al. (2008) Hur moderna organisationer fungerar. 3:e upplagan, Lund: Studentlitteratur., s. 48.

24 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006), s. 98.

25 Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013) The strategy that will fix health care, Harvard Business Review, oktober 2013.

konkurrens ersatts med begreppet värdebaserad vård och där resonemangen om konkurrens är nedtonade. De sex principerna är:

1. Organisering av vården i flöden (integrerade vårdenheter)
2. Mätning av värde (hälsoutfall och kostnader) för varje patient
3. Övergång till vårdepisodersättningsystem
4. Specialisering och konkurrens mellan vårdaktörer
5. Expanding av högkvalitativ vård geografiskt
6. Byggande av ett stödjande IT-system

Nedan beskrivs de olika principerna i korthet. För att belysa konsekvenserna på verksamhetsnivå av att införa värdebaserad vård analyserar vi även principerna utifrån befintligt kunskapsläge kring verksamhetsledning och organisering, samt lyfter eventuella alternativa synsätt.

1) Organisering av vården i flöden²⁶

The functional structure is supply driven; it organizes around the types of skills and facilities. This is the way businesses in the rest of the economy were organized many decades ago. Outside of health care, functional structures have long since been replaced with a far more effective organization around products or service lines, commonly known as business unit structures. Business unit or service line structures organize around the customer – the demand side.²⁷

Principen utgår från ett resonemang om att den vanligast förekommande organisationsmodellen inom hälso- och sjukvården, där verksamheterna organiseras funktionellt efter medicinska specialiteter, är förlegad i jämförelse med andra branscher, särskilt inom näringslivet. En bättre modell vore enligt Porter och Teisberg en mer patient- eller diagnosorienterad organisering i så kallade teman.

För varje medicinskt tillstånd behöver patienten genomgå en specifik vårdprocess. Porter och Teisberg menar att organisationen bör delas in utifrån

26 Porter använder termen Integrated Practice Unit. Det svenska begreppet integrerad vård används dock i en delvis annan betydelse varför vi här har valt begreppet flödesorganisering som bättre motsvarar innehållet i principen.

27 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006), s. 168.

dessa patientprocesser i olika teman, och att det inom varje tema ska finnas tvärfunktionella team med kompetens inom alla de processteg som patienten kan behöva genomgå i sin vårdcykel.²⁸ I en flödesorganisation skulle alltså en kirurg inte främst organiseras tillsammans med andra kirurger, utan tillhöra ett tvärfunktionellt område som behandlar till exempel bröstcancer.

Analys

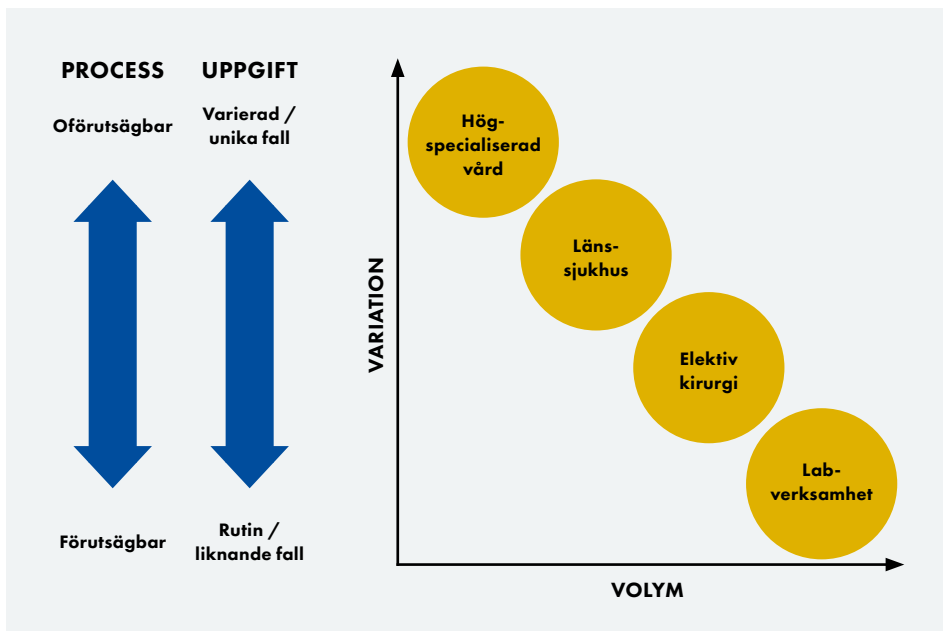
Enligt värdebaserad vård sker processorientering och organisering i teman både för att skapa en effektiv verksamhet, men även för att kunna standardisera mätning och uppföljning så att jämförbarhet uppnås. För att få till en enhetlig mätning och uppföljning är det med andra ord en fördel om verksamheten organiseras tematiskt.

En invändning mot detta är att vårdens verksamheter är av sinsemellan olika karaktär. En etablerad slutsats inom organisationsteori är att organiseringen behöver följa verksamhetens karaktär och alltså se olika ut beroende på sammanhanget (s.k. contingency theory).²⁹ Olika delar av vården behöver med andra ord organiseras på olika sätt, vilket gör enhetlighet och standardisering problematiskt. Organisering utifrån vårdprocesser knutna till specifika medicinska tillstånd som har standardiserats på en övergripande nivå kan vara funktionellt för vissa avgränsade delar av vården som består av aktiviteter med höga volymer, relativt låg variation och ett förutsägbart förlopp.³⁰ Här finns det tillräckligt många och tillräckligt lika patienter för att fördelarna med en standardiserad flödesorganisering ska överväga dess nackdelar. Några exempel som brukar återkomma är höftoperationer och kataraktoperationer. Andra exempel är laborieverksamhet/provtagning. Skillnaderna mellan vårdprocesser utifrån grad av variation och volym illustreras i figur 2.1.

28 Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013).

29 Se exempelvis Fiedler, F. A. (1964) A Contingency Model of Leadership Effectiveness. I L. Berkowitz (red.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York, Academic Press.

30 Se industriell organisation, exempelvis Slack, N. m.fl. (2013) *Operations management*. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.



Figur 2.1 Vårdprocesser utifrån grad av variation och volym. Källa: Slack m.fl. (2016 s. 190), egen bearbetning.

I verksamheter som präglas av stor variation, där varje patienttillstånd är unikt, skulle flödet behöva justeras vid varje tillfälle och organisering utifrån vårdprocesser blir därmed mindre ändamålsenlig.³¹ Problem med att standardisera flöden på en övergripande nivå utesluter dock inte att man kan skapa lokala lösningar med mer effektiva arbetsrutiner, såsom mobila team för till exempel multisjuka äldre, psykiatrisk akutvård eller uppsökande missbruksvård. Det innebär dock att lösningar inte kan kopieras eller införas generellt, utan att dessa behöver anpassas lokalt och till behoven hos de patienter som ska vårdas. Det försvårar en enhetlig uppföljning utifrån till exempel diagnos, men underlättar för den lokala verksamheten att arbeta situations- och individanpassat.

2) Mätning av värde (hälsoutfall och kostnader) för varje patient

Competing on results requires that results be measured and made widely available. Only by measuring and holding every system participant accountable

31 Everett E. Adam, Jr (1983) Towards a Typology of Production and Operations Management Systems, The Academy of Management Review, Vol. 8, No. 3, pp. 365-375;
Mintzberg, H. (1979) The structuring of organizations. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

*for results will the performance of the health care system ever be significantly improved.*³²

Mätning av värde, det vill säga hälsoutfall i relation till kostnader, är enligt Porter och Teisberg det kanske enskilt viktigaste steget för att reformera hälso- och sjukvårdssystemet, genom att möjliggöra konkurrens baserat på uppnått resultat. Patientvärde ska enligt denna princip mätas för varje patient över hela värdecykeln, vilket inkluderar rehabilitering och förebyggande av återfall. Fokus ska vara på långsiktig effektivitet, inte kostnader på kort sikt. De mått som Porter förespråkar är processmått, kostnadsmått och utfallsmått.³³

- Utfallsmåtten fokuserar på olika grad av hälsa – inte bara överlevnad utan även återhämtning samt funktionalitet och livssituation på långre sikt.
- Processmått kan ses som mått på vad som görs under processen, men bör endast inkluderas om de har en direkt korrelation till utfallsmåtten.
- Kostnadsmåtten mäter den faktiska kostnaden för vården av en patient och bör vara så precisa som möjligt för varje moment. För att lyckas identifiera dessa kostnadsposter krävs en kartläggning av samtliga aktiviteter i varje vårdprocess.

Patientvärdet ska justeras för faktorer hos patienten som kan påverka utfallet, inklusive riskfaktorer. Exempel på sådana faktorer är ålder, kön, olika tillstånd och genetiska förutsättningar.³⁴ För varje patientprocess bör utfallsmåtten vara standardiserade i syfte att underlätta jämförelse och lärande. Målet är att möjliggöra jämförelser mellan enheter, sjukhus och på sikt även länder. (För att implementera detta i praktiken har en standardisering av utfallsmätning initierats genom ICHOM, se vidare kapitel 5.)

Analys

Värdebaserad vård bygger på att utfall och kostnader i vårdförlopp mäts på ett standardiserat sätt, så att resultaten går att jämföra. Det förutsätter i sin tur att mätningen kan ta hänsyn till skillnader mellan patienter och att det går att kontrollera för hur stor del av resultaten som kan hänföras till vårdgivarens insatser. Det senare är viktigt eftersom det värde (hälsoutfall/kostnader) som blir intressant är det värde som *vården* genererat. Det handlar om att

32 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006).

33 Porter, M. E. (2010) What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine, december 2010.

34 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006).

– i ekonomiska termer uttryckt – kartlägga hur stort förädlingsvärde som har skapats i vårdkedjan och att möjliggöra konkurrens baserat på detta. Syftet är att förskjuta fokus från input och enskilda process-steg till utfall och därmed förknippade kostnader.

Det finns dock även andra perspektiv på vilka aspekter som är relevanta att inkludera när man mäter och bedömer värde i hälso- och sjukvården. Utifrån perspektivet verksamhetsstyrning (*operations management*) kan värde bland annat bedömas utifrån olika kvalitetsaspekter (utfall av behandlingen, upplevd kvalitet, patientnöjdhet, antal fel, svårighetsgrad på utförd behandling m.m.) men också tidsaspekter (väntetider, möjlighet att planera tid för patient, tid för total behandling), flexibilitetsaspekter (valmöjligheter, anpassningsförmåga, undantagshantering, andra uppdrag som forskning och utbildning) och effektivitetsaspekter (resursåtgång för ingrepp/behandling, samhällskostnad).³⁵ Ur ett jämlikhetsperspektiv är också distributionen av värde viktig, något som Porters modell bortser ifrån. Att sammanställa ett aggregerat värdeindex är ur detta perspektiv av tveksam relevans, då flera olika dimensioner i så fall blandas.

En kritik mot en allt för stark tro på jämförbara situationer och aggregerade dataset lyfts fram av organisationsforskaren Henry Mintzberg, som utförligt kommenterat delar av värdebaserad vård.³⁶ Mintzberg pekar på tre huvudproblem med standardiserad mätning med fasta kategorier och förutbestämda generella mått. Han menar för det första att mycket faller *utanför* kategorier (unika eller nya diagnoser, sällsynta diagnoser och tillstånd vars behandlingar inte har hunnit bli evidensbaserade) och för det andra att mycket faller *över flera* kategorier (till exempel multisjuka patienter). Ett tredje problem är att mycket enligt Mintzberg faller *under* kategorier (hänger ihop med personliga faktorer hos den som ska behandlas; skillnader i fysik, förhållningssätt, vilja, attityd, kultur).

Risikfaktorer hos patienten som Porter och Teisberg menar ska mätas och justeras för, såsom genetiska förutsättningar, torde utgöra exempel på sådant som kan sägas falla *under* de kategorier som mäts. Det finns även etiska och praktiska frågetecken kring förutsättningarna för att mäta sådana faktorer. Mätning leder vidare till fokus på det mätbara, inte nödvändigtvis det viktiga för de berörda individerna. Mintzbergs slutsats är att man ska balansera mätning med insikt och omdöme, där båda behövs men där möjligheten att mäta

35 Slack, N. m.fl. (2013).

36 Mintzberg, H. (2017) *Managing the myths of healthcare*. Berrett – Koehler Publishing.

inte bör överdrivas. Mätning i sig kostar dessutom mycket, idag 31 procent av sjukvårdskostnaderna i USA enligt Mintzberg.³⁷

Svenska forskare som studerat hur Porters mätkategorier kan tillämpas inom vård av kronisk sjukdom (reumatism), bekräftar Minzbergs invändningar ovan såtillvida att patienterna i studien visade sig ha olika uppfattningar om vad som skapar värde. Studien konstaterar också att kvalitativa aspekter av behandlingsprocessen upplevs som viktiga av många individer, men att dessa inte fångas av de standardiserade utfallsmåtten inom Porters modell. En slutsats som dras är att mätning inom värdebaserad vård utgår från ett vårdgivarperspektiv snarare än ett individperspektiv.³⁸

3) Övergång till värdeepisodersättningsystem

The shift to value-based competition will require a transformation of cost accumulation, billing, and pricing. [...] Providers will need to issue a single bill for each episode of care and eventually the full care cycle. It is the entire episode, not a discrete service, that is the meaningful cost for assessing the value delivered.³⁹ [...] Instead of simply aggregating all the actual charges, the price would be set up front. This model further aligns pricing with value, and creates even stronger incentives to coordinate and integrate care.⁴⁰

Ersättning till vårdgivare bör enligt värdebaserad vård baseras på värdeepisoder för att främja god och koordinerad vård i alla faser, istället för exempelvis ersättning per utförd aktivitet eller kapitering där vårdgivare får en fast ersättning per individ under en viss tidsperiod. Värdeepisodersättningen bestäms på förhand och ska täcka alla behov av insatser till en patient med ett visst medicinskt tillstånd och under en hel vårdcykel, inklusive kostnader för eventuella komplikationer. Ersättningen ska justeras för medicinsk allvarlighetsgrad och risk. På så sätt ska vårdgivarna få incitament att leverera god kvalitet snarare än ett ökat antal enskilda aktiviteter (som vid ersättning per åtgärd) eller färre

37 Mintzberg (2017).

38 Ebbevi, D. m.fl. (2016) Value-Based Health Care for Chronic Care: Aligning Outcomes Measurement with the Patient Perspective, i Quality Management in Health Care, 25(4): 203–212. Ett exempel på en aspekt som värderades högt av patienterna i studien och som inte omfattades av modellens mått var kontinuitet.

39 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006), s. 189-190.

40 Porter & Teisberg (2006), s. 191.

aktiviteter (som vid fast ersättning per listad patient). Porter menar också att denna ersättningsprincip bäst speglar vad vårdgivarna själva kan påverka, vilket förstärker incitamenten. Enligt Porter kan vårdepisodersättning även anpassas till kroniska tillstånd genom att i dessa fall basera ersättningen på alla omvårdnadsbehov under en viss tidsperiod, vanligtvis ett år, samt till primärvårdspatienter genom att istället dela in dessa i breda segment såsom frisk med akut sjukdom eller kroniskt sjuk.⁴¹

Behovet av att övergå till en ny form av ersättning initierades av Porter och Teisberg mot bakgrund av det fragmenterade amerikanska systemet med många olika finansiärer (så kallade *health plans* eller försäkringslösningar) och fristående utförare som fakturerar separat.⁴² En aspekt handlar alltså om en mer samlad fakturering och ersättning i syfte att minska fragmentering och transaktionskostnader, den andra är att använda ersättning som ett av flera medel för att skapa incitament till ökat patientvärde. I detta avseende är argumentet för vårdepisodersättning nära sammankopplat med föregående princip om mätning av hälsoutfall och kostnader. Målsättningen är att utförare i slutändan ska få ersättning utifrån det patientvärde man lyckas åstadkomma i en vårdeperiod och att konkurrens baserat på värde på så sätt ska främjas.

Analys

Ersättning till vårdgivare kan utgå i enlighet med någon eller flera av följande tre övergripande principer:

- Fast ersättning för ett givet uppdrag
- Rörlig ersättning per utförd aktivitet, eller
- Målrelaterad/resultatbaserad/prestationsbaserad ersättning för uppnådda mål.⁴³

Dessa principer kan utformas på olika aggregeringsnivå, det vill säga ersättningen kan omfatta olika stora enheter, olika många funktioner eller olika långa uppgiftskedjor. Vårdepisodersättning är en form av ersättning som omfattar hela aggregerade vårdförlopp, vilket innebär att man ger ersättning för en serie av aktiviteter kring en patient där olika åtgärder kan utföras av olika kompetenser som är verksamma vid olika vårdenheter. En förutbestämmd ersättning kan täcka hela behandlingen från diagnosticering till eftervård.

41 Porter & Teisberg (2006).

42 Porter & Teisberg (2006).

43 Fernler, K. m. fl. (2014) Ekonomi på tvären: Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning, LHC Report nr 1, 2014.

Vårdepisodersättning kan i teorin också vara prestationsbaserad (så kallad *pay-for-performance*), det vill säga betalas ut eller justeras beroende på vilket resultat som skapats inom vårdkedjan.

Porter är inte tydlig kring den exakta utformningen vilket gett upphov till olika tolkningar av hur värdebaserad ersättning ska utformas. Han är dock kritisk till flertalet ersättningsmodeller som tillämpas idag utifrån att dessa inte belönar resultat, inklusive prestationsersättning som han i nuläget menar oftast baseras på processmått.⁴⁴ I praktiken tillämpas ofta kombinationer av ersättningsprinciper. Porter exemplifierar bland annat med Stockholms läns landstings vårdval för knä- och höftledsoperationer som infördes 2009.⁴⁵ I detta fall tillämpades till 97 procent rörlig ersättning för ett helt vårdförlopp (paketpris) kombinerat med tre procent prestationsbaserad ersättning. Ersättningen justerades inte utifrån de behandlade patienternas individuella förutsättningar. Endast i övrigt friska patienter ingick i underlaget.⁴⁶

En fördel med aggregering av rörlig ersättning är att den kan skapa incitament för samordning exempelvis mellan behandlande verksamheter och dem som utför den påföljande rehabiliteringen, vilket kan minska den fragmentering som Porter lyfter. Argumentet om att vårdgivarna därmed i högre grad kan påverka ersättningen förutsätter dock att även organisering, ansvarstilldelning och beslutsmandat följer vårdepisoden.

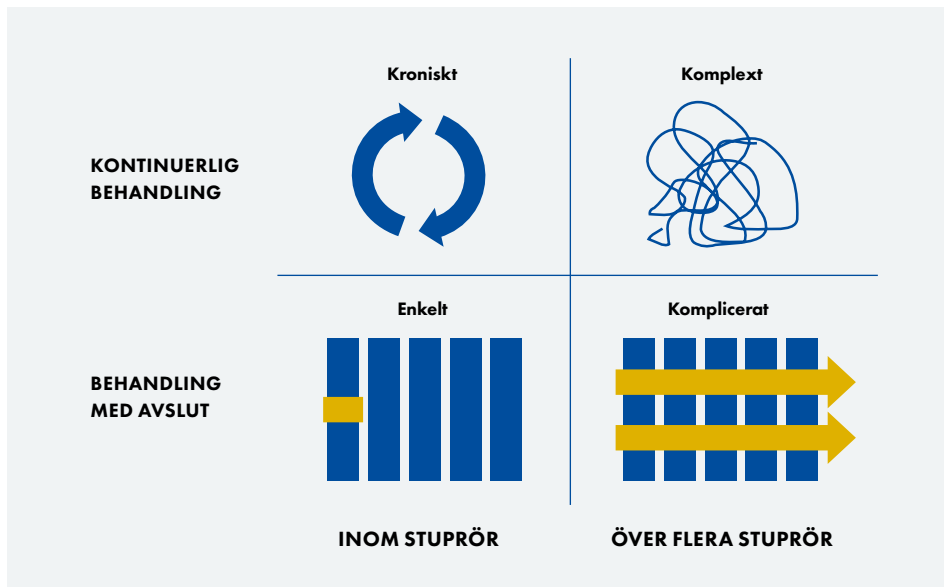
Oavsett organisering ställs krav på definition och avgränsning av episoden. Behandlingen måste vara förutsägbar och ha ett tydligt slut för att kunna ersättas med ett på förhand bestämt belopp och för att kunna utvärderas i den mån prestationsbaserad ersättning ingår. Vidare måste behandlingen kunna separeras från andra behandlingar och komplikationer. Förutsättningar för det finns i specialiserad, elektiv vård som består av likartade och planerbara åtgärder, såsom höftbyten och kataraktoperationer, där patienterna är friska i övrigt. I fall där det är svårt att definiera och avgränsa episoden, såsom för kroniker, menar Porter att en tidsperiod på till exempel ett år kan fungera som substitut för en episod. En vårdepisod som enhet bygger dock på att aktiviteterna i flödet utgör delar av en förutsägbar kedja och har ett avslut, medan ett år för en kroniskt sjuk patient sällan följer någon sådan logik. För mer komplexa patienter

44 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006).

45 Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013) The strategy that will fix health care, Harvard Business Review, oktober 2013.

46 Karolinska Institutet (2016) Införande av värdebaserad ersättningsmodell och vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholms Läns Landsting. Uppföljningsrapport.

blir det ännu svårare att förutsäga vårdbehovet och att ersätta baserat på det. De beskrivna skillnaderna mellan olika patientgrupper illustreras i figur 2.2.



Figur 2.2 Fyra patientgrupper som ger olika förutsättningar för styrning. Källa: LHC, 2016.

Vad gäller komplexa patienter noterar vi att det finns en uppenbar nytta med samverkan och integrerad vård, samtidigt som det är svårt att definiera entydiga värdeepisoder för dem.⁴⁷ Med denna utgångspunkt kan hävdas att värdebaserad vård har bäst förutsättningar att införas på områden där det är förhållandevis enkelt ur mätnings- och styrningsperspektiv, snarare än där förbättringsarbetet är allra mest motiverat utifrån patientbehov och nuvarande systembrister.

4) Specialisering och konkurrens mellan vårdaktörer samt 5) Expanding av högkvalitativ vård geografiskt

Providers should grow by deeper penetration in their areas of excellence [...]. This feeds the self-reinforcing, virtuous circle of value in care delivery that

47 Jmf. Anell, A. (2013) Vårdval i specialistvården: Utveckling och utmaningar. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

*we have described. [...] In so doing, they will reallocate precious beds, space, resources, and management attention to the most productive uses.*⁴⁸

Den fjärde och femte principen i värdebaserad vård behandlar bägge hur utformningen av vårdmarknaden kan förbättras för att optimera utfallet i olika vårdkedjor eller vårdprocesser. Porter menar för det första att vårdaktörer behöver specialisera sig inom vissa områden istället för att hantera ett stort antal diagnoser. När varje enhet riktar in sig på några få patientprocesser, kommer vårdvolymen inom varje process att öka kraftigt. Genom specialisering och samlokalisering av en hel vårdkedja stärker vårdpersonalen därmed sin kompetens inom vårdprocessen, samtidigt som större volymer gör det möjligt att bättre kartlägga och analysera processen för att skapa ännu större värde. Genom att koncentrera vården till färre platser geografiskt ökar volymen ytterligare. Specialiseringen bör även ske på rätt nivå för att optimera resursanvändningen – exempelvis bör patienter med enklare åkommor och mindre komplexa tillstånd flyttas från universitetssjukhus till billigare driftsformer.⁴⁹

För det andra bör de mest effektiva vårdgivarna – de som producerar mest värde – expandera geografiskt genom att öppna fler enheter. Det ska ske genom konkurrens mellan aktörer där patienter väljer vård baserat på resultatmått. Patienter ska kunna få en inledande bedömning och behandlingsplan vid en central enhet (så kallad "hub") där den högsta kompetensen finns, medan behandling och uppföljning i de flesta fallen kan ske vid billigare satellitenheter närmre hemmet. För att säkerställa att personalen arbetar i team kan en andel behöva rotera mellan enheterna.⁵⁰

Analys

Logiken kring specialisering, konkurrens och expandering bygger på ekonomisk teori om komparativa fördelar och skalfördelar. Teorin om komparativa fördelar säger att ett land eller företag bör specialisera sig på att producera och exportera sina relativt sett mest effektiva produkter och tjänster.⁵¹ Vårdgivare bör med andra ord specialisera sig på de vårdprocesser som man är bäst på i jämförelse med andra. Skalfördelar skapas genom att marginalkostnaden minskar ju fler varor som produceras. På motsvarande sätt kan specialiserade vårdinrättningar

48 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006), s. 194-195.

49 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006).

50 Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013).

51 Se t.ex. Krugman, P. R. & Obstfeld, M. (2006) *International Economics – Theory and Policy*. Boston, Addison-Wesley. Upplaga 7.

minska styckkostnaderna för vissa medicinska ingrepp genom att öka volymerna, samt ytterligare förbättra sina resultat genom att ökad volym ger mer erfarenhet av en specifik process.

Resonemangen har utvecklats genom att man studerat enheter specialiserade på elektiv kirurgi där man lyckats åstadkomma en effektiv process med goda resultat. Höftbyten och kataraktoperationer är exempel som ofta återkommer.⁵² Tanken är att samma logik ska kunna appliceras inom alla delar av hälso- och sjukvården. Det är dock oklart hur de delar av vården som inte utgörs av specificerade behandlingar ska inbegripas. Inom primärvården finns behov av att även fånga upp patienter utan diagnos, som har diffusa symptom eller ligger i riskzonen för att utveckla sjukdom. Här behövs en bredare kompetens och faktorer såsom geografisk närhet kan vara viktiga.

Vidare utgår modellen ifrån att vi kan ha en öppen konkurrens mellan flera utförare inom varje område och att patienterna genom valfrihet och information kring hur stort värde som olika vårdproducenter åstadkommer väljer de mest effektiva enheterna. Förutom att det finns generella invändningar kring valfrihetssystem avseende exempelvis patienters olika förutsättningar att tillgå och processa information,⁵³ så har denna logik också begränsad praktisk räckvidd i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet (se vidare nedan om modellens tillämplighet i en svensk kontext).

6) Byggnad av ett stödjande IT-system

IT is not the end in itself, but an enabler for value-based competition. Gaining the full benefits of IT will require the fundamental restructuring of care delivery that we [have described]. It will not work well until [Integrated Practice Units], are defined, the care delivery value chain is delineated, and information standards have been established.⁵⁴

Den sista principen handlar om att skapa *förutsättningar* för övriga principer, inte minst genom att stödja framtagandet av information kring utfall och kostnader på patientnivå. Det innebär till exempel att säkerställa en gemensam terminologi och säkra tillgång till data för alla involverade parter. Porter

52 Porter M. E. & Teisberg, E. O. (2006); Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013).

53 Se exempelvis Kastberg, G. (2010) Vad vet vi om kundval – en forskningsöversikt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

54 Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006), s. 214.

beskriver inte i detalj hur och på vilken nivå ett stödjande IT-system ska byggas upp, däremot har han (och andra aktörer som arbetar med införandet av värdebaserad vård) återkommit till ett antal exempel som beskrivs som föregångare när det gäller utvecklingen av möjliggörande IT-system. Ett sådant exempel är det svenska samarbetet kring SVEUS (Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården).⁵⁵ Förutom att utveckla bättre mätmetoder inom specifika diagnosområden och utveckla värdebaserade ersättningsmodeller, hade initiativet som ambition att data från flera olika källor skulle kunna sambearbetas och harmoniseras för att bättre kunna följa vårdkedjor, identifiera vilka faktorer som påverkar hälsoutfall och resursåtgång, och möjliggöra jämförelser mellan vårdgivare och landsting/regioner. (På grund av begränsningarna i svensk integritetslagstiftning har analysplattformen sedermera fått en mer begränsad omfattning.)

Analys

Behovet av att bygga ett stödjande IT-system reflekterar en grundläggande utmaning som många reformförsök inom hälso- och sjukvården ställs inför: även om syftet är att synliggöra nya processer eller visa på nya typer av resultat, så måste data i regel inledningsvis hämtas från system som är uppbyggda och kategoriserade enligt det rådande systemets logik. Ett återkommande exempel är svårigheten att följa patienters vårdvägar mellan olika vårdenheter eller kartlägga deras sammantagna insatsnätverk och därmed förknippade totalutfall. Då etablerade datastrukturer normalt följer vedertagna indelningar såsom organisationsgränser eller diagnosområden, kan resultaten av initiativ som inbegriper tvärfunktionella eller gränsöverskridande insatser i bästa fall rapporteras projektvis, men sällan systematiskt.⁵⁶

Reformer som liksom värdebaserad vård riktar in sig på systemomvandling på övergripande nivå står därmed inför den dubbla utmaningen att samtidigt som organisering och arbetssätt ska ändras lokalt, så behöver datastrukturer och IT-system justeras centralt för att rättvisande kunna beskriva nya funktionsätt och resultat. Systemen är dock trögörliga då data fortsatt behöver användas för rapporteringssyften mot andra mål inom det ”gamla” systemets

55 www.sveus.se/aktuellt/106-intervju-med-michael-e-porter.

56 Krohwinkel, A. m.fl. (2016) Framtidens styrning och organisering: Systemutmaningar för att realisera digitaliseringens potential i vård och omsorg. I Ekholm, A (red.) Bortom IT – Om hälsa i en digital tid. Institutet för Framtidsstudier, Rapport 2016/2.

ramar.⁵⁷ Att addera nya uppföljningsdimensioner kan bli ett problem särskilt då investeringar i själva tekniken och dataseten inte åtföljs av motsvarande satsningar på analys- och förvaltningssidan, alternativt hämmas av lagstiftning. I utvecklingssatsningar är det dock mer regel än undantag att utmaningarna tillfälligtvis kringgås genom piloter och avgränsade försök som genomförs där datatillgången inom existerande system är som bäst, alternativt med parallell datainsamling och bearbetning.

I detta avseende ger Porters resonemang ingen konkret vägledning, då principen om stödjande IT-system kommer sist och behandlas minst – detta trots att systematisk tillgång till och analys av nya typer av data är helt centralt i konceptet värdebaserad vård. Även om IT-systemuppbyggnad beskrivs som en ”förutsättning” så behandlas det i praktiken som en uppskjutbar dimension, vilket återspeglas i BCG:s arbete med värdebaserad vård på sjukhusnivå (se kapitel 3). I takt med att IT-systemuppbyggnaden visat sig släpa efter och skapa olika problem i praktiken har också flera av de aktörer som tidigare arbetat med att utveckla styrverktyg för implementering av värdebaserad vård i Sverige (såsom SVEUS och IVBAR) övergått till att rikta in sig på IT-systemutveckling.

Värdebaserad vård enligt Boston Consulting Group

Porters och Teisbergs modell för värdebaserad vård har vidareutvecklats av BCG för att kunna implementeras i hälso- och sjukvården i olika länder. Sverige har fungerat som en global nod för bolagets arbete med värdebaserad vård, genom ett samarbete mellan Michael Porter och Stefan Larsson, managing director för BCG:s kontor i Stockholm. BCG har även haft en central roll i införandet av modellen vid tre svenska universitetssjukhus, vilket behandlas närmare i kapitel 3. I detta avsnitt beskriver vi BCG:s tankegångar kring värdebaserad vård mer generellt, utifrån ett antal rapporter som bolaget tagit fram i en svensk kontext.⁵⁸ BCG:s engagemang i frågan på ett internationellt plan återkommer i kapitel 5.

57 Jfr Blix & Levay (2018) som beskriver utmaningarna med att ersätta så kallade legacysystem inom hälso- och sjukvården, dvs ”system som är svåra eller riskfyllda för en verksamhet att ändra eftersom de innehåller känsliga funktioner eller viktiga data”, s. 33.

58 BCG (2009) Value guided healthcare as a platform for industrial development in Sweden – feasibility study; BCG (2010) From Concept to Reality: Putting Value-Based Health Care into Practice in Sweden;

Utgångspunkten för BCG:s resonemang och rekommendationer kring värdebaserad vård är att de kraftigt stigande hälso- och sjukvårdskostnaderna i många OECD-länder inte kan bromsas genom att enbart fokusera på volymer och kostnader, såsom man försökt göra de senaste decennierna.⁵⁹ Istället krävs enligt BCG nya initiativ där hänsyn även tas till patientutfall, vilket illustreras av Porters och Teisbergs värdeekvation: **Värde = utfall/kostnad**.

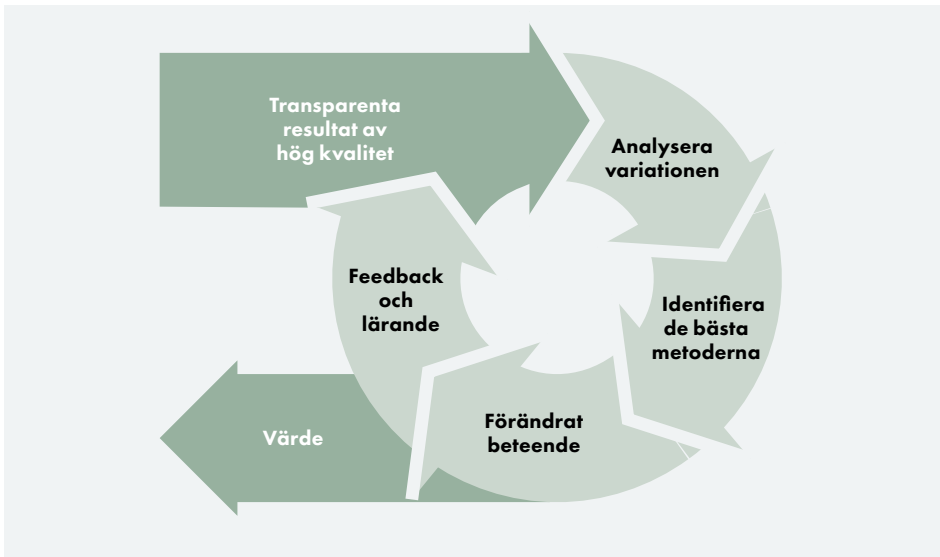
Det är givetvis viktigt att sträva efter lägre kostnader och effektivare inköp, men eftersom sådana parametrar inte har en direkt påverkan på resultatet måste den offentliga sektorn utvecklas mot ett värdebaserat förhållningssätt för vissa tjänster så att man får ett större värde per skattekrona. Detta uppnår man genom att först tydligt definiera de önskade målen för varje enskilt verksamhetsområde och sedan mäta och rapportera de uppnådda resultaten.⁶⁰

Ett värdebaserat förhållningssätt uppges ha resulterat i både förbättrade resultat och minskade kostnader inom hälso- och sjukvården. BCG betonar särskilt organisering utifrån sjukdomstillstånd samt mätning och spridning av resultatdata, det vill säga Porters och Teisbergs princip 1 och 2, för att åstadkomma detta. Det mest centrala för modellen är att mäta utfall på ett korrekt sätt, ställa det mot den kostnad som är direkt kopplad till utfallet, och sprida resultatet. Det ska fungera som en katalysator och skapa incitament som gör att aktörerna i systemet förbättrar sina prestationer, till samma eller lägre kostnad. Denna process illustreras på följande sätt:

BCG (2011) Improving Health Care Value: The Case for Disease Registries; BCG (2013) Nationell strategi för Sverige: Från tillväxt till välbefinnande.

59 BCG (2010; 2011; 2013).

60 BCG (2013), s. 42.



Figur 2.3 Tjänstecykeln i en värdebaserad verksamhet enligt BCG. Källa: BCG (2013), s. 42.

Värdebaserad vård jämförs med modeller såsom "disease management" och Total Quality Management (TQM), som också utgår ifrån sjukdomstillstånd istället för att ha fokus på enskilda insatser och kostnader. Samtliga modeller är enligt BCG beroende av aggregering och analys av data kring behandling och utfall för att bli framgångsrika. Bolaget menar dock att värdebaserad vård har mindre fokus än TQM på riktlinjer och lämnar större utrymme för innovativa arbetssätt.⁶¹

Arbete med kvalitetsregister lyfts fram som en löftesrik väg för att åstadkomma transparenta resultat och förbättrat värde. BCG beskriver att man sedan 2009 studerat kvalitetsregister i Sverige.⁶² Sverige uppges vara en internationell föregångare på området med väl utvecklade register, samtidigt som man har bäst vårdutfall i Europa och bara genomsnittliga kostnader. Vidare konstateras att den svenska regeringen med anledning av denna framgång beslutat om en utbyggnad av kvalitetsregistren, delvis på basis av BCG:s tidigare studie och rekommendationer. Det rörde sig om en nästan femdubbling av anslagen mellan 2011 och fram till 2013 som enligt BCG:s uppskattning kan generera mer än 10 miljarder dollar i sänkta hälso- och sjukvårdskostnader.⁶³

61 BCG (2010).

62 BCG (2010; 2011).

63 BCG (2011), s. 4.

*Sweden has not created a full-scale version [of value-based health care], but it has found a practical solution to the single largest challenge – obtaining timely and reliable data. This approach provides a glimpse of what other industrialized societies could achieve by investing in disease registries and collecting outcomes data on a national or even international level.*⁶⁴

Förutom de incitament som enligt BCG skapas av transparens kring resultatdata så framhålls ersättningssystem som baseras på behandlingsansvar för hela vårncykeln, det vill säga Porters och Teisbergs princip 3. Stockholms läns landstings vårdval inom höft- och knäledsoperationer 2009, där värdepisoderättning tillämpades, lyfts fram som ett internationellt föredöme och exempel på värdebaserad ersättning.⁶⁵

BCG nämner även Öppna jämförelser som en kompletterande metod som gett positiva resultat. Ett exempel är när data kring behandlingsresultat vid hjärtinfarkt, kopplat till europeiska riktlinjer för behandling, publicerades i Sverige 2006, vilket enligt BCG ledde till att de sämsta klinikerna förbättrade sig mycket snabbare. En utmaning till följd av transparensen som BCG nämner är dock att efterfrågan på de bästa klinikerna riskerar att stiga, vilket medför att dessa snabbt behöver ”skala upp” sin verksamhet utan att sänka kvaliteten. Man menar dock att effekten motverkas av det faktum att de sämsta klinikerna samtidigt förbättrar sig.⁶⁶ Ökad koncentration av vård vars kvalitet gynnas av stordrift förordas också.⁶⁷

Svenska förutsättningar att tillämpa värdebaserad vård

Hittills har vi främst analyserat principerna inom värdebaserad vård utifrån hälso- och sjukvårdens generella förutsättningar, exempelvis i form av patientgruppers variation och de allmänna svårigheterna att skapa rättvisande mätningar. Det är dock även viktigt att ta hänsyn till förutsättningar som följer av nationella skillnader i uppbyggnaden av hälso- och sjukvårdssystem. Som framgår av ovan bygger BCG:s resonemang och rekommendationer relativt ”renodlat” på Porters och Teisbergs principer, med undantag för att man tonar vikten av konkurrens mellan aktörer i systemet som metod för att öka värdet (princip 5). Det kan tolkas som en anpassning (översättning) till den

64 BCG (2010), s. 3.

65 BCG (2013).

66 BCG (2013), s. 43.

67 BCG (2013).

svenska och europeiska kontext som BCG arbetar med och där det inte råder rak konkurrens mellan vårdaktörer. Istället betonas att styrningen bör utgå ifrån fördefinierade mål för varje verksamhetsområde, följt av mätning och rapportering av uppnådda resultat. Denna formulering liknar den mål- och resultatstyrning som präglat svensk förvaltning de senaste decennierna.

Ett centralt argument bland aktörer som arbetar för införandet av värdebaserad vård i Sverige har varit att vi som land har sällsynt goda förutsättningar för att tillämpa konceptet. Det finns dock aspekter av och antaganden bakom modellen värdebaserad vård som gör att dess tillämpbarhet i en svensk kontext kan diskuteras. Exempelvis har värdeekvationen som i konceptet ska vara styrande (resultat = utfall/kostnad) orsakat stor debatt i Sverige och kritiserats för att omkullkasta prioriteringsordningen i svensk lagstiftning (se kapitel 4 om debatten). Ur ett amerikanskt perspektiv innebär värdeekvationen en nedtoning av kostnadsaspekter jämfört med tidigare. I en svensk kontext kan detsamma möjligtvis gälla ur ett vårdgivar- eller finansiärsperspektiv, i de fall det skulle innebära en övergång från ersättning per åtgärd till vårdepisodersättning. På systemnivå kan det däremot få motsatt effekt – det vill säga innebära en starkare betoning av kostnadsaspekter jämfört med nuvarande etiska principer där kostnadseffektivitet kommer i tredje hand. Porter och Teisberg använder begreppen *värde för patienter* och *värde för patienten* om vartannat, vilket speglar det faktum att den enskilde patienten ofta har ett annat kostnadsansvar i USA än vad som gäller i Sverige. Att inkludera kostnadsmått i värdet på individnivå får därmed en annan betydelse i en svensk kontext, där den enskilde patienten inte påverkas annat än indirekt och på kollektiv nivå. Den debatt som blossat upp kring värdeekvationen tycks ur detta perspektiv vara befogad.

Resonemanget ovan handlar också om hur ordet *värde* tolkas. I en ekonomisk modell utgör kostnadsdimensionen en naturlig del i begreppet värde, medan *värdet för patienten* i ett svenskt hälso- och sjukvårdssammanhang snarare leder tankarna till begrepp såsom *värdefull*, det vill säga en individuell bedömning av nytta snarare än något objektivt jämförbart. Övergången från begreppet *värdebaserad konkurrens* till *värdebaserad vård* får ur detta perspektiv stor betydelse. Som beskrivs i kapitel 3 kan det också ses som en förutsättning för att konceptet skulle få legitimitet i en svensk och europeisk kontext.

Ett annat exempel på hur den svenska kontexten ser annorlunda ut jämfört med modellens antaganden gäller Porters och Teisbergs argument för vårdepisodersättning. Ett av skälen till att det förordas handlar om att det amerikanska systemet, med många finansiärer och fristående utförare som fakturerar separat, skapat fragmentisering och transaktionskostnader. I Sverige sköts dock fakturering och ersättning samlat av landstingen. Samtidigt skapar vår

integritetslagstiftning hinder när det gäller samordningen av data mellan utförare som tillhör olika driftsformer. En författningsanalys avseende behandling av personuppgifter för beräkning av individbaserad vårdepisodersättning har exempelvis konstaterat att ”rättsliga begränsningar föreligger när ett landsting önskar att få ta del av individrelaterade uppgifter som finns hos en annan vårdgivare, t.ex. en privat vårdutförare [och] begränsningar finns även när ett landsting önskar att få ta del av personuppgifter om en patient i ett kvalitetsregister som har registrerats av en privat vårdgivare, trots att den vården finansieras av landstinget.”⁶⁸ Detta innebär att de praktiska förutsättningarna för att införa generaliserad vårdepisodersättning är små utan samtidiga lagändringar.

Vidare har Porters och Teisbergs fjärde och femte principer – specialisering och konkurrens mellan vårdaktörer samt expanderings av högkvalitativ vård geografiskt – begränsad räckvidd i en svensk hälso- och sjukvårdskontext. Ökad specialisering kan givetvis vara effektivt, men beror på dess nuvarande grad och behöver balanseras mot andra nyttor. I Sverige har vi haft en diskussion om detta de senaste åren, där nyttan av koncentration och specialisering ställts mot behovet av en bredare kompetens och primärvårdens förmåga att hantera en stor bredd av patienter i första linjens vård.⁶⁹ En mer *nära vård* utgör nu en politisk ambition och pågående utvecklingstrend som tyder på att vi i Sverige ser delvis andra utvecklingsbehov än de som Porter och Teisberg lyfter fram.

När det gäller expanderings av högkvalitativ vård geografiskt så bygger det på att patienter väljer de enheter som presterar bäst värde, vilket ger underlag för expanderings. I Sverige råder det dock inte rak konkurrens mellan vårdgivare, speciellt inte på sjukhusnivå. Logiken fångar heller inte andra viktiga aspekter och hänsyn – till exempel vårdgivarnas roll i utbildning och forskning, eller jämlikhetsaspekter som följer av svensk lagstiftning.

Vad gäller argument kring den praktiska tillämpningen av värdebaserad vård i Sverige kan vi notera att de fortsatt utökade nationella satsningar på kvalitetsregister som enligt BCG ska ge goda underlag för ett nationellt införande, fått mothugg av centrala svenska analysmyndigheter som ställt sig tvekan till om dessa satsningar bidrar konstruktivt till kvalitetsutvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Riksrevisionen ifrågasätter den ökade betoningen på central styrning baserad på enkla mått, vilken riskerar att tränga undan

68 Nymark, M. (2013) Vårdepisodersättningssystem: Behandling av personuppgifter för beräkning av individbaserad vårdepisodersättning. En författningsanalys på uppdrag av IVBAR, s. 6.

69 Jfr. SOU 2015:98 Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa resp. SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform.

verksamhetsutveckling utifrån värden och handlingar som är svårare att mäta.⁷⁰ Även Vårdanalys har problematiserat utvecklingen och menar att den lett till önskade styrsignaler och strategiska beteenden.⁷¹ Kostnadsaspekten – och marginalnyttan – vid utveckling och införande av nya uppföljningssystem är också en återkommande diskussionspunkt.⁷² Det är därvidlag värt att notera att nationella kvalitetsregister i dagsläget omfattar enbart en bråkdel av den information som skulle behöva samköras för att få modellen värdebaserad vård att fungera som det är tänkt.

Vi kan avslutningsvis konstatera att BCG generellt tonat ner vissa aspekter som är svårförenliga med den nationella kontexten och debatten i Sverige, och i sitt praktiska arbete fokuserat på de delar av värdebaserad vård som är tillämpbara på verksamhetsnivå (se vidare kapitel 3). Det faktum att modellen avser skapa en dynamik på systemnivå återspeglas dock i styrverktygen både på verksamhetsnivå och policynivå. Inte minst den mätning och standardisering som krävs för att uppnå jämförbarhet får styrande effekter. Vi vidareutvecklar dessa tankegångar i ett diskussionskapitel längre fram (se kapitel 6).

70 Riksrevisionen (2013) Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning? RiR 2013:20, s. 10.

71 Vårdanalys (2013) Satsningen på Nationella Kvalitetsregister: Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013. PM 2013:1, s. 31. Kritiken kan jämföras med forskningen om granskningssamhället och dess bieffekter, där Michael Power (se t.ex. *The Audit society*, 1997) är en av de mest kända debattörerna.

72 RiR 2013:20, Socialstyrelsen (2018) En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS).

Referenser

- Anell, A. (2013) *Vårdval i specialistvården: Utveckling och utmaningar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- BCG (2009) *Value guided healthcare as a platform for industrial development in Sweden – feasibility study*. Augusti 2009.
- BCG (2010) *From Concept to Reality: Putting Value-Based Health Care into Practice in Sweden*. November 2010.
- BCG (2011) *Improving Health Care Value: The Case for Disease Registries*. December 2011.
- BCG (2013) *Nationell strategi för Sverige: Från tillväxt till välbstånd*. September 2013.
- Blix, M. & Levay, C. (2018) *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården*. Expertgruppen för Studier i Offentlig Ekonomi 2018:6.
- Ebbevi, D. m.fl. (2016) Value-Based Health Care for Chronic Care: Aligning Outcomes Measurement with the Patient Perspective. *Quality Management in Health Care*, 25(4): 203–212.
- Everett E. A., Jr (1983) Towards a Typology of Production and Operations Management Systems. *The Academy of Management Review* 8(3), 365-375.
- Fernler, K. & Krohwinkel, A. (2018) *Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård – fyra fallstudier*. Stiftelsen Leading Health Care, LHC Report nr. 3, 2018.
- Fernler, K. m.fl. (2014) *Ekonomi på tvären: Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning. Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård – fyra fallstudier*. LHC Report nr. 1, 2014.
- Fiedler, F. A. (1964) A Contingency Model of Leadership Effectiveness. I L. Berkowitz (red.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Jacobsen, D. I., Thorsvik, J., Sandelin, G. (2008) *Hur moderna organisationer fungerar*. 3:e upplagan, Lund: Studentlitteratur.

- Karolinska Institutet (2016) *Införande av värdebaserad ersättningsmodell och vårdval för höft- och knäprotoseroperationer i Stockholms Läns Landsting*. Uppföljningsrapport.
- Kastberg, G. (2010) *Vad vet vi om kundval – en forskningsöversikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Krohwinkel, A. m. fl. (2016) Framtidens styrning och organisering: Systemutmaningar för att realiseradigitaliseringens potential i vård och omsorg. I Ekholm, A (red.) *Bortom IT – Om hälsa i en digital tid*. Institutet för Framtidsstudier, Rapport 2016/2.
- Krugman, P. R. & Obstfeld, M. (2006) *International Economics – Theory and Policy*. Boston, Addison-Wesley. Upplaga 7.
- Mintzberg, H. (1979) *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (2017) *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers.
- Nymark, M. (2013) *Vårdepisodersättningsystem: Behandling av personuppgifter för beräkning av individbaserad vårdepisodersättning*. En författningsanalys på uppdrag av IVBAR.
- Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013) The strategy that will fix health care, *Harvard Business Review*, oktober 2013.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2004) Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, juni 2004, 65-76.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, December 2010.
- Riksrevisionen (2013) *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* RiR 2013:20.
- Slack, N. m. fl. (2013) *Operations management*. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.
- Socialstyrelsen (2018) *En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS)*.
- SOU 2015:98 *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa*.

SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform.*

www.sveus.se/aktuellt/106-intervju-med-michael-e-porter.

Vårdanalys (2013) *Satsningen på Nationella Kvalitetsregister: Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013.* PM 2013:1.

Tillämpning av värdebaserad vård vid tre svenska sjukhus

Värdebaserad vård har, i varierande omfattning och på olika sätt, införts vid tre svenska universitetssjukhus: Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Syftet med detta kapitel är att beskriva hur värdebaserad vård som idé har tillämpats i praktiken i dessa specifika verksamheter. När ett koncept såsom värdebaserad vård rör sig från idé till praktik sker ofta en omformning av innehållet. Kapitlet inkluderar därför en jämförelse mellan värdebaserad vård som "originalidé" och så som modellen beskrivs i de tre fallen. Med termen originalidé åsyftas de sex principer som beskrivs i kapitel 2, det vill säga: organisering av vården i flöden (integrerade vårdenheter); mätning av värde (hälsoutfall och kostnader) för varje patient; övergång till vårdepisodersättningsystem; specialisering och konkurrens mellan vårdaktörer; expanderings av högkvalitativ vård geografiskt, samt byggande av ett stödjande IT-system.

Konsultbolaget BCG har spelat en aktiv roll i införandet av värdebaserad vård vid ett antal sjukhus i flera olika länder, däribland de tre svenska universitetssjukhusen. Inledningsvis beskriver vi därför hur BCG generellt arbetar med konceptet på sjukhusnivå. Därefter presenteras de tre fallen med avseende på hur värdebaserad vård införts och beskrivits internt. Slutligen analyseras likheter och skillnader mellan sjukhusens tillämpning av konceptet.

Metod och upplägg

För att studera en företeelse som är svår att avgränsa på förhand, såsom tillämpningen av en specifik idé, är fallstudier en passande metod att använda.⁷³ Genom att välja flera fall kan man peka på olika sätt att tolka samma idé och hur dessa tolkningar får olika effekter, men man kan också peka på hur olika lokala kontextuella faktorer bidrar till dessa effekter.⁷⁴ De tre fallen har valts utifrån att dessa är de svenska sjukhus som sagt sig införa värdebaserad vård på organisationsnivå. Mer avgränsade värdebaserade arbeten och lokala projekt på vårdprocessnivå ingår som tidigare nämnts inte i denna studie.

Kapitlet bygger på kvalitativ metod där fokus har legat på dokumentstudier av material från perioden 2013-2018. Dokumenten utgörs av personaltidningar, styrelseprotokoll, interna rapporter (såsom årsredovisningar och uppföljningar), information från sjukhusens intranät, samt konsultmaterial. En fördel med att använda historiska dokument, till skillnad från exempelvis färskas intervjuer, är att skeenden återges tidsenligt. Det är särskilt viktigt då den offentliga debatten kring konceptet (se vidare kapitel 4) varit så pass omfattande att det kan vara svårt för inblandade att ofärgat återge hur situationen såg ut tidigare. En begränsning är samtidigt att fallbeskrivningarna varierar i innehåll beroende på skillnader i hur, i vilken omfattning och med vilket fokus sjukhusen rapporterat, samt vilket material vi fått tillgång till.⁷⁵

Det värdebaserade sjukhuset enligt BCG

Året efter att BCG presenterat *En strategi för Sverige* där utvecklingen mot en värdebaserad offentlig sektor utgjorde en viktig del (se kapitel 2), publicerade konsultföretaget under 2014 en guide för hur enskilda sjukhus kan bli värdebaserade.⁷⁶ BCG operationaliserar därmed konceptet värdebaserad vård för användning på verksamhetsnivå. Baserat på tidigare erfarenheter konstaterar BCG att det är möjligt för alla sjukhus – oavsett hur de ser ut idag och oavsett lagstiftning – att gå i en värdebaserad riktning. Man uppger i sitt arbete med

73 Merriam, S. B. (1994) Fallstudien som forskningsmetod. Lund: Studentlitteratur.

74 Flyvberg, B. (2003) Fem missförstånd om fallstudieforskning. Statsvetenskaplig tidskrift Vol 106 Nr 3.

75 Vi har även efterfrågat underlag från sjukhusen kring BCG:s insatser i form av exempelvis utbildningsmaterial eller avrapporteringar, men fått avslag på begäran.

76 BCG (2014) The Value-Based Hospital: A Transformation agenda for health care providers.

olika verksamheter ha sett 30-procentiga produktivetsvinster och förbättringar på bara tre månader till följd av sådana förändringar.⁷⁷

I rapporten presenteras en agenda i sex steg för att övergå från ett traditionellt till ett värdebaserat sjukhus. Agendan fokuserar huvudsakligen på mätning av utfall och kostnader samt i ett andra steg organisering, det vill säga Porters och Teisbergs princip två och ett (se föregående kapitel). Övriga principer i värdebaserad vård berörs men i lägre grad. Agendan innebär i ett första steg att sjukhuset gör en självutvärdering av hur förberedd man är för värdebaserad vård. I detta steg identifieras de medicinska tillstånd och patientgrupper som utifrån olika kriterier är bäst att börja arbeta med och som får utgöra pilotprojekt. Kriterier kan innefatta patientgruppens storlek och finansiella betydelse, förekomsten av uppenbara förbättringsbehov som kan ge snabba resultat, patientgruppens strategiska betydelse för sjukhuset utifrån ett konkurrensperspektiv samt tillgängligheten till bra data. Ytterligare en förutsättning handlar om att hitta inspirerande interna förändringsledare som kan leda pilotprojektet.⁷⁸

I ett andra steg formas multidisciplinära team som definierar vilka utfall som är relevanta för patienterna. I teamen ska representanter från olika delar av vårdflödet ingå, liksom patientrepresentanter. Teamen ska inte bara identifiera mått utan det handlar också om att arbeta med mätningarnas användbarhet. Det kan till exempel innebära att man utvecklar så kallade ”styrkort” (eng. scorecards) som gör det möjligt att följa resultat löpande. I ett tredje steg kartläggs patientens väg genom vården och hur den bidrar till utfall och kostnader. Det fjärde steget innebär att ta hem snabba förbättringsmöjligheter och – i ett femte steg – att förbättra rutiner, schemaläggning, processer, roller och ansvarsfördelning. Slutligen ska teamen ta fram rekommendationer för hur mätning av utfall och kostnader per patient kan tas från pilotstadiet till att integreras i den dagliga verksamheten.

Vidare konstateras att sjukhuset så småningom kommer att behöva arbeta med två mer genomgripande aspekter – IT-systemet och verksamhetens organisering. Ett stödjande IT-system utgör enligt BCG en framgångsfaktor för att automatisera insamling och analys av data, men man konstaterar samtidigt att det inte är nödvändigt att ha det på plats innan man påbörjar omvandlingen mot att arbeta värdebaserat. När det gäller organiseringen menar BCG att man antingen kan förändra hela organisationen från klinikbaserad

77 BCG (2014).

78 BCG (2014).

till flödesorienterad (såsom enligt BCG skett på bland annat Cleveland Clinic), alternativt skapa en matrisorganisation inom den traditionella organisationen.⁷⁹

BCG har utifrån de sex stegen ovan bistått Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och Akademiska sjukhuset i Uppsala i deras ambitioner att införa värdebaserad vård. Sjukhusens arbete i denna riktning beskrivs vidare nedan.

Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm

Karolinska Universitetssjukhuset är ett av norra Europas största universitetssjukhus, beläget i Solna och Huddinge. Karolinska har i uppdrag att vara Stockholms läns landstings universitetssjukhus med särskilt ansvar för specialiserad och högspecialiserad sjukvård. Karolinska tar även emot patienter från andra delar av landet och från andra länder. Sjukhuset har ungefär 15 800 medarbetare inom olika yrkesgrupper och 1 600 vårdplatser.⁸⁰

Värdebaserad vård integrerat i flödesarbetet

År 2012 fick BCG i uppdrag att genomföra planeringen av Karolinskas nya anläggning i Solna, Nya Karolinska. I samband med detta inleddes även ett förändringsprojekt för att skapa "ett nytt sätt" att bedriva sjukvård. BCGs uppdrag att hjälpa sjukhusets ledning att utveckla en ny verksamhetsmodell pågick fram till sommaren 2017.

Förändringsarbetet beskrevs inledningsvis som en vidareutveckling av det flödesarbete som tidigare bedrivits på sjukhuset. I praktiken innebar det att man påbörjade ett arbete för att komplettera tidigare processmått med utfallsmått och kostnadsmått.

Värdebaserad vård är en av huvudstrategierna i verksamhetsplanen för 2014. Tanken är att införa fler mått i flödesarbetet som har betydelse för Karolinskas patienter. Idag mäts till exempel kötider och väntan på läkare. Med värdebaserad vård ska vårdens kvalitet och värde för patienterna utvärderas.⁸¹

79 BCG (2014) The Value-Based Hospital: A Transformation agenda for health care providers.

80 Karolinska Universitetssjukhusets webbplats. Tillgänglig: www.karolinska.se/om-oss/ [2019-04-15].

81 Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, Hjärtkliniken håller koll – även efter utskrivning. Nr 5, 2013, s. 19.

Dåvarande sjukhusdirektör Birgir Jakobsson beskriver i sjukhusets personaltidning att värdebaserad vård är ett sätt att komma igång med kvalitetsmätning och skapa motivation till att arbeta med ständiga förbättringar. Ytterligare en fördel som han pekar på är att konceptet utgör en del av ett internationellt system som gör det möjligt att så småningom jämföra sjukhuset med andra universitetssjukhus i världen.⁸² I ett annat reportage i personaltidningen förklaras hur resurser och kostnader ska mätas under patientens väg genom vården. Arbetet ska utgöra en förberedelse för de nationella satsningar som pågår för att utveckla nya ersättningsystem.⁸³ Det ska även möjliggöra en annan ekonomisk styrning internt på Karolinska Universitetssjukhuset. Erik Wiklund, metodansvarig för resurs- och kostnadsuppföljning inom programmet ”Värdebaserad vård integrerat i flödesarbetet”, berättar:

Vi behöver ändra metodik för kostnadsberäkningen så att kostnaden för tjänsten för respektive patient är relaterad till resursåtgången för att producera tjänsten. Vi har idag ett system för kostnader och ett annat system som registrerar vad som händer med patienten. Nu ska vi synka systemen.⁸⁴

Ett viktigt steg i arbetet mot en värdebaserad vård var inledningsvis att definiera patientgrupper. Arbetet innebar en kartläggning av respektive patientflöde och urval av patientrelevanta utfallsmått. Vidare tog man fram digitala styrkort för varje patientgrupp innehållande utfallsmått samt kostnader. Styrkorten utgör underlag för ett kontinuerligt förbättringsarbete i patientflödet. I slutet av 2014 var ca 260 patientgrupper definierade och arbetet med tio pilotpatientflöden pågick. Målsättningen var att 80 procent av patientgruppsvolymerna skulle arbeta värdebaserat år 2018.⁸⁵

Under 2014 anställdes Andreas Ringman Uggla, tidigare BCG-konsult, i rollen som produktionsdirektör med ansvar för verksamhetsutveckling, värdebaserad vård och flödesarbete. Under hösten 2014 fick Karolinska Universitetssjukhuset

82 Birgir Jakobsson i Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, Värdebaserad vård konkretiserar flödesarbetet. Nr 1, 2014.

83 De nationella satsningar som åsyftas är framför allt SVEUS (Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården). Satsningen startade 2013 som ett samarbete mellan sju landsting och flera olika organisationer, däribland Karolinska Institutet. Syftet har bland annat varit att utveckla bättre metoder för att mäta och följa upp hälsoutfall och kostnader (se även kapitel 1, Aktörskarta).

84 Erik Wiklund i Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, Förberedelser inför framtidens ersättningsystem. Nr 2, 2014, s. 11.

85 Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2014.

även en ny sjukhusdirektör, professor Melvin Samsom. En av Samsoms viktigaste uppgifter var att leda den stora omorganisationen av Karolinska, ett arbete som redan var i gång med stöd av BCG. Samsom framhåller att en svår utmaning som universitetssjukvården står inför är sjukvårdens ökande kostnader, vilket gäller för hela västvärlden. Han beskriver vidare att kärnan i värdebaserad vård handlar om följande:

Karolinska behöver, liksom alla andra sjukhus, mäta vårdens resultat och våga vara öppna med dem. Det är inte acceptabelt med stora variationer i praxis och medicinsk kvalitet för samma patientgrupp. Karolinska måste sträva efter att bedriva en patientsäker vård på högsta nivå inom alla områden där vi är verksamma, och vi ska kunna visa det. Där vi ännu inte nått fram till den högsta nivån ska vi rikta blicken utåt för att lära oss av andra sjukhus och universitet.⁸⁶

För att åstadkomma jämförbarhet mellan sjukhusets resultat och andra vårdgivare globalt skedde även ett samarbete med ICHOM för att ta fram ett så kallat ”standardset” med utfallsmått för varje given patientgrupp.⁸⁷

Vidare diskuterades värdebaserad vård i sjukhusets styrelse ett antal gånger under året. Bland annat angavs att flödesarbetet och arbetet med ständiga förbättringar tydligare integrerats i det värdebaserade arbetet. Styrelsen betonade vikten av patienternas delaktighet i förbättringsarbetet.⁸⁸

Den nya verksamhetsmodellen

Under 2015 tog sjukhusledningen beslut om att införa ”den nya verksamhetsmodellen” och en tematisk organisation, med utgångspunkt i multiprofessionella team fokuserade kring patientgrupper, för hela Karolinska. De främsta utmaningarna inom sjukvården som förändringarna tog sikte på ansågs då vara en fragmenterad vård/organisatoriska silos och brist på helhetssyn, stora skillnader i behandlingsmetoder och vårdresultat samt återkommande problem med ekonomin. För att möta utmaningarna på Karolinska skulle införandet av värdebaserad vård fortsätta och kompletteras med en tematisk organisation. Denna

86 Melvin Samsom i Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, Nya vägar framåt för universitetssjukvården. Nr 4, 2014, s. 2.

87 Karolinska Universitetssjukhuset, Kommentarer med anledning av artikel i Dagens Nyheter 29/5, 2017. Nyhet 2017-05-29.

88 Karolinska Universitetssjukhuset, Protokoll från styrelsemöte 3, 2014.

skulle byggas kring de patientgrupper som sjukhuset redan arbetade med. Projektet "Ny verksamhetsmodell" startades för att genomföra förändringen.⁸⁹ I sjukhusets presentationsmaterial beskrevs det så här:

Mot bakgrund av vad som händer i vår omvärld, våra utmaningar och vår vision att sätta patienten först och tillsammans skapa den bästa vården, är vår strategi att fokusera på patientens resa genom vården. Att skapa ett ökat värde för patienten. Det är så vi kommer att kunna skapa den bästa vården. Värdebaserad vård är vår huvudstrategi. Vi låter därför Värdebaserad vård ligga till grund för utvecklingen av vår nya verksamhetsmodell [...]. Den nya verksamhetsmodellen har som mål att utgå från patientens väg genom vården och att integrera vård, forskning och utbildning i allt vi gör.⁹⁰

Den nya verksamhetsmodellen uppgavs även bygga på sjukhusets "nya högspecialiserade uppdrag, tydligare integration av vård, forskning och utbildning, styrning mer på kvalitet än kostnader samt en tematisk vård i den nya sjukhusbyggnaden".⁹¹

Ett av huvudargumenten för att införa en tematisk organisation var att den sedan länge rådande divisionsstrukturen ansågs främja ett silo-tänkande. Den upplevdes även innebära oklara ansvarsområden och för stora "span of control" (för många underställda per chef). Ett annat argument var att värdebaserad vård-modellens arbetssätt krävde en omorganisation. Med en ny organisationsmodell skulle man få bort hinder mot att arbeta effektivt i enlighet med värdebaserad vård. Andra argument handlade om att SLL slagit fast att Nya Karolinska skulle bedrivas i en tematisk struktur utifrån patientgrupper och att en enhetlig organisering för hela Karolinska skulle underlätta. För att utveckla den nya organisationen och dess styrning utsågs förändringsledare för respektive tema och funktionsområde. Den nya organisationen skulle utvecklas enligt principen "Emergent Change", det vill säga stegvis och genom att involvera medarbetare, chefer och fackliga företrädare i processerna.⁹²

89 Karolinska Universitetssjukhuset, Ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset. Underlag till sjukhusets ledningsgrupp, 2015-05-12.

90 Karolinska Universitetssjukhuset, Baspresentation, s. 12.

91 Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinskas nya verksamhetsmodell med värdebaserad vård som strategisk utgångspunkt. Nyhet 2017-12-05.

92 Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Vårdutskottets uppföljning av nya verksamhetsmodellen vid K, 2019-01-24.

Produktionsdirektör Andreas Ringman Ugglå, som hade en ledande roll i framtagandet av den nya verksamhetsmodellen, klargör i ett inlägg under rubriken "fråga ledningen" i personaltidningen hur denna förhåller sig till det tidigare arbetet med Lean:

Fråga från medarbetare:

Kommer sjukhuset fortsätta att använda lean production eller kommer man anamma en mer flexibel produktionsprocess?

Svar från Andreas Ringman Ugglå:

Generellt kan man säga att sjukhusets verksamheter ska använda de verktyg som vi behöver för att uppnå våra mål. Lean är ett sådant verktyg, men det finns fler. Just nu är vi inne i en fas då vi testar olika alternativa angreppssätt för att styra sjukhuset med värdebaserad vård som grund. Ett syfte med den nya styrmodellen är att styrmekanismerna ska kunna väljas och utvecklas av den verksamhet som ska använda dem. Det finns inte en modell som passar alla.⁹³

Under 2015 skrevs avtal mellan BCG och Karolinska Universitetssjukhuset gällande stöd till det pågående arbetet. Konsultstödet gällde organisationsdesign för Nya Karolinska, stöd i att utveckla en ny modell för strategisk planering inklusive ansvarsfördelning och mandat i den nya organisationen, samt struktur för så kallad masterdata. Vidare omfattade avtalet stöd till förändringsledarna och deras arbete med Ny Verksamhetsmodell för Nya Karolinska. Avtalet löpte till och med 2016-12-31, med möjlighet till förlängning.⁹⁴

Karolinskas arbete med värdebaserad vård behandlades under året i sjukhusets styrelse. Vid ett möte diskuterade styrelsen bland annat riskerna med en så stor organisationsförändring och den stora IT-utmaningen.⁹⁵ Vid ett senare styrelsemöte presenterades vad som är nytt i den nya verksamhetsmodellen. *Organisationslogiken* uppges till exempel förändras från uppbyggnad kring medicinska specialiteter till organisering kring patientgrupper. Ett annat exempel är att *styrningen* uppges förändras från fokus på processer och kortsiktiga budgetmål till fokus på värdet för patienten.⁹⁶

93 Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, "Varför har byxorna konstiga storlekar?". Nr 2, 2015, s. 22.

94 Konsultavtal mellan BCG och Karolinska Universitetssjukhuset, 2015.

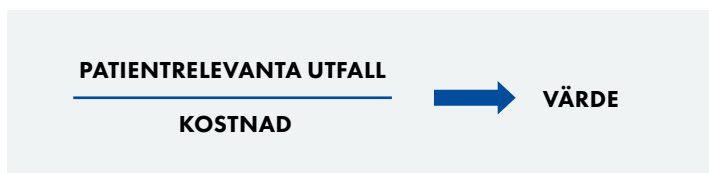
95 Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Protokoll 4/2015, 2015-05-19.

96 Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Protokoll 9/2015, 2015-10-29.

Omorganisation och implementering av ny verksamhetsmodell

Implementeringen av en ny verksamhetsmodell med en tematisk organisationsstruktur skulle ske genom en successiv förändring av organisation och arbetssätt, där målet var att uppnå Karolinskas vision; ”Patienten först”. Den nya verksamhetsmodellen skulle leda till mer sammanhängande vårdkedjor, som skulle skapa bättre transparens vad gäller vårdkvalitet och förbättra resursutnyttjandet över funktionsgränser.⁹⁷

Under 2016 infördes den nya verksamhetsmodellen för de teman och funktioner som ingick i fas 1.⁹⁸ Teman och funktioner ersatte därmed divisionerna i delar av verksamheten. Strategin bakom den nya verksamhetsmodellen var fortsatt värdebaserad vård, ”med syftet att skapa mer värde för patienten till en rimlig kostnad”.⁹⁹ Den så kallade värdeekvationen som är grundläggande för konceptet (se kapitel 2) förekommer i sjukhusets presentationsmaterial:



Vårdens värde beskrivs som utfall som gör skillnad för patienten, satt i relation till kostnaden. Ekvationen ska enligt presentationsmaterialet inte ses som en matematisk ekvation utan som ett förhållande som man behöver förstå. De patientrelevanta utfallen handlar om omvårdnadsmässiga utfall, mått på patientupplevd kvalitet samt processmått. Kostnads- och resursmått uppges mätas per patientgrupp och längs hela patientflödet.

I Karolinskas personaltidning nr 4 år 2016 finns ett större temaavsnitt kring värdebaserad vård där det konstateras att nästan 400 patientgrupper har identifierats inom barn- och vuxensjukvården, men att arbetet med modellen på Karolinska bara har börjat. Värdebaserad vård presenteras med följande bild som visar dess fem byggstenar:

97 Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2016.

98 I fas 1 ingick Tema Barn & Kvinnosjukvård och Tema Hjärta-Kärl samt funktionsområdena Akut, Bild och Funktion, Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI) och Hälsoprofessionerna, se Karolinska Universitetssjukhuset, Tematisk organisation. Tillgänglig: www.karolinska.se/om-oss/karolinskas-verksamhetsmodell/tematisk-organisation/.

99 Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, Nya cheferna på plats. Nr 3, 2016, s. 10.



Figur 3.1 Värdebaserad vård på Karolinska. Källa: Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning nr 4, 2016, sid 13.

I artikeln betonas förutom mätning särskilt att beslut ska fattas nära patienten.

Patienterna och deras sjukdomar förändras inte. Förändringen ligger i en vård där det ska vara självklart och förhoppningsvis även enkelt att mäta och följa upp resultat. En viktig princip är att beslut ska fattas så nära patienterna som möjligt och, kanske viktigast av allt, att patienten kommer in som part i beslutsfattandet.¹⁰⁰

Ett exempel som tas upp i tidningen kommer från bröstcancervården. Bröstcancerkedjan, som sträcker sig över flera olika kliniker och enheter, blev enligt chefen på Mammografienheten en tajtare kedja med hjälp av arbetet med värdebaserad vård. Vid årsskiftet 2015/2016 öppnades en one-stop mottagning för patienter med misstänkt bröstcancer, där patienten får genomgå hela diagnostiken och får besked samma eller efterföljande dag. Samarbetet har kommit att leda till att patienterna uppfattar bröstcancervården som en och samma enhet. Förutom en patientrepresentant finns även ett patientråd där nyligen tillfrisknade patienter får ge synpunkter.¹⁰¹

100 Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, Beslut nära patienterna. Nr 4, 2016, s. 13.

101 Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, På väg mot ny styrmodell. Nr 4, 2016; Karolinska Universitetssjukhuset, Nya lösningar för bröstcancervården. Artikel på intranätet, 2016-11-09.

Vidare beskrivs hur patientområde Graviditet och Förlossning arbetar med värdebaserad vård med särskilt fokus på för tidigt födda barn. En viktig del i arbetet är framtagandet av styrkort innehållande utfallsmått och processmått som kan sättas samman i index. Med hjälp av dessa styrkort är det möjligt att följa upp kvalitet och i förlängningen också att relatera uppnådd kvalitet till kostnader per patient.¹⁰²

Kritik och avgångar

I första numret av Karolinskas personaltidning år 2017 under rubriken ”fråga ledningen” ställs en specifik fråga kring värdebaserad vård.

Fråga från medarbetare:

Karolinska inför en ny verksamhetsmodell som utgår från värdebaserad vård. Kunskapsläget bland medarbetarna är ganska svagt, vilket lett till förvirring, osäkerhet och förändringsobenägenhet. Hur planerar ledningen för att höja kunskapsläget?

Svar från Andreas Ringman Ugglar:

Sjukhuset har på olika sätt spridit information om den nya verksamhetsmodellen, bland annat genom, e-utbildning på Lärtorget, en film om ny verksamhetsmodell och värdebaserad vård (VBV) på Inuti samt artiklar i Karolina (Nr 2 och nr 4, 2016 samt nr 3 2015) Tema- och funktionsledning fick 2016 utbildning i VBV och workshops hölls med verksamhetschefer och patientflödesansvariga på respektive tema. Det finns förstås behov av utbildning och dialog även fortsättningsvis. Vi ska genomföra liknande aktiviteter, men ju närmare övergång till den nya verksamhetsmodellen, desto större vikt läggs på ledarskapsutveckling. De nya cheferna ska kunna beskriva vad modellen innebär för den egna verksamheten. Även om staber har ett stort ansvar, är det viktigt att de som har frågor ställer dem till sin närmaste chef, eller lyfter frågan på en arbetsplatsträff.¹⁰³

Beskrivningen av hur och i vilken omfattning som Karolinska Universitetssjukhuset tillämpar värdebaserad vård har därefter mattats av över

102 Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, På väg mot ny styrmodell. Nr 4, 2016. Jmf. även presentation av Boubou Hallberg, patientflödesansvarig: www.sveus.se/documents/Presentationer/Sveus_konferens_141125_Boubou_Hallberg.pdf.

103 Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning, ”Varför höjs inte lönerna för specialistsjuksköterskor?”. Nr 1, 2017, s. 23.

tid och förekommer från och med början av 2017 inte längre i varken personaltidning eller årsredovisning. I sjukhusets nyhetsflöde på webben förekommer enstaka inlägg, bland annat ett tydliggörande att värdebaserad vård inte är en organisationsmodell utan ett strategiskt ramverk.¹⁰⁴ Begreppet värdebaserad vård kvarstår dock på sjukhusets hemsida och beskrivs som en del i ”vår verksamhetsmodell”.

I kapitel 4 beskrivs den debatt som förekom under 2017-2018 beträffande värdebaserad vård och Karolinska Universitetssjukhusets arbete med konsultbolaget BCG. Detta ledde bland annat till att Ringman Ugglå avgick från sitt uppdrag i början av 2018. I granskningen framkom bland annat kopplingar till BCG. I den bredare kritiken ingick även sjukhusets samarbete med ICHOM och frågan om patientdata, och sjukhuset sade därefter upp sitt strategiska partnerskap med organisationen. Senare samma år lämnade även sjukhusdirektör Samsom Karolinska efter kritik mot stora konsultarvoden och misstanke om jäv.

Utvärdering och omprövning

Den 1 oktober 2018 tog Annika Tibell över som tillförordnad sjukhusdirektör. Tibell var tidigare biträdande sjukhusdirektör och operativ direktör vid Karolinska. Hon uppger att ett av de viktigaste projekten under 2019 för att landa i den nya sjukvårdsmiljön är att finjustera Karolinskas nya verksamhetsmodell.¹⁰⁵

I början av 2019 överlämnade styrelsens vårdutskott en intern rapport till den nya styrelse som tillträtt i maj 2018. Uppdraget bestod i att genomföra en uppföljning av den nya verksamhetsmodellen. Rapporten, som bland annat bygger på fokusgruppsdialoger och samtal med medarbetare och chefer samt underlag från forskare som följt processen med implementeringen av verksamhetsmodellen, pekar på ett antal allvarliga brister. Bland annat rapporteras om brister avseende de patientflöden som skapats, brister relaterade till mätning av patientrelevanta utfall samt vad gäller uppbyggnaden av stödjande IT-system. Vidare visar uppföljningen att många upplever att fragmentiseringen och stuprörstänkandet ökat, att det uppstått oklarheter kring ansvar och beslutsfattande och att trenden går mot centralisering av beslut snarare än beslutsfattande så nära patienten som möjligt. Det framgår att medarbetarnas förtroende för

104 Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinskas nya verksamhetsmodell med värdebaserad vård som strategisk utgångspunkt. Nyhet 2017-12-05.

105 Tibell, A. Klipp från året i sjukhusdirektörens julhälsning. Nyhet på sjukhusets hemsida, 2018-12-20.

sjukhusledningen är lågt, mycket p.g.a. den nya verksamhetsmodellen och att styrningen av sjukhuset ”fortfarande i alltför hög utsträckning präglas av konsultidéer”.¹⁰⁶

Bland effekter på vårdens innehåll uppmärksammas framför allt problem med att placera multisjuka i rätt patientflöde, med oklara ansvarsförhållanden och risk för sämre vårdkvalitet som följd. Ett skäl som anges är att patientflödena är smalare än vid tidigare kliniker. Det rapporteras även om ökad administration, bland annat kopplat till ökad remittering mellan flödena. Det ökade antalet organisatoriska enheter uppfattas även som kostnadsdrivande. En orsak anses vara att patientflödescheferna saknar full insyn i ekonomin på sina enheter.¹⁰⁷

Styrelsen gav på basis av rapporten i uppdrag till sjukhusdirektören att göra en fortsatt översyn av organisationen och särskilt beakta möjligheten att minska uppdelningen av medicinska specialiteter på olika teman och patientområden.¹⁰⁸ Björn Zoëga, nyttillträdd sjukhusdirektör sedan januari 2019, uppger därefter att det i dagsläget är oklart huruvida sjukhuset kommer fortsätta arbeta enligt värdebaserad vård.¹⁰⁹

Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är i likhet med Karolinska ett av norra Europas största universitetssjukhus. Det bildades 1997 då sjukhusen Sahlgrenska, Mölndal och Östra slogs ihop och fungerar som ett länsjukhus för invånarna i Göteborgsområdet. På Sahlgrenska finns spetskompetens inom cirka 25 specialiteter och man behandlar patienter från hela Sverige. Totalt har Sahlgrenska cirka 1950 vårdplatser fördelade på ett 120-tal avdelningar. Verksamheten finns på flera platser i Göteborgsområdet – på Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset, Mölndals sjukhus, Högsbo sjukhus och på flera

106 Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Vårdutskottets uppföljning av nya verksamhetsmodellen vid K, 2019-01-24, s. 4.

107 Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Vårdutskottets uppföljning av nya verksamhetsmodellen vid K, 2019-01-24.

108 Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Vårdutskottets uppföljning av nya verksamhetsmodellen vid K, 2019-01-24.

109 Dagens Nyheter, Karolinskas nya direktör öppnar för förändringar, 2019-01-29.

öppenvårdsmottagningar runtom i Göteborg. Tillsammans arbetar cirka 16 000 medarbetare på sjukhuset.¹¹⁰

Värdebaserad vård som framtida huvudstrategi

Under våren 2013 fattade dåvarande sjukhusdirektör Barbro Fridén beslut om att införa värdebaserad vård som övergripande strategi och viktigaste styrprincip för Sahlgrenskas verksamhet. Målsättningen var att ”värdestyrning” skulle gälla som gemensamt arbetssätt och styrprincip för hela universitetssjukhuset år 2016.¹¹¹ Värdebaserad vård beskrevs på följande sätt i sjukhusets årsredovisning för 2013:

Grundtanken i värdebaserad hälso- och sjukvård är att skapa största möjliga värde för patienten för de resurser sjukhuset tilldelas. Detta innebär fokus både på kliniska resultat och kostnader. Arbetet innebär kontinuerlig mätning och uppföljning av den medicinska kvaliteten med syfte att förbättra sjukvården på alla nivåer. Patientens upplevelse är viktig att ta fasta på genom t.ex. patientenkäter kan sjukhuset få kunskap om deras erfarenhet. Resultaten kan sjukhuset också använda i styrningen av verksamheten.¹¹²

BCG kontrakterades i syfte att verka som konsultstöd vid införandet. Under april 2013 hölls ett seminarium tillsammans med BCG vilket blev uppstarts-mötet för arbetet.¹¹³ BCG genomförde tillsammans med sjukhusledningen en nulägesanalys av förutsättningarna för att arbeta värdebaserat inom ett antal stora diagnosgrupper. Analysen omfattade diagnosgruppernas utfalls- och kostnadsmått, medicinsk kvalitetsförbättringsprocess samt infrastruktur och organisation. Utifrån nulägesanalysen beslutades att arbetet skulle inledas med fyra pilotgrupper: bipolär sjukdom, prostatacancer, höftproteskirurgi och kongenitalt hjärtfel.¹¹⁴

Vid slutet av 2013 arbetade ett antal tvärprofessionella arbetsgrupper systematiskt med värdestyrning. BCG:s modell för ett värdebaserat sjukhus

110 Sahlgrenska Universitetssjukhusets webbplats. Tillgänglig: www.sahlgrenska.se/om-sjukhuset/ [2019-04-15].

111 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2013.

112 Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2013), s. 14.

113 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2017.

114 BCG (2014) The Value-Based Hospital: A Transformation agenda for health care providers; Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2013.

(se inledande avsnitt i detta kapitel) låg till grund för arbetet.¹¹⁵ Grupperna gick igenom utfallsresultat och jämförde sina mått med andras. I grupperna ingick även patienter. Sjukhusdirektör Barbro Fridén beskriver i Sahlgrenska akademins personaltidning hur patientens upplevelse användes inom piloten bipolär sjukdom:

Inom bipolär sjukdom tyckte till exempel patientrepresentanten att vi borde mäta hur många 30-åriga patienter som kan försörja sig själva och använda det måttet som ett medicinskt resultatmått. Det tog oss en stund att inse, men det är faktiskt ett glimrande bra mått på hur bra vi lyckas med vården för just patienter med bipolär sjukdom och innebär att man måste finna nya sätt att arbeta och med en helt annan kontinuitet på vårdkedjan.¹¹⁶

Även sjuksköterskor och undersköterskor ingick i teamen, vilket enligt BCG ledde till viktiga insikter. I piloten höftproteskirurgi påpekade till exempel en undersköterska att många patienter upplevde yrsel efter operation, vilket medförde förlängd inskrivning. Genom att arbeta med förbättringsmöjligheter som denna kunde höftprotesgruppen förbättra sin produktivitet.¹¹⁷

Uppbyggnad av internt stöd

Under 2014 grundades Kontoret för värdebaserad vård för att ta över BCG:s funktion som stöd till ledningsgruppen och verksamheterna i arbetet med att införa värdebaserad vård. Visst konsultstöd fortgick dock fram till 2015 då tillräcklig intern kompetens bedömdes ha byggts upp. Det så kallade "värdekontoret" skulle säkra ett helhetsgrepp kring det pågående utvecklings- och implementeringsarbetet, etablera en effektiv programstyrning med monitorering av arbetet, identifiera avvikelser från planer och koordinera olika arbetsströmmar där samordning krävdes. Kontoret skulle även driva arbetet framåt och utmana grupperna/delprojekten, säkra effektiv och tydlig kommunikation kring implementeringsarbetet och avrapportera till sjukhusets ledningsgrupp.¹¹⁸

115 BCG (2014) The Value-Based Hospital: A Transformation agenda for health care providers.

116 Barbro Fridén i Sahlgrenska akademins personaltidning på nätet, Vi har all anledning att vara stolta. 2015-06-16.

117 BCG (2014) The Value-Based Hospital: A Transformation agenda for health care providers.

118 Konsultavtal mellan BCG och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2015.

Värdekontoret leddes under 2014 av en chefläkare.¹¹⁹ Året därpå nyrekryterades ledningsansvarige bestående av dels en medicinskt ansvarig och en operativt ansvarig. Vid kontoret fanns även följande kompetenser: IT-arkitekt, ekonom, kommunikatör, implementeringsledare, registerkompetens samt logistiker.¹²⁰ Vid slutet av 2014 hade värdebaserad vård införts i 10 patientgrupper. Dessa hade arbetat med att skapa olika förutsättningar; bilda team, ta fram mätetal, utveckla arbetssätt, datainsamling m.m. De som hade kommit längst arbetade med förbättringsinitiativ utifrån uppställda mål kring kliniska utfall för patienterna. I årsredovisningen för 2014 uppges arbetet ha lett till konkreta resultat:

*Grupperna kan påvisa tydliga förbättringsresultat, till exempel färre fallolyckor, lägre andel blodtransfusioner samt bättre tillgänglighet och 35 % ökning av antalet operationer för patienter som opereras med höftprotes samt ett nytt unikt kodningssystem för prostatacancer plus förbättrat samarbete med lab. som gör det möjligt att följa upp effekten av olika typer av behandlingar vid prostatacancer.*¹²¹

I början av 2015 tecknades en förlängning av tidigare avtal mellan Västra Götalands läns landsting och BCG gällande implementeringsstöd till Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Avtalet, som gäller för perioden jan-mars 2015, gällde fortsatt stöd till kontoret för värdebaserad vård och dess arbete med de tio patientgrupperna.¹²²

I slutet av året var det interna stödet uppbyggt och flera nya patientgrupper hade startat. Det inleddes även ett arbete för att fortlöpande rapportera medicinska utfall externt. Det värdebaserade arbetssättet uppgavs i årsredovisningen för 2015 ha rönt internationell uppmärksamhet, med studiebesök från svenska och utländska vårdteam som följt. Det framkommer även att sjukhusdirektören ofta anlitas som föredragshållare vid internationella konferenser på temat värdestyrning. Fortsatt positiva resultat rapporteras för de patientgrupper som nu arbetar värdebaserat.¹²³

I maj utsågs en ny kvalitetsdirektör för att leda sjukhusets kvalitetsorganisation, där kontoret för värdebaserad vård ingår. Kvalitetsdirektören berättar i en artikel i personaltidningen att prioriterade områden för honom är att ta sig

119 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Patientsäkerhetsberättelse 2014.

120 Konsultavtal mellan BCG och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2015.

121 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning, 2014, s. 24.

122 Konsultavtal mellan BCG och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2015.

123 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2015.

”från ekonomistyrning till värdestyrning” och att förbättra förutsättningarna för att våga testa nya arbetssätt. Han ser en hel del fördelar med värdebaserad vård men betonar också att det är viktigt att modellen fylls med rätt innehåll.

Vi ska fokusera på vad som är viktigast för patienten, så kallade utfallsmått. Tyvärr har vi alltför ofta varit inriktade på processmått vilket i sig är viktigt men inte det mest betydelsefulla för patienten.¹²⁴

Ett exempel som ges är att kortare väntetid till operation är viktigt och mätbart (processmått), men att det viktigaste för patienten är att kunna återgå till en normal funktion, slippa opereras om och bli av med sina symptom (utfallsmått).¹²⁵

Patientmedverkan och organisatoriska förändringar

Det värdebaserade arbetssättet på Sahlgrenska innebar under 2015 och 2016 förutom satsningar på förbättrad utfallsmätning även insatser för att öka patientmedverkan i vården. Ett antal aktiviteter för att i högre grad involvera patienterna i vården genomfördes, såsom dialoger kring vårdens utformning och styrning.¹²⁶

Det skedde även organisatoriska förändringar under 2015 och 2016. Bildandet av tvärprofessionella arbetsgrupper runt ett sjukdomstillstånd ledde till exempel till att nya centrumbildningar tillkom, såsom Centrum för Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), där olika aktörer både inom och utanför sjukhuset samlades. Andra organisatoriska anpassningar genomfördes kring patienter som kräver behandling från olika kompetenser som annars är organiserade separat.¹²⁷ Diskussionen kring sjukhusets organisation utifrån värdebaserad vård fördjupades och i augusti 2015 diskuterades begreppet integrerad vårdenhet (Integrated practice unit/IPU) som ett sätt att skapa en organisation mer utifrån patientens behov. Under våren 2016 fattade dåvarande sjukhusdirektör Barbro

124 Ali Khatami i Sahlgrenska akademins personaltidning på nätet, Ali Khatami ny kvalitetsdirektör på SU. 2015-05-20.

125 Ali Khatami, 2015-05-20.

126 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2015.

127 Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2015).

Fridén ett inriktningsbeslut att sjukhuset skulle omorganiseras i tematiska verksamhetsområden utifrån patientflöden.¹²⁸

Utvärdering och omprövning

Under 2016 fortsatte implementeringen av värdebaserad vård genom att fler patientgrupper inkluderades. Ett vanligt förekommande bekymmer som uppmärksammades när fler patientgrupper tillkom var svårigheten att kontinuerligt fånga upp utfallsdata. För att skapa bättre fungerande styrkort utvecklade sjukhuset en så kallad sambandskarta för framtagande av utfalls-, process- och ekonomimått och hur de förhåller sig till varandra. Särskilt fokus låg på att utveckla de ekonomiska måtten i styrkorten. Vidare genomfördes en intensiv utbildningsinsats för verksamhetsutvecklare i värdebaserad vård-metodik.¹²⁹

I maj 2016, månaden efter att beslutet om omorganisering av sjukhuset togs, avgick Barbro Fridén. Under hösten tillträdde den nya sjukhusdirektören Ann-Marie Wennberg samt en ny ledningsgrupp som bedömde att det inte var lämpligt att påbörja några stora omorganisationer vid den tidpunkten:

Baserat på ny värdering av interna förutsättningar men också utifrån information från andra förvaltningars erfarenheter, förstärks bedömningen under 2017 att en omfattande omorganisation, baserat på patientgrupper inte är aktuell för närvarande.¹³⁰

En utvärderingsenkät som gått ut från värdekontoret till etablerade diagnosgrupper visade vidare på "en tämligen låg måluppfyllnad för flera utfallsmått".¹³¹

Tidig höst 2017 tillsatte Wennberg en utredning av den värdebaserade vården på Sahlgrenska. Utredaren, professor Peter Lönnroth, konstaterar baserat på en projektutvärdering av 31 vårdprocesser att dessa uppvisar en brokig utveckling. Ortopediverksamheten nämns som ett exempel där goda resultat uppnåtts; samtidigt noteras att det redan innan lanseringen av värdebaserad vård bedrevs ett systematiskt förbättringsarbete inom enheten med satsningar på ökad patientmedverkan i processkartläggningar och strukturerad uppföljning

128 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Uppdragshandling Värdebaserad vård. Utredningsuppdrag till Peter Lönnroth. Dnr SU 2017-03971.

129 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2016.

130 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Uppdragshandling Värdebaserad vård. Utredningsuppdrag till Peter Lönnroth. Dnr SU 2017-03971, s. 2.

131 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Dnr SU 2017-03971.

i register. Vidare menar han att ett ökat patientfokus och systematiska processkartläggningar kan åstadkommas med olika metoder. Utredningen kom fram till att Sahlgrenska bör fortsätta med ett värdebaserat förhållningssätt som strategi men utan att genomföra omfattande organisationsförändringar baserade på konceptet.¹³²

Ingen av de intervjuade var positiv till tanken att låta VBV gå från en strategi- och kulturfråga, till att utgöra ett allomfattande ledningssystem och en därpå följande tematisk omorganisation av sjukhuset: "Vänder vi på matrisen kommer hela havet att storma". Just denna del av utvecklingen anser man att SU måste tydliggöra internt såväl som externt. Man önskar lansera ett "VBV på SU".¹³³

Huruvida sjukhuset har fortsatt med värdebaserad vård som strategi och i vilken omfattning är dock otydligt sett till sjukhusets interna material (såsom personaltidning, hemsida och årsredovisningar).

Akademiska sjukhuset i Uppsala

Akademiska sjukhuset är Region Uppsalas länssjukhus och ett universitetssjukhus dit över 700 000 människor söker vård varje år. Sjukhuset, som erbjuder specialiserad och högspecialiserad vård, är ett av Sveriges största sjukhus med 940 vårdplatser och 8 300 medarbetare. Sjukhuset tar emot över 670 000 öppenvårdsbesök och genomför 32 000 operationer varje år.¹³⁴

Från produktion till kvalitet

Under 2013 satte sjukhusledningen igång ett omfattande arbete för att säkra Akademiskas position som "ett ledande universitetssjukhus". Införandet av värdebaserad vård utgjorde en viktig del i strategiarbetet. Det beskrevs inledningsvis som att sjukhuset skulle fokusera på hur mycket patientvärde i form av hälsoutfall per krona som man kan åstadkomma. Konkret handlade det om att identifiera vad som är viktigast att mäta och förbättra, samt att

132 Lönnroth, P. (2017) Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Dnr SU 2017-03971.

133 Lönnroth (2017), s. 8.

134 Akademiska sjukhusets webbplats. Tillgänglig: www.akademiska.se/om-oss/om-akademiska-sjukhuset/arsredovisning-kvalitetsbokslut-och-korta-fakta/ [2019-04-15].

bilda tvärprofessionella arbetsgrupper som skulle ta fram tydliga och mätbara mål och rutiner för att arbeta med förbättringar.¹³⁵ Efterhand utkristalliserade sig två fokusområden – att förbättra dels den medicinska kvaliteten, dels patientflödet.¹³⁶

I sjukhusets personaltidning beskrivs arbetet med värdebaserad vård, hur det fortlöper och vilka patientprocesser som har satts igång. Tidningen innehåller en mängd intervjuer och reportage från slutet av 2013 till och med 2018 och i nästan varje nummer innehar Morten Kildal, överläkare och ansvarig för införandet av värdebaserad vård, en kolumn med sammanfattning och förtydligande av arbetet. I det sista numret 2013 rapporteras att det hållits ett inledande stormöte under hösten för att informera om värdebaserad vård internt och för att fånga upp synpunkter och idéer. Hans-Olov Hellström, biträdande sjukhusdirektör och ansvarig för strategiarbetet, menar att det värdebaserade arbetssättet går ut på att i första hand fokusera på *kvalitet* snarare än på *produktion*. Han kommenterar i sjukhusets personaltidning:

*Många har generellt svårt att identifiera sig med rollen som produktionsenhet, och genom den värdebaserade verksamhetsstyrningen fokuserar vi istället på kvaliteten på ett annat sätt än vi har gjort tidigare. Det är ett synsätt som leder till att man ser mer till helheten för varje patient, snarare än till de enskilda åtgärderna. Sedan är det också så att bättre kvalitet leder till billigare vård i slutändan.*¹³⁷

Enligt Hellström utgör värdebaserad vård en fortsättning på sjukhusets tidigare förbättringsarbete:

*Det här är nästa steg i sjukhusets arbete med ständiga förbättringar. För tio år sedan kom våra kärnvärden, sedan kom arbetet med Lean och med patientprocesserna. Nu kommer nästa steg, som tydligt hänger ihop med de föregående. Det är viktigt att betona att vi inte ställer det tidigare arbetet på hyllan på något sätt.*¹³⁸

135 Akademiska sjukhuset, Kvalitetsbokslut 2013.

136 Akademiska sjukhuset, Kvalitetsbokslut 2015.

137 Hans-Olov Hellström i Akademiska sjukhusets personaltidning, Ny riktning inför framtiden. Nr 4, 2013, s. 4.

138 Hans-Olov Hellström, 2013, s. 4.

Under hösten 2013 fick BCG i uppdrag att stödja införandet av värdebaserad vård på Akademiska. Uppdraget sträckte sig fr.o.m. 1 oktober 2013 och 4 månader framåt. Arbetet inleddes med intervjuer av nyckelpersoner, datainsamling, workshops och fokusgrupper med medarbetare och chefer i syfte att ta fram förslag till strategier. BCG:s uppdrag var bland annat att utveckla en målbild för värdebaserad styrning och utforma en plan för implementeringen. I arbetet ingick att identifiera vilka diagnoser som skulle omfattas och hur insamlingen av data skulle ske. Vidare skulle konsultbolaget driva förbättringsarbetet, utveckla IT-stöd, ta fram kostnadsdata per patient och planera för införande inom ett antal patientgrupper.¹³⁹ BCG agerade projektstöd fram till mars 2014; därefter fortsatte sjukhuset arbetet med värdebaserad vård på egen hand.

Fokus på patientrelevanta utfallsmått och teamarbete

Inledningsvis testades det värdebaserade arbetssättet i de tre pilotgrupperna diabetes, ortogeratrik (frakturer hos äldre) och matstrupscancer. Arbetsgrupper sattes samman bestående av medarbetare från olika professioner som dagligen jobbar med patientgruppen samt medarbetare med expertkunskap i det administrativa systemet för utdata och ekonomi. Morten Kildal kommenterar:

Att samla både kliniker och administratörer har gjort det möjligt att få ut de data som arbetsgruppen tycker är viktiga för patienterna, och grupperna har också fått hjälp med att hitta enklare sätt att mata in data i våra it-system. När man har kommit överens om vad som är viktigast att mäta och fått igång dessa mätningar så går arbetet över i en vardag med förbättringsarbete som följs upp och stöds av sjukhusledning och styrgrupp.¹⁴⁰

Efter de inledande piloterna utvidgades arbetet med ytterligare tre piloter: alkohol- och narkotikamissbruk för unga vuxna, barnkirurgi och brännskadevård.¹⁴¹ Brännskadeprocessen beskrivs som en av de processer som är väl lämpad för värdebaserad styrning i och med att den redan är en definierad process där man jobbar multidisciplinärt och divisionsövergripande. Personalen vid Brännskadecentrum menar att arbetet med att sätta patienten i

139 BCG (2013) Värdebaserad verksamhetsstrategi för Akademiska sjukhuset – projektförslag.

Memorandum till Lennart Persson, sjukhusdirektör Uppsala Akademiska Sjukhus, 2013-09-15.

140 Morten Kildal i Akademiska sjukhusets personaltidning, Nya piloter startar i slutet av april. Nr 2, 2014, s. 16.

141 Akademiska sjukhuset, Kvalitetsbokslut 2013.

centrum innebär något av ett ”attitydskifte”, men uppmärksammar även vissa utmaningar:

Det finns [...] grundläggande utmaningar i att arbeta enhets- och professionsövergripande. Är det till exempel intensivvården eller kirurgerna som har patientansvaret? Det är inte alltid som behoven går hand i hand och man är inte alltid överens om vad som bör göras i ett visst skede.¹⁴²

Inom processen för unga vuxna som missbrukar alkohol och narkotika blev samordning mellan olika aktörer en viktig fråga, eftersom ansvaret för patientgruppen delas mellan kommuner och landsting. Inom processen samlas bland annat representanter för BUP, beroendemedicinska mottagningen, socialtjänsten, kommunens narkotikagrupp, ungdomscentrum och tre patientrepresentanter för att lättare kunna fånga upp patienter som annars tenderar att hamna mellan stolarna.¹⁴³

Positiva erfarenheter

Fler patientprocesser rullades ut efterhand, bland dem flera cancerdiagnoser. Positiva erfarenheter från såväl patienter som personal ledde under 2014 och 2015 till att allt fler medarbetare och chefer efterfrågade värdebaserad styrning av sina områden. När traumavården skulle införa värdebaserad vård testades därför ett nytt, mer koncentrerat, sätt att arbeta värdebaserat. Traumavården blev därigenom en av de första processerna att testa så kallad ”värdebaserad vård light”.¹⁴⁴ Det nya arbetssättet innebar att uppstartsfasen koncentrerades till en enskild dag istället för att pågå under 3-4 månader vid 4-5 olika mötestillfällen. Under dagen arbetar man intensivt med att kartlägga patientgruppen, synliggöra flödet/vårdkedjan och vad som kan utgöra hinder på vägen, identifiera viktiga utfallsmått och ta fram en handlingsplan för det fortsatta förbättringsarbetet.¹⁴⁵

I oktober 2015 tillträdde en ny sjukhusdirektör; Per Elowsson. Arbetet med värdebaserad vård fortskred samtidigt enligt tidigare plan. I slutet av 2016 arbetade 30 patientprocessteam inom cancer i enlighet med värdebaserad vård och standardiserade vårdförlopp, och förbättringsarbete pågick inom åtta andra

142 Fredrik Huss i Akademiska sjukhusets personaltidning, Ökat fokus på smärta. Nr 1, 2015, s. 9.

143 Akademiska sjukhusets personaltidning Fler kan få rätt vård. Nr 2, 2015.

144 Akademiska sjukhusets personaltidning Nya processer och ”lightversion”. Nr 5, 2014.

145 Morten Kildal i Akademiska sjukhusets personaltidning, VBV – på en dag. Nr 3, 2015.

diagnosområden.¹⁴⁶ Målet var att sammantaget lansera minst 100 processer inom värdebaserad vård.¹⁴⁷ Flera konkreta resultat rapporteras bland annat inom prostatacancer där väntetiden till cancerbesked på några år förkortats från fyra till en-två veckor. Ett annat resultat var att patienterna kunde få träffa ett tvärprofessionellt team vid ett och samma tillfälle på en gemensam mottagning. I de nya tvärprofessionella arbetsgrupper som skapats ingick en patientrepresentant i varje grupp. En av dessa rapporterar:

Det är mycket värdefullt för oss att man från vårdens sida nu verkar mena allvar med talet om "patienten i centrum". Vi har fått gehör för våra synpunkter på att förkorta och effektivisera vårdprocessen, men även vikten av rehabilitering efter cancerbehandling – ett hittills ganska försummat område.¹⁴⁸

Nya IT-verktyg för hantering av utfallsdata

Under 2015 och 2016 införde Akademiska nya IT-verktyg i syfte att förbättra det kliniska beslutsstödet. Med de nya verktygen skulle utdata kunna presenteras i ett automatiserat flöde med fortlöpande uppföljning av vilka åtgärder som ger bäst resultat.¹⁴⁹ De nya IT-verktygen skulle också möjliggöra för Akademiska att dra mer nytta av kvalitetsregisterdata.¹⁵⁰ Tillgången till aktuella patientfokuserade kvalitetsdata uppgavs fortfarande vara en utmaning 2016, även om framsteg gjordes. Ett exempel på ett framsteg var att alla cancerpatienter som ingick i standardiserade vårdförlopp i slutet av året gick att följa upp på de viktigaste ledtiderna i realtid.¹⁵¹

Under 2017 rapporteras att Sveus analysplattform används som ett annat stöd i arbetet med att förbättra resultaten, genom att möjliggöra bearbetning av data från flera olika källor. Analysplattformen skulle även göra det möjligt att jämföra de egna resultaten med andra medverkande vårdgivares resultat. Förlossningsvården var ett av sju områden som hade prioriterats inom Sveus och Akademiskas förlossningsavdelning ingick i ett pilotprojekt som skulle

146 Akademiska sjukhuset, Kvalitetsbokslut 2016.

147 Akademiska sjukhusets personaltidning Värdebaserad vård blir del av ledningens vardag. Nr 4, 2017.

148 Thore Eklund i Akademiska sjukhusets personaltidning, Det här är ett långsiktigt arbete. Nr 3, 2016, s. 17.

149 Akademiska sjukhusets personaltidning Nya verktyg för utdata. Nr 1, 2016.

150 Akademiska sjukhusets personaltidning Kvalitetsregister förbättrar vården. Nr 2, 2016.

151 Akademiska sjukhuset, Kvalitetsbokslut 2016.

testa detta i praktiken.¹⁵² I början av 2018 rapporteras att satsningarna på värdebaserad vård och förbättrad statistik resulterat i färre komplikationer. Sektionschef Gunilla Hallberg beskriver fördelarna:

Nu när vi kan utgå ifrån färsk siffror kan vi koppla utfallet direkt till såväl kliniska åtgärder som andra parametrar, som bemanning och belastning på förlossningsavdelningen. Det blir även möjligt att följa olika mått över tid. Allt detta gör det lättare att föra en mer levande, konkret diskussion inom verksamheten så att vi kan sätta in förbättringsåtgärder där de gör störst nytta.¹⁵³

Organisatorisk förnyelse och samverkan

I januari 2015 togs beslutet att påbörja en förnyelse av organisationen i syfte att minska stuprören, åstadkomma kortare beslutsvägar och knyta forskning, utbildning och utveckling närmare vården. Förändringen innebar ett avskaffande av den tidigare divisionsnivån för att istället göra sjukhusets verksamhetsområden till navet i organisationen. Man beslutade samtidigt att utveckla samordningen mellan verksamhetsområdena, bland annat genom att samla enskilda diagnoser eller sjukdomstillstånd i program inom ett tema. Förändringen beskrevs som en styrning av arbetet i en mer processbaserad riktning.¹⁵⁴ På en fråga i personaltidningen bekräftar dåvarande sjukhusdirektören att förändringen också har ett samband med satsningen på värdebaserad vård:

Det är en del av det. Man behöver en plattare organisation och ett bättre samarbete över verksamhetsgränserna om man ska få riktig utväxling på värdebaserad vård, och [då] är det bra att vi inte har fler administrativa gränser än nödvändigt.¹⁵⁵

Beslutet välkomnades av facken och av Uppsala universitet. En facklig representant kommenterar:

152 Akademiska sjukhusets personaltidning Snabb statistik ska ge bättre förlossningsvård. Nr 2, 2017.

153 Gunilla Hallberg i Akademiska sjukhusets personaltidning, Koll på statistiken gav färre komplikationer. Nr 1, 2018, s. 6.

154 Lennart Persson i Akademiska sjukhusets personaltidning, Mål att öka internt samarbete. Nr 1, 2015.

155 Lennart Persson i Akademiska sjukhusets personaltidning, Mål att öka internt samarbete. Nr 1, 2015, s. 6.

En [...] positiv sak så här långt är att sjukhusdirektören har visat stor vilja till dialog med oss fackliga företrädare, och att processen har varit öppen för insyn och delaktighet. Jag hoppas att det fortsätter på samma sätt, för det kommer att behövas.¹⁵⁶

Utvecklingen beskrivs i årsrapporten från 2017 som ett resultat av att det successivt tillkommit fler patientprocesser och att man därför skapat kluster av processgrupper för näraliggande diagnoser. Dessa kluster bildar i sin tur teman. Tema cancer uppgavs ha kommit längst, tema trauma hade just börjat medan tema hjärta och kärl låg i startgroparna. Bengt Sandén, biträdande sjukhusdirektör och ansvarig för temaorganisationen, betonar att det handlar om att ta ansvar för alla delar av patientens vård. Det förutsätter enligt honom inte bara en nära samverkan mellan berörda specialiteter och enheter inom sjukhuset utan också samarbete med primärvården, kommunerna och andra sjukhus.¹⁵⁷

Under våren 2018 fick sjukhuset återigen en ny sjukhusdirektör – Eric Wahlberg. Arbetet med patientprocesser och samverkan för att överbrygga organisatoriska gränser fortsatte under året. Patientprocessledaren för hjärtviktsprocessen – den första av processerna inom värdebaserad vård som fullt ut uppges ha integrerat alla berörda delar av Region Uppsala – berättar:

När vi får mer av ett gemensamt ansvar blir huvudfrågan var patienterna bör ligga för att få bäst vård, snarare än att vi på grund av platsbrist skjuter patienterna mellan oss.¹⁵⁸

Av sjukhusets hemsida och interna material att döma fortgår arbetet med värdebaserad vård i oförändrad takt vid årsskiftet 2018/2019.

Jämförande analys

Av fallbeskrivningarna framgår att ett antal förutsättningar kring tillämpningen av värdebaserad vård har varit liknande vid alla de tre studerade sjukhusen. De

156 Rose-Marie Lövgren i Akademiska sjukhusets personaltidning, "Stort steg mot ett samlat sjukhus". Nr 1, 2015, s. 7.

157 Bengt Sandén i Akademiska sjukhusets personaltidning, Värdebaserad vård blir del av ledningens vardag. Nr 4, 2017.

158 Per Kvidal i Akademiska sjukhusets personaltidning, Hela regionen samverkar fullt ut för första gången. Nr 2, 2018, s. 6.

har alla haft konsultstöd från BCG samt arbetat flödesorienterat sedan tidigare. Vidare beskriver alla tre sjukhus hur införandet av värdebaserad vård har inneburit ett stort fokus på att mäta utfall och kostnader under patientens väg genom vården samt en nära samverkan över enhets- och professionsgränser. Alla tre sjukhus poängterar vikten av att inkludera patienten i arbetet, framför allt när det gäller framtagandet av mått. Sjukhusen har dock bedrivit arbetet på delvis olika sätt och med lite olika tyngdpunkt.

Karolinska – en större omorganisation där konsulter varit drivande

Införandet av värdebaserad vård på Karolinska sjukhuset utmärks särskilt av att det skedde med hjälp av konsultstöd under en längre tid – ca fyra år. Det faktum att arbetet drevs av externa förändringsagenter innebar en hierarkisk process uppifrån och ned i organisationen, vilket förstärktes av att produktionsdirektören som ansvarade för arbetet internt rekryterades direkt från konsultbolaget. Personalen framstår här mer som mottagare av nya styrsignaler än som aktiva förändringsagenter i processen.

En närliggande aspekt handlar om hur värdebaserad vård kommunicerades internt. Här låg fokus på att det innebar *något nytt*, samt på generella idéer hämtade från den teoretiska grunden för värdebaserad vård (Porter). Generella problem inom sjukvården med fragmentisering, variationer i praxis och vårdresultat samt kostnadsökningar och resursbrist framhölls, samt att arbetet syftade till externa jämförelser av resultat på ett globalt plan. Karolinska sjukhuset utmärks även av att man genomförde en mer omfattande omorganisation. Att den skulle genomföras i samband med flytten till Nya Karolinska innebar samtidigt en tidspress som inte fanns i de andra fallen.

Sahlgrenska – förändringsarbete via intern enhet

Införandet av värdebaserad vård på Sahlgrenska sjukhuset skedde med hjälp av konsultstöd under ca 1,5 år. Utmärkande i detta fall var att arbetet därefter bedrevs via en intern enhet. Det var i likhet med Karolinska en hierarkisk process, men med ett mer internt fokus där Värdekontoret gav kontinuerligt kunskapsstöd under införandet. Värdekontoret bidrog sannolikt till att skapa viss intern legitimitet och det faktum att införandet fick ta tid innebar möjligheter till anpassningar lokalt. Även om vissa organisatoriska förändringar genomfördes så stoppades en mer långtgående omorganisation.

Akademiska – professions- och verksamhetsnära

Vid Akademiska sjukhuset infördes värdebaserad vård med hjälp av konsultstöd under en kortare uppstartsfas på mindre än ett halvår. Därefter bedrevs arbetet med interna krafter och med ett tillsynes mindre hierarkiskt tillvägagångsätt. Värdebaserad vård anpassades här internt, bland annat genom införandet av ”värdebaserad vård light”.

Utmärkande för fallet är att arbetet kontinuerligt kommunicerats internt via den överläkare som varit huvudansvarig för värdebaserad vård på sjukhuset. Han har som intern förändringsagent förtydligat och kommenterat det värdebaserade arbetet via sjukhusets personaltidning vilket skapat legitimitet och förankring lokalt. Det har bidragit till en bild av sjukhusets arbete med värdebaserad vård som verksamhetsnära och väl förankrat hos personalen. Ett annat utmärkande drag är att Akademiska sjukhuset betonat samverkan med externa parter (andra vård- och omsorgsgivare) mer än övriga sjukhus. Det flödesinriktade arbetet blev således bredare än att integrera enheter inom sjukhusets organisation.

Lika men olika

Införandet av värdebaserad vård vid de tre sjukhusen sammanfattas nedan. Av jämförelsen framgår att även om det finns olikheter i tillämpning och anpassning av värdebaserad vård mellan sjukhusen, till exempel avseende hur långtgående omorganisation som genomförts, tycks den mest framträdande skillnaden istället handla om hur själva införandeprocessen gått till och kommunicerats, samt i vilken grad införandet löpt parallellt med andra stora förändringar. Extern påverkan i form av publik debatt och kritik har också varierat i omfattning och intensitet, vilket påverkat mottagandet.

	Karolinska Universitetssjukhuset	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Akademiska sjukhuset
Externt stöd	BCG 4 år (2013-2017) ICHOM 2 år (2016-2018)	BCG 1,5 år (2013-2015)	BCG 4 månader (2013-2014)
Organisering	Större omorganisation och samtidig flytt Teman	Mindre organisatoriska förändringar Ej teman	Mindre omorganisation Teman

Samverkan	Sjukhusintern samverkan kring patientgrupp	Sjukhusintern samverkan kring patientgrupp	Sjukhusintern och extern samverkan kring patientgrupp
Mätning	Mätning av utfall och kostnader per patientgrupp	Mätning av utfall och kostnader per patientgrupp	Mätning av utfall och kostnader per patientgrupp
Intern förändringsledning	Produktionsdirektör (tidigare BCG-konsult)	Intern arena (Värdekontoret)	Intern förändringsagent (överläkare)
Införandeprocess	Konsulterna hade en hög grad av påverkan i tillämpningen av VBV	Kontinuerlig utvärdering och justering av VBV internt för att skapa en lokalt anpassad version	Lokal förankring hos medarbetarna för att skapa en lokalt anpassad version
Mottagande	Omfattande intern och extern kritik	Viss intern och extern kritik	Begränsad intern och extern kritik

Tabell 3.1 Införandet av värdebaserad vård (VBV) vid de tre studerade sjukhusen.

Tillämpning på verksamhetsnivå jämfört med Porters och Teisbergs koncept

Den så kallade ”värdeekvationen” som beskrevs i Porter och Teisbergs bok från 2006 (se kapitel 2) förekommer implicit i samtliga studerade fall, men mer explicit i Karolinskas presentationsmaterial. Kostnadsaspekten i ekvationen betonas inledningsvis av samtliga sjukhus, men förekommer sedan mindre, framför allt i fallet Akademiska.

Sett till de sex principerna bakom värdebaserad vård är det huvudsakligen princip 1 – *organisering av vården i flöden (integrerade vårdenheter)* och princip 2 – *mätning av värde (hälsoutfall och kostnader) för varje patient* – som är framträdande i materialet. Det är framförallt dessa två principer som BCG har valt att fokusera på i sitt arbete med enskilda sjukhus, eftersom de enklast kan appliceras på verksamhetsnivå. De bakomliggande principerna för värdebaserad vård nämns inte uttryckligen i materialet. Deras tillämpning kan dock beskrivas på följande sätt:

Den första principen – *organisering av vården i flöden (integrerade vårdenheter)* – förekommer i varierande grad i de tre fallen. Alla tre sjukhusen har arbetat flödesorienterat sedan tidigare och beskriver arbetet med värdebaserad vård som en fortsättning på detta. Förändringsarbetet har i samtliga fall haft starkt fokus på diagnosbaserade patientgrupper. Både Karolinska och Akademiska har skapat teman inom ramen för sitt arbete med värdebaserad vård; Karolinska har dock gått längst. Vid Sahlgrenska fattade

sjukhusdirektören beslut om att införa en tematisk organisation under våren 2016, men det verkställdes inte efter byte av sjukhusdirektör. Akademiska utmärker sig som tidigare nämnts genom att man i samverkan kring patientgruppen inkluderat externa vård- och omsorgsgivare mer än övriga sjukhus. Hur långtgående man organisatoriskt har integrerat enheter utifrån teman varierar alltså. I samtliga fall så har införandet av flödesorganisering skett gradvis, parallellt med att hela eller delar av den klinikbaserade organisationen funnits kvar. I fallet Karolinska anges de parallella organisationsstrukturerna som en av orsakerna till att ansvarsfördelningen mellan verksamhetschefer blivit oklar.

Den andra principen – *mätning av värde (hälsoutfall och kostnader) för varje patient* – är tydligast i materialet; det mesta av arbetet med värdebaserad vård vid de tre sjukhusen kretsar kring framtagandet av mått inom specifika patientgrupper samt i ett andra steg kring införandet av kontinuerlig mätning. Störst betoning ligger på mätning av hälsoutfall, men samtliga arbetar även med kostnadsmått. Det är framför allt patientens medverkan i framtagandet av mått som beskrivs som något nytt, även om möjligheten till en mer kontinuerlig datainsamling också lyfts fram. Som diskuteras i kapitel 2 är det dock inte särskilt tydligt hur mycket och på vilket sätt värdebaserad vård som koncept innebär patientdelaktighet. Det kan i sjukhusens tillämpning betraktas som en viss glidning i tolkning av begreppet *värde för patienter* jämfört med vad Porter föreskriver. Det kan också ses som en anpassning till en svensk kontext och ett försök att skapa intern legitimitet.

I materialet framkommer dock även att mätningarna syftar till extern jämförelse, vilket är i linje med vad som förespråkas av Porter. Denna aspekt är särskilt tydlig i fallet Karolinska. Här har även Karolinska gått längre i praktiken, genom att under en tid verka som strategisk partnerorganisation till ICHOM, medan Sahlgrenska och Akademiska haft mer avgränsade samarbeten kring utfallsmätning inom vissa diagnosgrupper. Alla tre sjukhusen har också deltagit i det nationella samarbetet kring SVEUS med ett liknande fokus.

Den tredje principen – *övergång till vårdepisodersättningssystem* – berörs genom övergripande kommentarer som exempelvis handlar om hur sjukhusen förbereder sig inför nationella satsningar på att utveckla nya ersättningsmodeller för vården. Här åsyftas SVEUS/IVBAR:s arbete kring värdebaserade ersättningssystem, något som dock efterhand ersatts av satsningar på datastrukturer och analysverktyg för mätning.

Den fjärde principen – *specialisering och konkurrens mellan vårdaktörer* samt den femte principen – *expanding av högkvalitativ vård geografiskt* – berör hur utformningen av vårdmarknaden nationellt och globalt kan förbättras för att

optimera utfallet i olika vårdkedjor och vårdprocesser. Eftersom det material som har legat till grund för detta kapitel berör respektive sjukhus på verksamhetsnivå så är aspekter såsom specialisering, konkurrens och expanderingsmindre framträdande i materialet. I fallet Karolinska nämns dock att deras nya högspecialiserade uppdrag skapar förutsättningar för värdebaserad vård. Att arbetet syftar till jämförbarhet mellan sjukhus nämns också, framför allt i fallet Karolinska där man lyfter fram att stora skillnader i behandlingsmetoder och vårdkvalitet mellan vårdgivare utgör en orsak till att värdebaserad vård behövs.

Den sjätte principen – *byggande av ett stödjande IT-system* – framkommer genom att såväl BCG som SVEUS är aktiva parter i framtagandet av stödjande IT-system. Det framgår även att sjukhusen jobbar med anpassning av sina interna system för att stödja utfalls- och kostnadsmätning i processer. I utvärderingen av införandet av värdebaserad vård på Karolinska framkommer att brister i denna aspekt utgjort ett hinder. Även Sahlgrenska och Akademiska rapporterar om svårigheter relaterade till IT-verktyg.

Vi kan avslutningsvis notera att det pågår aktiviteter kopplade till flertalet av Porters principer, men att de inte alltid kommunicerats sjukhusinternt som delar av värdebaserad vård. Denna koppling görs däremot av vissa kommentatorer som är aktiva i den externa debatten (se nästkommande kapitel). Mellan sjukhusen finns även skillnader i framställning som delvis gör det svårt att bedöma huruvida de motsvarar faktiska skillnader i implementering. Här skulle en mer djupgående studie av sjukhusens förändrade arbetssätt krävas för att närmare belysa dessa nyanser. I kapitel 7 kommenterar vi vidare hur man kan se på ett delvis införande av värdebaserad vård.

Referenser

- Akademiska sjukhuset, Kvalitetsbokslut 2013.
- Akademiska sjukhuset, Kvalitetsbokslut 2016.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *"Det här är ett långsiktigt arbete"*. Nr 3, 2016.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *"Stort steg mot ett samlat sjukhus"*. Nr 1, 2015.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Fler kan få rätt vård*. Nr 2, 2015.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Hela regionen samverkar fullt ut för första gången*. Nr 2, 2018.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Koll på statistiken gav färre komplikationer*. Nr 1, 2018.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Kvalitetsregister förbättrar vården*. Nr 2, 2016.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Mål att öka internt samarbete*. Nr 1, 2015.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Ny riktning inför framtiden*. Nr 4, 2013.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Nya piloter startar i slutet av april*. Nr 2, 2014.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Nya processer och "lightversion"*. Nr 5, 2014.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Nya verktyg för utdata*. Nr 1, 2016.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Snabb statistik ska ge bättre förlossningsvård*. Nr 2, 2017.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *VBV – på en dag*. Nr 3, 2015.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Värdebaserad vård blir del av ledningens vardag*. Nr 4, 2017.
- Akademiska sjukhusets personaltidning *Ökat fokus på smärta*. Nr 1, 2015.

- Akademiska sjukhusets webbplats, tillgänglig: www.akademiska.se/om-oss/om-akademiska-sjukhuset/arsredovisning-kvalitetsbokslut-och-kortafakta/. 2019-04-15.
- BCG (2013) *Värdebaserad verksamhetsstrategi för Akademiska sjukhuset – projektförslag*. Memorandum till Lennart Persson, sjukhusdirektör Uppsala Akademiska Sjukhus, 2013-09-15.
- BCG (2014) *The Value-Based Hospital: A Transformation agenda for health care providers*.
- Dagens Nyheter *Karolinskas nya direktör öppnar för förändringar*, 2019-01-29.
- Flyvberg, B. (2003) Fem missförstånd om fallstudieforskning. *Statsvetenskaplig tidskrift* Vol 106 Nr 3.
- Hallberg, B. Presentation vid Sveus konferens 2014-11-25. Tillgänglig: www.sveus.se/documents/Presentationer/Sveus_konferens_141125_Boubou_Hallberg.pdf.
- Karolinska Universitetssjukhuset *Karolinskas nya verksamhetsmodell med värdebaserad vård som strategisk utgångspunkt*. Nyhet 2017-12-05.
- Karolinska Universitetssjukhuset *Kommentar med anledning av artikel i Dagens Nyheter 29/5, 2017*. Nyhet 2017-05-29.
- Karolinska Universitetssjukhuset *Ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset*. Underlag till sjukhusets ledningsgrupp, 2015-05-12.
- Karolinska Universitetssjukhuset *Nya lösningar för bröstcancervården*. Artikel på intranätet, 2016-11-09.
- Karolinska Universitetssjukhuset, Baspresentation.
- Karolinska Universitetssjukhuset, Protokoll från styrelsemöte 3, 2014.
- Karolinska Universitetssjukhuset, Tematisk organisation, webbplats tillgänglig: www.karolinska.se/om-oss/karolinskas-verksamhetsmodell/tematisk-organisation/.
- Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2014.
- Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2016.
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *Beslut nära patienterna*. Nr 4, 2016, s. 13.
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *Förberedelser inför framtidens ersättningsystem*. Nr 2, 2014.

- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *Hjärtkliniken håller koll – även efter utskrivning*. Nr 5, 2013.
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *”Varför har byxorna konstiga storlekar?”*. Nr 2, 2015.
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *”Varför höjs inte lönerna för specialistsjuksköterskor?”*. Nr 1, 2017.
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *Nya cheferna på plats*. Nr 3, 2016,.
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *Nya vägar framåt för universitetssjukvården*. Nr 4, 2014.
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *På väg mot ny styrmodell*. Nr 4, 2016
- Karolinska Universitetssjukhusets personaltidning *Värdebaserad vård konkretiserar flödesarbetet*. Nr 1, 2014.
- Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Protokoll 4/2015, 2015-05-19.
- Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Protokoll 9/2015, 2015-10-29.
- Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Vårdutskottets uppföljning av nya verksamhetsmodellen vid K, 2019-01-24.
- Karolinska Universitetssjukhusets webbplats, tillgänglig: www.karolinska.se/om-oss/. 2019-04-15.
- Konsultavtal mellan BCG och Karolinska Universitetssjukhuset, 2015.
- Lönnroth, P. (2017) *Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Dnr SU 2017-03971.
- Merriam, S. B. (1994) *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlgrenska akademins personaltidning på nätet *Ali Khatami ny kvalitetsdirektör på SU*. 2015-05-20.
- Sahlgrenska akademins personaltidning på nätet *Vi har all anledning att vara stolta*. 2015-06-16.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Patientsäkerhetsberättelse 2014.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Uppdragshandling *Värdebaserad vård. Utredningsuppdrag till Peter Lönnroth*. Dnr SU 2017-03971.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, www.sahlgrenska.se/om-sjukhuset/, 2019-04-15.

- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2013.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2014.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2015.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2016.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Årsredovisning 2017.
- Tibell, A. *Klipp från året i sjukhusdirektörens julhälsning*. Nyhet på sjukhusets hemsida, 2018-12-20.

Mediedebatten kring värdebaserad vård

Parallellt med att värdebaserad vård lanserats inom svensk hälso- och sjukvård har det pågått en livlig debatt kring konceptet, i såväl publika som professionella fora. Intensitet och tonläge har varierat över tid, delvis beroende på hur försök och initiativ kring införandet av värdebaserad vård har fortskridit. Debatten berör de tre universitetssjukhus som på olika sätt och i varierande grad sagt sig arbeta med värdebaserad vård, men med en kraftig övervikt av inlägg som handlar om Nya Karolinska. Här har dock rapporteringen delvis handlat om andra frågor än värdebaserad vård, såsom konsultanvändning och jävsproblematik, kostnader för nybyggnation och inflyttning i det nya sjukhuset. I den allmänna debatten kan vi konstatera att det ofta är svårt att skilja dessa åt.

I denna delstudie gör vi en textanalytisk genomgång av debatten med avseende på omfattning, teman, trender och åsiktsbärare över tid. Delstudien syftar till att ge en översikt över mediebilderna och hur värdebaserad vård beskrivs beroende på sammanhang, till exempel vilket sjukhus rapporteringen handlar om, eller beroende på vem som framträder i debatten. Det är av betydelse eftersom mediebilderna i sin tur kan antas ha påverkat olika skeenden i verkligheten, såsom mottagligheten i olika verksamheter och politikens inställning till modellen. Det faktum att värdebaserad vård ännu inte är lika omdebatterat utanför Sverige kan också göra kartläggningen internationellt intressant.

Efter en kort presentation av metodiken beskrivs omfattningen av debatten, vilka källor som ingår i materialet och vilka röster som hörs. Därefter beskrivs ett antal teman som kan skönjas i rapporteringen. Vidare gör vi en kronologisk återgivning av de frågor och åsikter som getts utrymme i media under perioden januari 2012 till och med september 2018. Avslutningsvis summerar vi de viktigaste iakttagelserna.

Metod

Det empiriska materialet består av ett 250-tal artiklar och debattinlägg där värdebaserad vård nämns. Dessa är hämtade från tio olika källor som valts ut efter en Google-sökning på ”värdebaserad vård”, varifrån vanligt förekommande medier sorterades ut.¹⁵⁹ Medierna utgörs av specialiserad press, dagstidningar och riksmidia (se figur 4.3). Därefter har artiklar och debattinlägg letats fram på utgivarnas hemsidor genom en sökning på ”värdebaserad vård”.

Materialet har sedan sorterats utifrån följande aspekter: publiceringsdatum, avsändare, eventuella sjukhus som berörs, om tonen är huvudsakligen kritisk, positiv eller neutral samt huruvida inlägget i huvudsak handlar om värdebaserad vård eller inte. Denna genomgång har syftat till att ge en bild av debatten på ett övergripande plan. Därefter har de artiklar som främst handlar om värdebaserad vård analyserats mer ingående och med en kvalitativ, diskursanalytisk ansats.

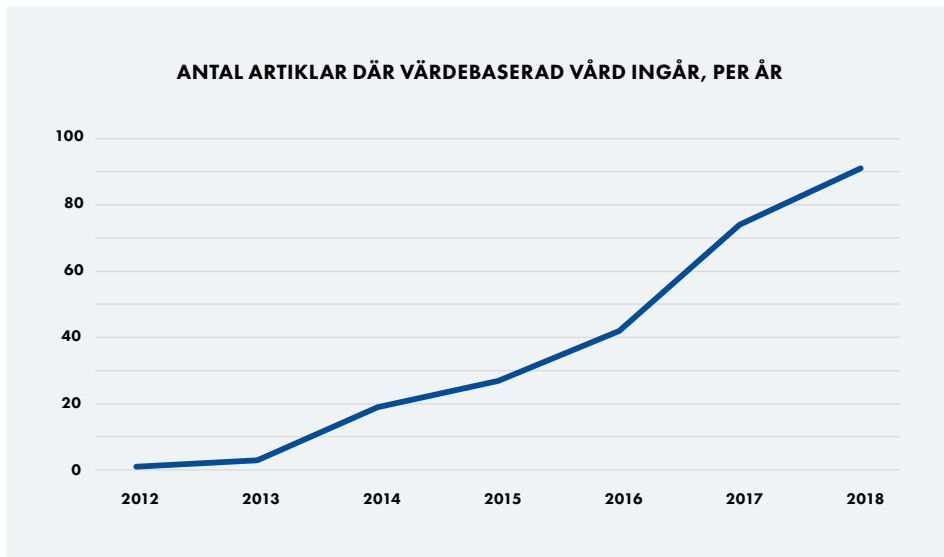
Diskursanalys kan användas för att urskilja stilar, genrer, uttrycks- och presentationsformer där man vill fånga det *perspektivbundna* i beskrivningar av förhållanden och skeenden. En diskursanalytisk utgångspunkt är att olika bilder av verkligheten framträder beroende på vilken position som intas och vilket sammanhang det sägs i.¹⁶⁰ Här har fokus varit på hur värdebaserad vård beskrivs beroende på vem som skriver, beroende på vilka aktörer som beskrivs samt vilka återkommande teman i övrigt som kan skönjas i materialet.

Ökande intresse i Sverige och internationellt

Debatten kring värdebaserad vård har de senaste åren varit relativt omfattande. Konceptet har rönt stor uppmärksamhet i förhållande till det begränsade medieutrymme som frågor om styrning av hälso- och sjukvården vanligtvis ges. Intresset för värdebaserad vård i Sverige har också successivt stigit under den period som studerats: 2012 till 2018.

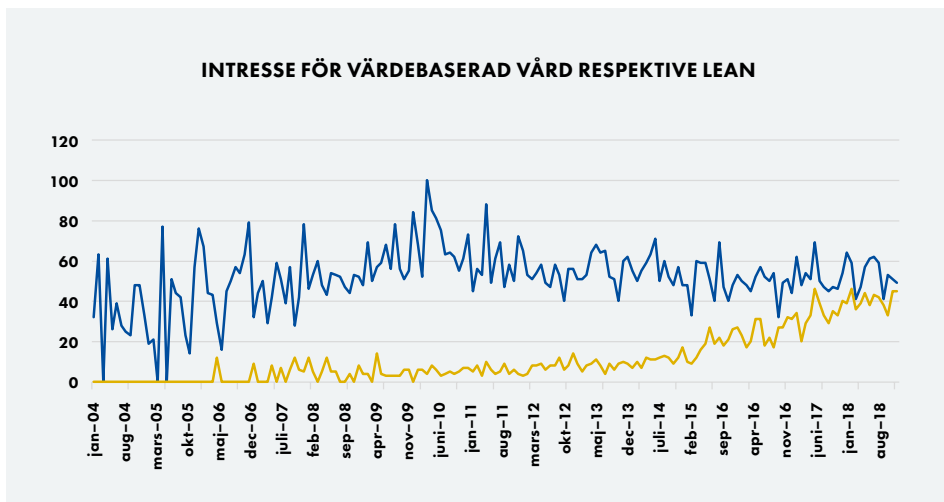
159 Ytterligare en källa (Kaliber i Sveriges Radio, P1) inkluderades eftersom ett inslag därifrån ofta citerats i övriga källor och därmed kan betraktas som trendsättande.

160 Börjesson, M. & Palmblad, E. (2013) Diskursanalys i praktiken, upplaga 1:4.



Figur 4.1 Antal artiklar där termen "värdebaserad vård" ingår, från januari 2012 till september 2018.

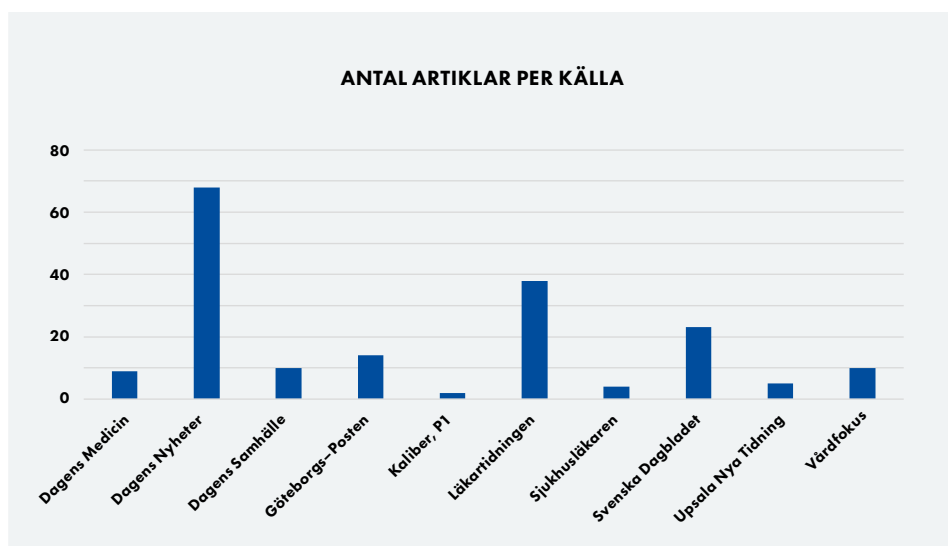
Det ökande intresset i Sverige kan jämföras med det internationella. Värdebaserad vård (*Value based healthcare*) utmanar till exempel *Lean healthcare* som ett av de mest sökta begreppen inom vårdorganisering på Google Trends.



Figur 4.2 Antal sökningar på Value based healthcare respektive Lean healthcare. Källa: Google Trends.

Var förs debatten?

Den mest omfattande rapporteringen har skett i dagspressen, framför allt i Dagens Nyheter (DN). Även Läkartidningen har haft en relativt omfattande bevakning och debatt. Av det totala materialet handlar två tredjedelar av inläggen huvudsakligen om värdebaserad vård i någon bemärkelse, medan en tredjedel främst handlar om andra frågor men där värdebaserad vård nämns. Med andra frågor avses bland annat konsultanvändning, jävsproblematik och sjukhusflytt – ofta relaterat till bevakningen av Nya Karolinska. Det finns även en stor debatt kring Nya Karolinska där värdebaserad vård inte nämns och som därför inte omfattas av materialet. Denna parallella debatt torde vara ännu större än den som handlar om värdebaserad vård.



Figur 4.3 Antal artiklar fördelat på tio medier.

Vem hörs i debatten?

Ungefär två tredjedelar av de artiklar som huvudsakligen handlar om värdebaserad vård är skrivna av journalister, medan en tredjedel utgör debattinlägg och repliker skrivna av olika debattörer som ofta själva är verksamma inom vården. I analysen nedan ges debattinläggen relativt stor vikt. Läkarkåren är tongivande under hela tidsperioden och står för drygt hälften av debattinläggen. Övriga debattörer utgörs av sjukhusledningar, företrädare för företag och organisationer som är involverade i att utveckla verktyg för eller att implementera

värdebaserad vård, politiker samt några enstaka forskare, patienter och anhöriga. Även i de artiklar som är skrivna av journalister ges läkare och andra vårdprofessioner liksom sjukhusledningarna störst utrymme att uttala sig.

Läkarkåren representeras i debatten främst av Svenska Läkaresällskapet, Läkarföreningen vid Karolinska Universitetssjukhuset samt ett fåtal fristående läkare. De företag och organisationer som är involverade i att utveckla verktyg för eller implementera värdebaserad vård är främst konsultföretaget Boston Consulting Group (BCG), organisationen International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), forskningsbolaget IVBAR och samverkansprojektet SVEUS (för beskrivningar, se aktörskartläggningen i kapitel 1). Professorer vid Karolinska Institutet, som har kopplingar till flera av dessa organisationer och företag, är också aktiva debattörer.

Debatten präglas av en tydlig polarisering mellan kritiker och förespråkare som växer över tid. Bland kritiker återfinns framför allt läkare och läkarföreningar, medan förespråkarna består av sjukhusledningar och företrädare för de företag och organisationer ovan som på olika sätt är involverade i att utveckla eller implementera värdebaserad vård. Politiker återfinns på bägge sidor. Vårdförbundet som företräder omvårdnadsprofessioner svänger under perioden från att vara kritiker till förespråkare.

Ett fåtal debattörer står för en relativt stor andel av inläggen. Här utmärker sig ett mindre antal journalister vid dagstidningarna, ett antal läkare och några professorer med kopplingar till Karolinska Institutet.

Teman i debatten

Debatten kring värdebaserad vård präglas av en stor spretighet både i vad mediebevakningen handlar om och i hur modellen beskrivs. Nedan väljer vi att lyfta fram sex särskilt framträdande teman och exemplifiera hur de gestaltar sig i den rapportering som huvudsakligen handlar om värdebaserad vård.

Värdebaserad vård utifrån Porters teoretiska principer

I framför allt Läkartidningen, men även i andra fora, refereras relativt ofta till den ursprungliga modellen för värdebaserad vård såsom den presenterades av Michael Porter och hans medarbetare Elizabeth Teisberg i en publikation år

2006.¹⁶¹ Centralt i Porters och Teisbergs modell för värdebaserad vård är att åstadkomma största möjliga värde i förhållande till de resurser som spenderas. Ekvationen $\text{värde} = \text{utfall}/\text{kostnad}$ illustrerar denna kärna och är ett återkommande ämne i debatten. Även de principer som Porter och Teisberg förespråkar och som sammantaget ska åstadkomma ett ökat värde figurerar i debatten. Komponenter som förekommer särskilt ofta är: mätning och uppföljning av värde, vårdepisodersättning samt omorganisation där kliniker ersätts med teman (jämför kapitel 2 där principerna beskrivs och diskuteras).

I debatten resoneras framför allt kritiker utifrån Porters principer. Dessa analyseras med avseende på vilka antaganden de bygger på och dess möjliga effekter i en svensk kontext. Även ekvationen $\text{värde} = \text{utfall}/\text{kostnad}$ nämns relativt frekvent. Förespråkare för värdebaserad vård relaterar inte lika ofta till Porters principer, utöver dess övergripande målsättning att öka värdet för patienter.

Exempel:

*Harvardprofessorn Michael Porter [...] rekommenderar ersättningssystem som avser hela "vårdepisoder", där beställaren betalar ett paketpris för all vård som ett visst hälsoproblem kräver [...]. Dilemmat är att en stor del av hälso- och sjukvården inte avser tydliga och avgränsade episoder, utan ofta kombinationer av kroniska sjukdomar och diffusa hälsoproblem, där det med dagens kunskapsnivå är svårt att koppla behandlingar till specificerade utfall.*¹⁶²

(Läkare Bengt Järhult m.fl.)

*Vi [ser] en risk att fundamentet i värdebaserad vård (värde = utfall/kostnad) sätter gällande prioriteringsordning inom hälso- och sjukvården ur spel. Principerna som ligger till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvård slår fast att behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen.*¹⁶³

(Läkare Stefan Lindgren, ordf. Svenska läkaresällskapet, m.fl.)

Tanken med värdebaserad vård är enkel. Genom att fokusera på hur vi lyckas förbättra hälsan hos definierade patientgrupper och hur mycket resurser som använts för detta stöds rationellt samarbetet mellan expertgrupper och vårdnivåer längs patientens väg i vården, och fragmentering motverkas. För att

161 Se Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006) Redefining Healthcare: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, Boston.

162 Läkartidningen, Värdebaserad vård lika illa som New Public Management, 2014-11-25.

163 Svenska Dagbladet, Principen att prioritera vård efter behov sätts ur spel, 2017-01-11.

*uppnå detta behövs data om utfallet av vårdens insatser [...]. Det måste vara en kärna i vårdens arbete att veta hur det går för patienten.*¹⁶⁴

Professor Martin Ingvar, Karolinska Institutet,
medgrundare och styrelseledamot i ICHOM)

De olika principerna förekommer i varierande utsträckning i debatten även utan hänvisning till Porter. Framför allt utgör omorganisationen i samband med flytten till Nya Karolinska ett tydligt tema. Det varierar dock i vilken utsträckning omorganisationen beskrivs som en del av värdebaserad vård eller som en anpassning till sjukhusbyggnadens utformning.

Värdebaserad vård som syfte och mål

Ett annat tema i debatten handlar om värdebaserad vård som ett förhållningssätt eller en strategi som leder till ett ökat fokus på kvalitet och ett större värde för patienten. Här ligger betoningen på modellens syfte och mål – eller ambition – mer än på principer eller tillvägagångssätt för att nå målet. Framför allt förespråkare för modellen utgår i debatten främst från värdebaserad vård som ett förhållningssätt. Resonemangen utgår ibland från vilka problem som värdebaserad vård ska lösa, såsom problem med ekonomi, svårigheter att mäta kvalitet och en fragmenterad vård eller organisation.¹⁶⁵ Betoningen ligger dock på vad man önskar gå till, mer än hur värdebaserad vård ska avhjälpa de problem som nämns.

Exempel:

*Det har varit ett alltför stort och ensidigt fokus på ekonomi och hur många vårdtillfällen vi producerar och det har lett oss i fel riktning. Med värdebaserad vård får vi nu chansen till ett nytt arbetssätt och att styra om vården mot kvalitet och det som skapar värde för patienten [...].*¹⁶⁶

(Tomas Jernberg, överläkare och flödesansvarig för värdebaserad vård,
Karolinska Universitetssjukhuset)

164 Läkartidningen, En kärna i vårdens arbete är att veta hur det går för patienten, 2017-07-19.

165 Se t.ex. Läkartidningen, En kärna i vårdens arbete är att veta hur det går för patienten, 2017-07-19;

Dagens Nyheter, Vetenskaplig evidens stödjer Nya Karolinskas arbetssätt, 2018-01-08. Se även referat till Karolinskas presentationsfilm i Sveriges Radio, Den stora omvandlingen, Kaliber P1, 2016-11-07.

166 Sjukhusläkaren, Värdebaserad vård ger oss chansen att styra mot kvalitet, 2014-10-13.

*Det är inte en konsultprodukt från BCG [...]. Det är inte heller en organisations- eller ersättningsmodell, utan en strategi för framtidens sjukvård som i dag anammats av flera hundra sjukhus, OECD och länder som Nederländerna och Danmark.*¹⁶⁷

(Stefan Larsson och Johan Öberg, BCG)

*Rent konkret innebär det att patienter ska slippa valsa runt i vårdapparaten, de ska få vård efter bästa tillgängliga kunskap av medarbetare som trivs i sitt jobb. Det är värdebaserad vård.*¹⁶⁸

(Sjukhusdirektör Barbro Fridén, Sahlgrenska sjukhuset)

Värdebaserad vård som något nytt

Ett återkommande tema i debatten är att dagens styrning av vården behöver förändras; det efterfrågas *något nytt*, där värdebaserad vård ses som något annat än det vi har idag. Debattinläggen ger uttryck för en generell uppfattning om att styrningen behöver fokusera mindre på produktions-, process- och industrilogik och mer på hälsoresultat. Ibland används benämningen New Public Management på det man önskar gå ifrån. Inledningsvis betonas behovet av utveckling av i princip samtliga debattörer. Efterhand framhävs denna aspekt främst av förespråkare som också använder det som ett argument för värdebaserad vård.

Exempel:

*[...] Det är viktigt att komma ihåg att vi varit kritiska till hur vården fungerat tidigare. Det är nödvändigt med nya arbetssätt.*¹⁶⁹

(Sjukvårdslandstingsråd Anna Starbrink)

*Om den sammanlagda patienterfarenheten av hur vården fungerar idag inte är särskilt positiv – är det då inte värt att testa någonting nytt, något som har större fokus på patienterna, på delaktighet och kvalitet?*¹⁷⁰

(Patientrepresentanter)

167 Dagens Nyheter, Vetenskaplig evidens stödjer Nya Karolinskas arbetssätt, 2018-01-08.

168 Göteborgs-Posten, Läs chatten med Barbro Fridén, 2013-10-11.

169 Dagens Nyheter, Starbrinks uttalande provocerar läkare på Karolinska, 2016-12-21.

170 Svenska Dagbladet, Sjukvården måste kunna lyssna på patienterna, 2017-01-30.

*Om vi ska kunna rusta Sveriges sjukvård för framtiden, måste vi våga tänka nytt. Det arbete som nu utförs lägger grunden för ett nytt sätt att hjälpa patienter och en ny era av innovationer och utveckling till nytta för medborgare och samhället i stort.*¹⁷¹

(BCG)

*Vi skulle ha kunnat fortsätta att skruva lite här och där i stället för att göra något helt nytt, men vi beslutade att ha en tydligare riktning och ett snabbare tempo i förändringen för att kunna ta till vara möjligheterna som våra nya sjukhusbyggnader ger.*¹⁷²

(Sjukhusdirektör Melvin Samsom, Karolinska Universitetssjukhuset)

Erfarenheter av ändrade arbetssätt i praktiken

Ett inslag i debatten handlar om praktiska erfarenheter från nya arbetssätt som relateras till värdebaserad vård. Här skiljer sig debatten tydligt åt beroende på vilket sjukhus det handlar om. Där Karolinska sjukhuset berörs är rapporteringen mer generell och omorganisationen utgör det centrala temat. Artiklar om Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska sjukhuset handlar istället om patientdelaktighet och teamarbete, samt i fallet Sahlgrenska även om mätning av kvalitet och resultat. Inlägg som rör Akademiska och Sahlgrenska relaterar oftare till praktiska erfarenheter av ändrade arbetssätt inom till exempel en klinik. Vidare är rapporteringen om värdebaserad vård på Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska sjukhuset övervägande positiv – även där läkare ges utrymme att kommentera – medan den om Karolinska Universitetssjukhuset är övervägande kritisk.

Exempel från Sahlgrenska sjukhuset, behandling av bipolär sjukdom:

*– [...] metodiken passade oss bra. Vi hade med patientrepresentanter från början, och det fanns ett kvalitetsregister. Så småningom kom vi fram till bra utfallsmått, och resultatet blev att medelvårdtiden har sjunkit, och patientföreningens representanter är nöjda.*¹⁷³

(Verksamhetschef Tobias Nordin)

171 Dagens Nyheter, Vetenskaplig evidens stödjer Nya Karolinskas arbetssätt, 2018-01-08.

172 Dagens Nyheter, När vården förändras krävs en ny sjukhusorganisation, 2018-01-25.

173 Läkartidningen, Kvalitetsregister ger Sverige försprång, 2014-11-27.

Exempel från Akademiska sjukhuset, behandling av diabetes:

*– Jag är jättepositiv. Vi har ett bättre samarbete över klinikgränserna inom sjukhuset. Skillnaden för oss är att vi har börjat sätta patienten mer i fokus. Jag har väldigt svårt att se något negativt med modellen.*¹⁷⁴

(Överläkare Jarl Hellman)

Exempel Karolinska Universitetssjukhuset:

*Har man kostnadskontroll ute i flödet? Jobbar vi i team mer än tidigare? Mäter vi värde för patienten? Njae inte mer än tidigare. Däremot har många nya silos skapats på vårdgolvet då varje flöde ska utgöra en egen enhet, det försvårar samarbetet kring såväl patienter, jourer som undervisning.*¹⁷⁵

(Yvonne Dellmark, ordf. Karolinska Universitetssjukhusets läkarförening och Johan Styrud, ordf. Stockholms läkarförening)

Makt, inflytande och olika intressen

Aspekter kring makt och inflytande berörs i materialet på olika sätt. Ett spår handlar om *hur* värdebaserad vård införts. Det framförs stark kritik från läkarföreningen på Karolinska mot att arbetet styrts av konsulter och utan delaktighet från läkarkårens/medarbetarnas sida. I rapporteringen förekommer jämförelser med Akademiska sjukhuset där medarbetarna uppges vara mer involverade och där förändringarna inte utmanat läkarnas ställning.

Exempel från Karolinska:

*– Min erfarenhet nu är att möjligheten att påverka de viktigaste dragen för den verksamhet jag har lett och de patienter som ingår där, det har inte varit möjligt. Och det är väl min känsla hela tiden, att det finns en förbestämd plan, som jag faktiskt inte förstår.*¹⁷⁶

(Läkare Annika Bergquist, tidigare på Karolinska)

*– [...] som vi ser nu så tar administrationen tar alltmer tid från vårt arbete med patienterna. Omorganisationen har också ökat gapet mellan de som beslutar, och de som utför vården [...].*¹⁷⁷

(Läkare Yvonne Dellmark, ordf läkarföreningen på Karolinska)

174 Upsala Nya Tidning, Ackisläkare är nöjda med kritiserad vårdmodell, 2017-12-27.

175 Sjukhusläkaren, Värdebaserad vård i Stockholm – kejsarens nya kläder i kameleontfärg, 2018-03-12.

176 Sveriges Radio, Karolinska – konsulternas Mekka? Inslag i Kaliber, P1, 2016-11-14.

177 Dagens Nyheter, Nya Karolinskas rekorddyra modell saknar evidens enligt ny rapport, 2017-12-05.

Exempel från Akademiska sjukhuset:

*– Vi har inte organiserat om. Och samtidigt som vi bygger upp teamen har vi valt att stärka specialiteterna. Våra verksamhetschefer sitter direkt i sjukhusledningen.*¹⁷⁸

(Överläkare Morten Kildal, Akademiska sjukhuset)

En närliggande fråga som ges stort utrymme är olika intressekonflikter. Ett exempel handlar om Karolinska Institutets roll som oberoende universitet samtidigt som man påstås ha kopplingar till det amerikanska bolaget ICHOM. En annan fråga handlar om att värdebaserad vård förutsätter att stora mängder patientdata samlas in och hanteras inom ICHOM, som har kopplingar till BCG. Aspekter kring makt, inflytande och olika intressen genomsyrar materialet även på andra sätt. Flera debattörer påtalar att värdebaserad vård kan innebära en förändrad maktbalans mellan olika vårdprofessioner eller för patienter. Några menar till exempel att läkare är kritiska på grund av att deras auktoritet ifrågasätts.¹⁷⁹ Vidare handlar de enstaka inlagorna från patienter och patientföreträdare i debatten om behovet av att stärka patienternas ställning.¹⁸⁰

Exempel:

*Känslan är att det finns en elefant i rummet som är att sjukvården bör tillföras mer resurser och att det finns en frustration över att läkarprofessionen har tappat det inflytande som man tidigare haft.*¹⁸¹

(Emeritus professor i kirurgi Jörgen Nordenström, Karolinska Institutet)

*– [...] Den nya modellen när man arbetar i team ger större möjlighet för sjuksköterskor, sjukgymnaster och andra yrkesgrupper att ta ledande positioner än den gamla. Läkarföreningen är rädd om sin specialistutbildning, men vi har en annan ingång.*¹⁸²

(Eva Håkansson, huvudskyddsombud Vårdförbundet)

178 Läkartidningen, Omstridd metod på frammarsch, 2017-01-25.

179 Svenska Dagbladet, Obegriplig kritik mot att sjukvården förnyas, 2017-01-08; Dagens Samhälle, Vårdens problem är brist på kvalitet, inte på resurser, 2017-03-21.

180 Svenska Dagbladet, Sjukvården måste kunna lyssna på patienterna, 2017-01-30; Svenska Dagbladet, Patienter måste bli mer involverade på sikt, 2017-02-04.

181 Dagens Samhälle, Vårdens problem är brist på kvalitet, inte på resurser, 2017-03-21.

182 Dagens Nyheter, Nya Karolinskas organisation får brett stöd av flera yrkesgrupper, 2016-11-22.

Evidens för värdebaserad vård

Ytterligare ett tema i debatten handlar om evidens eller vetenskapligt stöd för värdebaserad vård. Det vanligast förekommande resonemanget går ut på att det saknas vetenskapligt stöd för att värdebaserad vård skulle vara bättre än någon annan modell. Andra menar att det finns evidens som talar *emot* värdebaserad vård. Mot dessa argument framförs antingen att det sällan finns evidens för en styrmodell och att kravet därmed är orimligt, eller att det finns evidens som *stödjer* värdebaserad vård. Vad evidensen rör varierar – från en av Porters principer (till exempel att mätning och uppföljning ger effekter) till evidens eller avsaknad av sådan för värdebaserad vård i sin helhet.

Exempel på referenser när evidens *emot* en värdebaserad vård lyfts fram:

- Amerikansk studie av ersättningar baserade på värdebaserad vård, som uppges gynna relativt rika och friska patienter.¹⁸³
- Rapport från European Observatory of Health Systems and Policies som enligt artikelförfattarens tolkning finner begränsade effekter av modeller såsom värdebaserad vård, samt en studie från England som rapporteras ha funnit att sjukhus som inte infört en värdebaserad vårdmodell fick bättre resultat än sjukhus som hade infört det.¹⁸⁴
- Amerikanska studier som uppges visa tveksamma effekter av resultatbaserad ersättning, så kallad *pay for performance*.¹⁸⁵
- Studier från USA och England som visar att vården blivit dyrare när den organiserats enligt värdebaserad vård.¹⁸⁶

Exempel på referenser när evidens *för* en värdebaserad vård lyfts fram:

- Stockholms läns landstings vårdval för höft- och knäledsoperationer, där vårdepisodersättning använts.¹⁸⁷
- Hänvisning till svenska kvalitetsregister och positiva effekter av att mäta utfall.¹⁸⁸

183 Dagens Nyheter, Vårdmodell på Karolinska gynnar friskare patienter, 2018-01-09.

184 Dagens Samhälle, Värdebaserad vård ställer patienter mot varandra, 2017-01-23.

185 Läkartidningen, Starka incitament för att avbryta införandet av värdebaserad vård, 2016-11-30.

186 Dagens Nyheter, Starbrinks uttalande provocerar läkare på Karolinska, 2016-12-21.

187 Se t.ex. Läkartidningen, Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård, 2012-10-02; Vårdfokus, Nu ropar alla efter värdebaserad vård, 2016-02-03.

188 Dagens Nyheter, Vetenskaplig evidens stödjer Nya Karolinskas arbetssätt, 2018-01-08.

- Hänvisning till ett hundratal artiklar och 1 800 randomiserade studier.¹⁸⁹

Exempel:

*Styrmodellen har heller inte prövats när det gäller patienter med komplexa vårdbehov vars totala vård och behandling inte kan beskrivas som tydligt avgränsade vårdcykler. [...] Svenska Läkaresällskapet anser att samma krav bör ställas på nya styr- och ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården som på nya behandlingsmetoder – det ska finnas vetenskapligt stöd och en plan för utvärdering.*¹⁹⁰

(Stefan Lindgren och Karl Sallin, Svenska Läkaresällskapet)

*I medier har det debatterats om det finns vetenskaplig evidens för Karolinskas nya verksamhetsmodell. Det vi vet med säkerhet är att dagens organisation av svensk sjukvård haltar. Vad gäller värdebaserad vård finns mängder med vetenskaplig evidens. Svenska forskare och kvalitetsregister har i decennier visat hur viktigt det är att mäta hur det går för våra patienter för att förbättra vårdens resultat.*¹⁹¹

(Stefan Larsson, leg. läkare och docent vid Karolinska Institutet, senior partner vid BCG och Johan Öberg, senior partner och Sverigechef vid BCG)

Debatten över tid – från optimism till starkt ifrågasättande

Tonläget och intensiteten i debatten har varierat under perioden 2012 till 2018, delvis beroende på hur försök och initiativ kring införandet av värdebaserad vård har fortskridit. Från att ha varit en lågmäld debatt som under de första åren präglas av optimism och tillförsikt kring vad värdebaserad vård kan åstadkomma, tilltar debatten i omfattning och blir efter hand mer polariserad. Nedan följer en kronologisk återgivning av de frågor och åsikter som dominerat i rapporteringen.

189 Läkartidningen, Vårdalarmister motverkar kvalitetsutveckling, 2017-01-13.

190 Svenska Dagbladet, Läkarfacket: Förtroendet slut för sjukhusledningen, 2016-12-08.

191 Dagens Nyheter, Vetenskaplig evidens stödjer Nya Karolinskas arbetsätt, 2018-01-08.

2012 – 2013 – Nytt och framtidsinriktat

Under 2012 och 2013 är debatten lågmäld och det skrivs relativt lite i pressen kring värdebaserad vård. Ett fåtal artiklar återfinns där konceptet framställs som något nytt och framtidsinriktat, och där tonläget är förhoppningsfullt. I Läkartidningen publiceras under 2012 en tongivande artikel där ett antal läkare och forskare uttrycker skepticism kring vissa delar av modellen men där artikeln som helhet präglas av optimism och framtidstro.

Värdebaserad vård, enligt Porters och Teisbergs modell, är ett viktigt inlägg i debatten om hur vården skulle kunna organiseras på ett effektivare sätt. Porter och Teisberg anser det nödvändigt att skifta dagens fokus på process till ett fokus på hur mycket patientvärde i form av hälsoutfall per krona som faktiskt åstadkoms. En nyckel till det är att mäta hälsoutfall i större utsträckning och organisera vården utifrån detta. Vi anser att Sverige har goda förutsättningar att välja ut relevanta delar av Porters och Teisbergs modell och anpassa dem till svenska förhållanden. Om svensk vård lyckas med detta finns möjligheter för bättre vård för den enskilde patienten och även positiva effekter för samhället i stort.¹⁹²

(Pär J Höglund, med. dr., ST-läkare, The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, m.fl.)

I Sjukhusläkaren rapporteras under 2013 att styrningen behöver skifta fokus från enskilda delar till att fånga helheten. En läkare kommenterar:

– I värdebaserad vård är det hälsa man mäter och vården organiseras i syfte att skapa så mycket hälsa som möjligt per krona [...].¹⁹³

(Lollo Makdessi, ST-läkare, Danderyds sjukhus)

2014 – Modellen under utveckling

Under hösten 2014 har Sjukhusläkaren en serie artiklar om värdebaserad vård där tonen är övervägande optimistisk och förhoppningsfull.¹⁹⁴ Mot slutet av året rapporteras att Porter har besökt Sverige och att Sverige enligt honom har

192 Läkartidningen, Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård, 2012-10-02.

193 Sjukhusläkaren, Vad händer med läkaruppropet? 2013-09-09.

194 Se t.ex. Sjukhusläkaren, 77-åriga Stig bollplank på Karolinska, 2014-10-13; Sjukhusläkaren, – Vi står inför ett paradigmskifte, 2014-10-13; Sjukhusläkaren, Värdebaserad vård ger oss chansen att styra mot kvalitet, 2014-10-13.

förutsättningar att ta ledningen i införandet av värdebaserad vård. Det rapporteras om ett omfattande arbete som pågår inom ramen för Sveus. I projektet identifieras utfallsmått och uppföljningssystem för ett antal patientgrupper. I ett nästa steg ska värdebaserade ersättningssystem tas fram. Ett exempel från Sahlgrenska sjukhuset om värdebaserad vård inom psykiatrin lyfts fram som lyckat.¹⁹⁵

Porters besök följs av ett antal artiklar där de första kritiska rösterna börjar höras från framför allt läkare. I Läkartidningen kritiseras modellen för att vara framtagen för amerikanska förhållanden och för oklarheter kring vad som avses med värde.¹⁹⁶ Debattörerna ifrågasätter bland annat att ersättningssystem ska baseras på vårdepisoder såsom Porter rekommenderar och varnar för negativa bieffekter.

*Varje ersättningssystem är också ett styrsystem. Svårigheten med prestations- och utfallsorienterade ersättningssystem har visat sig vara att kombinera dem med professionell logik och med hälso- och sjukvårdslagen, utan att behov åsidosätts. Debatten kring New Public Management (NPM) illustrerar detta väl. Ersättningsmetoderna inom värdebaserad vård må till viss del skilja sig från NPM. I princip kvarstår dock riskerna med diagnos-/indikationsglidning och manipulation av data, vilket korrumpierar kvalitetsregister samt försvårar forsknings- och utvecklingsarbete. Ersättningssystem och styrning av vården bör hållas isär.*¹⁹⁷

(Karl Sallin, Lollo Makdessi och Jonas Sjögren, Svenska läkaresällskapet)

Ett annat problematiserande inlägg i debatten mot slutet av 2014 – ett av ett fåtal från en anhörig – publiceras i Dagens samhälle med rubriken *Kan vi verkligen sätta ett pris på vårdens värde?*¹⁹⁸

2015 – Stort intresse och flera försök – men även kritik

I tidningen Vårdfokus rapporteras under 2015 att värdebaserad vård införs i snabb takt på flera sjukhus. Andreas Ringman Uggla, produktionsdirektör och ansvarig för den värdebaserade vården på Karolinska sjukhuset, berättar i ett

195 Läkartidningen, Kvalitetsregister ger Sverige försprång, 2014-11-27; Läkartidningen "Mät vårdens värde för varje patient", 2014-11-27.

196 Läkartidningen, Värdebaserad vård lika illa som New public management, nr 48, 2014-11-25.

197 Läkartidningen, Värdebaserad vård är laddad med problem men också möjligheter, 2015-01-05.

198 Dagens Samhälle, Kan vi verkligen sätta ett pris på vårdens värde? 2014-12-16.

reportage från Almedalen om införandet. Huvudpunkterna handlar om att patientgrupper ska vara väldefinierade, att alla patienter ska vara involverade i vården, att utfallen ska mätas (här avses total kostnad för vården av en enskild patient) och att beslut ska tas på rätt nivå.

Vi måste börja organisera oss utifrån patientens väg genom vården, det vill säga inte bara titta på pinnar i form av utförda åtgärder. Målet kan inte vara någonting annat än att vi ska ge ett värde åt våra patienter [...].¹⁹⁹

(Produktionsdirektör Andreas Ringman Ugglå,
Karolinska Universitetssjukhuset)

I Vårdfokus konstateras att värdebaserad vård är en styrmodell som väckt kritik, inte minst avseende definitionen av värde. Bland andra Svenska läkaresällskapet menar att det är oklart om värdebaserad vård harmonierar med riksdagens prioriteringsplattform, där kostnadsprincipen är underordnad behovsprincipen. Deras kritik mot modellen sammanfattas i tre punkter: att det finns en övertro på möjligheten att genom *mätning* fånga det väsentliga i vad en verksamhet gör och bör göra, att den förutsätter *standardisering* och därmed bara passar en liten del av svensk sjukvård samt att *evidens* huvudsakligen finns för just standardiserade sjukdomsförlopp. Även Vårdförbundets ordförande är kritisk och efterfrågar istället att blicken höjs bortom diagnoser, sjukhus och pengar till en personcentrerad vård som går att tillämpa på alla patienter.²⁰⁰

Dagspressen publicerar de första, försiktigt optimistiska nyheterna kring värdebaserad vård. I Göteborgs-Posten rapporteras att ett nytt arbetssätt har kortat vårdtiderna inom ortopedin på Sahlgrenska sjukhuset. Arbetssättet bygger på att sätta patienten i centrum, att mäta och registrera det som är viktigt för patienterna, samt ett nära samarbete mellan alla professioner som möter patienten. En läkare kommenterar:

Jag tycker man kan beskriva värdebaserad vård som ett paradigmskifte där vi inte enbart tittar på kostnader och processer utan även tar med kvalitetsmått på hur det går för patienten på längre sikt.²⁰¹

(Specialistläkare Maziar Mohaddes, Sahlgrenska sjukhuset)

199 Vårdfokus, Värdebaserad vård kommer knappast att lösa världens problem, 2015-06-30.

200 Vårdfokus, Regeringen tar inte ställning till värdebaserad vård, 2015-06-12; Vårdfokus, Värdebaserad vård införs i snabb takt på flera sjukhus, 2015-06-10.

201 Göteborgs-Posten, Nytt arbetssätt kortar vårdtiderna, 2015-08-02.

En sjuksköterska som vill nyansera bilden menar dock att värdebaserad vård ökat arbetsbelastningen för personalen och att det för vissa patienter kan vara stressande att skrivas ut tidigare, såsom det nya arbetssättet innebär.²⁰²

2016 – Ökat motstånd och krav på evidens

Under 2016 fortsätter debatten bland läkare. I kritiken ingår allt oftare att det saknas tillräckliga kunskapsunderlag för värdebaserad vård.

Värdebaserad vård har tidigare kritiserats av Läkaresällskapet [...] liksom av forskare och debattörer [...]. Vi ska här inte återupprepa denna kritik. I sammanhanget räcker det att påpeka att ramverket saknar tillräcklig evidens och endast bör förekomma i pilotprojekt, samt att dess kärna – kvoten utfall/kostnad – är olämplig att bygga hälso- och sjukvårdens kvalitets- och effektiviseringsarbete runt. Värdebaserad vård hotar att åsidosätta den medicinska logiken, vars utgångspunkter etik och vetenskap måste stå i centrum för medicinsk verksamhet.²⁰³

(Karl Sallin, Stefan Lindgren och Kerstin Nilsson, Svenska Läkaresällskapet)

Mot slutet av 2016 – två veckor innan de första patienterna flyttas till Nya Karolinska – sänder Kaliber i P1 ett uppmärksammat inslag om den pågående omorganisationen och avskaffandet av klinikerna. I inslaget återges en presentation från Almedalen där ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset berättar om den nya verksamhetsmodellen vars huvudstrategi bygger på värdebaserad vård. Ledningen vill skapa en organisation där man kan följa patienternas väg i vårdkedjan och lättare mäta och förbättra kvaliteten. Förändringarna ska komma tillrätta med brister såsom en fragmenterad organisation, ojämn vårdkvalitet och återkommande problem med ekonomin.²⁰⁴ Kritik framförs i inslaget – bland annat från läkarföreningen på Karolinska – mot att det saknas underlag som stödjer den nya modellen, men också mot toppstyrning och konsultstyrning av förändringsarbetet. Reportern summerar:

Det finns alltså en kritik mot att den nya organisationen är dåligt underbyggd, samt att införandet sätter press på en redan pressad verksamhet. Något som ledningen bemöter med att nuvarande organisation har kommit till vägs ände

202 Göteborgs-Posten, 2015-08-02.

203 Läkartidningen, Värdebaserad vård – problemen är kända. Vad göra i stället? 2016-06-10.

204 Sveriges Radio, Den stora omvandlingen, Kaliber, P1, 2016-11-07.

och att nu är det bästa tillfället att göra det här. Men kritiken är bredare än så, den handlar om toppstyrning, alltså sättet man genomför det här på.²⁰⁵

(Sveriges Radio, Kaliber, P1)

En våg av massmedial bevakning i samband med flytten till Nya Karolinska Solna följer. Rapporteringen handlar bland annat om att läkarföreningen på Karolinska i ett öppet brev till sjukhusdirektör Melvin Samsom kräver en paus i omorganisationen och att samarbetet med konsultföretaget BCG ska upphöra. Vårdförbundet uttalar istället stöd för omorganisationen.²⁰⁶ Debatten handlar under denna period mindre om värdebaserad vård som koncept och mer om konsultstyrning och sättet omorganisationen genomförs på. Sjukvårdslandstingsrådet i Stockholm Anna Starbrink dras in i debatten mot slutet av året och uttalar sitt förtroende för sjukhusledningen. Hon tillbakavisar samtidigt att värdebaserad vård inte skulle ha evidens.²⁰⁷

I en debattartikel i Svenska dagbladet hävdar läkarföreningen på Karolinska att värdebaserad vård fragmenterar och raserar vården.²⁰⁸ Artikeln startar en ny våg av inlägg där värdebaserad vård återigen står i fokus.

2017 – Stark kritik och avbrutna samarbeten

Under början av 2017 hårdnar debatten ytterligare och tonläget höjs. Kritikerna fortsätter att lyfta riskerna med värdebaserad vård enligt Porters modell, bland annat att kostnadsaspekter ingår i begreppet värde vilket uppges äventyra behovs- och solidaritetsprincipen. Kritiken mot att det saknas evidens fortsätter också, samt – kopplat till Karolinska – att vården verkar styras allt mer av andra intressen än patienternas. Professorer med kopplingar till KI tillbakavisar kraftfullt kritiken:

Uttalandet att vården på NKS skulle strida mot demokratiskt beslutade prioriteringsregler [...] är gripet ur luften. Insinuationen om oetisk vård är närmast kränkande. [...] Att påstå att ICHOM gör vården beroende av konsulter [...], att konsulter kan tjäna pengar på utfallsmått eller medicinska resultat och att

205 Sveriges Radio, Den stora omvandlingen av Karolinska. Kaliber, P1, 2016-11-07.

206 Vårdfokus, Nya Karolinskas vårdmodell delar personalen, 2016-11-23.

207 Dagens Nyheter, Starbrink om NKS: Bygge värt att skryta om 2016-12-21.

208 Dagens Nyheter, En managementteori som inte tål verkligheten, 2016-11-23.

*ledande universitet – inklusive KI – skulle ha andra motiv än patientnytta är allvarligt.*²⁰⁹

(Jörgen Nordenström, prof. emeritus, tidigare överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset och Nina Rehnqvist, tidigare överdirektör, Socialstyrelsen; ordförande, SBU)

Vidare betonas att värdebaserad vård inte är en metod utan snarare ett ramverk för insatser och åtgärder som leder till bättre värde för patienten.²¹⁰ Debattörerna menar också att värdebaserad vård inte behöver vara kopplat till något speciellt ersättningssystem eller någon särskild organisationsstruktur.²¹¹

*Syftet med värdebaserad vård är således att förbättra sjukvårdens kvalitet med betoning på patientrelaterade utfall och upplevelser. Vem kan ha någonting emot detta? [...] Kritiken mot värdebaserad vård är i stora delar obegriplig.*²¹²

(Jörgen Nordenström, prof. emeritus i kirurgi)

Fler förespråkare är inne på samma tema – att värdebaserad vård egentligen bara betyder att vi behöver använda våra resurser så effektivt som möjligt – och att vi för att klara det behöver mäta värde.²¹³ Martin Ingvar, styrelsemedlem i ICHOM och tidigare vicerektor vid KI uttrycker det som att kärnan i värdebaserad vård är att sjukvården måste förstå hur den kan producera så mycket hälsa som möjligt istället för så mycket vård som möjligt.²¹⁴

Efter en artikelserie i dagspressen om konsultkostnaderna på Karolinska rapporteras under våren att sjukhuset avslutar sitt samarbete med BCG.²¹⁵ Kort därefter uppmärksammas att stora mängder svenska patientdata skickas till ICHOM i USA, varpå Västra Götalandsregionen tillfälligt drar sig ur samarbetet med ICHOM och Karolinska dröjer med att förlänga det.²¹⁶ I ett internt dokument uppges KI också ta avstånd från värdebaserad vård med motiveringen att modellen kan leda till ”svåra etiska frågeställningar” och att ”det inte finns stöd för en generell tillämpning av modellen i vårdens styrning”.²¹⁷

209 Läkartidningen, Vårdalarmister motverkar kvalitetsutvecklingen, 2017-01-13.

210 Svenska Dagbladet, Obegriplig kritik mot att sjukvården förnyas, 2017-01-08.

211 Läkartidningen, Stoppa inte det vi påbörjat, 2017-06-02.

212 Dagens Samhälle, Vårdens problem är brist på kvalitet, inte på resurser, 2017-03-21.

213 Läkartidningen, Omstridd metod på frammarsch, 2017-01-25.

214 Dagens Nyheter, ICHOM inget hot mot patienternas integritet, 2017-05-29.

215 Dagens Nyheter, Karolinska avslutar samarbete med kritiserat konsultbolag, 2017-04-17.

216 Dagens Nyheter, Karolinska avvaktar med att förlänga samarbetsavtal, 2017-06-04.

217 Dagens Nyheter, KI tar avstånd från konsultstyrd vård, 2017-06-23.

Dagspressen rapporterar i augusti att regeringen gett Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att kartlägga kunskapsläget kring värdebaserad vård. Socialminister Annika Strandhäll säger i en intervju att hon är oroad av att modellen införs på bred front.²¹⁸

I slutet av 2017 rapporterar Dagens medicin att Sahlgrenska universitetssjukhuset har låtit gå igenom 1 320 forskningspublikationer kring värdebaserad vård. Något stöd för konceptet hittades inte.²¹⁹ Forskaren som genomfört uppdraget, Peter Lönnroth, avråder samtidigt från att omorganisera Sahlgrenska baserat på värdebaserad vård. Nyheten sprids i dagspressen där det konstateras att ”Nya Karolinskas rekorddyra modell saknar evidens enligt ny rapport”.²²⁰ Lönnroth påpekar dock i en intervju att evidensfrågan i förhållande till modeller såsom värdebaserad vård egentligen är ”rätt ointressant”.²²¹ Han menar också att det är skillnad på en omorganisation vid Sahlgrenska och Nya Karolinska, eftersom det senare till skillnad från Sahlgrenska är byggt efter en tematisk modell. Kritiken mot Karolinska fortsätter.

2018 – Omprövning, utvärderingar och analyser

I januari 2018 bemöter både konsultföretaget BCG och sjukhusledningen för Karolinska kritiken i debattartiklar i DN. BCG anser att begreppet värdebaserad vård aktivt förvrängts i den svenska debatten och menar att det varken är en konsultprodukt eller en organisations- eller ersättningsmodell. Det beskrivs istället som en strategi för framtidens sjukvård som bygger på Ernest Codmans arbete i början av 1990-talet och som visar på vikten av att mäta hur det går för patienterna. BCG påpekar att konsultföretaget själva varnat för resultatbaserad ersättning som debatterats i pressen.²²²

Ledningen för Karolinska beskriver sjukhusets förändringsarbete, där värdebaserad vård uppges vara en av flera delar. Det fungerar enligt ledningen som ett komplement till det tidigare flödesarbetet genom att stärka patientfokuseringen. Aspekter som nämns är patientdelaktighet, teamarbete kring patientgrupperna, mätning och kontinuerlig uppföljning. Det har enligt sjukhusledningen fått växa fram utifrån Karolinskas förutsättningar och med

218 Dagens Nyheter, Socialministern kritisk till Nya Karolinskas vårdmodell, 2017-08-20; Dagens Nyheter, Regeringen: Kritiserad vårdmodell ska kartläggas, 2017-08-21.

219 Dagens Medicin, Sahlgrenska: Värdebaserad vård saknar stöd i vetenskapen, 2017-12-05.

220 Dagens Nyheter, Nya Karolinskas rekorddyra modell saknar evidens enligt ny rapport, 2017-12-05.

221 Dagens Medicin, Befängd att förkasta modell utan evidens, 2017-12-14.

222 Dagens Nyheter, Vetenskaplig evidens stödjer Nya Karolinskas arbetssätt, 2018-01-08.

hjälp av medarbetare från olika professioner.²²³ Bilden tillbakavisas i en replik av läkarföreningen på Karolinska.²²⁴

Strax därefter rapporteras att Andreas Ringman Ugglå, produktionsdirektör på Karolinska Universitetssjukhuset, avgår med omedelbar verkan. Det sker efter Dagens Nyheters granskning av bland annat hur faktureringen skötts till konsultbolaget BCG. Produktionsdirektören var BCG-konsult innan han anställdes som produktionsdirektör 2014 och BCG vann året därpå upphandlingen värd 118 miljoner kronor.²²⁵

I februari rapporteras att regeringen tillsätter en utredning av Nya Karolinska²²⁶ och dagen efter uppmärksammas att tankesmedjan Leading Health Care får i uppdrag av regeringen att göra en organisationsteoretisk genomgång av modellen för värdebaserad vård.²²⁷ Några veckor senare beslutar Sahlgrenska sjukhuset att avbryta en storskalig satsning på värdebaserad vård.

*Värdebaserad vård kommer att vara en av ett antal metoder för att bedriva förbättringsarbete och kvalificerat utvecklingsarbete. De som påbörjat ett arbete med värdebaserad vård får fortsätta om de vill, alternativt använda andra förbättringsmetoder. Det är upp till varje verksamhetschef att avgöra. Det vi säger är att en storlek inte passar alla. Hur verksamheten ser ut och vilka patienter den har avgör vilken metod som är bäst.*²²⁸

(Sjukhusdirektör Ann-Marie Wennberg, Sahlgrenska sjukhuset)

Under våren uttalar sig ett antal forskare i dagspressen. Jesper Meijling, doktorand vid KTH, ifrågasätter den bild som BCG och Karolinskas ledning enligt honom förmedlat om värdebaserad vård som en lokal vårdmodell för ett sjukhus. Enligt Meijling är värdebaserad vård snarare en modell för konkurrens i ett helt sjukvårdssystem, som lägger grunden för en ny slags sjukvårdsmarknad.²²⁹ Jan Öhrming, professor i företagsekonomi, beskriver det istället som det senaste i en rad försök att styra sjukvården via flödesmodeller.²³⁰

223 Dagens Nyheter, När vården förändras krävs en ny sjukhusorganisation, 2018-01-25.

224 Dagens Nyheter, Vi har tagit ett stort steg bakåt, 2018-01-29.

225 Dagens Nyheter, Efter DN:s granskning: Produktionsdirektör Andreas Ringman Ugglå på Karolinska avgår, 2018-01-11.

226 Dagens Medicin, Tankesmedjan ska analysera värdebaserad vård, 2018-02-23.

227 Svenska Dagbladet, M till Strandhäll: Ska NKS granskas eller inte? 2018-02-22.

228 Sjukhusläkaren, Så tänkte Sahlgrenskas nya sjukhusdirektör då hon stoppade införandet, 2018-03-12.

229 Svenska Dagbladet Debatt, Syftet har dolts – NKS ett marknadsexperiment, 2018-03-16.

230 Svenska Dagbladet Debatt, Orsakerna bakom – därför gick det fel i projektet NKS, 2018-03-25.

I maj rapporteras i Läkartidningen att SBU:s granskning visar på vissa fördelar med värdebaserad vård, men att forskningen är bristfällig.²³¹ DN rapporterar att inga slutsatser kan dras om modellens effekter utifrån existerande studier:

*Ska man kunna utvärdera värdebaserad vård som det ramverk det faktiskt är, då bör fler komponenter vara med.*²³²

(Professor Lotta Dellve, SBU)

I september rapporteras i flera medier att Karolinska Universitetssjukhusets direktör Melvin Samsom avgår efter hård kritik.²³³

Sedan september 2018 (som är den sista månaden som täcks i vår systematiska artikelsökning) har rapporteringen om värdebaserad vård på Karolinska fortsatt. Ett exempel är att det i oktober rapporterades i DN om att det inte går att följa och styra ekonomin till följd av att det ekonomiska ansvaret flyttats från kliniknivån till patientflödesnivån. Anledningen är att IT-systemet inte stödjer den nya verksamhetsmodellen.²³⁴ Ett annat exempel, från januari 2019, är nyheten att Björn Zoëga utsetts till ny sjukhusdirektör och att han har för avsikt att se över den nya verksamhetsmodellen. Zoëga är positiv till ambitionen att tänka på värdet för patienten, men uppger att han inte tror på grundidén i konceptet värdebaserad vård där man kopplar ihop mätning av vårdresultat och ekonomin.²³⁵ Strax därefter rapporteras även att Karolinskas styrelse dömer ut sjukhusets nya organisation. Kritiken handlar bland annat om att verksamheten blivit mer fragmentiserad med den stora mängden flöden, att beslutsfattandet centraliserats och blivit otydligt samt att den nya organisationsmodellen är kostnadsdrivande.²³⁶

231 Läkartidningen, SBU: Brister finns i forskningen om värdebaserad vård, 2018-05-31.

232 Dagens Nyheter, Brisfälliga studier och oklara effekter av värdebaserad vård, 2018-05-31.

233 Se t.ex. Dagens Nyheter, Sjukhusdirektör Melvin Samsom lämnar Karolinska, 2018-09-24; Dagens Medicin, Samsom avgår som direktör på Karolinska, 2018-09-24; Vårdfokus, Sjukhusdirektören Melvin Samsom lämnar Karolinska, 2018-09-24; Svenska Dagbladet, Karolinskas sjukhusdirektör Melvin Samsom avgår, 2018-09-24.

234 Dagens Nyheter, Fler chefer – men mindre vård och stora sparkrav på Karolinska, 2018-10-17.

235 Dagens Nyheter, Karolinskas nya direktör öppnar för förändringar, 2019-01-29.

236 Dagens Nyheter, Styrelsen dömer ut Karolinskas nya organisation, 2019-01-30.

Summering

Debatten kring värdebaserad vård har sammanfattningsvis varit både livlig och spretig under perioden 2012-2018. Såväl tonläge som framställning har varierat beroende på vem som uttalat sig och beroende på vilket sjukhus som mediebevakningen handlat om. Tonläget är genomgående högre och betydligt mer kritiskt i mediebevakningen av Karolinska jämfört med övriga sjukhus. Här är debatten delvis sammanblandad med rapporteringen om konsultanvändning, intressekonflikter och nybyggnation. Den har också en delvis annan karaktär, med mindre fokus på ändrade arbetssätt i praktiken jämfört med övriga sjukhus. När sjukhusledningen vid Karolinska beskriver värdebaserad vård som främst ett patientcentrerat arbetssätt får det till exempel begränsat genomslag i debatten, medan patientcentrering, patientdelaktighet och teamarbete är återkommande inslag där bevakningen rör Sahlgrenska eller Akademiska sjukhuset.

Mediebilderna förändras också över tid. Det finns en konsensus i debatten som framför allt märks de första åren vi följt, om att dagens styrsystem har för stort fokus på produktion och pinnräkning och för lite på kvalitet för patienten. Debatten andas inledningsvis förhoppning om att värdebaserad vård kan utgöra ett alternativ till dagens styrning. Över tid ökar dock polariseringen mellan förespråkare och kritiker. Fram till 2015 sker debatten främst i professionella fora, medan dagspressen börjar bevaka frågan under 2015. Kritiken dröjer här till slutet av 2016 då Nya Karolinska ska öppna.

Vi konstaterar slutligen att olika åsiktbarare i debatten talar om delvis skilda saker. Kritiker – framför allt läkare – utgår mer bokstavligt från Porters ursprungliga modell och debatterar dess (o)lämplighet utifrån de antaganden som ligger till grund för modellen samt vilka effekter och bieffekter de kan förväntas få. Undantaget är debatten kopplad till Karolinska där det även handlar om vilka problem som modellen anses ha skapat i praktiken. Förespråkare – såsom sjukhusledningar och intressenter som deltar i utvecklingen av konceptet – utgår å sin sida mer från värdebaserad vård som ett förhållningssätt och en lösning på olika problem, men utan att närmare beskriva *hur* modellen ska lösa problemen. Modellens syfte och mål – att skapa större värde för patienterna – står i centrum samt att värdebaserad vård är *något nytt*. En annan fråga som debatterats flitigt är den om vilket vetenskapligt stöd eller evidens som finns för modellen. Den kritik som debatten ger uttryck för ger en mer mångfacetterad bild av införandet av värdebaserad vård än den som verksamheterna själva beskriver. Vi återkommer till denna iakttagelse i kapitel 6.

Referenser

- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2013) *Diskursanalys i praktiken*, upplaga 1:4, Liber.
- Dagens Medicin *Befängt att förkasta modell utan evidens*, 2017-12-14.
- Dagens Medicin *Sahlgrenska: Värdebaserad vård saknar stöd i vetenskapen*, 2017-12-05.
- Dagens Medicin *Samsom avgår som direktör på Karolinska*, 2018-09-24.
- Dagens Medicin *Tankesmedjan ska analysera värdebaserad vård*, 2018-02-23.
- Dagens Nyheter *Bristfälliga studier och oklara effekter av värdebaserad vård*, 2018-05-31.
- Dagens Nyheter *Efter DN:s granskning: Produktionsdirektör Andreas Ringman Ugglå på Karolinska avgår*, 2018-01-11.
- Dagens Nyheter *En managementteori som inte tål verkligheten*, 2016-11-23.
- Dagens Nyheter *Fler chefer – men mindre vård och stora sparkrav på Karolinska*, 2018_10-17.
- Dagens Nyheter *ICHOM inget hot mot patienternas integritet*, 2017-05-29.
- Dagens Nyheter *Karolinska avslutar samarbete med kritiserat konsultbolag*, 2017-04-17.
- Dagens Nyheter *Karolinska avvaktar med att förlänga samarbetsavtal*, 2017-06-04.
- Dagens Nyheter *Karolinskas nya direktör öppnar för förändringar*, 2019-01-29.
- Dagens Nyheter *KI tar avstånd från konsultstyrd vård*, 2017-06-23.
- Dagens Nyheter *Nya Karolinskas organisation får brett stöd av flera yrkesgrupper*, 2016-11-22.
- Dagens Nyheter *Nya Karolinskas rekorddyra modell saknar evidens enligt ny rapport*, 2017-12-05.
- Dagens Nyheter *När vården förändras krävs en ny sjukhusorganisation*, 2018-01-25.
- Dagens Nyheter *Regeringen: Kritiserad vårdmodell ska kartläggas*, 2017-08-21.
- Dagens Nyheter *Sjukhusdirektör Melvin Samsom lämnar Karolinska*, 2018-09-24.

Dagens Nyheter *Socialministern kritisk till Nya Karolinskas vårdmodell*, 2017-08-20.

Dagens Nyheter *Starbrink om NKS: "Bygge värt att skryta om"* 2016-12-21.

Dagens Nyheter *Starbrinks uttalande provocerar läkare på Karolinska*, 2016-12-21.

Dagens Nyheter *Styrelsen dömer ut Karolinskas nya organisation*, 2019-01-30.

Dagens Nyheter *Vetenskaplig evidens stödjer Nya Karolinskas arbetssätt*, 2018-01-08.

Dagens Nyheter *Vi har tagit ett stort steg bakåt*, 2018-01-29.

Dagens Nyheter *Vårdmodell på Karolinska gynnar friskare patienter*, 2018-01-09.

Dagens Samhälle *Kan vi verkligen sätta ett pris på vårdens värde?* 2014-12-16.

Dagens Samhälle *Vårdens problem är brist på kvalitet, inte på resurser*, 2017-03-21.

Dagens Samhälle *Värdebaserad vård ställer patienter mot varandra*, 2017-01-23.

Göteborgs-Posten *Läs chatten med Barbro Fridén*, 2013-10-11.

Göteborgs-Posten *Nytt arbetssätt kortar vårdtiderna*, 2015-08-02.

Läkartidningen *En kärna i vårdens arbete är att veta hur det går för patienten*, 2017-07-19.

Läkartidningen *Kvalitetsregister ger Sverige försprång*, nr 49-50, 2014-11-27.

Läkartidningen *Mät vårdens värde för varje patient*, nr 49-50, 2014-11-27.

Läkartidningen *Omstridd metod på frammarsch*, 2017-01-25.

Läkartidningen *SBU: Brister finns i forskningen om värdebaserad vård*, 2018-05-31.

Läkartidningen *Starka incitament för att avbryta införandet av värdebaserad vård*, 2016-11-30.

Läkartidningen *Stoppa inte det vi påbörjat*, 2017-06-02.

Läkartidningen *Vårdalarmister motverkar kvalitetsutvecklingen*, 2017-01-13.

Läkartidningen *Värdebaserad vård – problemen är kända. Vad göra i stället?* 2016-06-10.

Läkartidningen *Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård*, nr 47, 2012-10-02.

Läkartidningen *Värdebaserad vård lika illa som New public management*, nr 48, 2014-11-25.

- Läkartidningen *Värdebaserad vård är laddad med problem men också möjligheter*, 2015-01-05.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006) *Redefining Healthcare: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Boston.
- Sjukhusläkaren *77-årige Stig bollplank på Karolinska*, 2014-10-13.
- Sjukhusläkaren *Så tänkte Sahlgrenskas nya sjukhusdirektör då hon stoppade införandet*, 2018-03-12.
- Sjukhusläkaren *Vad händer med läkaruppropet?* 2013-09-09.
- Sjukhusläkaren *Vi står inför ett paradigmskifte*, 2014-10-13.
- Sjukhusläkaren *Värdebaserad vård ger oss chansen att styra mot kvalitet*, 2014-10-13.
- Sjukhusläkaren *Värdebaserad vård i Stockholm – kejsarens nya kläder i kameleontfärg*, 2018-03-12.
- Svenska Dagbladet *Karolinskas sjukhusdirektör Melvin Samsom avgår*, 2018-09-24.
- Svenska Dagbladet *Läkarfacket: Förtroendet slut för sjukhusledningen*, 2016-12-08.
- Svenska Dagbladet *M till Strandhäll: Ska NKS granskas eller inte?* 2018-02-22.
- Svenska Dagbladet *Obegriplig kritik mot att sjukvården förnyas*, 2017-01-08.
- Svenska Dagbladet *Orsakerna bakom – därför gick det fel i projektet NKS*, 2018-03-25.
- Svenska Dagbladet *Patienter måste bli mer involverade på sikt*, 2017-02-04.
- Svenska Dagbladet *Principen att prioritera vård efter behov sätts ur spel*, 2017-01-11.
- Svenska Dagbladet *Sjukvården måste kunna lyssna på patienterna*, 2017-01-30.
- Svenska Dagbladet *Syftet har dolts – NKS ett marknadsexperiment*, 2018-03-16.
- Sveriges Radio *Den stora omvandlingen av Karolinska*. Kaliber, P1, 2016-11-07.
- Sveriges Radio *Karolinska – konsulternas Mekka?* Kaliber, P1, 2016-11-14.
- Upsala Nya Tidning *Ackisläkare är nöjda med kritiserad vårdmodell*, 2017-12-27.
- Vårdfokus *Nu ropar alla efter värdebaserad vård*, 2016-02-03.
- Vårdfokus *Nya Karolinskas vårdmodell delar personalen*, 2016-11-23.
- Vårdfokus *Regeringen tar inte ställning till värdebaserad vård*, 2015-06-12.
- Vårdfokus *Sjukhusdirektören Melvin Samsom lämnar Karolinska*, 2018-09-24.

Vårdfokus *Värdebaserad vård införs i snabb takt på flera sjukhus*, 2015-06-10.

Vårdfokus *Värdebaserad vård kommer knappast att lösa vårdens problem*, 2015-06-30.

Värdebaserad vård i en internationell kontext

Medan kritiken mot värdebaserad vård i den svenska kontexten resulterat i omprövningar och till viss del avståndstaganden, växer tvärtom konceptet i popularitet och aktualitet internationellt. Inom framförallt OECD och EU pågår omfattande processer för att sprida och införa värdebaserad vård och arbetet sker i ett högt tempo. Av särskilt intresse är det så kallade PaRIS-arbetet, den pågående infrastrukturuppbyggnad kring värdebaserad vård som ska stödja mätning och insamling av data. Delar av konceptet, såsom Porters värdeekvation, ges även andra användningsområden internationellt. Exempel på det är värdebaserad prissättning på läkemedel och medicinteknik samt värdebaserad upphandling.

I detta kapitel belyses de internationellt pågående processerna i syfte att ge en bild av hur olika organisationer ser på värdebaserad vård och vilken roll de spelar för spridning och införande. Ytterligare ett syfte är att belysa hur man i utlandet ser på Sveriges införande av modellen. Efter ett kort metodavsnitt presenteras de organisationer som är mest aktiva i arbetet med värdebaserad vård i Europa. Därefter sammanfattar vi våra iakttagelser kring den pågående tillämpningen och spridningen av värdebaserad vård på ett internationellt plan. Avslutningsvis kommenterar vi hur de svenska erfarenheterna betraktas internationellt.

Metod

Kapitlet bygger huvudsakligen på en intervjustudie, kompletterad av dokument och rapporter från respektive organisation (se nedan). 10 personer med centrala positioner eller lång erfarenhet av arbete med policyutveckling inom

den europeiska life science-sektorn har intervjuats. I detta ingår både personer i internationella chefspositioner och svenska tjänstemän med representationsuppdrag i de internationella organisationerna, se lista på intervjuerpersoner nedan.²³⁷

Namn	Organisation	Position
Thomas Allvin	EFPIA	Executive Director for Strategy and Health Care Systems
Roberta Savli	EFPIA	Senior Manager, Healthcare Systems
Sylvain Giraud	EU, Department of Health and Food Safety	Head of unit, Performance of National Health Systems
Constantin-Ovidiu Dumitrescu	EU, Department of Health and Food Safety	Policy Officer, Performance of National Health Systems
Yves Verboven	MedTech Europe	Director, Market Access & Economic Policies
Francesca Colombo	OECD	Head of Health Division
Jens Wilkens	OECD	Health Policy Analyst (fram till hösten 2018)
Kristoffer Lundberg	Socialdepartementet	Deputy director. Svensk delegat i OECD:s hälsokommitté
Olivia Wigzell	Socialstyrelsen	Generaldirektör. Även ordförande för OECD:s hälsokommitté
Lennart Christiansson	Socialstyrelsen	Medicinalråd
Jose Figueras	WHO	Director, European Observatory of Health Systems

Intervjuerna har varit semi-strukturerade utifrån en intervjumall. Öppna frågor har ställts kring respondentens förtroendenhet med och kunskap om konceptet värdebaserad vård, konceptets användning inom den organisation/de organisationer där respondenten är verksam, tankar kring framtida utveckling och användning av konceptet, samt frågor kring eventuella kopplingar mellan värdebaserad vård och Sverige som respondenten är medveten om. Varje intervju

²³⁷ Vi har tidigare även genomfört sonderande intervjuer med centrala personer för konceptets lansering i Sverige (se kap 1 not 1), varav många även har kopplingar till de internationella organisationer som beskrivs här.

har pågått 1-2 timmar. I anslutning till intervjuerna har vi tagit del av offentliga rapporter samt visst internt material från de berörda organisationerna.

Vi har också deltagit i möten och workshops vid OECD (Meeting of the Working Party on Health Care Quality and Outcomes Indicators, 9 november 2018) och EFPIA (Think-tank on VBHC, 24 maj 2018 och 25 mars 2019). Vidare har vi studerat internationella publikationer kring värdebaserad vård där Sverige ingår som ett exempel (se litteraturöversikt i bilaga 1).

Internationell lansering av värdebaserad vård

Efter att Michael Porter tillsammans med Elisabeth Teisberg i mitten av 2000-talet lanserat modellen värdebaserad vård akademiskt, påbörjades ett omfattande internationellt spridningsarbete till beslutsfattare på olika nivåer. Spridningen har skett både genom kurser vid bland annat Harvard Business School, genom den betydande föreläsningens verksamhet som Porter själv står för, genom hans nära samarbete med strategikonsultbolaget BCG samt genom bildandet av ICHOM (organisationerna har tidigare introducerats i Kapitel 1, Aktörskarta).

ICHOM

ICHOM arbetar för att förverkliga framför allt den del av värdebaserad vård som handlar om utfallsmätning, vilket sker genom utvecklingen av så kallade globala standardset. Standardseten är listor på indikatorer som bedömts betyda mycket för en patient med en viss sjukdom som genomgått en viss behandling. Standardseten tas fram i internationellt sammansatta arbetsgrupper med medicinsk expertis, och för närvarande finns standarder färdigställda inom 26 diagnosområden. Variablerna utgörs till del av medicinska baslinje- och resultatmått, men också så kallade patientrapporterade utfallsmått (PROM:s) som samlas in via enkäter. Indikatorerna är tänkta att användas som en del av införandet av värdebaserade styrsystem i vården samt för att underlätta internationella jämförelser.²³⁸

För att uppnå detta samarbetar man med flera olika typer av vårdaktörer, bland annat med enskilda sjukhus genom att stödja dessa i att mäta utfall i den egna organisationen och genom att erbjuda utbildning i hur man rör sig mot

238 www.ichom.org/standard-sets/.

värdebaserad vård. Av särskilt intresse i det internationella sammanhanget är det nära samarbete som ICHOM sedan 2017 haft med OECD i syfte att sprida standardiserade utfallsmått internationellt (se vidare nedan).

BCG

Även BCG har en central roll i införandet och spridningen av värdebaserad vård internationellt. Arbetet har tidigare framför allt omfattat operativt stöd till enskilda sjukhus och bolag inom life science samt analyser på nationell nivå. BCG:s ansträngningar på högsta internationella policynivå har dock förstärkts i och med det samarbete med World Economic Forum som inleddes 2016, i syfte att sprida värdebaserad vård globalt. Projektet som går under namnet *Value in Health Care* motiveras bland annat av behovet av effektivisering givet den ohållbara kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården, samt stora variationer mellan olika behandlingsalternativ och mellan utförare, regioner och länder.²³⁹

Projektet har resulterat i ett antal rapporter där *värde* i enlighet med Porters modell definieras som ekvationen utfall/kostnader på patientgruppsnivå.²⁴⁰ För att åstadkomma värde framhävs mätning av utfall och kostnader, där ICHOM lyfts fram som en viktig aktör. Identifiering av patientgrupper i syfte att möjliggöra mätning och jämförelse av resultat samt anpassning av vårdens insatser till respektive patientgrupp är centralt. Tyska Martinikliniken återkommer som ett paradexempel där man lyckats med detta, vilket enligt BCG resulterat i ett betydligt större patientunderlag och därmed förbättrade möjligheter till riskanalys och mer skraddarsydd behandling.

Ytterligare aspekter som betonas är datainsamling, verktyg för jämförelse (benchmarking) och för beslutsstöd till läkare och patienter samt värdebaserad ersättning. Svenska kvalitetsregister framhävs som ett gott exempel på benchmarking och Stockholms läns landsting beskrivs som ledande avseende värdebaserad ersättning, med exemplet vårdepisodersättning för bland annat knä- och höftledsoperationer. Även läkemedelsbranschen och medtechindustrin framhävs som exempel på att aktörer nu breddar sig och med hjälp av data tar fram nya tjänster för att åstadkomma förbättrat utfall för patienter.

239 World Economic Forum (2017) Value in Healthcare: Laying the Foundation for Health System Transformation. In collaboration with Boston Consulting Group (BCG). April 2017.

240 World Economic Forum (2018) Value in Healthcare: Mobilizing cooperation for health system transformation. In collaboration with Boston Consulting Group (BCG). Januari 2018.

Ett bärande tema i rapporterna är dock att det inte räcker med att enskilda aktörer arbetar värdebaserat, utan att den verkliga potentialen finns i implementering på systemnivå.

Improving healthcare value requires system-wide transformation. Every aspect of a local or national health system – how outcomes are tracked, how research and benchmarking are conducted, how clinicians are paid, how care is organized and delivered – needs to change, with value delivered to patients as the central focus.²⁴¹

Argumentationen återkommer i ICHOM:s samarbete med OECD, som beskrivs vidare nedan.

Internationella organisationers pågående arbete med värdebaserad vård

OECD

OECD är drivande i den praktiska tillämpningen av värdebaserad vård på internationell policynivå, framför allt i utveckling och implementering av internationellt jämförbara mått. OECD:s generalsekreterare Ángel Gurría publicerade 2017 en debattartikel tillsammans med Michael Porter där de beskrev insamling, rapportering och internationella jämförelser av patientrapporterade utfallsmått som avgörande för att utveckla hälso- och sjukvårdssystem. Ett huvudargument är att nu tillgänglig data kring överlevnad och medicinska resultat måste kompletteras med mått på ”det som betyder mest för patienterna”. Vidare ska måtten vara jämförbara:

We need a systematic and standardized approach to asking patients about the outcomes of their care that matter most to them, medical condition by medical condition. [...] we can now take the next big step and take advantage of the internationally agreed upon sets of the most important outcomes by disease,

241 World Economic Forum (2018), s. 8.

*including PROMs, that have been developed by the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM).*²⁴²

2017 tecknade OECD ett *letter of intent* med ICHOM fokuserat på utveckling och implementering av standardiserade patientrapporterade utfallsmått (PROM:s). Samarbetet beskrivs som ett viktigt stöd för att styra hälso- och sjukvårdssystem mot värdebaserad vård.²⁴³ Praktiskt bedrivs arbetet med att utveckla och standardisera indikatorer inom OECD:s Health Committee under namnet Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS) initiative.

Inom PaRIS arbetar man dels med ICHOM:s existerande standardset inom tre sjukdomsområden (höft- och knäledsbyten, bröstcancer och psykisk hälsa), dels med en enkät avseende patienter med kronisk sjukdom som får behandling i primärvården, där standardset hittills saknas. Målgruppen är bred; förutom att stödja politiker med informationsunderlag så ska arbetet stärka patienter genom att göra deras röster hörda, samt klinisk personal genom att öka förståelsen för hur vårdkvaliteten kan förbättras. Att data samlas in centralt ska möjliggöra jämförelser av resultat mellan länderna.²⁴⁴

Konceptuellt är utgångspunkten i OECD:s resonemang i likhet med Porter, BCG och andra aktörer att kostnader behöver minskas eller vården effektiviseras. Värdebaserad vård kopplas till möjligheten att reducera *waste*, där minskad ineffektivitet innebär en möjlighet att öka värdet.

*Actions to tackle waste are needed in the delivery of care, in the management of health service, and in the governance of health care systems. Strategies include stopping spending on actions that do not result in value - for example, unnecessary surgeries and clinical procedures. Swapping inputs or changing approaches when equivalent but less pricy alternatives of equal value exist are valid strategies [...].*²⁴⁵

OECD har tidigare även arbetat för mer innovativa ersättningssystem, utifrån att traditionella ersättningsmodeller inte belönar värde. Det svenska samarbetet

242 Gurría, A. & Porter, M. E. (2017) Putting People at the Centre of Health Care. Huffington Post 2018-10-18.

243 www.ichom.org/news/ichom-and-oecd-sign-letter-of-intent-to-collaborate-on-the-collection-analysis-and-publishing-of-patient-reported-outcomes/

244 OECD (2018a) PaRIS: Patient – Reported Indicators Survey. The next generation of OECD health statistics.

245 OECD (2017) Tackling Wasteful Spending on Health.

inom ramen för SVEUS och dess forskningsprojekt med värdepisodersättning lyftes i sammanhanget fram som något som gett goda resultat.²⁴⁶ OECD har nu styrt bort retoriken från ersättningsystem och fokuserar istället på indikatorer för internationella jämförelser.

EFPIA

EFPIA (The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) är en branschorganisation som representerar den europeiska läkemedelsindustrin, med kontor i Bryssel. Organisationen är drivande i arbetet med att utveckla värdebaserad vård på europeisk nivå. EFPIA stödjer till exempel ICHOM:s arbete med att ta fram standardset samt deltar som observatör i OECD:s arbete med PaRIS. De delar av värdebaserad vård som man främst fokuserar på är standardiserad utfallsmätning men även värdebaserade ersättningsmodeller. EFPIA har sedan 2014 deltagit i ett projekt kallat *The Value of Health: Improving Outcomes* tillsammans med bland andra ICHOM och MedTech Europe. Projektet har haft särskilt fokus på utfallsmätning och har mynnat ut i en slutrapport med rekommendationer till EU. EFPIA har nyligen även startat en "think-tank" kring värdebaserad vård där ett antal internationella experter ingår och där vägen framåt diskuteras. Syftet med projektet är att med hjälp av olika intressenter identifiera hinder och framgångsfaktorer för att accelerera övergången mot utfalls- och värdebaserade modeller.²⁴⁷

Utgångspunkten för projekten ovan är behovet av att möta en stigande kostnadsutveckling för hälso- och sjukvården i Europa, till följd av en åldrande befolkning, ökade kostnader för kronisk sjukdom, ny teknologi och stigande förväntningar hos befolkningen. Det krävs med andra ord ökad effektivitet – eller *value for money* – för att klara utmaningarna. *Värde* konstateras ha många betydelser, men används på ett sätt som motsvarar Porter och Teisbergs värdeekvation:

*Value can be enhanced by improving outcomes relative to spending, or by reducing spending whilst maintaining the same quality of care (as measured in terms of health outcomes).*²⁴⁸

246 Se t. ex. OECD (2016) Better ways to pay for health care. Juni 2016.

247 EFPIA m. fl. (2018a) Feasibility and benefits of outcomes-based payment models: Think tank meeting.

248 EFPIA m. fl. (2018b) The Value of Health: Improving Outcomes. Final Report, s. 7.

Man konstaterar att det finns stora skillnader mellan såväl sjukhus som länder, vilket uppges innebära stor potential att förbättra värdet genom att minska icke-optimal kvalitet och genom att dela *best practice*. Goda exempel hämtas bland annat från Akademiska sjukhuset i Uppsala, där Morten Kildal som ansvarig för värdebaserad vård beskriver sjukhusets arbete med patientrelevant utfallsmätning, patientinvolvering i förbättringsarbetet och interprofessionellt teamarbete. Andra goda exempel hämtas från Radboud University Medical Centre i Nederländerna där man arbetat med att reducera vård som inte skapar tillräckligt värde, bland annat genom att skapa en *att-inte-göra-lista*. Andra exempel rör initiativ till förbättrad utfallsmätning kring cancerbehandlingar, hjärt- och kärlsjukdomar och neonatalvård.²⁴⁹

Den huvudsakliga metod som lyfts för att öka värdet är utfallsmätning. Syftet är att ge lärdomar kring variation i utfall mellan sjukhus, regioner och länder, möjliggöra ständiga förbättringar på klinisk nivå, förbättra utfallet av reformer samt stödja resultatuppföljning, transparens och utvecklingen av integrerad vård. Sveriges Öppna jämförelser lyfts fram som ett gott exempel på hur man med hjälp av transparens kring utfallsmätning lyckats åstadkomma förbättrade resultat i form av minskad dödlighet i hjärtattack. Projektet rekommenderar EU att fortsätta stödja PaRIS-arbetet, att utveckla och använda fler indikatorer samt stötta utvecklingen av IT-infrastruktur.²⁵⁰ EFPIA har även i samarbete med andra organisationer tagit fram rekommendationer till EU, bland annat om att stödja implementeringen av standardiserade utfallsmått och stödja och sprida *best practice*. En anledning uppges vara behovet att reducera omfattande ineffektivitet i dagens system, uttryckt som "low-value healthcare".²⁵¹

EFPIA driver också frågan om *värdebaserad prissättning* på läkemedel. Organisationen vill basera prissättningen på standardiserad utfallsmätning, där priset bestäms av det värde som läkemedlet åstadkommer snarare än produktionskostnad.²⁵²

249 EFPIA m. fl. (2018b) The Value of Health: Improving Outcomes. Final Report.

250 EFPIA (2018b).

251 EU Health Summit (2018) A Shared Vision for the Future of Health in Europe: Paving the way in 2019 and beyond.

252 Se www.efpia.eu/about-medicines/use-of-medicines/value-of-medicines/.

MedTech Europe

MedTech Europe är en europeisk branschorganisation som representerar medtechindustrin. De har i samarbete med BCG tagit fram en utvecklad värdemodell för införande av bland annat ny teknologi. Utgångspunkten är att de europeiska hälso- och sjukvårdssystemen är under ekonomisk press. Modellen utgår ifrån Porters värdeekvation men lägger till fler dimensioner.

[...] we set out to broaden the definition of value to include economic factors which are often overlooked. The following components of economic value should be considered in order to have a more refined view of the full value of investment in health and care: improvement in health outcomes, better socioeconomic outcomes and controlling the operational costs of the healthcare system, along with the savings associated with preventing the onset and progression of disease.²⁵³

Ett syfte är att bredda modellens användningsområden till att ligga till grund för investeringskalkylering och -policies som kan omfatta läkemedel, utrustning, medicinsk teknologi m.m. Därigenom ska ”waste” identifieras och elimineras.

[...] this will require a new way of thinking – changing from the traditional view of healthcare expenditure as a cost to viewing it as an investment – an investment that will provide a return over a certain timespan. If health expenditures that can be justified as “profitable” investments can be isolated, the rest will be cost. Then in order to maximize efficiencies, focus should be on eliminating the unnecessary cost elements which are basically waste.²⁵⁴

EU:s upphandlingsdirektiv från 2014 betraktas som ett gott exempel på en policy som stödjer värdebaserad vård och som ligger i linje med den bredare syn på värde som MedTech Europe efterlyser. Organisationen utvecklar också, i samarbete med BCG, en metod för värdebaserad upphandling som kallas MEAT Value Based Procurement (där MEAT står för Most Economic Advantageous Tendering). Metoden syftar till att ta hänsyn till såväl utfall ur ett bredare perspektiv (inklusive påverkan på samhället och ekonomin i bredare termer) som ekonomiskt värde i sin helhet. I en skrift om projektet framhålls Sverige och

253 MedTech Europe (2016a) Economic Value as a Guide for Investing in Health and Care: Policy Framework. Why European policymakers should embrace new thinking on the value of healthcare investment, s. 3.

254 MedTech Europe (2016a) s. 8.

Stockholms Läns Landsting som en föregångare för värdebaserad upphandling, vilket uppges ha använts sedan 2006.²⁵⁵ Medtech Europe har även pågående arbete kring andra aspekter som i olika grad kopplar till värdebaserad vård, till exempel värdebaserade inköp av diagnosättningsverktyg.

EU/DG Santé

EU-kommissionens hälsodirektorat DG Santé arbetar inte aktivt med konceptet värdebaserad vård, men är med och finansierar OECD:s arbete inom ramen för PaRIS. I kommissionens senaste "State of Health in the EU"-rapport betonas vikten av kompletterande PROM- och PREM-indikatorer:

*Truly capturing the quality of health care provision requires complementing already existing indicators with new, patient-centred data [...]. These include patient reported outcomes (such as whether a treatment reduced pain or enabled a person to live more independently), as well as patient-reported experiences (such as whether they felt involved in decisions about their care or whether a treatment was properly explained to them). The Commission co-funded OECD Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS) will be filling this major knowledge gap within the next few years.*²⁵⁶

Under våren 2019 pågår en utredning inom Kommissionen av värdebegreppets flerdimensionalitet. Bakgrunden till uppdraget är behovet av att överväga olika aspekter av värde och utifrån det utveckla en bredare (*holistic*) syn på värde i en hälso- och sjukvårdskontext. Den expertpanel som utsetts till utredande organ ska därför ta fram definitioner av värdebegreppet i värdebaserad vård och identifiera vilka delar av hälso- och sjukvårdssystemen som olika definitioner täcker. Ytterligare en frågeställning är hur värdebaserad vård kan bidra med beslutsunderlag, skapa systemomvandling och öka hälso- och sjukvårdssystemens effektivitet, tillgänglighet och hållbarhet runt om i EU.²⁵⁷

I ett utkast till rapport avfärdar expertpanelen Porters värdeekvation som alltför snävt fokuserad på pris och föreslår en bredare definition av värde som ska vara mer tillämpbar i en europeisk hälso- och sjukvårdskontext.

255 MedTech Europe (2016b) MEAT Value-Based Procurement: Enabling Value-Based Healthcare in Europe.

256 Europeiska kommissionen (2017) State of Health in the EU: Companion Report 2017, s. 13.

257 Europeiska kommissionen (2018) Request for an opinion: Defining value in "value-based healthcare". Expert panel on effective ways of investing in health. December 2018.

The expert panel (EXPH) considers that the use of the term “value” in this narrow (Porter’s) perspective has become a buzzword for provider-centered management practices and cannot be taken as full health system, patient-centered, approach. [...] The EXPH therefore proposes to define “value-based healthcare (VBHC)” as a comprehensive concept built on four value-pillars: appropriate care to achieve patients’ personal goals (personal value), achievement of best possible outcomes with available resources (technical value), equitable resource distribution across all patient groups (allocative value) and contribution of healthcare to social participation and connectedness (societal value).²⁵⁸

Expertpanelen föreslår en fortsatt implementering av värdebaserad vård men i enlighet med den utökade definitionen ovan. Man förhåller sig inte till de konkreta aktiviteter som pågår på basis av Porters definition av konceptet.

Observationer i sammanfattning

Värdebaserad vård som koncept är väl spritt och förankrat i europeiskt policyarbete. Det finns ett stort engagemang i frågan och en samsyn kring att värdebaserad vård är en önskvärd väg framåt för systemförändring. Även om många tillstår att *värde* är något mångdimensionellt så utgår i princip alla vi talat med från Porter och värdeekvationen som grundbultar. Utmaningen med ökande kostnader som sätter press på hälso- och sjukvårdssystemen framförs ofta som skäl. Resonemangen har dock breddats till att utifrån ett mer traditionellt ekonomiskt perspektiv även handla om att minska *waste*. Samtidigt varierar det kraftigt vilket fokus olika organisationer poängterar för användningen – internationella jämförelser av resultat, verksamhetsutveckling, patientcentrering, investeringskalkylering eller prissättning m.m. Fokus hör ihop med organisationernas inriktning men också hur de positionerar sig i relation till varandra. I våra intervjuer har vissa respondenter till exempel gett uttryck för att det uppfattas som politiskt känsligt att industriorganisationerna driver på för en viss aspekt av värdebaserad vård, såsom förändrad prissättning.

De känslighetsaspekter som varit aktuella i Sverige kring konceptets applicerbarhet och effekter på verksamhetsnivå, konsulters roll i implementering och spridning, samt ägarskap av data är dock inte tydligt ifrågasatta

²⁵⁸ Expert panel on effective ways of investing in health (2019) Opinion on Defining value in “value-based healthcare”. Utkast 2019-05-13, s. 25, 28.

internationellt. Generellt kan vi konstatera att intresset på den internationella nivån rör sig ganska lite kring specifika verksamheter och mer kring internationellt jämförbara data och harmonisering av regelverk mellan länder, även om vissa framgångsexempel på verksamhetsnivå är återkommande (till exempel Martinikliniken). Framgångsfallen hämtas med andra ord gärna från verksamhetsnivån, medan pågående processer rör sig på systemnivå. Här finns även en skillnad i retorik – när till exempel BCG beskriver konceptet riktat till enskilda sjukhus framställs det som möjligt att införa oavsett nationellt system – medan man internationellt påtalar vikten av att förändra hela systemet.

Många av våra intervjupersoner beskriver nyttan med värdebaserad vård som framför allt ett konceptuellt tankesätt, samtidigt som flertalet organisationer arbetar för att utveckla konkreta verktyg för att införa modellen, ofta med externt stöd av aktörer såsom BCG och ICHOM. En observation är att samma drivande aktörer återfinns på många centrala arenor. Kopplingen mellan dessa och Porter upplevs ge legitimitet åt arbetet. Pågående processer för att ta fram verktyg och indikatorer håller hög hastighet vilket begränsar utrymmet för diskussioner kring användning och ändamålsenlighet. Ett exempel är frågan om generella indikatorers relevans på klinisk nivå och omvänt huruvida data som är framtagna ur ett kliniskt perspektiv för att förbättra vårdmötet kan användas för vårdutveckling på internationell nivå. Frågorna lyftes i förarbetena till PaRIS:

National experts emphasised that engaging clinicians is crucial to the success of a PROMs programme. The closer the PROMs work is to the clinician's practice the better, as they will see the value if they can use it to improve patient care. On this basis, clinicians are less likely to favor using generic PROMs. If clinicians are not measuring outcomes that help their patient's treatment plan, then they are unlikely to use them. Also for patients PROMs instruments need to be relevant to maximise participation. Patients will not bother answering questions that are not relevant to them. On this basis, patients are more likely to favor disease-specific tools as generic tools may be less relevant.²⁵⁹

Även Socialstyrelsen, som på uppdrag av svenska regeringen utrett konsekvenserna av ett eventuellt svenskt anslutande till PaRIS, har kommit med liknande invändningar. Socialstyrelsen konstaterar där att nyttan av den enkätundersökning som ska göras för att komplettera vissa standardset kan ifrågasättas:

259 OECD (2017) Recommendations to OECD Ministers of Health from the High Level Reflection Group on the Future of Health Statistics. Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. January 2017, s. 53-54.

Givet undersökningens ”uppifrån-och-ner-perspektiv”, där enskilda vårdgivare har begränsad möjlighet att påverka dess utformning och anpassa den till lokala förhållanden, kan det vara problematiskt att dessa vårdgivare endast kan använda uppgifterna på aggregerad nivå. Det innebär en begränsning i relation till den utveckling som svenska vårdgivare förefaller vilja se, vilken handlar om att utveckla möjligheterna att samla in exempelvis PROM för uppföljning av enskilda insatser och användning i det patientnära förbättringsarbetet.²⁶⁰

Socialstyrelsen konstaterar vidare att kostnadseffektiviteten i att ansluta sig till PaRIS är tveksam, då det pågår liknande mätningar nationellt men existerande svensk data endast i begränsad omfattning kan användas på grund av skillnader i definitioner och urval.²⁶¹ VGR har tidigare gjort samma analys i relation till ICHOM:s standardset som helhet.²⁶²

Ifrågasättanden av detta slag förekommer alltså men har hittills i begränsad mån påverkat innehållet i utvecklingsarbetet internationellt. Fokus ligger istället på vägen framåt – hur värdebaserad vård ska införas och hur utvecklingen av olika delar av konceptet ska fortskrida praktiskt.

Tillämpning på internationell policynivå jämfört med Porters och Teisbergs koncept

I den internationella kontexten förekommer förutom värdeekvationen framför allt de principer från Porters och Teisbergs koncept som rör sig på en systemnivå. Den första principen – *organisering av vården i flöden* – är en lokal styrnings- och ledningsfråga där den internationella nivån saknar mandat. Denna princip är därför inte framträdande, även om enskilda framgångsfall med kliniker som är flödesorienterade nämns som *best practice*.

Den andra principen – *mätning av värde (utfall och kostnad)* – är den mest framträdande av alla. Det är också här som de mest långtgående ansträngningarna görs, inte minst avseende standardsetten där medicinska diagnosmått avses kompletteras med PREM och PROM-mått. Vi noterar dock att indikatorerna avser utfallsvariabeln i ekvationen och inte kostnadsvariabeln. Om eller

260 Socialstyrelsen (2018) En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS), s. 30.

261 Socialstyrelsen (2018).

262 Västra Götalandsregionen (2017) Utvärdering av ICHOM standardset för fyra områden.

hur värdemått ska tas fram – där såväl utfall som kostnader ingår – är oklart. Vi har hittills inte sett något sådant värdemått presenterat varken internationellt eller i Sverige.

Den tredje principen – *övergång till värdeepisodersättningsystem* – förekommer bland annat i OECD:s arbeten för några år sedan, men har sedan dess tonats ned. Det skulle delvis kunna förklaras av ett generellt svalnat intresse för resultatbaserad ersättning. En vanligare förekommande aspekt i den internationella kontexten är värdebaserad prissättning på läkemedel och medicinteknik. Det är dock inte tydligt hur denna i praktiken skiljer sig från nuvarande beräkningsmodeller inom läkemedelsindustrin där kostnadseffektivitet vanligtvis ingår. WHO-organet European Observatory on Health Systems and Policies konstaterar till exempel i en rapport att värdebaserade prismodeller på läkemedel har varit i bruk sedan 2000-talet.²⁶³

Den fjärde principen – *specialisering och konkurrens mellan vårdaktörer* – förekommer såtillvida att de indikatorer som utvecklas ska möjliggöra jämförelser mellan utförare. Retoriken kring vad man ska uppnå genom jämförelserna lutar visserligen mer mot lärande än mot marknads konkurrens, men ibland anges att de även ska hjälpa patienter att välja och/eller leda till ett ökat patientunderlag för de utförare som presterar bra. Huruvida PaRIS konkret ska visa mått på nationell nivå eller vårdgivarnivå tycks vara oklart. Även om mandatet är på landnivå, så verkar få i praktiken tro att datan kommer att bli nationellt täckande. Det beror dels på insamlingsmetoderna, dels på att det inte finns några nationella överenskommelser med ICHOM, utan dessa finns med enskilda sjukhus.

Den femte principen – *expanding av högkvalitativ vård geografiskt* – förekommer indirekt genom att aktörer på olika nivåer förutsätts agera på den data som tillgängliggörs, till exempel genom att reducera *waste* eller ”low-value-healthcare” och samtidigt öka andelen ”high-value-healthcare”. Transparens i syfte att skapa rätt incitament blir därmed viktigt. Ambitionen och upplägget kan jämföras med OECD:s satsning på PiSA inom skolan.

Den sista principen – *byggande av stödjande IT-system* – har nyligen tillkommit som en dimension i arbetet med patientrapporterade utfallsmått.²⁶⁴ Det poängteras dock att systemen måste byggas upp nationellt och ligger således inte i fokus för de internationella ansträngningarna.

263 Vogler, S., Paris, V. & Panteli, D. (2018) Ensuring access to medicines: How to redesign pricing, reimbursement and procurement? European Observatory on Health Systems and Policies.

264 OECD (2018b) Meeting of the Working Party on Health Care Quality and Outcomes Indicators, 9 november 2018. Item 8: Health Information Infrastructure.

Bilden av svenska erfarenheter i utlandet

Vad gäller kopplingen mellan Sverige och värdebaserad vård och synen på svenska erfarenheter med konceptet finns inte en entydig bild bland dem vi intervjuat internationellt. Respondenterna lyfter ofta det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som en föregångare, men bedömningsgrunden varierar. Bra sjukvård i relation till BNP, välutvecklade kvalitetsregister, i framkant vad gäller innovativa ersättningssystem och en progressiv välfärdspolitik är några dimensioner som nämns. Att vi är allmänt reformbenägna både vad gäller att testa nya styrformer och att ingå internationella samarbeten är något som en del respondenter kopplar löst till den tidiga implementeringen av värdebaserad vård i svensk hälso- och sjukvård. Några gör även mer personbundna reflektioner exempelvis kring det faktum att ICHOM är medgrundat av svenskar. Vidare kopplingar mellan Sverige och värdebaserad vård kan härledas till tidigare internationella publikationer där Sverige lyfts fram som ett land med goda förutsättningar för införande av modellen.

Det finns heller ingen samlad bild kring negativa svenska erfarenheter av värdebaserad vård. En del respondenter har hört talas om ”problem på Karolinska” och/eller ”problem med BCG”. Några har uppmärksammat Sveriges avvaktande hållning i OECD-samarbetet kring PaRIS. Utbytet av nationella erfarenheter av värdebaserad vård har dock hittills varit begränsat i det internationella sammanhanget. Vi noterar särskilt att skillnaden mellan föregångare och förebilder inte är tydlig internationellt, då de erfarenhetsredovisningar som får fäste nästan uteslutande handlar om *best practice* och i mindre grad om att uppmärksamma utmaningar i tillämpningen av modellen. Vi uppfattar att intresset för ett mer nyanserat kunskapsutbyte nu ökar. Ett exempel är den uppföljning av svenska erfarenheter av värdebaserad vård som nyligen presenterades av *The Economist*.²⁶⁵ Ett annat exempel är den policy brief som European Observatory on Health Systems and Policies har uttryckt avsikt att publicera baserat på denna rapport.

265 *The Economist* (2019) Value-based Healthcare in Sweden: Reaching the next level. *The Economist* Intelligence Unit.

Referenser

- EFPIA m. fl. (2018a) *Feasibility and benefits of outcomes-based payment models: Think tank meeting.*
- EFPIA m. fl. (2018b) *The Value of Health: Improving Outcomes.*
- Expert panel on effective ways of investing in health (2019) *Opinion on Defining value in "value-based healthcare"*. Utkast 2019-05-13.
- EU Health Summit (2018) *A Shared Vision for the Future of Health in Europe: Paving the way in 2019 and beyond.*
- Europeiska kommissionen (2017) *State of Health in the EU - Companion Report.* Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- Europeiska kommissionen (2018) *Request for an opinion: Defining value in "value-based healthcare"*. Expert panel on effective ways of investing in health. December, 2018.
- Gurría, A, Porter, M. E. (2017) *Putting People at the Centre of Health Care.* Huffington Post 2018-10-18.
- MedTech Europe (2016a) *Economic Value as a Guide for Investing in Health and Care: Policy Framework. Why European policymakers should embrace new thinking on the value of healthcare investment.*
- MedTech Europe (2016b) *MEAT Value-Based Procurement: Enabling Value-Based Healthcare in Europe.*
- OECD (2016) *Better ways to pay for health care.* Juni 2016.
- OECD (2017) *Recommendations to OECD Ministers of Health from the High Level Reflection Group on the Future of Health Statistics. Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators.* January 2017.
- OECD (2018a) *PaRIS – Patient Reported Indicators Survey. The next generation of OECD health statistics.*
- OECD (2018b) *Meeting of the Working Party on Health Care Quality and Outcomes Indicators.* DELSA/HEA/HCQ/A(2018)2/REV1.

- Socialstyrelsen (2018) *En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS)*.
- The Economist (2019) *Value-based Healthcare in Sweden: Reaching the next level*. The Economist Intelligence Unit.
- Vogler, S., Paris, V. & Panteli, D. (2018) *Ensuring access to medicines: How to redesign pricing, reimbursement and procurement?* European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe.
- Västra Götalandsregionen (2017) *Utvärdering av ICHOM standardset för fyra områden*. Diarienummer RS 2017-01329.

Organisationsteoretiska perspektiv på värdebaserad vård

I det här kapitlet görs en tväranalys av våra observationer från de tidigare kapitlen. Syftet är att adressera gemensamma teman från de olika studierna utifrån befintlig organisationsvetenskaplig forskning med relevans för att förstå införandet av generella styrmodeller i hälso- och sjukvårdens praktik. Ett bärande antagande – som särskiljer denna studie från många tidigare – är att även forskning baserad på andra studieobjekt än värdebaserad vård är relevant.

Argumentet är att även om värdebaserad vård lanserats som en för hälso- och sjukvården ”ny” modell, så innehåller den många analytiskt jämförbara komponenter där organisationsvetenskaplig forskning kan bidra med ökad kunskap och förståelse. Vi utgår här från litteratur från tre huvudsakliga teoriområden: implementering och översättning, verksamhetsutveckling (operations management) samt styrning och governance.²⁶⁶ Bland annat innebär detta att problematisera hur modellen omformats under införande och spridning, att ytterligare analysera parallellerna till andra, jämförbara modeller för verksamhetsutveckling, samt att diskutera modellens inslag av mätning och resultatuppföljning ur ett styrningsperspektiv. Sammantaget underbygger analysen våra slutsatser kring modellens ändamålsenlighet på verksamhets- respektive policynivå (se vidare nästa kapitel).

266 Governance är ett begrepp som används inom stats- och organisationsvetenskap för att analysera processer på policynivå som omfattar fler aktörer än enbart nationalstater (government).

Implementering och översättning

Tidigare kunskapsunderlag visar på en stor variation i utgångspunkter, beskrivningar och slutsatser kring värdebaserad vård. Det beror delvis på skillnaderna mellan olika forskningsinriktningar, men även på att värdebaserad vård är ett rörligt objekt att studera.

Organisationsvetenskaplig forskning har visat att det ofta kan skilja väldigt mycket på teoretiskt innehåll och lokal tillämpning av styrmodeller och koncept, och att den faktiska användningen dessutom kan skilja sig från hur arbetet framställs. Denna omformning från värdebaserad vård som teori till värdebaserad vård i praktiken är en central mekanism att beskriva, eftersom en förståelse för vilka aspekter som förefaller föränderliga och vilka som är mer beständiga är avgörande att ta fasta på vid bedömning och beslut kring modellen. En grundläggande fråga innan spridningen av en modell kan utvärderas är alltså att fastställa *vad* det är som sprids. I detta avsnitt tar vi hjälp av begrepp från översättningsteori för att reda ut i vilka avseenden värdebaserad vård omformats under tillämpningen från teori till praktik. Inledningsvis belyser vi också hur detta angreppssätt skiljer sig från den mer instrumentella grenen av implementeringsforskning.

Olika perspektiv på införandeprocesser

Implementeringsforskning syftar till att förstå processen från det att en centralt placerad aktör har fattat beslut om att en verksamhets strukturer, processer och styrande normer ska reformeras till att beslutet genomförts i lokal handling.²⁶⁷ Huvuddelen av den klassiska implementeringsforskningen lägger ett "uppifrån-ned"-perspektiv på implementering, dvs utgångspunkten är att det som ledningen har beslutat att man ska införa, ska införas följsamt i praktiken. Problem att genomföra en reform, t ex en ny verksamhetsmodell, kan ur detta perspektiv bero på att denna är ogenomtänkt eller bara otydligt formulerad. Problemen kan också bero på att lokala verksamheter av olika anledningar är ovilliga att anpassa sig till modellen eller tolkar den "fel".²⁶⁸

267 O'Toole, L. J. Jr. (2000) Research on Policy Implementation: Assessments and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, J-PART 10.

268 T.ex. Barrett, S. M. (2004) Implementation Studies: Time for a Revival? *Personal Reflections on 20 years of Implementation Studies*. *Public Administration*, vol 82; Saetren, H. (2005) Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation: Out-of-Fashion, Allegedly Dead, But Still Very Much Alive and Relevant. *The Policy Studies Journal*, vol 33.

Det finns även omfattande, i huvudsak organisationsteoretisk forskning som har lagt ett ”nedifrån-upp”-perspektiv på implementering eller på mer allmän organisationsförändring. Inom denna tradition har detaljerade empiriska fallstudier av lokala implementeringsprocesser utgjort en viktig grund. En grundläggande slutsats efter många decennier av sådana studier, är att en viktig orsak till att det uppstår problem när nya lösningar ska införas är att organisationers praktik redan befolkas av andra principer, verksamhetsprocesser och strukturer samt grupper med olika professionella tillhörigheter, kompetenser och värderingar. Där finns makt- och intresserelationer och materiella hinder i form av brist på pengar, personal och lämplig teknik.²⁶⁹ Tidigare erfarenheter av andra idéer påverkar också det sätt på vilket en ny idé tas emot och formas i praktiken.²⁷⁰

Att uppnå total följsamhet till en specifik modell är därför svårt, om ens möjligt eller önskvärt. Anpassningar är med andra ord både nödvändiga och ofrånkomliga, men dessa kan ske på olika sätt. Detta är fokus för det så kallade översättningsperspektivet²⁷¹, som sedan ett par decennier dominerat den organisationsteoretiska implementeringsforskningen och visat sig ha stort förklaringsvärde särskilt när det gäller implementeringsprocesser i komplexa organisationer. Sammanfattningsvis visar forskningen att aktörer kan välja att ta till sig delar av en modell, att de kan omtolka dess syfte eller använda etiketten för att fylla den med annat innehåll. De kan också välja att arbeta med modellens verktyg men kalla det för något annat. Dessa omformningar kan ske mer eller mindre medvetet och under mer eller mindre externt inflytande, och pågår både under införande och avveckling av modeller. Nedan beskrivs tillämpningen av värdebaserad vård ur ett översättningsperspektiv.

Anpassningar till lokal kontext

Ett flertal studier har analyserat det sätt på vilket idéer översätts mellan och inom länder och verksamheter, både inom offentlig och privat sektor och dem emellan. Studier har bland annat gjorts av avreglering inom kommunal

269 Ett klassiskt exempel är Lipskys studie av hur ”gräsrotsbyråkrater” navigerar i en komplex verklighet bestående av bland annat policybeslut, begränsade resurser, professionella normer och medborgares individuella behov. Se Lipsky, Michael (1983) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

270 Røvik, K. A. (2008) *Managementsamhället: trender och idéer på 2000-talet*. Malmö: Liber.

271 Czarniawska, B & Sevón, G. (red.) (1996) *Translating Organizational Change*. Berlin: De Gruyter.

verksamhet och översättning av beställar-utförarmodellen²⁷², av kvalitetssäkring och ackreditering inom hälso- och sjukvården²⁷³, av managementmodellen Lean²⁷⁴ och av konceptet personcentrerad vård²⁷⁵. En gemensam observation är vikten av lokal anpassning till den kontext där modellen ska införas i syfte att uppnå legitimitet.

Ett exempel är Boxenbaum,²⁷⁶ som studerar ledningsfilosofin diversity management och hur den översattes från en amerikansk till en dansk kontext. Studien beskriver hur det sätt på vilket diversity management framställdes i dess ursprungskontext väckte motstånd i de danska företagen. Praktiskt resulterade detta i att vissa begrepp tonades ned och att idén kom att innefattas i ett i Danmark redan etablerat och accepterat område; den mottagande verksamhetens CSR-frågor (corporate social responsibility). Här kan vi se paralleller till hur konkurrensfrågor generellt tonas ned när värdebaserad vård introduceras av BCG i Sverige, och man istället gör en koppling till den mer etablerade mål- och resultatstyrningen. Inom sjukhusen har vi observerat hur värdebaserad vård kopplas till sedan tidigare pågående flödesarbete. Många aktörer gör också (verbala) kopplingar mellan värdebaserad vård och den allmänt spridda ambitionen om ökad patient/personcentrering. Samtidigt har vi sett att vissa kontextuella frågor både på policy- och verksamhetsnivå snarast förbises med argumentet att det kan hanteras senare. Exempel på detta är komplicerande lagstiftning och avsaknaden av stödjande IT-system för att möjliggöra de mätningar som modellen förskriver. Argument som dessa ses ofta i samband med att införandet i det lokala sammanhanget beskrivs som första steget i ett arbete vars ambition är att med tiden bli mer långtgående och övergripande.

Anpassningar under införande

Översättningsforskningen beskriver vidare hur anpassningar sker i själva införandeprocessen, när koncept och modeller börjar användas i enskilda organisationer. Christensen m.fl. beskriver att översättning då kan ske som *delvis*

272 Fernler, K. (1996) *Mångfald eller likriktning. Effekter av avreglering*. Stockholm: Nerenius & Santérus.

273 Erlingsdóttir, G. (1999) *Förförande idéer. Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Lund: Ekonomihögskolan.

274 Andersen, H. & Røvik, K. A. (2015) *Lost in translation: A case study of the travel of lean thinking in a hospital*. BMC Health Services Research.

275 Fernler, K & Krohwinkel, A. (2018) *Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård – fyra fallstudier*. LHC report nr 3, 2018.

276 Boxenbaum, E. (2006) *The Making of Danish Diversity Management*. Köpenhamn: Copenhagen Business School.

imitering, det vill säga att man fokuserar på en del eller något element av en modell och utelämnar resten. Det kan också ta sig i uttryck som *kombinering*, att man sätter samman delar av en modell med hela eller delar av en annan. I andra fall fångar begreppet *omsmältning* bättre vad som sker i översättningsprocessen. Det är då fråga om en mer radikal omformning som kan ha små likheter med originalmodellen, även om den benämns likartat.²⁷⁷

Delvis imitering är vanligt när det gäller idéer som har en bred räckvidd över många aktörer eller systemnivåer. Vad gäller värdebaserad vård ser vi att aktörer på verksamhets- respektive policynivå har valt att lägga sinsemellan olika tyngdpunkt på de sex principer som ingår i Porter och Teisbergs ursprungliga koncept. Medan sjukhusen har koncentrerat sig på organisering av vården i flöden och mätning av patientvärde relaterat till lokala processer, så har aktörer på huvudmannanivå främst intresserat sig för styrverktyg i form av exempelvis värdebaserade ersättningssystem. Den internationella policynivån har i högre grad arbetat med system för mätning av patientvärde som ska möjliggöra standardisering och extern jämförbarhet mellan vårdgivare (och helst även länder). I många avseenden är detta en "naturlig" uppdelning i och med att aktörer koncentrerar sig på de delar som de själva kan råda över. Det återspeglar också en extern arbetsdelning kring konceptet, där BCG i den svenska kontexten fokuserat på lokal verksamhetsutveckling, SVEUS och IVBAR arbetat nationellt med uppföljning och ersättning, medan ICHOM fokuserar på internationella mätningar. Vi har kunnat notera att de olika organisationernas aktiviteter sällan beskrivits under ett gemensamt "värdebaserad vård-paraply", även då de bedrivits parallellt på samma sjukhus och i många fall avsett samma vårdområden.

Som vi uppmärksammat skiljer sig användningen och uppfattningarna kring värdebaserad vård idag kraftigt mellan Sverige och den europeiska samarbetsarenan. Skillnaderna kan sammanfattas som att internationella aktörer är betydligt mer benägna att ansluta sig till och arbeta med konceptet, och de är måna om att göra det förenligt med deras övriga verksamhet och intressen. Därför ser vi också fler exempel på *kombinering* mellan värdebaserad vård och andra modeller bland de internationella aktörerna. Ett exempel är medtech-industrins ambitioner att föra in värdebaserad vård i etablerade modeller för investeringskalkylering och upphandling.

Till sist ser vi också tendenser till vad som skulle kunna tolkas som en *omsmältning* av värdebaserad vård. Det gäller framför allt organisationer som mer eller mindre tar avstånd från de ingående principerna i ursprungmodellen

277 Christensen et al. (2005) Organisationsteori för offentlig sektor. Malmö: Liber, s. 97.

och istället talar om värdebaserad vård som ett "förhållningssätt". Ett annat exempel är att värdebaserad vård internationellt kopplas till andra generella begrepp såsom *transparens* och "waste", trots att kopplingen mellan dessa begrepp är vag. OECD har t ex nyligen beskrivit värdebaserad vård som ett sätt att reducera vård som inte genererar tillräckligt högt värde.

Ytterligare en aspekt som lyfts upp i översättningslitteraturen är hur troget en organisation förhåller sig till de delar av ett koncept som man har valt att arbeta med. Røvik beskriver detta i termer av översättningsregler (kopiering, addering, subtrahering och omvandling), där var och en representerar olika grad av omformning.²⁷⁸ Ju mer (del)konceptet i detalj föreskriver hur en praxis ska utföras desto mindre är friheten att genomföra omformningar då idén ska föras in i en ny verksamhet. Kopiering kan exempelvis inträffa då det som ska föras in är förankrat i lagar och/eller föreskrifter och då implementeringen ska kontrolleras av externa myndigheter.²⁷⁹ Vad gäller värdebaserad vård finns inga beslut på huvudmannanivå kring införande i svensk hälso- och sjukvård. Internationellt finns inte heller några bindande beslut, dock finns ett starkt protokoll kring processen för hur patientrapporterade mått ska föras in, vilket minskar utrymmet (tidsmässigt, inte minst) till anpassningar inom ramen för denna komponent. Även i verksamheterna kan vi se att ambitionen om ett snabbt införande av modellen har begränsat möjligheterna till lokala anpassningar av arbetssätt.

Något som också kan driva kopiering av modeller är så kallad *mimetisk adaption*, då organisationer försöker efterlikna och/eller samarbeta med andra som man uppfattar har nått framgång och gott anseende. Översättningsforskningen beskriver hur konsultfirmor ofta bidrar till att offentliga organisationer gör en sådan adaption, och att det är vanligare i situationer som präglas av stor osäkerhet på ledningsnivå. Vad gäller konsultinblandningen i införandet av värdebaserad vård vid svenska sjukhus har verksamhetsföreträdare gett uttryck för att BCG:s nära kopplingar till Porter uppfattades som en fördel, då det ansågs ge goda förutsättningar för ett renlärigt införande av modellen. Vi kan även konstatera att graden av adaption varit mer långtgående på Karolinska Universitetssjukhuset där BCG givits ett större inflytande under en längre tid, jämfört med övriga sjukhus. Situationen vid Karolinska var också mer komplex och därmed osäker i och med den samtida flytten till Nya Karolinska Solna, som BCG också hade i uppdrag att stödja.

278 Røvik, K. A. (2008).

279 Se exempelvis Erlingsdóttir, G. (1999).

En annan aspekt som kan driva mimetisk adoptering är att man ansluter sig till ett koncept under förhoppningen att i framtiden få möjlighet att påverka en process som drivs av någon annan. Socialstyrelsen lutar sig mot en sådan argumentation när de rekommenderar ett utökat svenskt deltagande i PaRIS-arbetet vid OECD.²⁸⁰

Externa idébärare och interna översättare

De aktörer som medverkar vid spridning av modeller och koncept mellan länder och verksamheter beskriver Sahlin-Andersson och Engwall i termer av idébärare.²⁸¹ Forskningen beskriver hur utbredningen av populära modeller kan spåras till det växande inflytandet hos aktörer som på professionell grund verkar för att påverka hur andra organisationer bör styras och ledas, snarare än att själva använda dessa modeller i den egna verksamheten. Välansedda forskningsinstitutioner, stora konsultbolag och internationella organisationer kan alla räknas till denna kategori. Christensen m.fl. observerar en ökad mängd strategiska samarbeten mellan akademi och konsultfirmor, och konstaterar också att internationella instanser i ökande grad samarbetar med internationella, privata aktörer, då särskilt i samband med marknadsorienterade reformer i det offentliga.²⁸² Vi nöjer oss här med att notera att värdebaserad vård inte är den första, och högst sannolikt inte den sista organisationsmodellen som kommer att spridas till hälso- och sjukvården genom denna typ av kanaler.

Då idéspridningen fortsätter internt i organisationer används termen översättare för att beskriva centrala aktörer. Chefer, men också anställda i staber, är ofta involverade som översättare. Exempelvis beskriver Røvik hur interna utvecklingsenheter ofta agerar inkörsport för managementmodeller och medarbetarna vid dessa avdelningar förväntas även se till att modellerna implementeras och materialiseras, med eller utan stöd av externa konsulter. Blomgren och Waks studerar införandet av öppna jämförelser i vården och beskriver hur så kallade hybridprofessionella, det vill säga individer med koppling till både ledarskap och praktiskt sjukvårdsarbete, var aktiva i att tolka, kommunicera och

280 Socialstyrelsen (2018) En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS), Diarienummer: S2018/04565/FS, s. 7-8.

281 Sahlin-Andersson, K & Engwall, L. (2002) *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows and Sources*. Stanford, CA: Stanford University Press.

282 Christensen et al. (2005).

förklara data, figurer och resultat till mer konkret arbete.²⁸³ De verkade således som interna översättare mellan olika hierarkiska nivåer inom verksamheten. Här kan vi se tydliga paralleller till våra fallstudier av tillämpningen av värdebaserad vård vid svenska universitetssjukhus. I fallet Akademiska sjukhuset fungerade en överläkare som hybridprofessionell översättare internt, vilket skapade legitimitet och bilden av ett verksamhetsnära införande. Vid Karolinska fanns en tidigare BCG-konsult utan kliniskt ansvar på motsvarande position, vilket tycks ha bidragit till att införandet istället upplevdes hierarkiskt och externt drivet. Fallet Sahlgrenska kan sägas utgöra ett mellanting. Här svarade en intern utvecklingsenhet för införandet, bestående av såväl hybridprofessionella som andra kompetenser.

Särkoppling och frånkoppling

En sista aspekt som betonas i översättningsforskningen är skillnaden mellan hur organisationer framställer sig själva, och vad de i praktiken gör. Resonemanget utgår ifrån att organisationer gärna vill ta till sig modeller och koncept som uppfattas som moderna. De populära koncepten är dock ofta för enkla i förhållande till komplexiteten i organisationernas arbetsuppgifter. De kan också föra med sig komponenter som konflikterar med andra mål och hänsynstaganden inom verksamheterna. Ett sätt att hantera detta är genom att göra skillnad mellan språklig beskrivning och faktiskt förändrade rutiner och praktiker, så kallad *särkoppling*, vilken kan ske mer eller mindre avsiktligt.²⁸⁴ Det tydligaste exemplet från våra studier både på verksamhets- och policynivå är att man ofta beskriver arbetet med värdebaserad vård i termer av ett individualiserat förhållningssätt med betoning på patientdelaktighet, samtidigt som det som införs är standardiserade mätningar av patientutfall med litet utrymme för individuella anpassningar.

Hur organisationer väljer att framställa sig själva och sitt arbete påverkas också av externa betraktare. I den svenska kontexten har den starka kritiken från media successivt lett till en frånkoppling från värdebaserad vård. Från att inledningsvis ha präglats av utvecklingsoptimism har allt fler vårdaktörer blivit måna om att tydliggöra att man ”inte längre jobbar med konceptet”. Vi ser många exempel där man gått från en mer trogen tolkning av modellen till en

283 Blomgren, M. & Waks, C. (2015) Coping with contradictions: hybrid professionals managing institutional complexity, *Journal of Professions and Organization*.

284 Meyer, J. & Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-340.

lösare koppling, genom att ta avstånd från vissa delprinciper (ersättningssystem, tematisk organisering) eller helt bortse från principerna och istället börja tala om värdebaserad vård som ett "förhållningssätt". Det bör dock noteras att det inte bara handlar om framställning utan kritiken och behovet av fränkoppling har även resulterat i faktiska effekter i form av uppsagda samarbeten och avgångar. I vilken utsträckning fränkopplingen beror på mediekritiken eller på att man uppmärksammat brister i konceptets tillämplighet varierar sannolikt.

Till sist noterar vi i den svenska kontexten en allmän trötthet kring begreppet *värde* inom hälso- och sjukvården, driven av negativa erfarenheter i den egna organisationen men också av en uppgivenhet kring en mediabeskrivning som inte alltid uppfattats som rättvisande, och där konceptet ofta sammanblandats med parallella processer. Rogberg har beskrivit en liknande utveckling vad gäller begreppet kvalitet, något som han kallar "symbolisk nedsmutsning":

När ett begrepp såsom kvalitet har många olika parallella betydelser, kan man fråga sig om det betyder någonting alls. Och om begreppet tillskrivs betydelser som avviker alltför mycket från det gängse språkbruket, kan det få till följd att en inledande förvirring successivt övergår i irritation [...] Även om kvalitet är ett ord med en grundmurad positiv värdeladdning, är det ingen osannolik utveckling att det blir meningslöst eller negativt laddat i enskilda sammanhang.²⁸⁵

Här är parallellerna till värde tydliga. Vi kan också notera att erfarenheterna i Sverige i detta avseende skiljer sig från den internationella arenan och att erfarenhetsutbytet mellan dem har varit begränsat. Olika internationella organisationer gör visserligen skiftande tolkningar av värdebaserad vård, men man förenas i sin tro på originalmodellen och viljan att samarbeta kring den i internationella fora. Arbetet har också fått begränsat med extern kritik.

Ett elastiskt recept

Sammanfattningsvis visar översättningsperspektivet på flera sätt hur värdebaserad vård förändrats från teoretisk modell till praktiskt tillämpat koncept. Ett framträdande mönster är att konsulter och verksamhetsföreträdare riktat fokus mot enskilda delar av modellen i det konkreta arbetet. Det förekommer

²⁸⁵ Rogberg, Martin (2006). Den modieföljande organisationen: Om acceptansen av TQM och andra populära managementmodeller. Stockholm: EFI, s. 218-219.

också att de övergripande målsättningarna med modellen betonas mer än hur dessa ska uppnås. Urval och tolkningar har också skett då konceptet och dess införande beskrivits av externa betraktare. Förutom direkta effekter såsom avbrutna samarbeten med konsulter kan debatten ha bidragit till att sjukhusen i ökande grad framställer värdebaserad vård som ett förhållningssätt snarare än en styrmodell.

En faktor som komplicerar lokal anpassning är dock att värdebaserad vård ursprungligen formulerats som en systemmodell. Det innebär att även om modellen tillämpas selektivt, så är utformningen av enskilda verktyg, framför allt mätningar, färgade av den effekt de avses generera på systemnivå. Här framstår analytiska skillnader mellan att med utgångspunkt i kontexten anpassa en modell till denna (positivt i det avseendet att större lokal ändamålsenlighet kan uppnås), och att utgå ifrån en modell som anses vara en helhetslösning, det vill säga lanseras som tillämpbar oavsett kontext och implementeringsnivå. Här utgör värdebaserad vård ett exempel på det senare.

Den rörlighet i syften, användningar och framställningar av värdebaserad vård som ovanstående analys kastar ljus på förklarar varför det är så svårt att få grepp om modellen och dess konsekvenser. Värdebaserad vård kan i detta avseende beskrivas som ett "elastiskt recept" (Christensen m.fl.). För att bedöma hur värdebaserad vård motsvarar behoven av utveckling i svensk hälso- och sjukvård krävs dock en djupare diskussion kring vilken logik som genomsyrar modellen och hur den kan jämföras med andra ansatser för verksamhetsutveckling, liksom med andra styrlogiker på policynivå. Nedan presenteras två forskningsperspektiv, verksamhetsutveckling (operations management) respektive styrning och governance, som bidrar med detta.

Verksamhetsutveckling (operations management)

Som beskrivits i kapitel 2 är värdebaserad vård ursprungligen en teoretisk modell för att påverka dynamiken i ett helt hälso- och sjukvårdssystem. Samtidigt har modellen lanserats som ett nytt verktyg för att utveckla vårdens organisering och arbetssätt. Flera svenska sjukhus har arbetat med att införa värdebaserad vård i den egna organisationen (kapitel 3), vilket gör det relevant att förstå hur konceptet förhåller sig till andra liknande satsningar.

Värdebaserad vård i relation till andra ansatser för verksamhetsutveckling

Centrala principer inom värdebaserad vård som är applicerbara på verksamhetsnivå är framför allt organisering av vården i flöden samt mätning av utfall och kostnader. Många sjukhus har under längre tid arbetat med vårdprocesser för att minska kvalitetsbrister och underlätta samverkan och övergångar mellan olika insatser och enheter. Arbetet har gått under olika benämningar, där Lean varit ett dominerande koncept de senaste åren. För några årtionden sedan var TQM, eller så kallat systematiskt kvalitetsarbete, en brett tillämpad modell för verksamhetsutveckling inom vården. Andra liknande metoder och ansatser är Six Sigma, med fokus på processkontroll genom avancerade statistiska metoder och mätning, och arbete med ledarskap och bemötande såsom LOTS och personcentrerad vård.

Som vi beskrivit i kapitel 3 har många sjukhus sett sitt arbete med värdebaserad vård som en fortsättning på tidigare arbete med populära ansatser för verksamhetsutveckling som använts på sjukhusnivå. Trots att ansatserna har liknande fokus finns det dock skillnader värda att fördjupa sig i, som kan bidra till förståelsen av värdebaserad vård och dess effekter. Nedan gör vi därför en jämförelse mellan värdebaserad vård och TQM, Lean samt personcentrerad vård utifrån forskningslitteratur kring verksamhetsledning och styrning.

Total Quality Management (TQM)

TQM är en verksamhetsansats som bygger på kundfokus; målet med det egna arbetet är att på bästa sätt uppfylla kundernas krav och önskemål, där kunder kan vara såväl interna som externa. Kundtänkande kräver att fokus ändras från den egna uppgiften till vad nästa led behöver för att slutresultatet ska bli bra. Alla medarbetare ska vara involverade i kvalitetsarbetet, vilket innebär att kontinuerligt arbeta med att förbättra processer, produkter, service och förhållningssätt. Processarbetet sker genom att fokusera på att minimera variation och avvikelser.

Några viktiga principer:

- Kundfokus internt – skapa sammanhang och samverkan
- Involvera alla – kvalitet är allas ansvar
- Mätning lokalt av kvalitet och avvikelser – statistisk processkontroll
- Små stegvisa förbättringar

TQM innebär en delegering av ansvar till lägsta möjliga nivå och ett ansvar som även är horisontellt, det vill säga kunden har möjlighet att direkt påtala brister och föreslå förbättring utan att detta sker via den formella linjens kanaler. TQM har varit mycket omtalat under 1980-90-talen men har under senare år överskuggats av nya begrepp och modeller. Några tongivande namn inom rörelsen är W. Edwards Deming och Joseph Juran som bygger på lärdomar från studier av japansk produktion.²⁸⁶ En övergripande lärdom, som även gäller Lean nedan, är att kvalitetsarbete ses som en övergripande filosofi för verksamheten snarare än en samling verktyg som kan tillämpas var för sig. För att fungera bör det därför genomsyra alla delar, vilket gör det till en kultur- och värderingsfråga likväl som en fråga om arbetssätt och processer.

Lean Production

Lean är besläktat med TQM och bygger också på studier av japansk produktion – Lean specifikt på Toyota och deras produktionsmodell. Lean utgår ifrån följande centrala principer: organisationen kan hela tiden bli bättre (ständiga förbättringar) genom att involvera alla medarbetare (allas ansvar) i att eliminera alla onödiga moment (reducera slöseri) i verksamheten. Detta gör man genom att med hjälp av mätning och återkoppling få alla att arbeta strukturerat och standardiserat mot gemensamma mål och genom att ständigt förbättra verksamhetens processer.

En viktig del i Lean är att se verksamheten som processer i stället för enskilda aktiviteter och avdelningar. Flödesorienteringen ska omfatta hela produktionsflödet och fokus ska skifta från effektivitet i de enskilda momenten till producerat slutresultat. Genom att förskjuta fokus från resurseffektivitet till genomströmning ska slöseri minskas.²⁸⁷

Värde är ett centralt begrepp, här använt i betydelsen *det som är viktigt för kunden* (internt eller slutkund), vilket blir styrande för alla aktiviteter.

Womack och Jones identifierar fem huvudsteg inom Lean:²⁸⁸

- Definiera värde – vad är viktigt för kunden

286 Se t.ex. Deming, W. E. (1986) *Out of the crisis: quality, productivity and competitive position*. Cambridge, Cambridge University Press.

287 Se t.ex. Modig, N. & Åhlström, P. (2015) *Detta är lean: lösningen på effektivitetsparadoxen*; Rheologica Publishing eller Liker, J. & Morgan, J. M. (2006) *The Toyota Way in Services: The Case of Lean product Development*, *Academy of Management Perspectives*, May 2006.

288 Womack, J. P. & Jones, D. T. (2003) *Lean Thinking*. 2nd Edition, Simon & Schuster, Inc.

- Beskriva värdekedjan och eliminera allt onödigt
- Skapa ett kontinuerligt flöde
- Producera enligt pull-principer (ökad/minskad produktion utifrån behov)
- Förbättra löpande

Lean har varit mycket populärt under början av 2000-talet. Ett exempel där Lean använts inom sjukvården och som är känt även internationellt är St Görans sjukhus i Stockholm.²⁸⁹ St Görans var ett av de första sjukhusen i landet att initiera ett Lean-program 2005. Sättet på vilket Lean har tillämpats genom åren varierar dock stort. Vissa enheter, framför allt större sjukhus ser Lean-implementering som införandet av en övergripande strategi där patientvårde och flödeseffektivitet utgör centrala begrepp. Andra inför enstaka principer eller verktyg för att förbättra något i sin verksamhet och kallar det Lean.²⁹⁰ Många lyckade exempel där Lean använts inom sjukvården handlar dock om förbättrade utfall inom väl definierade processer som uppvisar låg variation i patientunderlaget.²⁹¹

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en rörelse sprungen ur olika ambitioner som funnits inom sjukvården sedan 1960-talet att öka helhetssynen på patienten, ha respekt för patientens livsvärld och erfarenheter samt öka patienters inflytande och delaktighet i beslut om den egna vården.²⁹² Personcentrerad vård kan också beskrivas som en filosofi kring att inte enbart betrakta patienter som bärare av en diagnos, utan att se personen med hela sin livssituation och uppmärksamma de resurser som personen besitter att vara del av sitt eget vårdförlopp. Brendan McCormack, som är en av de mest inflytelserika forskarna inom personcentrerad vård, menar att ett distinkt drag är en uttalad ambition att skapa en mer

289 Det finns bland annat beskrivet som ett undervisningscase i Slack, N., Brandon-Jones, A. and Johnston, R. (2013) *Operations management*. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.

290 Svarts, A. & Rognes, J. (2012) Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige. I *Ledningssystem och styrning av vård - Förutsättningar och utmaningar*. Stiftelsen Leading Health Care, Rapport 2012:2.

291 Christopher M. McDermott & Ferdinand J. Venditti (2015) Implementing lean in knowledge work: Implications from a study of the hospital discharge planning process, *Operations Management Research* (2015) 8:118–130

292 Health Policy Partnership (2015) The state of play in person-centered care: A pragmatic review of how person-centered care is defined.

mänsklig (*humanising*) hälso och sjukvård där patienten eller brukaren står i centrum för vården.²⁹³

I praktiken kan personcentrerad vård inbegripa till exempel delat beslutsfattande (shared decision-making), integrerad vård (där vårdprofessioner arbetar i team), egenvård och mer kommunikation mellan patienter och vårdpersonal. En konkret metod är att ta upp och aktivt lyssna till patientberättelsen, det vill säga hur patienten upplever sin sjukdom, vilka mål man betraktar som viktiga samt vilka resurser man själv har för att nå dessa. Andra metoder är att upprätta partnerskap mellan vårdpersonal och patient där gemensam planering av vården ingår och där patienten deltar vid ronder; ytterligare en kan vara dokumentation av patientberättelsen och den gemensamma vårdplanen.²⁹⁴

Några kännetecken:

- Helhetssyn på patienten
- Patienten har inflytande och är delaktig i beslut om den egna vården
- Patientens prioriteringar används som mål, istället för eller jämte medicinska resultat
- Förbättringar åstadkoms genom att anpassa vården till och i samverkan med varje enskild individ; underifrån och upp

Personcentrerad vård följer en annan logik än tidigare nämnda verksamhetsmodeller, genom att fokusera på att förbättra vården i det enskilda fallet, med hjälp av patientens egna resurser och utifrån fler aspekter än medicinska resultat. Vissa formaliserade processer kan underlätta att patienten involveras²⁹⁵, men för att möjliggöra tillämpning på olika vårdsituationer och för patientgrupper krävs med nödvändighet lokal och individuell anpassning. Som filosofi betraktat kan personcentrering genomsyra all vård. Vissa av de metoder som nämnts lämpar

293 McCormack, B. et al (2015) Person-centeredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal* 5(1).

294 Dessa komponenter ingår i den modell för personcentrerad vård som Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) utarbetat, se Fernler & Krohwinkel (2018).

295 Det pågår ett arbete för att etablera en europeisk standard för patientdelaktighet i personcentrerad vård. Fokus här ligger på att definiera grundläggande strukturella förutsättningar som ska möjliggöra ett partnerskap mellan patienter/anhöriga och professionella vårdgivare. Även förutsättningarna för att mäta och jämföra patientdelaktighet ska utredas, men till skillnad från exempelvis ICHOM:s standardset utgör mätningarna inte huvudsyftet. Se SIS (2018) Patientdelaktighet i personcentrerad vård, SIS/TK 602.

sig dock särskilt bra vid behandling av komplexa behov där variationen i patientunderlag och vårdbehov är stor.

Jämförande analys

Värdebaserad vård bygger som tidigare beskrivits på en teori kring konkurrens baserat på utfall och tillhörande kostnader samt urvalsmekanismer, vilka ska leda till att bra enheter premieras och kan expandera geografiskt. Konceptet är därmed utformat för att styra ett hälso- och sjukvårdssystem snarare än ett enskilt sjukhus. Den standardisering av vårdförlopp som blir nödvändig för att kunna mäta och jämföra resultat från olika utförare innebär dock i praktiken en processtyrning även på verksamhetsnivå. På denna nivå har modellen därför flera likheter med TQM och Lean. Personcentrerad vård följer en delvis annan logik än övriga ansatser, med större fokus på utveckling på individnivå.

- TQM fokuserar på internt arbetssätt, agerande och verksamhetskultur, framför allt allas ansvar för kvalitet. Processkontroll används för att minska variation och fel.
- Lean bygger på TQM men fokuserar främst på flöden och effektiv genomströmning i verksamheten. Modellen tar sikte på utveckling och styrning av verksamhetens processer.
- Värdebaserad vård fokuserar på jämförelse av övergripande resultat från diagnosspecifika processer och verksamhetsutformningen anpassas för att möjliggöra standardiserad mätning. Marknadsmekanismer förväntas sortera bort undermåligt utfall.
- Personcentrerad vård tar sikte på att förbättra vården genom att individanpassa insatser och genom att ge patienten inflytande över vården. Helhetssyn på patienten och att använda patientens egna resurser betonas.

Liksom många andra observatörer har vi i analysen av beståndsdelarna inom värdebaserad vård (kapitel 2) pekat på att principer såsom organisering i teman och vårdepisodersättning har bäst förutsättningar att införas inom de delar av hälso- och sjukvården som utgörs av tydligt definierbara och avgränsbara vårdförlopp. Organisering i vårdepisoder lämpar sig bra för patienter med behov av insatser från flera olika vårdenheter och specialiteter, men där behandlingsvägen är förutsägbar och homogen och utfallsmåtten därmed standardiserbara. TQM och Lean uppvisar likheter med värdebaserad vård i det att alla lägger vikt vid enhetliga processer och flöden.

En avgörande skillnad är dock *varför* man väljer att göra detta. TQM gör det framför allt utifrån ett internt kvalitetsperspektiv, genom att fokusera på interna kundrelationer. Lean gör det utifrån ett produktionsperspektiv, där principen är att ett snabbt genomflöde och en enhetlig process leder till högre kvalitet och lägre totalkostnad. Medan processarbetet inom Lean och TQM utgår ifrån den lokala verksamheten och behovet av effektiv och kundanpassad produktion, så förespråkar värdebaserad vård enligt Porter enhetliga processer utifrån målet att mäta och utvärdera resultat baserat på utfall för större jämförbara grupperingar. Patienter grupperas med andra ord i patientflöden för att dessa ska kunna utvärderas och jämföras. Flödesorienteringen och skapandet av enhetliga strukturer och en tematisk organisation fungerar då snarare som ett standardiseringsverktyg än ett verktyg för lokal utveckling.

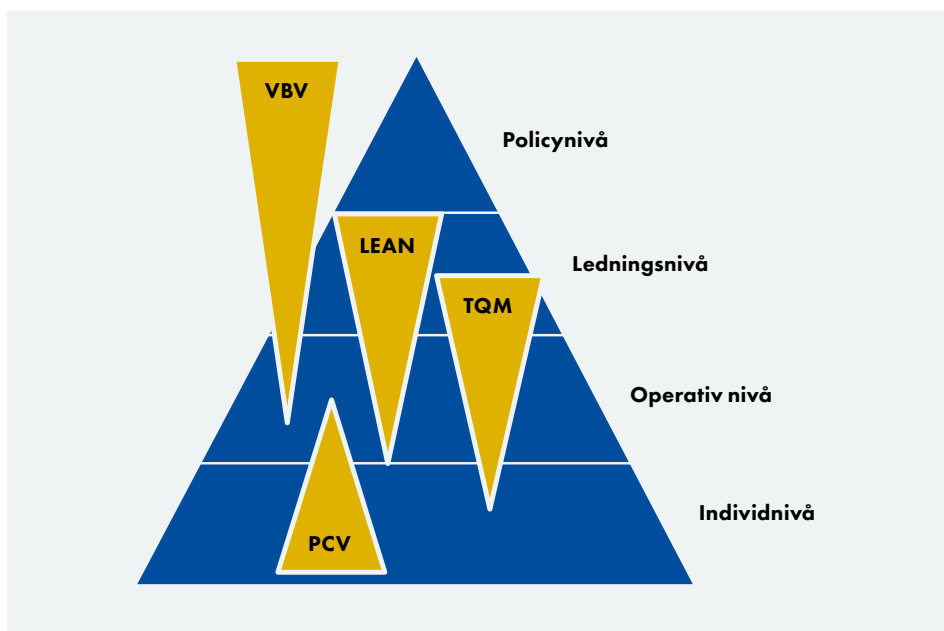
Mätning inom Lean och TQM skiljer sig också jämfört med värdebaserad vård på flera sätt. Inom Lean och TQM är det främst processmått som används och det sker i syfte att lära och förbättra flödet lokalt, snarare än i syfte att ligga till grund för jämförelser nationellt och internationellt. Fokus är därmed smälare, och hamnar på lokal analys snarare än generell jämförbarhet. Värdebaserad vård ställer krav på jämförbarhet för att skapa rätt incitament, konkurrens och möjliggöra spridandet av *best practice*. BCG menar att värdebaserad vård lämnar större utrymme för innovativa arbetssätt jämfört med TQM.²⁹⁶ Vi konstaterar dock att den standardisering som följer av värdebaserad vård och det faktum att den sker på en högre nivå i systemet kan få minst lika styrande effekter på lokal nivå, med minskat utrymme för anpassning av till exempel mätning som följd.

Personcentrerad vård och TQM kan tyckas ha vissa likheter i det att bägge utgår ifrån kunden, men de gör det utifrån olika perspektiv. Där TQM syftar till att minimera variation och avvikelser i processen syftar personcentrerad vård snarare till att anpassa vården till variationen i behov. I värdebaserad vård är det förädlingsvärdet som åstadkommit i vårdprocessen som ska mätas. Med ett personcentrerat arbetssätt är vårdens uppnådda förädlingsvärde inte intressant att särskilja från resultat som beror på personliga faktorer. Snarare än att rensa för personliga aspekter så ligger fokus på ständig anpassning utifrån dessa.

De skillnader som påvisats mellan TQM, Lean och värdebaserad vård kan tyckas små, men effekten kan bli stor då till synes samma processer utformas med olika slutmål – intern effektivitet kontra extern jämförbarhet. Det innebär att modellerna utgår från olika nivåer i systemet. Värdebaserad vård är till skillnad från övriga modeller främst en governance-struktur, även om den

296 BCG (2010) *From Concept to Reality: Putting Value-Based Health Care into Practice in Sweden*.

standardisering av vårdförlopp som blir nödvändig för att kunna jämföra dessa i praktiken innebär en styrning även på verksamhetsnivå. Som sådan syftar den till att åstadkomma förändringstryck utifrån och uppifrån. TQM och Lean syftar till att förbättra vården på operativ nivå och utifrån ett lokalt perspektiv, med ett fokus på hur produktionsförutsättningar kan förenklas och effektiviseras. Personcentrerad vård slutligen syftar till att skapa en vårdssituation baserad på det individuella behovet, och ser variation och anpassning som ett mål i sig. Skillnaderna illustreras i figur 6.1 nedan.



Figur 6.1 Skillnader i utgångspunkt mellan olika modeller för verksamhetsutveckling.

Verksamhetsutveckling utifrån värdebaserad vård i praktiken

I praktiken har värdebaserad vård vid samtliga svenska universitetssjukhus vi studerat införts som en vidareutveckling av Lean eller tidigare processarbete. De skillnader i syfte och slutmål mellan modeller som påvisats ovan märks delvis i utformningen och användningen av mätningar, även om det som utmärker värdebaserad vård (extern jämförbarhet) i varierande grad kommunicerats internt. Här har Karolinska Universitetssjukhuset gått längre än övriga sjukhus, framför allt genom samarbete på strategisk nivå med ICHOM. Alla sjukhusen har i någon mån arbetat med globala standardset inom avgränsade diagnosområden. Det är dock oklart i vilken utsträckning dessa i praktiken legat till grund för

verksamhetsutveckling, eftersom framtagandet av mått begränsats av strukturen på data i sjukhusens IT-system och i existerande kvalitetsregister.

På lednings- och operativ nivå är de delar av konceptet som införts i praktiken snarlika sjukhusen emellan. I samtliga tre fall betonas lokal processutveckling, och dessutom att processutvecklingen innefattar ökad patientdelaktighet i framtagandet av mått. I vilken omfattning delaktigheten lett till utvecklad mätning och i vilken utsträckning den avsett mer kvalitativa aspekter varierar sannolikt. Teoretiskt ligger angreppssättet med patientinvolvering nära de andra modeller för verksamhetsutveckling som diskuterats ovan, men i praktiken har det utgjort en del i anpassningen/översättningen av värdebaserad vård lokalt. Det kan sägas illustrera tidigare slutsats om att värdebaserad vård är ett *elastiskt recept*.

Styrning och governance

Vi har tidigare konstaterat att värdebaserad vård har ett ursprung som en modell för att förändra dynamiken på systemnivå snarare än att utveckla verksamhet lokalt. När man på strategisk nivå överväger att införa värdebaserad vård innebär det således ett val av en viss inriktning på styrningen som bör ställas mot andra möjligheter. För att kunna göra ett informerat val behöver de antaganden som ligger till grund för en viss inriktning klargöras, eftersom dessa kommer att få konsekvenser på olika plan. I detta analysavsnitt utgår vi från organisations- och förvaltningsforskning för att belysa olika styrlogiker och hur värdebaserad vård kan förstås i relation till dessa.

Tre styrlogiker i offentlig sektor

Inom organisations- och förvaltningsforskningen brukar olika sätt att organisera en sektor på ibland beskrivas i termer av alternativa styrlogiker. Tre idealtypiska styrlogiker som brukar lyftas fram är *marknad* (där prismekanismen är central), *hierarki* (där byråkrati och formell beslutslinje är viktigt) och *nätverk* (där professionalism och handlingsutrymme betonas).²⁹⁷ Respektive styrlogik har sina olika fördelar och nackdelar, det vill säga dess ändamålsenlighet antas variera beroende på vad som ska styras. Styrlogikerna kan kombineras och tyngdpunkten mellan dem skifta över tid, vilket gör det relevant att prata om

297 Se t.ex. SKL (2006) Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården.

att styrningen bör *balanseras* på ett för området ändamålsenligt sätt, snarare än betraktas som konkurrerande angreppssätt.²⁹⁸

Rådande inriktning på styrningen påverkas bland annat av trender i samhället. Olika förvaltningspolitiska trender kan de senaste decennierna sägas ha medfört en starkare betoning av *marknad* och *hierarki* inom offentlig sektor, det vill säga de två första styrlogikerna ovan, samtidigt som professionernas roll och position försvagats.²⁹⁹ Denna utveckling har varit ämne för debatt i forskningskretsar under en längre tid, men diskussionen har de senaste åren även förts publikt i form av en mer generell kritik mot de idéer som brukar gå under benämningen *New Public Management*.³⁰⁰ Vi återkommer till denna debatt, men börjar med att analysera de tre styrlogikerna lite närmare.

Den första styrlogiken, *marknad*, vilar på prismekanismen som reglerande princip. Grundläggande drivkrafter för prestationer och motivation anses vara konkurrens, incitament och valfrihet. Den andra styrlogiken, *hierarki* – eller byråkrati – utgår istället från att reglering och formella beslut är det som har störst betydelse för människors prestationer. Viktiga värden är förutsägbarhet, rättssäkerhet och likvärdighet. Den tredje styrlogiken som brukar benämnas lite olika – med begrepp såsom *nätverk*, *samverkan* eller *tillit* – vilar på drivkrafter såsom värdegemenskap, professionalitet och kollegialitet.³⁰¹ Centrala aspekter är handlingsutrymme på medarbetarnivå och betydelsen av relationer.

De olika utgångspunkter som genomsyrar respektive styrlogik medför bland annat skillnader i vilka styrmedel och verktyg som förordas, i formerna för ansvarsutkrävande och i synen på hur beteenden kan påverkas. Skillnaderna sammanfattas i tabell 6.1.

298 Se t.ex. Adler, P. S. (2001), Freidson, E. (2001) och Tillitsdelegationen SOU 2018:38 som antar ett sådant synsätt.

299 SOU 2018:38; Ahlbäck Öberg, S. & Widmalm, S. (2016) Att göra rätt – även när ingen ser på. Statsvetenskaplig tidskrift 118(1): 7–17.

300 *New Public Management* är ett samlingsnamn för ett kluster av idéer som hämtats från det privata näringslivet. Här nämns ibland två grupper av komponenter – management eller mer företagsefterliknande komponenter (t.ex. indelning i resultatenheter, interndebiteringssystem, starkt resultatfokus) och dels marknadisering eller mer marknadsefterliknande komponenter (t.ex. konkurrens, upphandling, privatisering, avreglering, valfrihet). Centralt för *New Public Management* är att offentlig sektor antas bli mer effektiv och mindre kostsam om den efterliknar (idealbilden av) en marknad. Ytterligare ett antagande är att idéerna är applicerbara på i princip vilken verksamhet som helst utan hänsyn till den variation av tjänster som den moderna välfärdsstaten producerar (Ahlbäck Öberg & Widmalm (2016). Deras definition baseras på Hood, C. (1991) *A public management for all seasons?* Public Administration, mars 1991.

301 Se t.ex. Adler, P. S. (2001); Freidson, E. (2001).

	Marknad	Hierarki	Nätverk
Medel	Konkurrens/incitament /optimering	Reglering, formell beslutslinje	Samarbete/tillit/handlingsutrymme
Motivation/incitament	Yttre motivation Individuella mål	Rollfördelning	Inre motivation Gemensamma mål och värderingar
Ansvars-utkrävande	Mätbara resultat i förhållande till mål, effektivitet Extern granskning och jämförelse	Regelefterlevnad, enhetlighet, transparens Uppföljning "i linjen"	Förmåga till anpassning/flexibilitet, lärande, innovation Kollegial granskning
Fokus	Resultat	Process	Kunskap och relationer
Riktning	Top-down	Top-down	Bottom-up
Bygger på/hanterar	Rationalitet	Förutsägbarhet	Osäkerhet

Tabell 6.1 Olika styrlogikers karaktärsdrag

Vilken kombination som är lämplig i styrningen av en viss verksamhet eller i en viss situation varierar. Adler (2001) menar att den tredje styrprincipen ovan blir viktigare i takt med att samhället blir alltmer kunskapsintensivt, medan marknad och byråkrati här visat sig ha begränsad effektivitet. Andra forskare för liknande resonemang där graden av osäkerhet kring situationen och vilket behov av insatser som föreligger har betydelse för vilken styrning som är ändamålsenlig. Statsvetaren Bo Rothstein skiljer till exempel mellan styrning av *dynamiska* respektive *statiska* processer. Han konstaterar att hierarkisk styrning lämpar sig särskilt bra där verksamheten är relativt standardiserbar eller statisk, där det går att automatisera/följa en regel och där variation i insats innebär rättsosäkerhet (utbetalning av barnbidrag är ett klassiskt sådant exempel). Nätverk och professionellt handlingsutrymme blir istället viktigt i styrningen av mer dynamiska processer som kännetecknas av så kallad *förväntad osäkerhet*, där behovet av insatser är svårt att förutse och nyttan av individualisering är stor.³⁰²

Vad gäller marknadslogikens tillämplighet är möjligheten att åstadkomma fungerande konkurrens centralt. Logiken bygger också på att aktörer kan fatta

302 Rothstein, B. (2010) Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. 3:e upplagan, SNS förlag, Falun.

rationella beslut. Forskningen har samtidigt rest invändningar mot dessa antaganden när det gäller marknadseringen i offentlig sektor utifrån så basala premisser som att prismekanismen (utvärdering av kvalitet i relation till pris) generellt sett inte fungerar i ett system där finansiärs- och användarrollerna är separerade.³⁰³

Värdebaserad vård i relation till andra trender inom styrningsutveckling

Porters idéer och den strategilitteratur som han företräder har en nära koppling till *marknad* som styrlogik.³⁰⁴ Idéerna är som tidigare beskrivits baserade på nationalekonomiska teorier om hur optimala marknader fungerar. Den grundläggande tankegången är att skapa konkurrens baserat på vårdgivarens uppnådda värdeökning i en hel vårdproduktionskedja, där värde står för det hälsoutfall som vården skapat, per kostnadsenhet. Konkurrensen ska på så sätt innefatta en synliggjord kvalitetsdimension istället för att som i en traditionell marknadsmodell bygga på pris. De utvecklade former av mätning som föreskrivs ska möjliggöra denna enligt Porter mer ändamålsenliga konkurrens. Konceptet handlar med andra ord om att förbättra underlagen för styrningen och därmed dess incitamentsstruktur, men förutsätter att förbättringarna ska ske inom ramen för marknad som styrlogik och med konkurrens som medel. Det senare kan sägas spegla den amerikanska kontext där konceptet utvecklats.

Resonemanget kan ställas mot de senaste årens livliga debatt i Sverige om styrningen av offentlig sektor och behovet av en ny styrning ”bortom New Public Management”, med kritik framför allt mot marknadsefterliknande inslag i styrningen.³⁰⁵ En parallell trend som också bidragit till debatten är en ökad byråkratisering – eller stärkt *hierarki* – som bidragit till ökade krav på formalisering, mätning och dokumentation. Den sammantagna utvecklingen lyfts fram som en orsak till ökad administration och minskat handlingsutrymme i mötet mellan medarbetare och medborgare. Som svar på kritiken lanserade regeringen 2016 en *tillitsreform* med syftet att utveckla en styrning av offentlig sektor som

303 Hagbjør, E. & Krohwinkel, A. (2018) When Market Organization does not Help: High Ambitions and Challenges in the Market for Eldercare. I Brunsson, N. & Jutterström, M. (red.) Organizing and Reorganizing Markets. Oxford: Oxford University Press.

304 Bringselius, L. (red.) (2018) Styra och leda med tillit: Forskning och praktik. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen, SOU 2018:38.

305 Se t.ex. pressmeddelande från Finansdepartementet den 23 okt 2014. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2014/10/ny-styrning-bortom-new-public-management/.

bättre tar tillvara medarbetares kompetens och förmåga.³⁰⁶ Den övergripande trenden just nu, eller åtminstone avsikten, tycks med andra ord vara att ändra balansen i styrningen så att *nätverk* och professionernas handlingsutrymme stärks på bekostnad av *marknad* och även *hierarki* som styrprincip. Ur detta perspektiv skulle en satsning på värdebaserad vård gå i motsatt riktning mot denna ambition.

Mot detta kan invändas att det tycks osannolikt att det inom svensk hälso- och sjukvård automatiskt skulle uppstå en konkurrensdynamik kring uppnådda värden såsom teorin föreskriver. Detta på grund av den starkt institutionaliserade uppdelningen mellan finansiär (det offentliga) och brukare (individ) i vårt system, manifesterad bland annat i rådande upphandlingslagstiftning som reglerar förutsättningarna för att bedriva (och få betalt för) sin verksamhet. De enskilda principer som ingår i konceptet värdebaserad vård ger dock uttryck för en viss inriktning på styrningen som kan påverka verksamheterna oavsett om konkurrensdynamiken får genomslag eller ej. Det gäller inte minst organisering i vårdflöden, mätning av utfall och vårdepisodersättning som varit aktuella i den svenska kontexten. Utmaningarna återspeglas även i diskussionen nedan kring mätning som styrmedel, risken för bieffekter samt de särskilda riskerna med indikatorstyrning på distans.

Effekter av mätning, resultatuppföljning och externa jämförelser

Den kanske viktigaste principen i värdebaserad vård är mätning av utfall och kostnader för varje patient. De datakällor som lyfts fram som möjliga underlag i en svensk kontext är framförallt nationella kvalitetsregister. Som belysts i kapitel 5 pågår även ett omfattande internationellt arbete inom ramen för ICHOM och OECD med att ta fram gemensamma uppsättningar med indikatorer inom olika diagnosgrupper. En del av dessa utgörs av patientrapporterade utfallsmått (PROM) som samlas in via standardiserade enkäter för att underlätta internationella jämförelser i enlighet med värdebaserad vård.

Omfattande organisations- och statsvetenskaplig forskning har bedrivits sedan 1990-talet kring införandet av mätsystem och jämförelser i offentlig sektor. Den kanske mest kände analytikern på området, den brittiske forskaren Michael Power, varnade redan på 1990-talet för vad han kallade

306 Se t.ex. pressmeddelande från Finansdepartementet den 16 februari 2016. www.regeringen.se/artiklar/2016/02/offentlig-sektor-ska-styras-med-tillit-som-utgangspunkt/.

”granskningsexplosionen” och ”granskningssamhället”. Han pekade bland annat på att det som granskas tenderar att koncentreras till det som går att mäta, vilket i sin tur blir styrande för vad verksamheten prioriterar. När organisationer utformas så att de ska bli möjliga att granska och mäta påverkas dessa på ett grundläggande sätt, vilket kan tränga undan professionella normer hos verksamhetens företrädare och leda till att överordnade mål får stå tillbaka.³⁰⁷

En närliggande aspekt som forskare brukar lyfta är risken för strategiskt beteende. Den brittiske statsvetaren Christopher Hood har visat att införandet av mer indikatorer i styrningen av hälso- och sjukvården och offentliggörandet av rankinglistor i Storbritannien under början av 2000-talet resulterade i manipulering av resultatdata – eller *hitting the target but missing the point*.³⁰⁸ Om ekonomiska incitamentsstrukturer såsom prestations- och utfallsorienterade ersättningsystem byggs in i styrsystemen tenderar de strategiska beteen- dena att öka.³⁰⁹

Resonemangen känns igen från den debatt kring styrning av hälso- och sjukvården som förts i Sverige såväl som andra länder under de senaste åren. Diskussionerna har kretsat kring de effekter och bieffekter som aktiviteter såsom mätning, uppföljning och granskning, öppna jämförelser m.m. har genererat, och har särskilt uppmärksammat riskerna med ökad indikatorbaserad detaljstyrning från centrala aktörer. Exempelvis har både Riksrevisionen och Vårdanalys utifrån detta perspektiv ifrågasatt de utökade satsningar på kvalitetsregister som genomförts från statens sida.³¹⁰ RiR pekar på risker med att utvecklingen *”leder till ett omotiverat stort system med olika mått som förenklar mätningar av vissa begränsade aspekter av vården, men som inte direkt stärker utvecklingen av vårdkvaliteten i bredare bemärkelse. I val av uppföljningsmått ligger också en styrning eftersom det innebär att vården också anpassar sin verksamhet i enlighet med dessa mått på bekostnad av vården och handlingar som är svårare att mäta.*³¹¹ En central poäng är alltså att det finns intressekonflikter mellan en rättvisande registrering av god kvalitet och olika vårdgivares intressen att i konkurrens med andra vårdgivare framstå i god dager.

307 Power, M. (1999) *The Audit Society*. Oxford University Press, Oxford; Ek, E. (2012) *De granskade*. Om hur offentliga verksamheter görs granskningsbara. Diss. Göteborgs universitet.

308 Hood, C. (2006) *Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services*. *Public Sector Review*, 66 (2006:4), 515–521.

309 Se t.ex. De Bruijn, H. (2007) *Managing performance in the public sector*. Routledge: New York.

310 Riksrevisionen (2013) *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* RiR 2013:20; Vårdanalys (2013) *Satsningen på Nationella Kvalitetsregister: Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013*. PM 2013:1.

311 RiR (2013), s. 10.

En vidare aspekt gäller de risker som uppstår när användningen av data avviker från syftet då de samlades in. Även detta tas upp i ovan nämnda RiR-granskning av svenska kvalitetsregister. Enligt myndigheten har det ursprungliga syftet med registren – lokal kvalitetsutveckling utifrån enskilda klinikers behov – kommit i skymundan samtidigt som det sekundära syftet – styrning och uppföljning – har stärkts.³¹² Man problematiserar motivationseffekter av att data som samlats in för beskrivande ändamål lyfts upp för styrning uppifrån, och konstaterar bland annat att täckningsgraden är direkt beroende av att vårdpersonalen ser datan som fortsatt användbar för lokalt kvalitetsarbete.

Porter och Teisberg (2006) nämner själva risken för manipulering av data, men menar att värdebaserad vård kommer leda till en stark motivation att avslöja manipulering och att utvecklingen av nya metoder för resultatmätning och riskjustering kommer försvåra sådant beteende. Vidare menar de att fördelarna med konkurrens på resultatdata överväger nackdelarna även om manipulation skulle uppstå, jämfört med dagens system där utförare enligt Porter och Teisberg inte behöver stå till svars för dåliga resultat. Det kan dock ifrågasättas om en sådan självjusterande effekt skulle kvarstå när data levereras för jämförelser på policynivå, såsom är ambitionen i ICHOM:s och OECD:s arbete. Forskning visar snarare att ju längre ifrån verksamheten man befinner sig, desto större är risken att man förbiser problem med dålig datakvalitet. Risken för att mätningarna, när de väl finns tillgängliga, används för att motivera inslag av hierarkisk styrning ökar samtidigt.³¹³ Frågan om snedvridande effekter av mätningar berör därmed inte enbart själva inrapporteringen, utan även hur man ska säkerställa att insamlade data används på ett ändamålsenligt sätt (se vidare nedan).

Risker med dataanvändning på distans

En central fråga för verksamhetsutveckling såväl som styrningsutveckling utifrån värdebaserad vård är hur de data som görs tillgängliga ska användas. I praktiken har diskussionen främst gällt patientrapporterade utfallsmått, som är den typ av mätningar som tydligast kopplas till värdebaserad vård och där modellen vill göra sitt huvudsakliga ”bidrag” i förhållande till existerande mätningar. En större betoning av patientrapporterade mått i uppföljningen kan mycket väl bidra till ett tydligare fokus på patienten och i förlängningen

312 RiR (2013).

313 Espeland, W & Sauder, M. (2007) Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds. *American Journal of Sociology*, 113 (1): 1–40

en mer ändamålsenlig styrning. Det faktum att data samlas in i syfte att uppnå jämförbarhet mellan organisationer eller vårdssystem får dock konsekvenser. På verksamhetsnivå kan sådana data vara svåra att tillämpa eftersom de grupper som mäts är externt bestämda och inte nödvändigtvis överensstämmer med den lokala vårdorganisationen eller patientsammansättningen. Data som samlas in utifrån standardiserade svarsalternativ har också ett begränsat värde i det enskilda vårdmötet. Socialstyrelsen har påpekat dessa begränsningar i sin analys av PaRIS-arbetet inom OECD.³¹⁴

En ytterligare begränsning är att insamlingen av patientrapporterade mått är relativt resurskrävande, både för den som leder undersökningen och den som avses svara. På nationell och i ännu högre grad internationell nivå kan täckningen bli för begränsad för att utgöra grund för valida populationsjämförelser. En väsentlig risk är att datan trots det kan komma att användas för sådana jämförelser. Här blir skillnaden mellan de teoretiska förutsättningarna för värdebaserad vård och vad som i praktiken är möjligt och rimligt avgörande. Medan teorin förutsätter att allt som kan påverka utfall och kostnader ska inkluderas i mätningar och därmed ligga till grund för en utvecklad incitamentsstruktur, så sker med nödvändigt i praktiken ett mycket begränsat urval som gör att man inte längre mäter det som modellen gör anspråk på.

Resonemangen ger uttryck för det inom förbättringskunskap kända påståendet att det är skillnad på att mäta för att styra och att mäta för att lära. Det föregående förutsätter central jämförbarhet, det senare lokal analys av variation.³¹⁵ Värdet av att fokusera på analysen snarare än jämförbarheten har även betonats på vårdsystemnivå. Ett sjukvårdssystem som ofta lyfts fram som duktiga på analys och användning av data som underlag för beslut är Intermountain Healthcare i USA. En av deras huvudprinciper är att det är analysen av data som ska kvalitetssäkras, inte främst databaser och input. Anledningen är att datas kvalitet bara kan bedömas då frågeställningen är känd, och eftersom frågeställningen varierar och utvecklas hela tiden bör vikten ligga på kvalitetssäkring av hur data *används* snarare än kvalitetssäkring av data i sig. Kvalitetssäkrad data kan med andra ord användas felaktigt, samtidigt som icke kvalitetssäkrad data kan vara användbar förutsatt att den behandlas med omdöme. Detta leder till att standardisering och automatisering av mätning delvis förlorar i betydelse, särskilt om variationen i underlaget är stor.³¹⁶

314 Socialstyrelsen (2018), s. 30.

315 Jfr t.ex. Nelson, Splaine, Batalden et al. (1998) *Building Measurement and Data Collection into Medical Practice*. American College of Physicians.

316 Muntlig redogörelse vid besök hos Intermountain Healthcare under 2013, t.ex. 2013-11-04.

Värdet av transparenta värdeavvägningar

En sista reflektion kring mätning rör sig på ett mer konceptuellt plan. Teorin kring värdebaserad vård förutsätter inte bara att man kan separera hälsoutfall som åstadkommit av vårdgivaren från patientens egenskaper, utan föreskriver också att olika resultatdimensioner ska aggregeras till ett gemensamt utfallsmått. Vi har tidigare kommenterat tveksamheterna kring detta ur ett verksamhetsutvecklingsperspektiv (se kapitel 2. En huvudpöäng är att vissa värden behöver *bedömas* snarare än mätas, men att aggregering i ett index omöjliggör detta).

Ett liknande resonemang kan föras ur styrningsperspektiv. I en demokratiskt styrd verksamhet, såsom hälso- och sjukvården i Sverige, är olika värden viktiga att väga mot varandra (kvalitet, jämlikhet, tillgänglighet, prioriteringsordning etc.). Det behöver ske på politisk nivå, men utrymme behöver även finnas att göra avvägningarna på verksamhetsnivå. I ett forskningsbidrag till Statens vård och omsorgsutredning uttrycks det så här:

Det förekommer ofta försök till styrning som har ambitionen att balansera flera svårförenliga värden. Detta är fullt naturligt och rimligt, men kan också leda till tanken att det skulle vara möjligt att styra vårdens vardag genom en balanserad incitamentsstruktur som fullt har tagit hänsyn till och balanserar alla de värdekonflikter som hälso- och sjukvården har att hantera. Sådana föreställningar lever dock förmodligen bäst i idévärldens tunnare luft eftersom ingen värdebalansering "på distans" fullt ut kan bistå med en situationsanpassad balansering av de olika värden som hälso- och sjukvårdens praktik har att förhålla sig till.³¹⁷

Ett underliggande argument är att det finns ett transparensvärde i sig att hålla isär värden och låta olika intressenter mötas kring dessa, snarare än att eftersträva konsensus kring en aggregerad värdedefinition. Slutligen är värdeavvägningar något som också blir aktuellt vid bedömning av nya styrmodeller. Det är en fråga som vi återkommer till i nästa kapitel.

317 SOU 2012:33, Bilaga 5, s. 427.

Referenser

- Adler, P. S. (2001). Market, hierarchy, and trust: The knowledge economy and the future of capitalism. *Organization science* 12(2): 215–234.
- Ahlbäck Öberg, S. & Widmalm, S. (2016). Att göra rätt – även när ingen ser på. *Statsvetenskaplig tidskrift* 118(1).
- Andersen, H. & Røvik, K. A. (2015) Lost in translation: A case study of the travel of lean thinking in a hospital. *BMC Health Services Research*.
- Barrett, S. M. (2004) Implementation Studies: Time for a Revival? Personal Reflections on 20 years of Implementation Studies. *Public Administration*, vol 82.
- BCG (2010) *From Concept to Reality: Putting Value-Based Health Care into Practice in Sweden*.
- Blomgren, M. & Waks, C. (2015) Coping with contradictions: hybrid professionals managing institutional complexity, *Journal of Professions and Organization* 2(1): 78–102
- Boxenbaum, E. (2006) *The Making of Danish Diversity Management*. Köpenhamn: Copenhagen Business School.
- Bringselius, L. (red.) (2018) *Styra och leda med tillit: Forskning och praktik*. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen, SOU 2018:38.
- Christensen, T. et al. (2005) *Organisationsteori för offentlig sektor*. Malmö: Liber.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.) (1996) *Translating Organizational Change*. Berlin: De Gruyter.
- De Bruijn, H. (2007) *Managing performance in the public sector*. Routledge: New York.
- Deming, W. E. (1986) *Out of the crisis: quality, productivity and competitive position*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Erlingsdóttir, G. (1999) *Förförande idéer. Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Lund: Ekonomihögskolan.

- Espeland, W & Sauder, M. (2007) Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds. *American Journal of Sociology*, 113 (1): 1–40
- Fernler, K. & Krohwinkel, A. (2018) *Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård – fyra fallstudier*. Report nr 3, 2018.
- Fernler, K. (1996) *Mångfald eller likriktning. Effekter av avreglering*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Finansdepartementet. *Ny styrning bortom New Public Management*. Pressmeddelande 2014-10-23. Tillgänglig:
- Finansdepartementet. *Offentlig sektor ska styras med tillit som utgångspunkt*. Pressmeddelande 2016-02-16. Tillgänglig:
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Blackwell Publishers.
- Hagbjer, Eva & Krohwinkel, Anna (2018) When Market Organization does not Help: High Ambitions and Challenges in the Market for Eldercare. I Brunsson, Nils & Jutterström, Mats (red.) *Organizing and Reorganizing Markets*. Oxford: Oxford University Press.
- Harding, E., Wait, S., Scrutton, J. (2015) *The state of play in person-centered care: A pragmatic review of how person-centered care is defined*. London: Health Policy Partnership.
- Hood, Christopher (1991) A public management for all seasons? *Public Administration*, mars 1991.
- Hood, Christopher (2006) Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services. *Public Sector Review*, 66 (2006:4), 515–521.
- Liker, Jeffrey K. & Morgan, James M. (2006) The Toyota Way in Services: The Case of Lean product Development. *Academy of Management Perspectives*, maj 2006.
- Lipsky, Michael (1983) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- McCormack, Brendan. et al (2015) Person-centeredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal* 5(1).
- McDermott, Christopher M. & Venditti, Ferdinand J. (2015) Implementing lean in knowledge work: Implications from a study of the hospital discharge planning process. *Operations Management Research* 8:118–130.
- Meyer, J. & Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–340.

- Modig, Niklas & Pär Åhlström (2015) *Detta är lean: lösningen på effektivitetsparadoxen*. Rheologica Publishing.
- Nelson, Splaine, Batalden et al. (1998) *Building Measurement and Data Collection into Medical Practice*. American College of Physicians.
- O'Toole, Laurence J. Jr. (2000) Research on Policy Implementation: Assessments and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, J-PART 10.
- Power, Michael (1999) *The Audit Society*. Oxford University Press, Oxford.
- Riksrevisionen (2013) *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* RiR 2013:20.
- Rogberg, Martin (2006) *Den modeföljande organisationen: Om acceptansen av TQM och andra populära managementmodeller*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm (EFI).
- Rothstein, Bo (2010) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. 3:e upplagan, SNS förlag, Falun.
- Røvik, Kjell Arne (2008) *Managementsamhället: trender och idéer på 2000-talet*. Malmö: Liber.
- Saetren, Harald (2005) Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation: Out-of-Fashion, Allegedly Dead, But Still Very Much Alive and Relevant. *The Policy Studies Journal*, vol 33.
- Sahlin-Andersson, Kerstin & Engwall, Lars (2002) *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows and Sources*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- SIS (2018) *Patientdelaktighet i personcentrerad vård*, SIS/TK 602.
- SKL (2006) *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*.
- Slack, N., Brandon-Jones, A. & Johnston, R. (2013) *Operations management*. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.
- Socialstyrelsen (2018) *En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS)*. Diarienummer: S2018/04565/FS.
- SOU 2012:33 *Gör det enklare!* Slutbetänkande av statens vård- och omsorgsutredning.
- SOU 2018:38 *Styra och leda med tillit – Forskning och praktik*. Slutbetänkande av Tillitsdelegationen.

Svarts, Anna & Rognes, Jon (2012) Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige. I *Ledningssystem och styrning av vård - Förutsättningar och utmaningar*. Stiftelsen Leading Health Care, Rapport 2012:2.

Vårdanalys (2013) *Satsningen på Nationella Kvalitetsregister: Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013*. PM 2013:1.

Womack, James P. & Jones, Daniel T. (2003) *Lean Thinking*. 2nd Edition, Simon & Schuster, Inc.

[www.regeringen.se/artiklar/2016/02/
offentlig-sektor-ska-styras-med-tillit-som-utgangspunkt/](http://www.regeringen.se/artiklar/2016/02/offentlig-sektor-ska-styras-med-tillit-som-utgangspunkt/).

[www.regeringen.se/pressmeddelanden/2014/10/
ny-styrning-bortom-new-public-management/](http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2014/10/ny-styrning-bortom-new-public-management/).

Slutsatser och lärdomar

Vårdens organisering är ständigt aktuell, och under de senaste åren har styrmodellen värdebaserad vård lanserats som en möjlig lösning på de utmaningar som vården står inför. Svensk hälso- och sjukvård lyftes tidigt fram som ett system med särskilt goda förutsättningar att tillämpa modellen, vilket åtföljdes av omfattande försök med införande framför allt inom svenska universitetssjukhus. De praktiska erfarenheterna har visat på behovet av en djupare diskussion kring innebörden i konceptet värdebaserad vård och hur dess tillämpning kan bedömas. Det gör även tidigare studier, som sammantaget visar på en stor variation i utgångspunkter, beskrivningar och slutsatser kring modellens logik.

Vårt uppdrag har varit att ta hjälp av organisationsteoretisk och annan samhällsvetenskaplig forskning för att reda ut och förstärka kunskapsläget. Mer specifikt har vår genomlysning syftat till att klarlägga och diskutera värdebaserad vård i tre dimensioner:

- konceptets *innehåll* uttryckt i teorin och så som det utformats praktiken;
- konceptets *ändamålsenlighet* för utveckling av hälso- och sjukvården på verksamhets- respektive policynivå, samt
- *de lärdomar för framtiden* som kan formuleras utifrån erfarenheter och analys av konceptet.

Nedan presenteras våra slutsatser som svarar mot detta syfte.

Slutsatser kring värdebaserad vård

Värdebaserad vård som teoretisk modell – en styrmodell för ett helt hälso- och sjukvårdssystem

Värdebaserad vård är ursprungligen en styrmodell för att påverka dynamiken i ett helt hälso- och sjukvårdssystem baserat på mätning och jämförelser av

hälsoutfall ställt mot resursåtgång. Det *värde* som modellen kretsar kring avser förhållandet hälsoutfall/resursåtgång (kostnad). Modellen är utvecklad av nationalekonomen Michael Porter och ingenjören Elizabeth Teisberg utifrån en amerikansk kontext och problembeskrivning. Kärnan i konceptet är att vården behöver förändras så att en mer välfungerande konkurrens kring uppnått värde kan åstadkommas. En utgångspunkt är att värde för patienten inte skapas av enskilda ingrepp utan av det uppnådda slutresultatet av en hel behandling. Utfall och kostnader ska därför mätas för längre vårdkedjor, och vården ska också organiseras och ersättas baserat på dessa episoder. Ett grundantagande är att om resultat presenteras på ett jämförbart sätt – vilket förutsätter standardiserad mätning av utfall och kostnader – så kommer goda verksamheter att premieras. Modellen betonar alltså effektivisering på utförarnivå som en central mekanism för att utveckla hälso- och sjukvården. Ur ett svenskt och europeiskt perspektiv utgör det en mycket smal syn på vad hälso- och sjukvården bör sträva efter, där endast en effektivitetsdimension omfattas (inre effektivitet - gör vi saker på rätt sätt? till skillnad från yttre effektivitet - gör vi rätt saker?). Inte heller andra värden såsom jämlikhet ingår i det som modellen ska styra mot.

Teorin bygger på en nationalekonomisk modell av en fungerande marknad med full tillgång till information, möjlighet till rationella kundval och etableringsfrihet för utförare. Konkurrensen ska ske utifrån värdemått, vilket förutsätter att olika resultatdimensioner kan aggregeras till ett gemensamt utfallsmått. Modellen föreskriver också att man ska separera hälsoutfall som åstadkommit av vårdgivare från patientens egenskaper, eftersom det är det värde som skapats genom vårdinsatserna som ska ligga till grund för konkurrensen. Utifrån forskning om kvalitetsutveckling kan det ifrågasättas om alla i sammanhanget relevanta aspekter kan fångas i mätvärden. I praktiken finns etiska, juridiska och ekonomiska tveksamheter kring förutsättningarna för att samla in och sammanföra sådana omfattande mängder data. Oss veterligen har det inte heller tagits fram värdemått enligt modellens ekvation i någon större utsträckning, varken på policynivå eller verksamhetsnivå.

Det saknas alltså erfarenheter av ett värdebaserat hälso- och sjukvårdssystem på övergripande nivå. De tillämpningar som är aktuella handlar om att selektivt operationalisera modellens principer inom olika organisationers verksamhetsområden. I Sverige har ett huvudsakligt tillämpningsområde varit som en modell för styrning och organisering inom universitetssjukhus. På huvudmannanivå har begränsade försök pågått med att utveckla värdebaserade ersättningsystem inom specifika diagnosområden. Inom internationellt policysamarbete används värdebaserad vård som utgångspunkt för ett utvecklingsarbete kring standardiserade mätningar och jämförelser av patientrapporterade

utfallsmått. Ytterligare områden där modellens tillämpbarhet diskuteras internationellt är i relation till nyttoberäkningar och prissättning av nya produkter, och som del av en allmän effektiviseringsagenda.

Det kan ifrågasättas om det är teoretiskt meningsfullt att prata om värdebaserad vård utifrån enskilda delar av konceptet, eftersom delarna förutsätts interagera för att generera den dynamik på systemnivå som modellen ytterst syftar till. De enskilda principer som ingår ger dock uttryck för en viss inriktning på styrningen som påverkar vården oavsett om konkurrensdynamiken får genomslag eller ej. Utformningen av dessa styrverktyg får effekter som kan bedömas i sin egen rätt utifrån forskning om organisering och styrning (se vidare nedan).

Värdebaserad vård på verksamhetsnivå – en av flera modeller för flödesarbete

I Sverige har konsultbolaget BCG spelat en central roll i vidareutvecklingen av den teoretiska modellen värdebaserad vård för implementering på verksamhetsnivå. Modellen har under samma period införts i olika omfattning vid Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset. Inom sjukhusen har arbetet framför allt kretsat kring mätning av utfall och kostnader inom specifika patientgrupper, samt i varierande grad kring organisering av vården i flöden.

Mätning av utfall i vårdkedjor förutsätter att dessa kan definieras och avgränsas. Även ersättning till vårdgivare utifrån episoder (vårdkedjor) förutsätter en standardisering för att underlagen ska bli jämförbara. Forskning inom operations management-fältet visar att flödesorganisering passar bättre för vårdprocesser där aktiviteterna i flödet utgör delar av ett förutsägbart förlopp och har ett tydligt slut. Vidare måste behandlingen kunna separeras från andra behandlingar och komplikationer. Dessa förutsättningar finns i specialiserad, elektiv vård som består av likartade och planerbara åtgärder och där patienterna är friska i övrigt. Vi noterar att det fåtal försök som skett med episodersättning avsett enskilda diagnosområden, medan omorganisering haft en bredare omfattning och i flera fall avsett hela universitetssjukhus med en stor variation i patientunderlag och behandlingar. En erfarenhet från införandet är att patienter med komplexa vårdbehov är svåra att passa in i de smala diagnosbaserade flöden som modellen föreskriver.

Värdebaserad vård har vid tillämpning inom sjukhus ofta beskrivits som en fortsättning på tidigare flödesarbete. Modellen uppvisar likheter med exempelvis Lean i det att båda lägger vikt vid enhetliga processer och flöden. En avgörande skillnad är dock att medan traditionellt processarbete utgår ifrån den

lokala verksamheten och behovet av effektiv och kundanpassad produktion, så förespråkar värdebaserad vård enligt Porter välavgränsade processer utifrån målet att mäta och utvärdera resultat externt. En konsekvens av att mätning standardiseras för extern jämförbarhet är att data blir svårare att tillämpa för lokalt lärande. Data som samlats in utifrån standardiserade svarsalternativ har också ett begränsat värde i det enskilda vårdmötet. Det hindrar inte att det praktiska arbetet med patientdelaktighet som initierats utifrån värdebaserad vård också kan ha bidragit till lokalt anpassad verksamhetsutveckling där kvalitativa aspekter fått större utrymme.

Värdebaserad vård på policynivå – grund för internationell benchmarking

I Sverige finns inga politiska beslut på nationell eller regional nivå att införa värdebaserad vård generell. Samarbete har tidigare pågått mellan huvudmän kring utveckling av värdebaserade ersättnings- och uppföljningssystem, där kvarstående initiativ främst rör samordning av databaser utan tydlig koppling till värdebaserad vård. Ambitioner att tillämpa delar av modellen är dock aktuella inom internationellt policysamarbete, där den bland annat ligger till grund för införandet av patientrapporterade mått i OECD:s hälsodatabas. Måtten utvecklas med hjälp av standardset framtagna av ICHOM, som jämte BCG är en tongivande aktör i spridningen av värdebaserad vård internationellt.

I arbetet med värdebaserad vård på policynivå är framtagandet av nya utfallsmått som underlag för jämförelser och styrning centralt. Förhoppningen är att benchmarking mellan vårdgivare, behandlingar och länder ska uppmuntra till förbättringsarbete och i förlängningen ligga till grund för val och premiering av välpresterande utförare på det sätt som värdebaserad vård beskriver. Forskning om styrning och governance visar att mätningar kan ge starka incitament till utveckling, men har också visat på flertalet risker, särskilt när mätningar sker i jämförande syfte. En risk är att mätningar leder till strategiskt beteende där följsamhet till valda mått blir viktigare än att praktiskt säkerställa god kvalitet. En annan risk, som ökar ju längre från verksamheten man befinner sig, är att styraktörer förbiser problem med bristande täckningsgrad och datakvalitet. I dessa avseenden hyser vi betänkligheter mot den styrning som nu utvecklas på internationell policynivå med värdebaserad vård som grund. Liknande invändningar har tidigare rests mot en utökad satsning på svenska kvalitetsregister, som enligt förespråkarna för värdebaserad vård skulle ge särskilt goda underlag till att införa modellen.

Här blir skillnaderna mellan de teoretiska förutsättningarna för värdebaserad vård och vad som i praktiken är möjligt och rimligt också tydliga. Medan teorin förutsätter att allt som kan påverka utfall och kostnader ska inkluderas i mätningar och därmed ligga till grund för en utvecklad incitamentsstruktur, så sker med nödvändigt i praktiken ett mycket begränsat urval som gör att man inte längre mäter det som modellen gör anspråk på. Som beskrivits ovan finns stora risker för snedvridningar när mått tas fram selektivt och ändå tillgängliggörs för jämförelser på aggregerad nivå. Att kasta ljus på en viss typ av data eller mätmetod kan visserligen vara ändamålsenligt utifrån ambitionen att placera en fråga på dagordningen, exempelvis hur patienterfarenheter i högre grad kan påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården. Vi noterar dock att ett mer kvalitativt arbete med patientdelaktighet kan få större räckvidd i en öppnare process där standardiserad utfallsmätning inte är utgångspunkten.

Värdebaserad vård som förhållningssätt – uttryck för ambitioner om ökad patientdelaktighet

Värdebaserad vård som teori bygger på hypotesen att om alla modellens komponenter fås att samverka, så kommer värdet för patienten i slutändan att optimeras. Bland aktörer på både verksamhets- och policynivå förekommer att de övergripande målsättningarna med modellen betonas mer än dess ingående delar. Ett exempel på detta är att värdebaserad vård ofta beskrivs som ett *förhållningssätt*, där modellen förknippas med ett ökat fokus på "det som är viktigt för patienten/patienter". Om det är individuell eller kollektiv nytta som avses är i många fall oklart. Det praktiska arbetet på policynivå kretsar dock i huvudsak kring utfallsmått som av expertgrupper bedömts som relevanta för den globala majoriteten av patienter med en viss diagnos, snarare än att inhämta patienters individuella erfarenheter.

Inom de sjukhus vi studerat har standardiserad mätning på gruppnivå utgjort en central del av tillämpningen av värdebaserad vård, men förhållningssättet som modellen anses representera har i många fall också tolkats mer kvalitativt. Ett exempel på det är de initiativ som har tagits för att öka patienters medverkan i lokal verksamhetsutveckling. Formerna för patientdeltagande berörs inte inom den teoretiska modellen värdebaserad vård, och arbetet kan därför ses som en anpassning eller översättning av konceptet lokalt. Vi noterar samtidigt att framställningen av värdebaserad vård som ett förhållningssätt har ökat över tid inom sjukhusen, i takt med ett successivt avståndstagande från en mer trogen tillämpning av modellens principer. I vilken utsträckning

avståndstagandet beror på mediekritiken eller konstaterade brister i konceptets tillämplighet varierar sannolikt.

Bland förespråkare av värdebaserad vård har införandet även kopplats till ambitioner om en vård där den enskilda patienten står mer i centrum. I de fall arbetet med värdebaserad vård främst syftar till att förändra värderingar och relationer, så passar den implementeringsteori som följer med modellen i form av standardisering, följsamhet och konvergens dock mindre bra. Standardiseringsverktyg är också onödigt resurskrävande som metod för värdegrundsarbete.

Lärdomar för framtiden

Värdebaserad vård beskrivs ofta som ”något nytt”. Nedbruten i sina delar har modellen dock många karaktärsdrag gemensamt med tidigare styrmodeller inom offentlig sektor. Även spridningsprocessen äger många likheter med andra populära koncept. Under antagandet att nya styrmodeller med hög sannolikhet kommer att dyka upp igen i framtiden, så finns mycket att lära av lanseringen av värdebaserad vård. I detta avslutande kapitel diskuterar vi med utgångspunkt i värdebaserad vård generella frågor kring styrmodellens egenskaper som länge varit föremål för organisations- och statsvetenskaplig forskning, såväl som aktuella i den praktiska utvecklingen av svensk förvaltningspolitik.

Universalmodeller passar dåligt nästan överallt

Styrmodellen värdebaserad vård utmärks av att göra anspråk på att fungera som en universallösning för hälso- och sjukvården. Att modeller framställs som universella, det vill säga beskrivs som redskap som kan användas med behållning i alla typer av organisationer relativt oberoende av deras lokalisering, verksamhet, storlek, driftsform, etc., är ett gemensamt drag hos vitt spridda organisationsrecept. När modellerna lanseras i enskilda sammanhang så tonas betydelsen av kontexten ofta ner, alternativt så fokuserar man på de delar av modellen som passar särskilt bra i den aktuella organisationen. Denna typ av anpassning kan fungera bra när det rör sig om en inomorganisatorisk modell där interaktionen med omvärlden är av mindre betydelse för att uppfylla modellens syfte.

Värdebaserad vård utmärks dock även av att det är en helhetslösning, vars syfte är att generera dynamik inom en hel sektor, nationellt eller helst globalt. Det innebär att även om modellen tillämpas selektivt i sina delar, så är

utformningen av enskilda komponenter/verktyg färgade av den effekt de avses generera på systemnivå, vilket samtidigt omöjliggör en tillräcklig anpassning till lokala verksamheters förutsättningar och behov. I fallet värdebaserad vård ser vi det tydligast när det gäller standardiserad mätning.

Vidare är det svårt att i praktiken få till stånd den grad av samordning som krävs mellan olika ingående delar och aktörer för att en systemmodell såsom värdebaserad vård ska fungera som det är tänkt. Det gäller speciellt om det är en ny modell där "allt" behöver ställas om. I fallet värdebaserad vård exemplifieras detta av den höga grad av koherens mellan politik (mål), förvaltning (mätning och ersättning), verksamhetsledning (organisering) och stödfunktioner (IT) som skulle krävas för att operationalisera konkurrensdynamiken kring värdeområde. En sådan konvergens är inte bara problematisk att uppnå i praktiken; den ter sig också svårörlig med vår demokratiska ordning, där ständig avvägning mellan olika värden och intressen utgör en grundbult.

Det är otidsenligt med rationella modeller

Värdebaserad vård bygger på att stora mängder data ska standardiseras, aggregeras, jämföras och därefter leda till handling. Det återspeglar ett i grunden instrumentellt och rationalistiskt synsätt på hur aktörer fattar beslut och hur systemförändring kommer till stånd. En underliggande tankegång i ett sådant synsätt är att en verksamhet kan styras på ett visst sätt för att ge ett visst utfall. Med en sådan styrning försöker man konstanthålla faktorer som varierar beroende på kontext, vilket medför en risk för att lösningar på ett förenklat sätt konstrueras för att matcha olika problem som behöver lösas utan hänsyn till den komplexa verkligheten.

Den rationalistiska förändringsteorin är etablerad inom den klassiska nationalekonomiska idétradition som värdebaserad vård härstammar ur, men representerar enligt de flesta organisationsforskare en orealistisk syn på implementering och styrning. I ett svenskt perspektiv tycks en sådan inriktning på styrningen även otidsenlig. Här har styrning inom offentlig sektor de senaste decennierna präglats just av ett starkt rationalistiskt perspektiv, i den allmänna debatten ofta kritiserat som och refererat till som "New Public Management".

Värdebaserad vård utgår idémässigt från den ideala/neoklassiska marknadslogiken, och när modellen lanserades i Sverige passade den bra i trenden av avregleringar, valfrihetsreformer och intresset för styrning på ekonomiska incitament inom offentlig sektor. Mycket av de generella styrningsdiskussioner som pågått i Sverige under de senaste åren har dock uttryckt ett behov av att gå i en annan riktning. Nuvarande utveckling inom förvaltningspolitiken, t.ex.

den pågående tillitsreformen, pekar istället mot minskad tilltro till konkurrens, yttre incitament och jämförelser av resultat som styrmedel, till förmån för ett större fokus på samarbete/samverkan och mer handlingsutrymme för professionerna att anpassa välfärdstjänsterna utifrån lokala behov och kontext. Ur detta perspektiv blir det mer ändamålsenligt att låta variation och komplexitet vara utgångspunkt vid valet av styrverktyg, snarare än att lita till en rationell styrmodell.

Överväg alternativa styrmodeller – gärna flera på en gång

Det faktum att värdebaserad vård gör anspråk på att fungera som en helhetslösning för hälso- och sjukvården försvårar en diskussion om alternativ, om även alternativen förutsätts vara systemlösningar. Snarare än att söka efter en annan generisk modell som kan fungera överallt handlar ett alternativt synsätt om att kombinera olika lösningar. Utifrån kunskap om betydelsen av lokala förutsättningar för hur styrningen faller ut, kan övergripande målsättningar såsom ett större fokus på resultat för patienter, ökad integrering mellan vårdinsatser och bättre utnyttjande av data uppnås mer effektivt genom att anpassa lösningarna till situation och verksamhet.

På policynivå kan en sådan anpassning uppnås genom att hitta en för sammanhanget lämplig balans mellan *marknadsstyrning* (konkurrens, incitament, benchmarking) som värdebaserad vård bygger på, *hierarkisk styrning* (regler, byråkrati) och *nätverksstyrning* (samarbete, professionellt handlingsutrymme, tillit). Medan värdebaserad vård handlar om att förbättra styrningen inom ramen för en neoklassisk marknadslogik, handlar alternativen alltså om att bredda verktygslådan. Den här typen av resonemang återfinns både inom nyare nationalekonomi och inte minst i den organisationsvetenskapliga forskningsgrenen om marknader som praktik, alltså hur marknader fungerar i vardagen. Argumentet är att en större bredd av styrverktyg passar bättre med en verklighet av överlappande system, där ”rena” marknader, hierarkier eller nätverk sällan förekommer.

På verksamhetsnivå bör alternativa styrmodeller istället utgå ifrån och anpassas till patientbehoven. Vi har tidigare beskrivit att de principer inom värdebaserad vård som avser verksamhetsnivån har bäst förutsättningar att införas på vårdområden där det är förhållandevis enkelt att aggregera insatser ur ett mätningssperspektiv. Medan standardiserad mätning och jämförelse av resultat kan fungera väl där patientens behov och vårdprocess är förutsägbar, kräver mer komplexa och/eller långvariga tillstånd förmåga till individanpassning,

relationsbyggande och lokal analys av data. Vår uppfattning är att det är här som problemen med fragmenterad vård är störst utifrån patientbehov och nuvarande systembrister, snarare än de vårdområden där värdebaserad vård lämpar sig som bäst. Här kan tjänstedesign och ett mer utforskande arbetssätt krävas för att sätta sig in i patientens perspektiv och utifrån det beskriva problemet och utveckla lösningsförslag. Ett sådant angreppssätt kan även synliggöra normer, roller och regler som påverkar organisationer, professioner och patienter och på så sätt bidra till en kulturförändring.

Se upp för entydiga mål

En annan problematik rör det faktum att värdebegreppet i värdebaserad vård är entydigt formulerat. Modellen handlar om att förbättra effektiviteten i hälso- och sjukvården utifrån en specifik värdedefinition, som idealt ska genomsyra hela kedjan från uppdragsformulering till organisering till resultatuppföljning. Förutsättningarna för detta vore sannolikt bäst om värde gjordes till ett prioriterat övergripande mål för huvudmän och vårdorganisationer, eftersom den bakomliggande ekvationen utfall/kostnad annars innebär en prioritering som skulle komma i konflikt med andra mål såsom jämlikhet och behovssolidaritet. Kritiken i media mot att värdebaserad vård åsidosätter den i hälso- och sjukvårdslagen gällande etiska prioritetsordningen, eller att den är oförenlig med den professionella logiken, illustrerar denna konflikt.

Vi välkomnar debatten kring värdebaserad vård eftersom den berör grundläggande frågor kring förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling. Vi noterar dock att en polariserande debatt kring en klar och enkel skiljelinje samtidigt kan fungera som en sköld mot att ta itu med de svåra och viktiga frågorna. När debatten handlar om argument för eller emot en viss modell och positionering i relation till den kommer målen lätt i skymundan. Att vända och vrida på olika medel blir helt enkelt ett samtal i sig. Vi får då ett slags modellernas tyranni som tränger ut de angelägna frågorna om vilka värden som är centrala för verksamheterna och dem de är till för.

Avsaknaden av en nyanserad diskussion kring organisering och styrning tenderar dessutom att göra entydiga modeller mer attraktiva: de framstår som hanterbara lösningar på besvärliga problem. Medan det är både tids- och resurskrävande för en enskild organisation att initiera en lokal problem- och orsaksanalys, erbjuder externa aktörer tillgång till enkelt förpackade lösningar där många nödvändiga bedömningar och avvägningar kring komplexa samband redan är gjorda. Utveckling med hjälp av externt stöd kan därmed framstå som mer handlingskraftigt än tidskrävande lokala processer. Avigsidan

är ofta en hårt styrd införandeprocess där möjligheterna att uppnå lokal ändamålsenlighet minskar.

Aspekter att beakta för en sund användning av modeller och koncept

Vi har tidigare konstaterat att värdebaserad vård har lanserats på ett sätt som underlättat spridningen av konceptet, trots att dess ändamålsenlighet i stora delar av hälso- och sjukvården kan ifrågasättas. Vi har även uppmärksammat problem i hur införandet inom olika verksamheter gått till. I syfte att främja en sund användning av modeller såsom värdebaserad vård, vill vi i detta avslutande avsnitt lyfta olika aspekter som behöver beaktas när man ställs inför nya koncept och modeller.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) beskriver i en nyligen publicerad rapport flera sådana aspekter i vad de kallar en modell för organisationsetisk analys, innehållande ett frågebatteri som kan underlätta beslut kring nya styrmodeller såsom värdebaserad vård. Synsättet ligger nära det som vi utifrån ett bredare organisationsvetenskapligt perspektiv antar i denna rapport. Exempel på frågor som lyfts av Smer är:³¹⁸

- Vilken typ av verksamhet passar modellen för? (t.ex. patientgrupper och sjukdomstillstånd)
- Vilka bakomliggande värderingar är utgångspunkten när vissa problem i nuläget framhålls i den föreslagna modellen?
- Finns stöd i pilotprojekt att styrmodellen skulle fungera i den miljö den är tänkt att tillämpas i?
- Vilka explicita och implicita mål ska uppnås med hjälp av den föreslagna styrmodellen eller de föreslagna förändringarna i det nuvarande systemet?
- Vilka hinder och svårigheter identifieras i den aktuella styrmodellen?
- Vilka metoder för att lösa problemen och att ta sig förbi identifierade hinder föreslås i den aktuella styrmodellen?

En viktig utgångspunkt i Smer:s rapport är att styrmodeller inte är värdeneutrala och att de värderingar som genomsyrar en modell därför behöver synliggöras. Man noterar också att värdenas relativa betydelse varierar; till exempel har

318 Statens medicinsk-etiska råd (2019) Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Smer rapport 2019:2, s. 41-44.

valfrihet ökat i betydelse under senare tid medan värdet av kollektivets nytta graderats ner. Hur modeller hanterar sådana värden behöver enligt Smer bedömas, bland annat i förhållande till de mål som fastslagits i lagstiftningen och till professionernas yrkesetik.

Huruvida en styrmodell tillåter och synliggör avvägningar mellan olika intressen utgör en aspekt som vi menar är särskilt viktig i detta sammanhang mot bakgrund av att värdebaserad vård gör anspråk på att kombinera olika värden till ett. Vi vill dock poängtera vikten av att utgå ifrån en problem- och orsaksanalys i en lokal kontext, snarare än att utgå från vad som beskrivs inom ramen för den aktuella styrmodellen. Ett grundläggande problem är nämligen att många styrmodeller endast i begränsad utsträckning hanterar aspekter som ligger utanför det de avser uppnå. Som vi visat i denna rapport är den teoretiska modellens utformning, som hamnar i fokus i frågebatterier såsom det ovan, bara en av komponenterna som spelar roll för vilka effekter modellen faktiskt får i praktiken. Andra avgörande faktorer är vilka mekanismer för översättning som aktiveras när modellen operationaliseras. Här kan lokala urval och anpassningar såväl som graden av intern och extern förankring komma att interagera. I fallet värdebaserad vård har exempelvis skillnader i införandeprocess och medieframställning medfört att i grunden samma modellverktyg uppfattats på väsentligen olika sätt inom olika sjukhus.

En annan tankefälla är att nya styrmodeller ofta framställs som just "nya". Med detta följer argument om att det inte finns forskning på modellen än, att införandet inte är prövat än och därför inte kan utvärderas – eller i fråga om systemmodeller – att införandet ännu inte är fullskaligt. Som beskrivits ovan är det svårt att skapa evidens för organisationsförändringar. I realiteten är dock innehållet i nya modeller och koncept sällan helt nydanande, varken vad gäller mål eller medel.

Frågan är särskilt aktuell i relation till värdebaserad vård eftersom många av dess enskilda principer även ingår i andra modeller. Insamling av patientrapporterade utfallsmått är till exempel en viktig komponent både i värdebaserad vård och i personcentrerad vård. Syftet skiljer sig dock åt – i värdebaserad vård är det att möjliggöra jämförelser mellan behandlingar, vårdgivare eller vårdssystem på aggregerad nivå, medan måtten i personcentrerad vård används för att förbättra det enskilda vårdmötet och för att individanpassa vården. Likaså är mätning och uppföljning av utfall vanliga styrverktyg som inte behöver kopplas vare sig till extern jämförbarhet eller till konkurrens, utan kan ha lokalt lärande som sitt primära syfte. Mer generellt kan noteras att traditionellt effektiviseringsarbete inom organisationer, där syftet är att förbättra resultat i

relation till resursförbrukning, har stora konceptuella likheter med arbete mot förbättrat värde enligt Porters definition.

I rapporten har vi visat att en jämförelse med andra verksamhetsmodeller och styrverktyg kan ge viktiga insikter om värdebaserad vård. Här har vi bland annat betonat vikten av att klargöra de olika syften som ofta skiljer liknande verktyg åt. Organisations- och statsvetenskapen bidrar här med kunskap för att förstå vad som är likheter och vad som är skillnader i olika styrmodellens logik, användning och framställning. Slutligen har vi konstaterat att en enskild modell i sig inte är tillräcklig för att utforma styrningen av en komplex verksamhet. Styrningen behöver även bygga på kontinuerlig dialog med dem som den riktar sig till och utvecklas utifrån föränderliga behov. En systemmodell såsom värdebaserad vård utgör dessutom en i många fall onödig överbyggnad för att arbeta med utveckling lokalt.

Bilaga 1. Litteraturoversikt: Tidigare studier av värdebaserad vård

Det finns sedan tidigare ett antal utredningar och analyser som på olika sätt belyser värdebaserad vård. Studiernas inriktning och metoder varierar, liksom huruvida värdebaserad vård utgör huvudsakligt studieobjekt eller endast är en del av ett större sammanhang som studeras. Precis som är fallet med den publika debatten (se delstudie 4) är merparten av studierna publicerade de senaste åren.

I denna del sammanställer vi tidigare och pågående studier av värdebaserad vård i den svenska kontexten. Här omfattas offentligt utredningsarbete, akademisk forskning och studier initierade av vårdaktörer eller fristående skribenter. Inlägg i den publika debatten samt konsultmaterial och sjukhusintern kommunikation behandlas istället i andra kapitel. Internationella vetenskapliga studier ingår i de litteraturgenomgångar som beskrivs nedan, men lyfts inte fram enskilt. I stället ingår en större bredd av analyser utifrån en svensk kontext. Syftet är att ge en bakgrund och översiktlig bild av befintlig kunskap och att ringa in behovet av ytterligare analys, vilket ligger till grund för övriga kapitel.

Studiernas inriktning och metoder beskrivs översiktligt nedan, utifrån följande sortering:

- Systematiska litteraturgenomgångar
- Studier med övervägande teoretisk ansats (ej platsbundna)
- Studier av implementering och införande (platsbundna)
- Analyser av värdebaserad vård i en internationell kontext där Sverige ingår

Systematiska litteraturgenomgångar

Några svenska studier bygger delvis eller uteslutande på systematiska litteratursökningar där vetenskapliga artiklar om värdebaserad vård har analyserats. Flera av dessa syftar till att undersöka vilken evidens som finns för

modellen, dvs. att klargöra kunskapsläget kring effekter av värdebaserad vård. Litteraturgenomgångarna begränsas till vetenskapliga artiklar som uppfyller vissa kriterier och kan således sägas uttala sig om evidens i en traditionell bemärkelse. Den kanske mest omfattande litteraturgenomgången av detta slag i Sverige är genomförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) under 2018.³¹⁹ I genomgången nedan inkluderas även några av de studier som ingår i SBU:s underlag.

SBU har på regeringens uppdrag kartlagt forskningsläget kring värdebaserad vård i syfte att ge en bild av vilka aspekter av modellen som det finns forskning om och var det finns kunskapsluckor. Kartläggningen omfattar på vilket sätt värdebaserad vård har utvärderats i vetenskapliga studier, vilka inriktningar studierna har haft och vilka metoder som har använts. Myndigheten genomförde en systematisk litteratursökning i sex databaser som täcker perioden 2004-2017 samt en citeringssökning för två grundläggande artiklar av Porter och medförfattare. Endast studier med syftet att utvärdera åtgärder som benämns *value-based health care* eller *value-based care* inkluderades. Genom litteratursökningen valdes 36 artiklar ut, varav merparten amerikanska. Av sex svenska artiklar avsåg fem stycken Sahlgrenska sjukhusets implementering av värdebaserad vård.

SBU konstaterar att det finns få studier som undersöker värdebaserad vård i sin helhet, dvs. utifrån Porters och Teisbergs samtliga sex komponenter (jmf kapitel 2). Den forskning som finns fokuserar enligt SBU oftast på enskilda komponenter i ramverket, till övervägande del mätning av utfall och kostnader. Myndigheten menar att det är tveksamt om studier av enskilda komponenter kan användas för att dra generella slutsatser om effekter av värdebaserad vård; enskilda komponenter är heller inte unika för konceptet utan ingår i flera andra modeller. Vidare konstateras att den forskning som finns ofta har brister och att den uppvisar en stor variation i hur värdebaserad vård tillämpas. I rapporten dras slutsatsen att det inte finns forskning som ger generell och överförbar kunskap om effekter av värdebaserad vård, men att det finns vissa indikationer på att komponenterna i modellen kan vara av betydelse för hälsoutfall och minskade vårdtider. Vidare tyder resultaten på att involvering av verksamhetsföreträdare, patienter, professionella och experter i till exempel framtagandet av utfallsmått kan vara gynnsamt ”för att bättre förstå vad som fungerar för vem och under vilka förutsättningar”.³²⁰

319 SBU (2018) Värdebaserad vård: Kartläggning av kunskapsläget. Rapport 285/2018.

320 SBU (2018), s. 7.

Samma slutsats kring evidensläget drog professor (adj) Peter Lönnroth i en studie från 2017.³²¹ Lönnroth utvärderade värdebaserad vård vid Sahlgrenska sjukhuset, på uppdrag av sjukhusledningen. I uppdraget ingick bl.a. att beskriva vilket vetenskapligt underlag som finns för modellen. Baserat på en genomgång av 45 vetenskapliga studier med relevans för evidensen för värdebaserad vård³²² konstaterades att vetenskaplig evidens saknas, men också att traditionella evidensvalideringar av effektiviseringskoncept inom organisationer är vanskliga och komplexa. Lönnroth menar därför att värdebaserad vård bör betraktas som ett förhållningssätt och en strategi, snarare än en validerbar metod.

En forskargrupp vid Karolinska Institutet och Medical Management Centrum genomförde några år tidigare en litteraturgenomgång utifrån ett annat syfte.³²³ Fredriksson m.fl. var intresserade av att undersöka hur värdebaserad vård sprids och förstås konceptuellt i vetenskapliga studier, utifrån att managementteorier ofta är modebetonade med begränsad livslängd. Liknande idéer och metoder uppges ersätta varandra ungefär var tredje till var femte år, vilket enligt artikelförfattarna kan försvåra förbättringsarbetet. Studien bygger på en systematisk litteratursökning där 199 vetenskapliga artiklar om värdebaserad vård ingår. Vidare har forskarna med hjälp av statistisk metod gjort en innehållsanalys av förståelsen för värdebaserad vård och hur konceptet sprids i den vetenskapliga diskussionen. Förhållningssättet till den underliggande teorin bakom värdebaserad vård är neutralt.

Fredriksson m.fl. menar att över en fjärdedel av forskarna i materialet inte har förstått centrala delar av konceptet värdebaserad vård. Resultaten tyder även på att förståelsen inte förbättras när forskare utvecklar sin teori över tid. Exempel på missförstånd är hänvisningar till patientrapporterade upplevelsemått trots att Porter enligt Fredriksson m.fl. argumenterar för icke upplevelsebaserad utfallsdata. Ytterligare ett exempel är referenser till Porter som handlar om vikten av patientcentrering istället för vårdgivarcentrering som enligt Fredriksson m.fl. vore mer korrekt. I andra artiklar förväxlades värde eller utfall med kvalitet. Slutsatsen är att forskare ofta hänvisar till värde oavsett vilken

321 Lönnroth, P. (2017) Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Dnr SU 2017-03971.

322 Endast ett fåtal av de 45 behandlar utfall av värdebaserad vård i vidare mening. Flera handlar om effekter av värdebaserad ersättning.

323 Fredriksson, J. J., Ebbevi, D. och Savage, C. (2015) Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare, *BMJ Quality & Safety*, 24 (7) 451-457.

förståelse de har för värdebaserad vård, vilket enligt författarna illustrerar hur ett koncept kan urvattnas och bidra till pseudo-innovation.³²⁴

Studien ovan ingår som en av artiklarna i Fredrikssons doktorsavhandling.³²⁵ Avhandlingen berör inte enbart värdebaserad vård utan konstaterar att modellen är en av flera affärsmodeller som samexisterar inom hälso- och sjukvården. En övergripande slutsats är att chefer och beslutsfattare behöver få en ökad förståelse för det faktiska innehållet i värdebaserad vård och andra affärsmodeller för att kunna skapa hållbara förbättringsstrategier.

Studier och analyser med övervägande teoretisk ansats (ej platsbundna)

Några studier närmar sig värdebaserad vård på ett mer generellt plan, där själva konceptet mer än dess införande vid ett visst sjukhus står i fokus. En av dessa handlar om värdebaserad vård som ett koncept för förbättringsarbete, en annan om hur man kan betrakta modellen utifrån ledarskapsteori och utifrån ett patientperspektiv.

I en skrift utgiven av Karolinska Institutet ger Jörgen Nordenström, emeritus professor i kirurgi, en bakgrund till värdebaserad vård och vilka begrepp som är centrala för att förstå konceptet.³²⁶ Värdebaserad vård används här som beteckning på en metod för att bedriva ett ständigt förbättringsarbete där vikten av evidensbaserade arbetssätt utgör ett bärande element. I boken beskrivs en metodik för vad Nordenström menar utgör ett värdebaserat förbättringsarbete och hur det kan användas i praktiken. Skriften är avsedd att fungera som en lärobok för verksamma inom vården och för studenter vid medicinska fakulteter. Den genomsyras av en positiv syn på värdebaserad vård som koncept.

För att uppnå förbättrat värde krävs enligt Nordenström åtgärder som relaterar dels till ett patientperspektiv (vårdgivarnivå), dels ett systemperspektiv (landstings- eller statlig nivå). Exempel på det förra är att definiera *best practice* och att organisera vården utifrån vårdepisoder. Exempel på det senare är att

324 Resonemangen om pseudo-innovation kan sägas kontrastera mot det perspektiv som presenteras i kapitel 6 och som handlar om att ett koncept oundvikligen förändras (eller översätts) då det sprids. Ur det senare perspektivet ses anpassning till den lokala kontexten snarare som en förutsättning för ändamålsenlig tillämpning.

325 Fredriksson (2018) How can health care organizations create value? Business model explorations. Karolinska Institutet, doktorsavhandling.

326 Nordenström, J. (2014) Värdebaserad vård: Är vi så bra som vi kan bli? Karolinska University Press.

införa ersättningsystem baserat på uppnått värde istället för produktivitet. En åtta-stegsprocess föreslås utgöra grund för det praktiska arbetet. Det handlar bland annat om att identifiera nyckeldiagnoser, definiera värdeepisoder och *best practice* samt att ta fram nya rutiner och kontrollera följsamheten till dessa. Nordenström illustrerar även hur metoden kan användas i praktiken genom att applicera den på en så kallad nyckeldiagnos (kolorektal cancer).

Ett annat perspektiv på värdebaserad vård ges i ett slutarbete i ledarskaps-ST författat av Christian Colldén.³²⁷ Här används ledarskapsteori, egen erfarenhet och preliminära resultat från egen forskning för att reflektera kring modellens särdrag jämfört med andra managementmodeller, olika tolkningar av konceptet och kring hur väl det passar för olika typer av vård. Colldén konstaterar att konceptet framställs som något helt nytt men att det i själva verket har stora likheter med andra managementmodeller. Värdebaserad vård uppges dock ha ett starkare fokus på resultatmått som ska redovisas öppet för att sporra till förbättring. Ytterligare aspekter som särskiljer modellen från andra uppges vara organisering i tvärfunktionella team samt ersättning baserat på hela omhändertagandet av ett sjukdomstillstånd.

I texten förs även resonemang kring olika styrningslogiker som påverkar möjligheten att leda, styra och organisera sjukvården. Colldén menar att värdebaserad vård ligger i linje med en professionslogik där det direkta patientmötet står i fokus, till skillnad från New Public Management som är sprunget ur en kontroll-logik och ett ledningsperspektiv. Samtidigt pekar han på att alla egentligen kan vara för värdebaserad vård bara man uppmärksammar det som tilltalar ens egna önskemål och förhoppningar. Som exempel anges att Nordenström (2014) i sin tolkning lägger stor vikt vid att identifiera och implementera *best practice* och evidensbaserad medicin. Colldén själv tolkar istället Porter och Teisberg som att man genom att tillämpa mätning av accepterade och riskkorrigerade utfallsmått lämnar det öppet för olika enheter att testa nya arbetsmetoder. Vidare frågar sig författaren om inte managementmodeller måste ta hänsyn till skillnader mellan olika typer av vård, där standardiserbara vårdprocesser borde vara mer lämpade för värdebaserad vård än sjukdomstillstånd som kräver individanpassad problemlösning. Det senare är ett resonemang som återkommer i flera studier (se Öhrming, 2017 och Lönnroth, 2017 nedan).

327 Colldén, C. (2015) Chefskap i en värdebaserad vård: Slutarbete i Västra Götalandsregionens Ledarskaps-ST mars 2015. Se även Colldén, C. & Hellström, A. (2018) Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation BMC health services research 18 (1), 681.

Studier av implementering och införande (platsbundna)

Ett antal studier belyser införandet av värdebaserad vård vid ett visst sjukhus, ibland som en del av ett större studerat förlopp såsom byggandet av NKS. Perspektiven varierar från ett kritiskt förhållningssätt där värdebaserad vård betraktas som en av orsakerna till uppfattade problem inom hälso- och sjukvården till att utifrån ett mer okritiskt eller neutralt förhållningssätt studera införandet med hjälp av implementeringsteori. Flertalet studier baseras delvis på intervjubaserade fallstudier.

Jesper Mejling, marknadsforskare på KTH, analyserar i en rapport värdebaserad vård utifrån ett marknadsteoretiskt perspektiv och med en kritisk ansats.³²⁸ I rapporten beskrivs historiken kring värdebaserad vård internationellt och med avstamp i Porters och Teisbergs idéer. Den innehåller även en fallstudie av Nya Karolinska med fokus på både nybyggnationen och införandet av värdebaserad vård lokalt. I rapporten argumenterar Mejling för att värdebaserad vård inte är en vårdmodell för ett enskilt sjukhus, utan en ekonomisk modell framtagen för ett helt sjukvårdssystem och med utgångspunkt i amerikanska problem med fragmentering, ojämna resultat och höga kostnader. Styrande moment i modellen är enligt författaren konkurrens utifrån vårdresultat och en organisering som möjliggör mätning av resultaten. Mejling noterar att Porter och Teisbergs idéer innehåller en kritik mot vårdprofessionerna, där nuvarande professionellt präglade organisationer alltså ses som ett hinder.

Rapporten beskriver även beslutsprocessen kring Nya Karolinska som sjukhusprojekt och hur det utgått från en byggnadsidé för områdesutveckling snarare än en analys av vårdbehov. Mejling menar att modellen värdebaserad vård, eller *diagnosbaserad konkurrens* som han väljer att kalla den, påverkade utformningen av sjukhuset så att det nu fungerar som ett "verksamhetsskal" som kan stödja den övergripande marknadsorganiseringen som värdebaserad vård siktar på. Han menar också att modellen ingår i Stockholmslandstingets utveckling av "nätverkssjukvård" som följer en liknande logik med marknadsorganisering.³²⁹

En annan studie med empiri från Nya Karolinska är skriven av Jan Öhrming, professor i företagsekonomi vid Södertörns högskola.³³⁰ Han har i en flerårig kvalitativ studie analyserat beslutsprocesserna kring Nya Karolinska och förklarat turbulensen kring projektet med hjälp av teorier om komplexa

328 Mejling, J. (2018) Nya Karolinska - Ett pilotprojekt för marknadsstyrd vård? Arena Idé.

329 Mejling (2018), s. 21, 25.

330 Öhrming, J. (2017) Allt görs liksom baklänges: verksamheten vid Nya Karolinska Solna.

beslutsprocesser och empiri från stora infrastrukturprojekt. I likhet med Mejling pekar Öhrming på att sjukhusprojektet utgått ifrån byggnaden snarare än utifrån en analys av vårdbehov. Öhrming menar att det funnits ett otillräckligt fokus på människan och vad som åstadkommer arbetsmotivation i vården. Problemen som uppkommit förklaras enligt honom även av bristande systemledarskap samt en kraftig underskattning av komplexiteten i projektet från landstingsledningens sida. Andra förklaringar handlar om att man gjort avsteg från etablerade sätt att bygga sjukhus på och att beslutsprocessen skett formativt.

Huvudsakligt fokus i Öhrmings studie är på byggprojektet, men värdebaserad vård och Porters grundläggande idéer behandlas också, liksom hur modellen med hjälp av BCG kommit att påverka verksamhetsinnehållet vid NKS. Öhrming konstaterar att olika typer av flödes- eller processmodeller, som värdebaserad vård är ett exempel på, förenas i ”synen på den operativa verksamheten som en i stort sett kontrollerbar maskin”.³³¹ Han menar samtidigt att hårt styrda patientflöden enligt en sådan logik passar dåligt för ett universitetssjukhus med ett komplext uppdrag, till skillnad från vård av patienter med avgränsade skador och sjukdomar där åtgärderna är förutsägbara.

Ytterligare studier av implementeringen av värdebaserad vård vid Karolinska Universitetssjukhuset har gjorts av en forskargrupp vid Stockholms universitet och Karolinska Institutet.³³² Resultat baserade på en fallstudie av Nya Karolinskas neonatalvård visar enligt författarna att den pågående implementeringen av värdebaserad vård påverkar arbetssätt och beteende mot att skapa ökat patientvärde; resultaten visar dock inte på förbättrade patientutfall eller lägre kostnader. Analysen utgår ifrån en positiv syn på värdebaserad vård som modell och en potentiell förklaring till resultaten är enligt författarna att alla förändringar inte hunnit implementeras ännu och att det kan krävas längre tid innan effekter kan skönjas. En annan forskare vid KI, David Ebbevi, har utifrån en studie av patienter med kronisk sjukdom (reumatism) dragit mer kritiska slutsatser kring den bristande relevansen hos Porters mät kategorier för den studerade patientgruppen.³³³

331 Öhrming, J. (2017) Allt görs liksom baklänges: verksamheten vid Nya Karolinska Solna, s. 139.

332 Dabhiikar, Mandar m.fl. (2017) Linking value-based healthcare operations practices to improved patient outcomes and costs: test of theory. Artikeln är ett av två (ej publicerade?) konferensbidrag och en vidareutveckling av konferensbidraget: Körber, Cornelia m.fl. (2016) Implementing value-based health care at the provider level: An operations management view.

333 Ebbevi, D. (2017) Value-based health care: challenges in moving forward. Karolinska Institutet, doktorsavhandling.

Andra forskare har studerat införandet av värdebaserad vård och effekter av det vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Lönnroth, vars litteraturgenomgång tidigare nämnts, hade förutom evidensfrågan bl.a. i uppdrag att belysa vilka eventuella förbättringar som värdebaserad vård fört med sig på Sahlgrenska.³³⁴ Lönnroth konstaterar baserat på en projektutvärdering av 31 vårdprocesser att dessa uppvisar en brokig utveckling. Ortopediverksamheten nämns som ett exempel där goda resultat uppnåtts; samtidigt noteras att det redan innan lanseringen av värdebaserad vård bedrevs ett systematiskt förbättringsarbete inom enheten med satsningar på ökad patientmedverkan i processkartläggningar och strukturerad uppföljning i register. Lönnroth påpekar – i likhet med Öhrming – att processmodeller främst lämpar sig vid standardiserbara processer och inte överallt – särskilt inte vid ett universitetssjukhus där få patienter endast har en diagnos. Vidare menar han att ett ökat patientfokus och systematiska processkartläggningar kan åstadkommas med olika metoder.

En forskargrupp vid Göteborgs universitet (Nilsson m.fl.) kom fram till liknande slutsatser när de i en flerårig intervjustudie undersökte vilka förbättringar som åstadkommits med värdebaserad vård vid Sahlgrenska sjukhuset.³³⁵ Studien visar att värdebaserad vård har haft en positiv effekt i vissa fall men att metoden inte har fungerat lika bra i alla verksamheter. Forskarna drar slutsatsen att det centrala är att ledningen avsätter schemalagd tid till förbättringsarbetet. Vidare betonas vikten av att ge utrymme till patientens röst vid implementeringsarbetet, något som personalen menar gav dem insikt i att de inte alltid visste vad patienter värderar högst. Störst fokus i implementeringsarbetet låg på att skapa värde för patienten och på att mäta patientutfall. Uppfattningen om vad värde för patienten betyder skiljde sig dock åt bland vårdpersonalen. Att deltagarna i studien särskilt lyfte fram värdeskapandet för patienten ses av forskarna som ett utslag av inre motivation hos vårdprofessionerna, vilket kan tolkas som att värdebaserad vård är i linje med den professionella logiken.

Det finns även ett antal studentuppsatser där kvalitativa fallstudier av värdebaserad vård vid ett visst sjukhus ingår. Flertalet förhåller sig okritiska till

334 Öhrming, J. (2017) Allt görs liksom baklänges: verksamheten vid Nya Karolinska Solna.

335 Studien beskrivs i tre artiklar:

Nilsson K, Bååthe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. (2017) Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadership in Health Services*, 30 (4), 364-377.

Nilsson K, Bååthe F, Andersson AE, Wikström E, Sandoff M. (2017) Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*, 17 (1) 169.

Bååthe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. (2018) The need to succeed – learning experiences resulting from the implementation of value-based healthcare. *Leadership in Health Services*, 31 (1) 2-16.

konceptet värdebaserad vård och fokuserar på införandet med utgångspunkt i teorier om implementering och styrning. I en uppsats jämförs införandet vid ett sjukhus (benämnt X) med Porters och Teisbergs koncept. Författarna konstaterar att sjukhusets implementering avviker från modellen i viktiga avseenden, bl.a. genom en flexibel tolkning där varje avdelning själv får besluta om de vill arbeta med metoden eller inte, vilket samtidigt framhålls som en framgångsfaktor.³³⁶ I en annan uppsats undersöks hur värdebaserad vård implementerats vid Mölndal Ortopedi och hur institutionella logiker såsom professionslogiken och marknadslogiken påverkats. Slutsatsen är – i likhet med Colldén och Nilsson m.fl. men i motsats till Mejling – att konceptet stärkt den medicinska professionslogiken.³³⁷ En uppsats går längre i analysen och belyser hur konceptet tagit form över tid fram till dess implementering på Karolinska Universitetssjukhuset. Med hjälp av översättningsteori/sociologi och institutionell teori analyseras bl.a. maktaspekters betydelse när ett managementkoncept såsom värdebaserad vård möter verkligheten.³³⁸

Analyser av värdebaserad vård i en internationell kontext där Sverige ingår

Det globala konsultbolaget Boston Consulting Group (BCG) har genomfört en serie av studier mellan 2009 och 2013 som berör värdebaserad vård i en svensk kontext. I *En strategi för Sverige* förordas ett värdebaserat förhållningssätt i styrningen av offentlig sektor, framför allt hälso- och sjukvården och utbildningssektorn.³³⁹ BCG har även publicerat en rapport 2014 som beskriver hur

336 Nilsson, M. & Spaak, C. (2018) Värdebaserad vård som styrsystem – Utmaningar & Möjligheter. Självständigt arbete vid Handelshögskolan, Örebro universitet. Ytterligare en uppsats med fokus på implementeringen är Brigel, V. m.fl. (2016) Implementering av värdebaserad vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset – analys, utvärdering och rekommendationer. Kandidatarbete vid Chalmers Tekniska Högskola.

337 Agahi, B. & Veseli, A. (2017) Värdebaserad vård: En ny strategi för vårdens styrning. Masteruppsats i offentlig förvaltning. Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

338 Kolmodin, O. (2017) The creation of a management fashion – contextualization in practice: a case study of value-based health care's introduction at the Karolinska University Hospital, in Stockholm, Sweden. Masteruppsats vid Handelshögskolan i Stockholm.

339 BCG (2013) Nationell strategi för Sverige: Från tillväxt till välstånd. September 2013.

man ställer om till ett värdebaserat sjukhus.³⁴⁰ BCG:s tolkning av värdebaserad vård på nationell- respektive verksamhetsnivå berörs särskilt i kapitel 2 och 3.

Även *The Economist* har publicerat en analys av värdebaserad vård där Sverige framhävs, vilket gör den intressant ur ett svenskt perspektiv. I analysen har 25 länders hälso- och sjukvårdssystem utvärderats utifrån deras förutsättningar att kunna införa värdebaserad vård.³⁴¹ Ansatsen är okritisk till modellen och en utgångspunkt för analysen är att stigande kostnader och behov av effektivisering av hälso- och sjukvården världen över kräver ett skifte mot värdebaserad vård. Olika länder uppges ha kommit olika långt i detta skifte och Sverige lyfts fram som det land som har bäst förutsättningar av alla.

Analysen utgår ifrån fyra huvudkomponenter som anses skapa en gynnsam miljö för värdebaserad vård: *möjliggörande kontext och institutioner, mätning av utfall och kostnader, integrerad och patientfokuserad vård samt utfallsbaserad ersättning*. Sammanlagt 17 kvalitativa indikatorer kopplas till komponenterna och ländernas överensstämmelse graderas på en fyrgradig skala. Sverige är det enda landet som bedöms ha *väldigt hög* överensstämmelse med de förutsättningar som krävs för att kunna införa värdebaserad vård. Storbritannien bedöms som enda land ha *hög* överensstämmelse, övriga länder antingen *medel* eller *låg* överensstämmelse. Resultatet för Sverige baseras i stor utsträckning på väl utvecklade kvalitetsregister samt evidensbaserade nationella riktlinjer. Även det faktum att vårdprofessionella avlönas per månad till skillnad från att betalas per åtgärd framhävs, samt att Sverige enligt artikeln är på väg mot utfallsbaserad ersättning av specialiserad vård.

I början av 2019 publicerade *The Economist* en uppföljning av Sveriges pionjärinsatser inom implementering av värdebaserad vård. Uppföljningen baseras på ett begränsat antal intervjuer med svenska "experter" inom värdebaserad vård. Det konstateras bland annat att det saknas en gemensam definition av värdebaserad vård och att vissa problem har uppstått i samband med införandet vid svenska sjukhus, speciellt då detta inbegripit radikal omorganisering. Analysen har dock en okritisk ansats till modellen och slutsatsen är att fortsatta satsningar på bl.a. kvalitetsregister och samordning mellan regionala IT-system behövs för att åstadkomma ökat värde inom svensk hälso- och sjukvård generellt.³⁴²

340 BCG (2014) *The Value-Based Hospital: A Transformation Agenda for Health Care Providers*. Oktober 2014.

341 *The Economist* (2016) *Value-based Healthcare: A Global Assessment*. *The Economist Intelligence Unit*.

342 *The Economist* (2019) *Value-based Healthcare in Sweden: Reaching the next level*. *The Economist Intelligence Unit*.

Det finns även andra internationella analyser av värdebaserad vård där Sverige omnämns men inte är i fokus, eller som fokuserar på en enskild aspekt med koppling till konceptet, såsom ersättningsmodeller. Dessa inkluderas inte här men ingår som empiri i kapitel 5.³⁴³

Pågående eller närliggande utredningsuppdrag

Det finns även pågående studier med relevans för värdebaserad vård i en svensk kontext, samt analyser som är intressanta utifrån att de berör närliggande frågor. Ett exempel på det senare är Socialstyrelsens uppdrag att analysera konsekvenserna av ett svenskt anslutande till PaRIS³⁴⁴ – OECD:s arbete med uppföljning och jämförelser av data med speciellt fokus på utfallsmått på patientnivå. Arbetet kan sägas utgöra del av ambitionerna att tillämpa värdebaserad vård i internationellt policysamarbete, vilket belyses ytterligare i kapitel 5. En annan närliggande utredning är den som nyligen genomförts av Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och som innefattar en etisk analys av styr- och organisationsmodeller inom hälso- och sjukvården. Smer:s rapport var initialt tänkt att komplettera SBU:s kartläggning av kunskapsläget kring värdebaserad vård, men redovisas i form av en generell handledning för beslutsfattare utifrån ett organisationsetiskt perspektiv.³⁴⁵

Ett pågående forskningsprojekt av relevans är den oberoende genomlysningen av Nya Karolinska som Stockholms läns landsting beslutat om och som ska pågå fram till år 2020.³⁴⁶ Stockholms universitet har anlitas för uppdraget, som leds av Göran Sundström, professor vid Statsvetenskapliga institutionen. Forskningsprojektets syfte är att beskriva och förklara de komplexa beslutsprocesserna kring Nya Karolinska och att lyfta organisatoriska aspekter som kan ha påverkat kvaliteten i beslutsfattandet, vilket ska ge lärdomar inför framtida beslutsprocesser. Ett av delprojekten rör verksamhetsinnehållet och

343 Ett exempel är en artikel från OECD som beskriver en pågående utveckling av mer innovativa ersättningssystem inklusive ersättning baserad på värdeepisoder, där bland annat det svenska arbetet inom SVEUS framhålls. Se OECD (2016) Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

344 Socialstyrelsen (2018) En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS).

345 Statens medicinsk-etiska råd (2019) Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Smer rapport 2019:2.

346 Se SLL (2017) Uppdrag att genomföra en oberoende genomlysning av beslut rörande projektet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna. Skrivelse 2017-05-17, LS 2016-1186.

driftsättningen, vilket innefattar beslut om att organisera vården i teman och om att delegera beslut om verksamhetsinnehåll från landstinget till sjukhuset. Även beslut om att göra den värdebaserade vården till NKS vision ingår i analysen.³⁴⁷

En närliggande statlig utredning är den s.k. OPS-utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll. Uppdraget är att utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården.³⁴⁸ Utredningen lanserades av Socialdepartementet i ett pressmeddelande med rubriken ”Fakta på bordet i fallet Nya Karolinska – så det aldrig sker igen”, i vilket det även framgår att LHC fått medel för föreliggande genomlysning av värdebaserad vård och att uppdragen ses som komplementära.³⁴⁹

Summering

Värdebaserad vård har i tidigare studier behandlats ur många olika perspektiv – ibland som huvudsakligt studieobjekt men oftare som en delkomponent i ett större studerat förlopp – t.ex. byggandet av Nya Karolinska. Där värdebaserad vård är huvudsakligt studieobjekt handlar det ofta om litteraturstudier kring evidensen, såsom SBU:s kartläggning av kunskapsläget, eller intervjustudier vid enskilda sjukhus/vårdenheter med relativt neutral utgångspunkt men med begränsad omfattning – ofta studentuppsatser. Några studier fokuserar på ”korrekt” införande av värdebaserad vård, där implementeringen studeras men utan kritisk analys av modellens egenskaper och innehåll.

Kunskapsunderlagen visar även på en stor variation i förståelsen av värdebaserad vård som koncept. Det förstås av vissa som ett ramverk för ett kontinuerligt förbättringsarbete (se Nordenström, 2014) medan andra betraktar det som en styrmodell för ett helt sjukvårdssystem (se Mejling, 2018). Andra exempel är att olika kunskapsunderlag kommer till skilda slutsatser vad gäller modellens logik, där vissa menar att värdebaserad vård stärker professionen, medan andra pekar på motsatsen. I en av litteraturstudierna studeras just skillnader i förståelse av modellen och t.ex. begreppet värde (Fredriksson m.fl., 2015). Det är en

347 Stockholms universitet (2018) Framtidens universitetssjukhus: Beslut om Nya Karolinska Solna. Delrapport, 2018-02-23.

348 Socialdepartementet (2019) Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll. Dir. 2018:9

349 www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/02/fakta-pa-bordet-i-fallet-nya-karolinska--sa-det-aldrig-sker-igen/

variation som kan jämföras med den spretighet som finns i den publika debatten (se delstudie 4). Något som dock förenar flera av forskarna är synpunkten att värdebaserad vård utgör en form av processmodell som lämpar sig bättre för standardiserbara patientflöden, samtidigt som stora delar av vården utmärks av mer komplexa uppdrag där behovet av individanpassad problemlösning är särskilt stort.

LHC ska i enlighet med uppdragsbeskrivningen genomlysna värdebaserad vård ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. Utifrån befintliga analyser har vi framför allt sett ett behov av att ta ett helhetsgrepp på värdebaserad vård, där konceptet får utgöra huvudsakligt studieobjekt och där införande och översättning till lokalt sammanhang analyseras utifrån ett kritiskt förhållnings-sätt till modellens egenskaper och innehåll. Vi har konstaterat att det skulle tillföra ett värde att ytterligare analysera parallellerna till införandet av andra, jämförbara modeller för verksamhetsutveckling, liksom till andra styrmodeller på policynivå.

Centralt ur ett organisationsteoretiskt perspektiv är studier av lokala införandeprocesser. Det finns framför allt två andra utredningar som har liknande inriktning – dels Öhrmings (2017) studie av beslutsprocesserna kring Nya Karolinska och dels den pågående genomlysningen av Nya Karolinska som Stockholms universitet genomför. Dessa har dock inte värdebaserad vård som huvudsakligt studieobjekt utan projektet NKS och är således även begränsade till detta sjukhus i sin empiri. Vi har därför i vår genomlysning inkluderat samtliga tre universitetssjukhus som sagt sig arbeta med värdebaserad vård och har därmed kunnat analysera införandet på verksamhetsnivå i ett jämförande perspektiv. Vi har också sett ett behov av att belysa skillnader i tillämpning och uppfattningar kring modellen inom svensk hälso- och sjukvård respektive på internationell policynivå.

Ytterligare en viktig utgångspunkt för vår analys har varit att den ska komplettera SBU:s kartläggning av kunskapsläget. Denna bygger på en litteratursökning utifrån vissa sökkriterier, vilket innebär att den begränsas till att granska evidensen ur ett snävare perspektiv. Här efterlyser SBU att man i framtida studier förhåller sig till ramverket som helhet och att man i större utsträckning beaktar lärdomar från den övergripande forskningen om sjukvårdens organisering och styrning – ett utrymme som vi vill fylla med denna genomlysning ur ett organisationsteoretiskt perspektiv.

Referenser

- Agahi, B. & Veseli, A. (2017) *Värdebaserad vård: En ny strategi för vårdens styrning*. Masteruppsats i offentlig förvaltning. Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.
- Bååthe, F. Erichsen Andersson, A. Sandoff, M. (2018) The need to succeed – learning experiences resulting from the implementation of value-based healthcare. *Leadership in Health Services*, 31(1) 2-16.
- BCG (2013) *Nationell strategi för Sverige: Från tillväxt till välstånd*. September 2013.
- BCG (2014) *The Value-Based Hospital: A Transformation agenda for health care providers*.
- Brigel, V. m.fl. (2016) *Implementering av värdebaserad vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset – analys, utvärdering och rekommendationer*. Kandidatarbete vid Chalmers Tekniska Högskola.
- Colldén, C. & Hellström, A. (2018) Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation. *BMC health services research* 18(1), 681.
- Colldén, C. (2015) *Chefskap i en värdebaserad vård: Slutarbete i Västra Götalandsregionens Ledarskaps-ST*. Mars 2015.
- Dabhilkar, M. m.fl. (2017) *Linking value-based healthcare operations practices to improved patient outcomes and costs: test of theory*. Konferensbidrag.
- Ebbevi, D. (2017) *Value-based health care: challenges in moving forward*. Karolinska Institutet, doktorsavhandling.
- Fredriksson, J. J. (2018) *How can health care organizations create value? Business model explorations*. Karolinska Institutet: doktorsavhandling.
- Fredriksson, J. J. Ebbevi, D. & Savage, C. (2015) Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 24(7) 451-457.
- Kolmodin, O. (2017) *The creation of a management fashion – contextualization in practice: a case study of value-baserad health care's introduction at the*

- Karolinska University Hospital, in Stockholm, Sweden. Masteruppsats vid Handelshögskolan I Stockholm.*
- Körber, C. m.fl. (2016) *Implementing value-based health care at the provider level: An operations management view*. Konferensbidrag.
- Lönnroth, P. (2017) *Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Dnr SU 2017-03971.
- Mejling, J. (2018) *Nya Karolinska - Ett pilotprojekt för marknadsstyrd vård?* Arena Idé.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., Sandoff, M. (2017) Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – an longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 169.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson A. E., Sandoff M. (2017) Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadership in Health Services*, 30(4) 364-377.
- Nilsson, M. & Spaak, C. (2018) *Värdebaserad vård som styrsystem – Utmaningar & Möjligheter*. Självständigt arbete vid Handelshögskolan, Örebro universitet.
- Nordenström, Jörgen (2014) *Värdebaserad vård: Är vi så bra som vi kan bli?* Vingåker: Karolinska University press.
- OECD (2016), *Better Ways to Pay for Health Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- SBU (2018) *Värdebaserad vård: Kartläggning av kunskapsläget*. Rapport 285/2018.
- Socialdepartementet (2019) *Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll*. Dir. 2018:9.
- Socialstyrelsen (2018) *En analys av konsekvenserna av ett svenskt anslutande till Patient Reported Indicator Survey (PaRIS)*.
- Statens medicinsk-etiska råd (2019) *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys*. Smer rapport 2019:2.
- Stockholms läns landsting (2017) *Uppdrag att genomföra en oberoende genomlysning av beslut rörande projektet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna*. Skrivelse 2017-05-17, LS 2016-1186.
- Stockholms universitet (2018) *Framtidens universitetssjukhus: Beslut om Nya Karolinska Solna*. Delrapport, 2018-02-23.

The Economist (2016): *Value-based Healthcare: A Global Assessment*.
The Economist Intelligence Unit.

The Economist (2019) *Value-based Healthcare in Sweden: Reaching the next level*. The Economist Intelligence Unit.

Öhrming, J. (2017) *Allt görs liksom baklänges: verksamheten vid Nya Karolinska Solna*. Södertörns högskola. Elanders, Stockholm.

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



LEADINGHEALTHCARE.SE