

Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård

Vården bör organiseras utifrån vad som ger värde för patienten

PÄRJ HÖGLUND, med dr, ST-läkare, The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköping
par.j.hoglund@gmail.com
ANNA ESSÉN, fil dr, företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet; Medical Management Center, Karolinska institutet, Stockholm
SOKI CHOI, med dr, Medical Management Center, Karolinska institutet, Stockholm

SOFIA ERNESTAM, med dr, överläkare, reumatologkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
JOHAN KAARME, specialist i pediatrik, sektionschef, akut pediatrik, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
MARTIN NEOVIUS, docent, enheten för klinisk epidemiologi, institutionen för medicin, Karolinska institutet, Stockholm

Professor Michael E Porter är verksam vid Harvard Business School och professor Elizabeth Olmsted Teisberg vid University of Virginia's Darden School of Business och Dartmouth Medical School. Sedan genombrottet med »The five competitive forces» [1] har Porters idéer om strategi och konkurrens påverkat beslutsfattare och satt agendan inom områden som detaljhandel och varuproduktion. I boken »Redefining health care – creating value-based competition on results» skriver Porter och Teisberg att egna erfarenheter av den amerikanska sjukvården öppnade deras ögon för systemfelen och behovet av reformer [2].

Porters och Teisbergs huvudsakliga idéer

Porter och Teisberg menar att 2000-talets avancerande vård ofta levereras med 1800-talets organisation, management, finansieringsstruktur och mätmetodik. De efterfrågar därför organisatorisk innovation. Mer specifikt argumenterar de för att man i sjukvården måste komma ifrån dagens fokus på enskilda aktiviteter och interventioner och i stället se på vad de sammantagna aktiviteterna faktiskt åstadkommer för patienten. Boken för tydligt ut budskapet om värde för patienten, där värde definieras som hälsoutfall per krona. Författarna menar att hälsoutfall är multidimensionella och specifika för varje sjukdomstillstånd. Därför kan inget enskilt mått fånga hela utfallet.

För att kontinuerligt öka det patientvärde som produceras anser författarna att vårdssystem bör följa ett antal strategier, varav följande är centrala (Fakta 1):

- Patientomhändertagande organiserat efter sjukdomstillstånd i stället för efter specialitet eller vårdnivå, som i dag. Sjukdomstillstånd bör handläggas av multidisciplinära team, med olika specialiteter och vårdnivåer representerade. Specialisering och storskalighet i vården kring ett givet sjukdomstillstånd snarare än sjukhusfusioner antas förbättra de kliniska resultaten och därmed värdet för patienten.
- Kontinuerlig utvärdering av vad omhändertagandet åstadkommer i form av patientvärde, mätt med standardiserade utfalls- och kostnadsåtgång som kan jämföras över tid och mellan vårdgivare. Sjukdomsspecifika och flerdimensionella hälsomått behövs som komplement till globala mått, såsom kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).
- Konkurrens baserad på faktiska hälsoresultat (i stället för

FAKTA 1

Fem centrala strategier som enligt Porter och Teisberg kan öka värdet för patienten

- Omhändertagande organiserat efter patientens sjukdomstillstånd.
- Tydliga och standardiserade mått, kontinuerlig

mätning av hälsoutfall och kostnader.

- Konkurrens baserad på faktiska hälsoresultat.
- Övergång till totalersättning för all vård som sjukdomstillståndet kräver.
- Stödjande IT-system.

på kostnad, som ofta är fallet i dag). Detta gäller alla systemaktörer: vårdgivare, landsting, försäkringssystem, konsumenter, arbetsgivare, leverantörer av medicinsk teknik, läkemedelsföretag och statlig förvaltning.

- Övergång till värdepisodersättningssystem (bundled payment). Det innebär att man överger dagens ersättning för enskilda komponenter i en behandling (labbprov, besök, operation etc) och i stället betalar ett paketpris för all vård som ett visst sjukdomstillstånd kräver. I dessa modeller får vårdgivaren också betalt för att ta ansvar för komplikationer som uppträder i samband med behandlingen och som potentiellt hade kunnat undvikas.
- För att möjliggöra integrerad vård samt uppföljning och utvärdering av vårdcykelns totala resultat och kostnader behövs stödjande IT-system, där mätning av vårdens totala resultat och kostnader över tid lätt kan åskådliggöras. Detta kan ge samtliga aktörer i vårdkedjan en bild av patientens hela sjukdomscykel samt bättre förståelse för vikten av integration och idéer om omorganisationer som skulle kunna öka patientvärdet.

Svenska förhållanden och fördelar

Sverige ligger internationellt sett långt fram vad gäller mätning av hälsoutfall, vilket förespråkas i Porters och Teisbergs modell. Professionsdrivna kvalitetsregister, framför allt inom den specialiserade vården, och hälsodataregister har sedan länge redovisat resultat i hälso- och sjukvården. 2011 beslutades om ökad finansiering av nationella kvalitetsregister, med det tydliga syftet att göra data mer användbara för hälso- och sjukvården och medborgarna [3].

Kvalitetsregister kan tillsammans med hälsodataregister

SAMMANFATTAT

Ett strategiskt ramverk för värdebaserad vård har lanserats av de amerikanska ekonomerna Michael E Porter och Elizabeth Olmsted Teisberg. **De anser** det nödvändigt att skifta dagens fokus på process till fokus på hur mycket patientvärde i form av hälsoutfall per krona som faktiskt åstadkoms.

En nyckel till bättre vård är att mäta hälsoutfall i större utsträckning och organisera vården utifrån detta.

Sverige har goda förutsättningar att välja ut relevanta delar av ramverket, vilket kan leda till bättre vård för den enskilde patienten och positiva effekter för samhället i stort.

och data om sjukskrivningar och läkemedel användas för att beskriva vårdkedjan relaterad till ett visst sjukdomstillstånd. Hälsoutfall och resursförbrukning kan då sammanvägas för att utveckla indikatorer som kan ligga till grund för förbättrad hälso- och sjukvård.

Den faktiska resursförbrukningen för all vård som är relaterad till patientens sjukdomstillstånd är dock svårberäknad. Dessutom finansieras viktiga kostnader som sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning, hemtjänst och anhörigvård av instanser utanför vårdapparaten och är därför inte alltid tydliga för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården.

Porter och Teisberg menar att ett sammanhållet IT-system är en avgörande punkt. Sverige har en relativt utbredd elektronisk journalföring, men även när tekniken finns krävs det tekniska lösningar beträffande inhämtande av patientsamtycke och behörigheter som uppfyller de juridiska kraven så att patientintegriteten aldrig äventyras.

Hälsoresultat i stället för process

Porter och Teisberg menar att alla beslut rörande patienter ska grundas i det alternativ som ger mest värde för patienten. Det kan tex innebära att en läkare väljer att avvika från riktlinjer, att en specialist väljer att ägna tid åt att diskutera en patient med en specialist från ett annat specialtområde eller att en vårdcentral väljer att investera i preventiva åtgärder även om det innebär ökade kostnader på kort sikt. Detta är val som inte uppmuntras av dagens ersättningsstruktur. I dag uppmärksammas och mäts snarare följsamhet till riktlinjer (process) och kostnadsminimering. Porters och Teisbergs ramverk visar därmed hur ett skifte från dagens starka fokus på process till fokus på hälsoresultat är möjligt.

Porters och Teisbergs strategi för att åstadkomma ett värdebaserat vårdssystem inkluderar att vårdaktörer samverkar över vårdgränser. Detta skulle i många fall kräva stora förändringar. Om vården menar allvar med att optimera värdet för patienten behöver de barriärer som finns mellan många specialiteter och professioner överbryggas betydligt bättre än vad som görs i dag.

Författarnas princip om specialisering efter sjukdomstillstånd kan emellertid resultera i nya barriärer. Att definiera ett sjukdomstillstånd lagom brett (genom att inkludera vanligaste samsjuklighet) är en utmaning. Ett kostnadseffektivt, multidisciplinärt omhändertagande av patienter mellan olika specialiteter och mellan slutet och öppen vård kommer vidare att ställa nya krav på beslutsfattarna kring hur ersättningar ska fördelas och vården organiseras.

Datainsamlandet och värdet av det

En central fråga är också i vilken omfattning de data som redan nu samlas in verkligen används för att utvärdera och organisera vården. Robusta mätningar av relevanta hälsodimensioner möjliggör jämförelser och organisatoriskt lärande. De nationella kvalitetsregistren har möjliggjort en patientsäkrare sjukvård genom att skynda på utfasandet av gamla metoder och arbetssätt samt bidragit till säkrare införande av nya läkemedel och medicintekniska produkter. Detta har exempelvis visats i en studie av hjärtinfarkter, där systematiskt kvalitetsarbete med hjälp av de nationella registren har visat sig förbättra användningen av kliniska riktlinjer för bästa möjliga behandling och kliniska utfall [4].

Utmaningen för Sverige blir nu att se till att använda insamlade data ännu mer för uppföljning av vårdens resultat och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Här finns en outnyttjad möjlighet att jämföra och lära av insamlade data på flera nivåer: i realtid av läkare och patient, inom specialiteter på internationell nivå och på klinik-, region- och nationell nivå.

För att möjliggöra förbättringar av sjukvården krävs dock

att datainsamlandet görs på ett sätt som stöder sjukvårdens arbete och inte innebär resurskrävande dubbelregistrering av data. Dessutom krävs utveckling av mått som känns meningsfulla för patienterna och som vårdpersonalen upplever hjälper dem i mötet med patienterna. Denna problematik har lyfts och debatterats vid ett flertal tillfällen, främst av läkare inom primärvården [5, 6].

Ersättning efter värdeepisod

Värdeepisodersättningsystem (bundled payment) skulle kunna vara ett verktyg för att uppmuntra personal och chefer att göra det som är bäst för patienten och inte det som ger mest intäkter till kliniken. I Sverige har episodbaserad ersättning använts i vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholm läns landsting tillsammans med Svenska höftprotesregistret. En preliminär analys av erfarenheterna från Stockholm rapporterar kostnadsbesparingar och förbättrad kvalitet [7].

Episodbaserad ersättning skapar starka incitament för vårdgivaren att undvika kostsamma och onödiga interventioner under själva vårdtillfället, men det finns en risk att sjukvården/vårdgivaren åtar sig fall som inte behöver behandling. Det är således viktigt att värdeepisodersättningsystem utformas på ett sätt som säkerställer att urvalet av patienter som får vård är rätt och att kvalitetskrav finns och följs [8]. Porters och Teisbergs betoning av mått som avspeglar olika men diagnosspecifika aspekter av en patients hälsa utgör här en vägvisare. Måtten bör, enligt författarna, visa på de resultat som det totala omhändertagandet av en patient genererar, dvs resultatet av alla insatser som ingår i en vårdkedja. På så sätt ska patienten kunna bedöma vilken (grupp av) vårdgivare som historiskt har lyckats förbättra andras hälsa i just de avseenden som patienten i fråga personligen värderar högst.

Fler utfallsmått än QALY

Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) är i dag det mest använda utfallsmåttet i hälsoekonomiska utvärderingar i Sverige. QALY sammanfattar livslängd och livskvalitet till ett enda generellt resultatmått för att möjliggöra jämförelser av interventioner inom och mellan olika sjukdomstillstånd. Porter och Teisberg förespråkar i stället att flera olika sjukdomsspecifika mått används, vilket kan vara värdefullt för att bättre beskriva förändringar i den aktuella sjukdomen. Det blir dock svårt att jämföra olika behandlingars värde mellan sjukdomsgrupper. Samtidigt verkar hälsoekonomiska utvärderingar, som de används i Sverige, och ramverket för värdebaserad vård ha delvis olika fokus; de förra syftar primärt till att stödja prioriteringsbeslut rörande specifika behandlingsalternativ, medan ramverket för värdebaserad vård har ett starkare fokus på förbättring av vårdens organisation.

Modellens begränsningar

Sjukvården har länge inspirerats av processorienterade modeller från industrin, tex time-driven competition, business process reengineering, lean och total quality management. Dessa har flera gemensamma drag. Skiljer sig värdebaserad sjukvård från dessa populära processmodeller, eller är det en gammal modell i ny förklädnad?

Porter och Teisberg är tydliga med att värdebaserad vård delvis bygger på gamla idéer, som industrin sedan länge tagit till sig men som författarna nu anser att sjukvården blivit mogen för. Värdebaserad vård kan ses som ett ramverk som definierar det övergripande syftet för alla aktörer i sjukvårdssystemet, nämligen att maximera patientvärdet. Porter och Teisberg betonar vidare fördelen med specialisering och stor patientvolym, vilket kan ifrågasättas.

Detta resonemang passar standardiserbara processer med förutsägbart innehåll. Vård av tex kroniskt sjuka följer ofta ett annat mönster, där värde produceras på ett mer oförutsägbart sätt.

bart sätt. Många processer karakteriseras av osäkra orsak-verkansamband och kräver flexibel användning av kunskaper och erfarenhet snarare än standardiserade processer. Dessutom kan patienter spela en stor roll i värdeskapande processer. Christensen [9] och Stabell och Fjeldstad [10] beskriver även andra värdeskapande modeller, och de senare betonar att matchningen mellan olika processer och modeller är en nyckelfråga för att skapa bra värde. Porters och Teisbergs ramverk kan alltså med fördel kombineras med andra modeller för att ge en mer varierad bild av hur patientvärde kan skapas i Sverige.

Valfrihet och konkurrens

Porter och Teisberg utgår från amerikanska förhållanden och betonar att konkurrens – baserad på patientvärde – är svaret på alla problem. Lockelsen för vårdgivare att förbättra värdet (snarare än volymen) antas vara fler intäktsgivande patienter. Ett kritiskt förhållningssätt till tesen om valfrihet/konkurrens är viktigt eftersom den ställer höga krav på patientens kompetens att välja den vårdgivare som levererar bäst hälsa [11]. Det i sin tur kräver mer relevant information och mer användarvänligt presenterade gränssnitt som möjliggör meningsfulla jämförelser och val för patienterna. Dagens version av öppna jämförelser är sällan tillfredsställande i alla dessa avseenden. Dessutom kommer många omätbara faktorer aldrig att kunna inkluderas i öppna jämförelser och liknande verktyg.

Slutsats

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.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Porter ME. How competitive forces shape strategy. Harvard Business Review; 1979.
- Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press; 2006.
- Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och landsting (SKL) och staten – om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
- Carlhed R, Bojestig M, Peterson A, et al. Improved clinical outcome after acute myocardial infarction in hospitals participating in a Swedish quality improvement initiative. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009;2(5):458-64.
- Bengtsson S, Bejerot S, Canivet C, et al. Vår öppet kritiska hållning delas av många. Läkartidningen Debatt endast på webben. <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=16793>
- Canivet C, Bengtsson S. Kvalitetsregistren passar inte våra patienter. Dagens Samhälle Debatt 13 okt 2011. <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/kvalitetsregistren-passar-inte-vara-patienter-1078>
- Wohlin J, Stalberg H, Ström O, et al. Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer 2012 [2 mars 2012]. <http://www.sll.se/upload/Uppf%C3%B6ljningsrapport%20v%C3%A5rdval%20h%C3%B6ft-%20och%20kn%C3%A4protesoperationer.pdf>
- Mechanic RE. Opportunities and challenges for episode-based payment. N Engl J Med. 2011;365(9):777-9.
- Christensen CM, Jerome H, Hwang J. The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. New York: McGraw-Hill; 2008.
- Stabell CB, Fjeldstad ØD. Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. Strategic Management Journal. 1998;19(5):413-37.
- Light DW. Homo economicus: escaping the traps of managed competition. Eur J Public Health. 1995;5:145-54.