

# Värdebaserad vård

– en kritisk granskning av  
konceptet och befintliga  
erfarenheter

Madelen Andersson, Tom Karlsson  
och Gustaf Kastberg



# Värdebaserad vård

– en kritisk granskning av konceptet och  
befintliga erfarenheter

Madelen Andersson, Tom Karlsson  
och Gustaf Kastberg

KFi-rapport nr 154

ISBN 978-91-87454-67-7  
© KFi tillsammans med författarna 2019  
KFi – Kommunforskning i Västsverige  
c/o Göteborgs universitet  
Box 665  
405 30 Göteborg  
Tel 031-786 59 00  
E-post [kfi@kfi.se](mailto:kfi@kfi.se)  
[www.kfi.se](http://www.kfi.se)

# Innehåll

Förord .....	7
Inledning .....	9
Modellers förutsättningar och begränsningar - en analytisk inramning .....	13
Metod .....	19
Vad är värdebaserad vård? .....	23
Argument för värdebaserad vård .....	23
Dimensioner av konceptet värdebaserad vård .....	25
Omorganisering (komponenterna 1, 4 och 5) .....	26
Mäta hälsoutfall & kostnader (komponent 2) .....	27
Ersättning och systemutveckling (komponenterna 3 och 6) .....	29
Implementering av värdebaserad vård .....	29
Ersättningsmetod för värdebaserad vård .....	31
Tidigare studier av värdebaserad vård .....	33
Värdebaserad vård internationellt .....	33
Mätning .....	36
Datainsamling och IT-system .....	36
Styrning .....	36
Kompetens .....	37
Värdebaserad vård i Sverige .....	37
Diskussion .....	41
Ett koncept som lovar runt. . . ..	44
Referenser .....	47



# Förord

I denna rapport belyser vi värdebaserad vård som är ett styrningskoncept som fått viss spridning både i Sverige och internationellt. Rapporten är en så kallad kunskapsöversikt och ambitionen är att både belysa konceptets innehåll och vad vi vet om dess tillämpning. Hälso- och sjukvårdssektorn kännetecknas av komplexitet som inte minst bottenar i att det finns olika krav och målbilder, olika aktörsgrupper som artikulerar sina intressen och en verksamhet som är minst sagt mångfasetterad. Verksamma i sektorn känner igen sig i bilden av att det är en verksamhet som ständigt diagnostiseras och resultatet är att nya recept och behandlingar ordinerar i form av styrmodeller och styrmetoder. Inte sällan lanseras dessa modeller som helhetslösningar som ska lösa de problem och tillkortakommanden som identifieras. Värdebaserad vård skiljer i den bemärkelsen inte ut sig. Konceptet lanseras som en helhetslösning. Frågan är så klart om det ligger något i det.

I denna rapport gör vi en så gedigen genomgång som låter sig göras av studier av värdebaserad vård som praktik och vi genomför en analys av konceptet i sig. Som ofta är fallet kan vi konstatera att den faktiska tillämpningen inte skett enligt modellen, utan istället har olika delar tillämpats. Det gör att vi kan konstatera att trots att modellen har en drygt 10-årig historia, kan vi inte lära oss så mycket från praktiken. Närmast kan de tillämpningar som återfinns beskrivas som trevande försök, med ett och annat exempel på mer omfattande ambitioner att införa värdebaserad vård i större skala. Något som står klart är i varje fall att helt enkelt verkar det inte vara att introducera värdebaserad vård. Kanske ligger förklaringen i det vi finner i vår analys av konceptet i sig där resultatet är att frågetecken kan resas om detta verkligen är en modell som passar för storskalig implementering. I varje fall sett ur ett svenskt perspektiv.

Framtagandet av rapporten har skett med viss arbetsdelning. Madelen Andersson har framförallt ansvarat för att ta fram och ställa samman de avsnitt som beskriver värdebaserad vård som modell och genomgången av de erfarenheter som gjorts. Tom Karlsson och undertecknad har framförallt stått för introduktion, analys och slutsatser.

*Gustaf Kastberg*





# Inledning

Den som följt svensk hälso- och sjukvård över tid vet att det återkommande sker omorganisationer, styrtekniker introduceras och reformer föreslås. Luttrade personer vet att det ofta inte händer särskilt mycket i den faktiska verksamheten och att nya initiativ snart kommer att ersätta gamla. Det är emellertid lätt att förstå dem som aktivt arbetar med att utveckla och förändra sektorns organisationer eftersom kravbilden är komplex och motstridig: hög kvalitet, tillgänglighet, kostnadskontroll och likvärdighet ska kombineras. Att verksamheter med en sådan kravbild ständigt förändras kanske inte är så förvånande.

Svensk hälso- och sjukvårds utveckling är i linje med den offentliga sektorn som helhet vars sökande efter och vilja till produktivitets- och effektivitetsvinster genom styrning och organisering har varit särskilt markant under de senaste decennierna (Dunleavy & Hood, 1994; Hood, 1991, 1995; Karlsson, 2017a, b; Pollitt, 1993; Pollitt & Bouckaert, 2017). Inte sällan har det underliggande syftet med reformerna varit att öka kostnadseffektiviteten genom att bibehålla en given kvalitetsnivå fast med mindre resurser, alternativt öka kraven med bibehållna resurser (Modell & Grönlund, 2006). Om kostnaderna faktiskt kommit att minskas har kommit att ifrågasättas såväl utifrån ett svenskt (Forssell & Ivarsson Westerberg, 2014; Hall, 2012) som internationellt perspektiv (Hood & Dixon, 2015, 2016). Hälso- och sjukvård som område är naturligtvis inget undantag från dessa trender av att förändra. En lång rad olika reformer och styrtekniker har implementerats i syfte att förbättra vården (Blomquist & Packendorff, 1998). Internationellt sett har olika modeller och former av ledning, organisering och resursallokering prövats, men inga har löst de generella problemen i form av kvalitetsförsämringar eller kostnadsökningar fullt ut (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006).

Alla försök att implementera styrning eller att organisera på ett visst sätt syftar till att skapa bättre organisationer. Över tid har detta kommit att ta sig olika uttryck i olika kontexter och vi diskuterar ibland detta som att det finns en pågående våg av reformer. Inom vissa kontexter kan man till och med prata om att det kommit att bli ett mode i sig att förändras (Eriksson-Zetterquist, 2009). Förändringen i sig, viljan av att bli något annat än det man är för närvarande, är

i sig ofta en legitimerande faktor för varför nya reformer kan observeras (Van Leeuwen, 2007). Ibland handlar det om att vi ompaketerar tidigare reformer i nya förpackningar (Carlsson, 2019; Karlsson, 2017b; Löfström, 2003) så att de ska vara mer åtråvärda eller skapa mer legitimitet i verksamheten. I andra fall handlar det om att verksamheter känner sig tvingade att förändra sig på ett sätt som gör dem mer lika andra verksamheter i branschen (DiMaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977; Powell, 1991; Zucker, 1991). Detta är inget som är unikt för Sverige utan är internationella trender, möjligen speciellt centralt i industriländer (Blomquist & Packendorff, 1998). På ett övergripande plan är många av reformerna så lika över tid att Walshe (2009: 153) till och med kallar det hela för *pseudoinnovation*. Han skriver:

*The repeated presentation of an essentially similar set of QI ideas and methods under different names and terminologies is a process of 'pseudoinnovation', which may be driven by both the incentives for QI methodology developers and the demands and expectations of those responsible for QI in healthcare organizations (2009:153)*

Den pseudoinnovation som kommit att prägla hälso- och sjukvård, menar Walshe (2009), har allvarligt skadat möjligheterna att uppnå någon faktisk effektivitet i verksamheterna. När vi granskar och diskuterar olika reforminitiativ är det därför viktigt med en kritisk ansats som belyser rationalitet i såväl genomförande och motiv som i det grundläggande tankegodset reformerna vilar på.

I takt med att olika försök att strömlinjeforma vårdverksamheter i form av lean (Hellman et al., 2019) eller ny-tayloristiskt informerad styrning (se t.ex Karlsson, 2012) har det processbaserade perspektivet kommit att ta allt större plats inom hälso- och sjukvården. Här råder en stark tilltro till en organisatorisk förmåga att identifiera värdeskapande och icke värdeskapande aktiviteter så att verksamheten, genom *ständig förbättring*, bit för bit kan bli mer effektiv och produktiv.

En av de modeller som kommit att användas under senare tid är *värdebaserad vård*<sup>1</sup> som står i fokus för vårt intresse här. Värdebaserad vård kan spåras till forskarna och konsulterna Michael Porter och Elisabeth Olmsted Teisberg som lovar att modellen och arbetssättet markant kan förbättra situationen för hälso-

---

1 På engelska används uttrycket *Value Based Health Care*, vanligen förkortat *VBHC*. I den här rapporten kommer vi genomgående använda det svenska begreppet *värdebaserad vård*.

och sjukvården. En övergripande beskrivning av värdebaserad vård är att det dels handlar om att introducera processer som utgångspunkt för sjukvårdens verksamheter, dels om att utgå från en tydlig beställartanke där resurser allokeras till väl definierade processer av en kravställande part. Centralt för just processbegreppet är att det kopplas till det värde som skapas för patienten. Modellen innebär en omfattande reform jämfört med det traditionella sättet att både organisera och ersätta hälso- och sjukvård på. I Sverige har värdebaserad vård fått viss spridning, men trots att flera sjukhus, exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg samt Karolinska sjukhuset i Solna och Huddinge har valt att implementera värdebaserad vård i sina verksamheter, finns det väldigt få studier som gjorts inom detta område (SBU, 2018). I den här rapporten ställer vi oss således frågorna *vad är egentligen värdebaserad vård, vad finns det för bakomliggande teoretiska definitioner och vad innebär det för en offentlig verksamhet att implementera värdebaserad vård?* Huvudsyftet är därmed att ge en översiktlig bild av vad värdebaserad vård är och vad befintliga studier säger om värdebaserad vård. Ett andra syfte är emellertid att utveckla diskussionen kring fenomenet genom att analysera modellen i sig och de erfarenheter som gjorts.



# Modellers förutsättningar och begränsningar - en analytisk inramning

Litteraturen identifierar två centrala frågeställningar som är viktiga att ta som utgångspunkt vid en diskussion kring styrmodeller och deras lämplighet. Den första handlar om vad för sorts verksamhet det handlar om. Den andra handlar om vilka förutsättningar som krävs för att en modell ska förväntas kunna fungera enligt den idé som modellen bygger på. De båda frågorna hänger samman så till vida att även om själva grundtanken med styrmodeller är att modulera om praktiken, så kan en styrmodell i regel inte ändra på hur mycket som helst.

Ger vi oss i kast med den första frågeställningen kan man snabbt konstatera att hälso- och sjukvårdssektorns särart är flitigt diskuterad i litteraturen generellt (Hallin & Siverbo, 2003), men även i relation till processtyrning (Hellman et al., 2019; Kastberg & Siverbo, 2017). En central dimension som lyfts fram är det trepartsförhållande som råder. Det finns en finansör, en producent och en konsument. Den traditionella organiseringen bygger i stor utsträckning på att finansören (regioner och nämnder) har ett övergripande perspektiv medan de producerande enheterna (allt från ensampraktiserande till sjukhus) har detaljkunskap. Konsumenten i sin tur är behovsdriven, vilket i sig kan förväntas skapa ett tryck på verksamheten till merproduktion eftersom det inte är patienterna själva som finansierar verksamheten. Hur detta trepartsförhållande ska organiseras i praktiken har tagit sig olika uttryck. Traditionella förvaltningsmodeller bygger på en hierarkisk linjemodell, medan så kallade beställarutförarmodeller bygger på att en kontraktstanke införs med förhoppning om tydligare kravställande och bättre grund för uppföljning (Berlin, 2006). Ingen modell förefaller hittills vara överlägsen den andra.

Den komplexitet som skapas genom trepartsförhållandet har också sin motsvarighet i den karaktärisering som gjorts i domänteorin (Kouzes & Mico,

1979). I denna har hälso- och sjukvården karaktäriserats som en så kallad "human service organization" som kännetecknas av att organisationen/ sektorn kan förstås som indelad i tre olika domäner. En domän är den servicedominerade där personer som arbetar i klientnära relationer återfinns. Här ligger mycket fokus på kvalitet och operativa frågor. En andra domän är den administrativa som framförallt är orienterad mot samordning och informationshantering. I denna domän ligger mycket fokus på rationalitet och effektivitet. Den tredje domänen är den politiska som framförallt hanterar övergripande prioriteringsfrågor och att relatera verksamheten som helhet till externa aktörer.

En central poäng i domänteorin är att domänerna inte ska förstås som hierarkiskt ordnade relativt varandra, utan att de har olika orientering, fyller olika funktion och att målet är att de ska uppvisa sina olikheter. Vi beskrev i inledningen hur hälso- och sjukvårdssektorn kännetecknas av en komplex kravbild. Utifrån resonemanget kring olika domäner kan vi se att vad som sker i praktiken är att olika domäner prioriterar olika krav på verksamheten och hanterar dem helt eller delvis frikopplat från övriga domäner. Det har gjort att hälso- och sjukvårdens organisationer kommit att beskrivas som *löst kopplade* (Weick, 1995). Styrkan som kommer med denna lösa koppling är att organisationen generar en förmåga att svara upp mot olika och motstridiga krav. *Handlingsutrymmet* på organisatorisk såväl som individuell nivå ökar betydligt (Brodkin, 1997; Karlsson, 2019; Tummers & Bekkers, 2014). Men en problematik introduceras som handlar om att organisationerna blir svåra att koordinera.

Enligt domänteorin och professionsteorier har yrkesutövare en särställning i verksamheten eftersom det helt enkelt är svårt att styra vad de ska göra. Vanliga styrmedel som regelstyrning eller resultatstyrning är svåra att tillämpa eftersom överordnad nivå (finansiering/ledning) har begränsad kunskap som kan ligga till grund för föreskrivande av regler och samtidigt har svårt att mäta och följa upp resultatet på ett adekvat sätt (Hofstede, 1981). Decentralisering till yrkesutövarna som själva tillsammans med kollegor får prioritera, utveckla och följa upp den egna praktiken har då blivit den lösning som kommit att tillämpas. Svårigheten i att styra och behovet av att decentralisera botten i att de professionella yrkesutövarna har att i specifika situationer fatta beslut om åtgärder som förutsätter både teoretisk och praktisk kunskap och en förmåga att uppfatta det enskilda fallets specifika förutsättningar (Mintzberg, 1983). Det är denna karaktär på yrkesutövandet som gör det svårt att styra verksamheten genom regelstyrning. Eftersom det dels finns en stor mängd diagnoser, som också

kommer i olika kombinationer, med olika lämpliga åtgärder blir det helt enkelt för komplext att skapa regler som kan förutse allt.

Det är också ofta svårt att styra med hjälp av resultatstyrning. Denna sortens styrning innebär att den finansierande parten definierar vad som ska göras, ofta genom en beställning, och sedan följer upp utfallet och om det lever upp till förutbestämda krav utfaller en kompensation. Detta har inom hälso- och sjukvården visat sig problematiskt på två sätt. En problematik bottnar i att det kan vara svårt att åstadkomma en rimlig definition av vad ett resultat är och att det inte sällan uppstår ett ifrågasättande bland personalen kring om definitionerna är relevanta (Kastberg & Siverbo, 2016). Är ett besök ett resultat? Knappast, men ofta är det besök och antal producerade besök per enhet som varit definitionen vid resultatstyrning. Ett besök säger ju väldigt lite om utfall och effekt för patienten. Ett alternativ är att istället faktiskt titta på utfall och genomförda aktiviteter, vilket torde hamna närmare vad som faktiskt är ett resultat: exempelvis antal genomförda höftfrakturoperationer. Skulle en lyckad definition åstadkommas möjliggörs resultatstyrning, men också för problemställning två. Denna handlar om att inom hälso- och sjukvården är det väl belagt att med ersättning relaterad till produktionsvolym kommer antalet producerade enheter att öka (Kastberg & Siverbo, 2007). En av orsakerna är att det är personalen i organisationerna själva som i stor utsträckning bestämmer hur mycket som ska produceras. Ett smidigt sätt att förbättra den egna enhetens ekonomi är i regel genom att producera lite mer verksamhet (med avtagande marginalkostnad blir effekten av extra intäkter betydande). Risker med resultatstyrning är därför att totalkostnaderna ökar och det bortom kontroll.

Utöver denna generella komplexitet möter modeller som baserar sig på tanken om definierade processer, vilket vi i avsnitt fyra kommer att beskriva att värdebaserad vård gör, särskilda utmaningar. Vi ger oss därmed i kast med den andra frågeställningen som handlar om vad en viss styrmodell förutsätter. När det gäller processbaserad styrning krävs en väl definierad kund med ett behov, en sammanlänkad kedja av aktiviteter som styrningen riktar in sig på och ett upprätthållande av denna styrning. I industrin har detta visat sig vara ett vinnande koncept med fina utfall vad gäller produktivitet och kvalitetsutveckling. Inom hälso- och sjukvården är situationen delvis en annan, vilket gör det relevant att tala om särskilda utmaningar. Hellman et al., (2019) beskriver tre sådana utmaningar:

1. Processers avgränsningar

2. Styrning eller decentralisering
3. Horisontella och vertikala flödesstrukturer

En första utmaning handlar om att det är svårt att avgränsa processer på ett meningsfullt sätt. En process är en sammanlänkad kedja av aktiviteter som är inriktade på att tillfredsställa ett identifierat behov hos en patient eller patientgrupp. En utmaning inom hälso- och sjukvården är att behoven ofta är omfattande och av mycket olika karaktär. Det finns tusentals diagnoser som i sin tur kan kräva olika insatser och behandlingar beroende på vilken sorts patient det är som är aktuell. En äldres behov med samma diagnos som en yngre person kan kräva helt skilda insatser. Dessutom uppträder diagnoserna ofta i olika kombinationer. Att definiera processer med utgångspunkt i den iakttagelsen som utgångspunkt gör att mängden potentiella processer blir enorm. Om diagnoser tas som utgångspunkt finns risken att definitionen blir för avgränsad i bemärkelsen att det blir en för stor mängd processer. När varje process förutsätter egen organisering och koordinering blir det ohanterbart för sektorn och de enskilda vårdproducerande enheterna. Om istället en bredare definition väljs, som exempelvis alla akutpatienter blir den interna variationen som ska hanteras för stor för att meningsfulla åtgärder ska kunna vidtas.

En andra utmaning handlar om avvägningen mellan styrning och decentralisering. Traditionellt bygger sjukvården som vi beskrev ovan på en hög grad av decentralisering. Den enskilde läkaren har tagit ett stort ansvar att diagnostisera, men också att prioritera utifrån de förutsättningar som finns. All processstyrning bygger emellertid på att det sker en viss form av centralisering. Det är genom denna som koordinering av aktiviteter möjliggörs på ett sätt som gör flöden snabbare och kvaliteten kan säkerställas. Vinsterna som görs riskerar emellertid att ske på bekostnad av flexibilitet i relationen till den enskilda patienten eftersom alla anpassningar som krävs och alla avvikelser som ska hanteras gör standardiseringen svår eller omöjlig. I själva verket bygger därför en mer utvecklad processtyrning på att det finns en enhetlig typ av patienter med samma behov. Med den komplexa situation som den stora mängden olika diagnoser och varierande förutsättningar som patienterna utgör, är det därför svårt att tänka sig att en processtyrning ska kunna etableras utan att samtidigt också minska graden av anpassning till den enskilda patienten. Till det ska läggas frågan om vad som händer med ansvarstagandet hos de enskilda läkarna när de inte längre äger ett decentraliserat beslutsfattande.



En tredje utmaning handlar om att processer som förutsätter en organisering och styrning av horisontella flöden på något sätt måste relateras till den vertikala strukturen i form av kliniker och linjeorganisation. Det är svårt för inte säga omöjligt att tänka sig att den traditionella strukturen med en organisation som är uppbyggd kring olika funktioner som i sin tur bygger på läkarnas specialisering helt ska överges. I varje fall inte om vi talar om större enheter. När processer introduceras som element i styrning innebär det därför i regel att en typ av matrisorganisation skapas. Till den vertikala linjestrukturen läggs en organisering kring horisontella flöden. Förutom att det i praktiken har visat sig svårt att över huvud taget få genomslag och en styrförmåga kring de horisontella flödena – finansiella resurser tillsammans med befogenheter kring verksamhetsrelaterade beslut knyts vanligen till de vertikala strukturerna – leder en lyckad etablering av en matris till att komplexiteten ökar för organisationen som helhet. Det blir med matrisen ytterligare en dimension som ska beaktas och som kräver särskilda insatser av olika instanser för att fungera. Mötena blir fler och det finns en risk att utveckling i det horisontella ledet leder till att det blir svårare att bedriva ett utvecklingsarbete i det vertikala ledet.

Sammanfattningsvis ger beskrivningarna för handen att hälso- och sjukvården är en komplex sektor. Samtidigt är det också viktigt att uppmärksamma att sektorn uppvisar stora skillnader om vi fokuserar olika organisationer eller olika delverksamheter inom en organisation. Uttalanden om när och hur en styrmodell passar måste därför utgå från den specifika situation som är aktuell (Hofstede, 1981), men också att det är svårt att föreställa sig att ett styrkoncept kan passa alla organisationer och verksamheter i sektorn. Det är en väsensskild situation om det är en avgränsad enhet som endast utför en sorts verksamhet det handlar om, exempelvis en fristående klinik som utför en viss sorts ingrepp eller om det är ett akutsjukhus med omfattande akut och planerad verksamhet. I en diskussion kring värdebaserad vård blir det därför centralt att analysera konceptet och de erfarenheter som gjorts utifrån vilka krav som ställs på definition av resultat, hur processer definieras och i vilken utsträckning konceptet förutsätter en standardisering av rutiner och introduktion av en matrisstruktur.



# Metod

I den här rapporten presenterar vi en kunskapsöversikt som genomförts i syfte att kartlägga vad vi vet om värdebaserad vård internationellt och i Sverige specifikt. I detta avsnitt följer en kortare metodpresentation kring hur studien genomförts. I den här rapporten har vi i första hand haft en vilja att explorativt kartlägga det nuvarande kunskapsläget kring ett relativt nytt fenomen. Att fenomenet är nytt medför att mängden publicerade empiriska studier kan förväntas vara relativt lågt. I sin tur innebär det att det blir svårt att dra långtgående generella slutsatser. Vad som däremot möjliggörs är en kritisk diskussion kring vad värdebaserad vård är för något och en kartläggning kring vilka empiriska observationer som vi känner till.

Studien bör inte uppfattas som en systematisk litteraturstudie. Anledningen till detta är att studien inte uppfyller alla de kriterier som krävs för att vara en fullständig systematisk litteraturstudie. Den explorativa ansatsen tillsammans med syftet att genomföra en kartläggning ger oss dock en värdefull inblick i en del av de studier som har publicerats inom detta ämne. Eftersom syftet med rapporten är att explorativt kartlägga studier kring värdebaserad vård över hela världen och specifikt i Sverige har urvalet av artiklar skett separat för att få fram ett analysunderlag. Ett visst överlapp mellan internationella och nationella (Sverige som kontext) studier återfinns i materialet, vilket medför att vissa studier diskuteras i båda kontexterna.

Som ett första steg gjordes urvalet för kartläggningen av värdebaserad vård rent generellt utan någon koppling till vilket land som studien genomfördes i. Det finns väldigt många studier kopplat till exempelvis begreppen värdebaserad ersättning eller värdebaserat inköp som handlar om finansieringen av ett värdebaserat system inom hälso- och sjukvården.<sup>2</sup> Med grund i vårt explorativa syfte har vi dock valt att endast inkludera studier som omfattar värdebaserad vård kopplat till vårdkontexten. Detta innebär att vi enbart inkluderat vetenskapliga artiklar som direkt diskuterar värdebaserad vård. Artiklar som i första

---

<sup>2</sup> Begreppen används vanligen på engelska som "*value-based reimbursement*" och "*value-based purchase*". I urvalsprocessen har sökningar gjorts på de engelska begreppen.

hand omfattat diskussioner kring värdebaserad ersättning eller kostnader har därmed exkluderats från studien. I de fall som en artikel diskuterat båda delarna har de dock inkluderats i urvalet.

I sökningen har fem nyckelord använts:

1. *Value-based healthcare,*
2. *value-based care,*
3. *VBHC,*
4. värdebaserad vård och
5. *värdebaserad sjukvård.*

Kriterierna för urvalet var att något av ovanstående sökord skulle finnas med i titeln, sammanfattning (*abstract*) eller som nyckelord. Identifierade artiklar är främst tagna från två databaser, CINAHL (Medicin & hälsa) samt ProQuest Social Sciences. I syfte att komplettera materialet har ett antal artiklar i ett andra skede valts ut från exempelvis Google Scholar. Vidare har vi även haft som krav att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska samt att de skulle vara vetenskapliga artiklar. Skälet till detta var både att begränsa urvalet och att enbart ta med studier som genomgått sedvanlig vetenskaplig granskning.

Steg två omfattade en genomläsning av utvalda artiklar för att klargöra att ovanstående kriterier uppfylldes innan de slutligen inkluderades i studien. Eventuella artiklar som inte ansågs ha direkt relevant koppling till värdebaserad vård exkluderades i detta steg. Alla inkluderade artiklar analyserades därefter genom en närläsning.

Datainsamlingen i form av artiklar för det andra avsnittet gällande värdebaserad vård i en distinkt svensk vårdkontext har skilt sig något från urvals- och identifikationsprocessen för internationell kontext. Det främsta skälet till detta var att det inte finns lika många genomförda studier att tillgå. För att komplettera de svenska studier som valdes ut i det första avsnittet har studier också valts ut genom upplysningar från Läkartidningen. Utöver det har också rapporter inkluderats, vilket innebär att det initiala kravet om att studierna ska vara vetenskapliga artiklar inte har applicerats fullt ut gällande den svenska kontexten. Med detta sagt har dock alla studier som inkluderats utanför detta urvalskriterium granskats extra noga för att säkerställa kvaliteten i studierna.

I nästa kapitel kommer vi utveckla vad begreppet värdebaserad vård är och vad det kommer från. Därefter kommer vi att presentera sammanställningen av tidigare studier från såväl internationell som svensk kontext.



# Vad är värdebaserad vård?

I detta kapitel kommer vi först att belysa och redogöra för den bakliggande argumentationen kring vad som motiverar att vi ska tala om värdebaserad vård. Det framgår att denna argumentation bottenar i en skarp kritik av rådande förhållanden inom hälso- och sjukvården. Vi kommer sedan att tydligare bena ut vad värdebaserad vård egentligen är.

## Argument för värdebaserad vård

Ursprungligen kommer *värdebaserad vård* från Porter och Teisbergs artikel *Redefining Competition in Health Care* (2004). Artikeln, som publicerades i *Harvard Business Review*, tar en problemanalys kring vården i USA som utgångspunkt. I artikeln kom man att kraftigt kritisera den rådande vårdkontexten i USA som man menade led av ofullständig konkurrens och bristande marknadsmekanismer som inte driver ett kvalitets- och kostnadstryck. Den kraftigt ökande kostnadsstrukturen i hälso- och sjukvård, menade man då, kunde relateras till att det inte fanns mekanismer på plats för att konkurrera ut dyra och dåliga alternativ. Med ett amerikanskt perspektiv i fokus kunde man konstatera att den konkurrens som faktiskt fanns fokuseras på försäkringssidan istället för att konkurrera om den specifika vården. En anledning till att konkurrens och marknad inte riktigt kommit att fungera handlade om att patienter och brukare inte nödvändigtvis får den information som krävs för att kunna fatta bra beslut. Information som exempelvis hur många patienter med en viss diagnos som har blivit behandlade, hur många som blev friskförklarade och så vidare är information som bör presenteras för brukaren, men som inte finns tillgänglig.

Porter och Teisberg kom senare att vidareutveckla sina idéer i boken *Redefining Health Care* (2006) där de också presenterar begreppet värdebaserad vård som lösningen på den problematik som råder inom hälso- och sjukvården inte bara i USA, utan även i många andra länder runt om i världen. Även om den amerikanska och svenska vårdkontexten skiljer sig kraftigt åt på många punkter, finns det vissa likheter. Ökade kostnader och svårigheter att säkra kvalitet är två sådana områden. Även om varje land har sin unika historia och sitt startläge med olika styrkor och svagheter, menar Porter och Teisberg (2006) att värde-

baserad vård kan fungera som en övergripande lösning på alla problem inom hälso- och sjukvården i olika länder världen över. Ett skäl till detta är att problemen till vissa delar kan spåras till traditionella organiseringsinitiativ inom vården (jmf. Porter & Guth, 2012).

Kostnader för vården – globalt – ökar kraftigt. Porter and Guth (2012) visar i en studie att kostnaderna för vården ibland ökar snabbare än landets BNP och att de ser ut att öka mer framöver. Vad som faktiskt är de bakomliggande orsakerna för ökade kostnader och försämrad kvalitet är inte alltid lika tydligt. I en amerikansk vårdkontext hävdar Porter and Teisberg (2006) att det i grunden handlar om den missriktade konkurrensen, som sker på försäkringsnivå istället för på vårdnivå. I Sverige är det rimligen något annat. Vad som är grunden för de svenska problemen är man i litteraturen inte helt överens om (Blomquist & Packendorff, 1998), men det kan konstateras att det inte beror på att man konkurrerar om olika sjukvårdsförsäkringar. Den försämrade kvaliteten har bland annat kunnat härledas till ökade väntetider och sämre vård (Porter & Guth, 2012; Word Economic Forum, 2017) oberoende av vilka vårdssystem man har.

Generellt förmedlas bilden av att hälso- och sjukvården har ett relativt kort-siktigt strategiskt perspektiv när det kommer till att hantera problemen kring exempelvis ökade kostnader. Ofta fokuseras det på ett problem i taget, där varje reform som implementeras också fokuserar på att lösa enskilda problem, exempelvis stigande kostnader. Det har tagits drastiska åtgärder, dragits ner på personal och investeringsutrymme har minskat och detta, hävdar författarna, har bara gjort det hela värre (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006). Detta sätt att angripa enskilda problem har både för- och nackdelar men om man ska tro förespråkare för värdebaserad vård så bör man konstruera kompletta lösningar för hela vårdssystemet (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006).

Värdebaserad vård syftar till att minimera totala kostnader på lång sikt. Genom att omorganisera vården kommer man bland annat göra färre misstag samt upptäcka sjukdomar och skador tidigare och med detta kommer det ske besparingar samtidigt som en bättre vård produceras (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006; SBU, 2018; Word Economic Forum, 2017). Den kostnadsstrategi som används idag kan, utifrån ett värdebaserat vårdperspektiv, anses vara ogynnsamt då den leder till skenbara besparingar som också kan ha en negativ effekt på vårdkvaliteten (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006; SBU, 2018). Värdebaserad vård sägs därför leda till ökad effektivitet och produktivitet, vilket i förlängningen utlovar ökad kvalitet och ett kontinuerligt kostnadstryck på verksamheten.



Vården i Sverige har länge inspirerats av processororienterade reformer och flera av dessa reformer har gemensamma faktorer med värdebaserad vård (Essén, 2012). Porter och Teisberg (2006) är dock tydliga med att värdebaserad vård är inspirerad av gamla styrreformer och att det är en blandning av flera olika reformer som tidigare har implementerats i vården. En anledning till att man misslyckats är att man inte haft organisationer som varit tillräckligt mogna för att kunna genomföra införandet på ett bra sätt. Ett annat skäl till att många tidigare reformer misslyckats är att man ofta sett hälso- och sjukvård som en produkt. När man gör det lockas man att dra slutsatsen att målet måste vara att förse alla medborgare med en rättvis och snabb tillgång till vården. Detta är inte fel i sig men vad som händer i dessa fall blir därför att man mäter volym istället för värde, där värde för patienten egentligen borde vara huvudfokus (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006). Utifrån detta perspektiv kan vi förstå värdebaserad vård som ett skifte bort från ett tidigare produktionsperspektiv till att se hälso- och sjukvård utifrån ett tjänsteperspektiv (Lusch & Vargo, 2006; Vargo & Lusch, 2008) där värdeskapandet sker i mötet mellan patient och vård (Eriksson, 2019; Osborne, 2018; Osborne et al., 2016).

### **Dimensioner av konceptet värdebaserad vård**

I sitt arbete med att utveckla begreppet och metoden värdebaserad vård presenterar Porter and Teisberg (2006) sex olika komponenter som bör ingå en så kalla värdestrategi:<sup>3</sup>

1. Organisera i integrerade vårdenheter, IPUs
2. Mäta kostnader och hälsoutfall för varje patient
3. Värdeepisodersättning för hela vårdcykeln
4. Integrera vård som ges på flera enheter
5. Expandera högkvalitativ vård geografiskt
6. Stödjande IT-system

Av dessa sex komponenter bör de fem första ses som tätt sammanlänkade och följande på varandra. Den sjätte delen – stödjande IT-system – hanteras som

---

3 På engelska diskuterar Porter och Teisberg detta som *value agenda*, vilket kan antyda något annat än strategi på svenska. Vi menar dock att det handlar om att göra en medveten plan för det kommande arbetet, vilket bör ligga i linje med ett strategiskt arbete. Av detta skäl använder vi värdestrategi som begrepp i den här rapporten.

en mer integrerad komponent som är avsedd att fungera stödande för de övriga fem. Vi kommer i det följande avsnittet beskriva dessa sex olika komponenter utifrån aspekterna (i) omorganisering, (ii) mätande av hälsoutfall och kostnader samt (iii) ersättning och systemutveckling.

### **Omorganisering (komponenterna 1, 4 och 5)**

En av de grundläggande idéerna i värdebaserad vård är att vård ska utgå från ett tydligare tjänsteperspektiv och inte som tidigare ett produktionsperspektiv. Detta innebär att organiseringen av hur och när vård ges blir centralt. Metoden är kopplad till specifika åtgärder samt insatser och har som huvudsyfte att uppnå bästa möjliga hälsoutfall i förhållande till de resurser som brukas (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006). Trots att metoden anses vara något nytt så har begreppet *värde* inom vården funnits i flera år (SBU, 2018). Det finns ett flertal olika definitioner av begreppet men inom värdebaserad vård har man definierat värde på följande sätt, nämligen det totala hälsoutfall som uppnåtts i förhållande till de totala kostnaderna för hela vårdcykeln, den så kallade *värdeekvationen* (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006; SBU, 2018). Idén är att flytta fokus till patienten och skapa mer integrerade samarbeten i hela vårdkedjan. För att integrera vårdenheterna mer förespråkas vidare att fokus på att mäta processerna ska upphöra för att istället fokusera på utfallen av patientens hälsa.

$$\text{Värde per patient} = \frac{\text{Hälsoutfall}}{\text{Kostnader}}$$

Att omorganisera och integrera vårdenheter utifrån ett processperspektiv där utfallet från patienternas synvinkel hamnar i fokus står i mångt och mycket i kontrast med mer traditionella val av vårdorganisering. Tidigare har vården organiserats utefter specialistenheter, vilket varit effektivt utifrån aspekten att aktörer blir väldigt bra på en enskild aktivitet, men som också kommit att resultera i *organisatoriska silos* (SBU, 2018). Alternativet utifrån ett värdebaserat vårdperspektiv är att omorganisera vården i *integrerade vårdenheter*.<sup>4</sup> Det primära syftet är att vården skiftar fokus från den egna produktionen till att organiseras kring patienten istället. Genom en integration skapas förutsättningar för att ha *team* som kan möta en patients olika behov inom hela vårdcykeln (eller värdekedjan som det också kallas) (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg,

---

4 På engelska benämns detta som *Integrated Practice Units* och förkortas vanligen IPU.

2006). Istället för att en patient ska behöva besöka olika vårdgivare för olika stadier inom ett vårdförlopp och remitteras vidare till en annan läkare ska man istället organisera utefter multidisciplinära team som kan följa patienten under hela vårdprocessen för en specifik sjukdom eller skada. Patienter kommer alltså ha olika team beroende olika medicinska tillstånd som exempelvis diabetes, cancer eller hypertyreos (sköldkörtelsjukdom) (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006; SBU, 2018).

Primärvården ska delas in utifrån en indelning av populationen i olika grupper och sedan ha multidisciplinära team anpassade till dessa. Exempel på olika grupper har då varit äldre med någon form av funktionshinder, personer med flera kroniska tillstånd och vuxna som är helt friska (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006; SBU, 2018). I dagsläget råder det en stor bredd i kompetens inom primärvården. Vårdcentralen är ett första steg inom vården oavsett vilka symptom, skador eller sjukdomar en person har och detta är något som problematiseras utifrån värdebaserad vård (Porter & Teisberg, 2006). De konsekvenser som uppstår är att istället för att bli riktigt bra inom vissa specifika områden har man blivit medelmåttig på en bredare kunskapsbas. Det skapas inga experter eller ”best practioners” utifrån denna organisering och därför argumenterar man istället för att varje vårdcentral endast ska fokusera på vissa typer av sjukdomar eller grupper och skapa integrerade enheter. På detta sätt kommer varje enhet kunna förbättra just den vård de erbjuder. Författarna anser därför att även om man då kanske inte kan gå till den närmsta primära vårdgivaren som man gått till tidigare utan måste åka till ett annat område eller en annan kommun, så kommer det vara värt det eftersom bättre vård kommer kunna erbjudas. Detta resonemang grundas då i att patienten i första hand värdesätter att bli frisk och att hålla sig frisk, det totala hälsoutfallet, och därför kommer denna omorganisering på sikt att vara mer värd (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006).

### ***Mäta hälsoutfall & kostnader (komponent 2)***

Ett viktigt steg i den värdebaserade vården är att samla information kring effektivitet, produktivitet och kvalitet. Detta kan göras genom att mäta utfall för varje enskild patient samt mäta kostnaderna för hela vårdcykeln. Informationsinhämtningen ökar möjligheten till innovation och konkurrens mellan olika vårdgivare.

Men som diskuterats i många andra fall så är mätande en komplex och svår aktivitet. Även om kvalitativa mått har ökat inom vården världen över så fo-

kuserar de ofta främst på processen att ge – eller producera – vård snarare än själva utfallet av vårdbehandlingen (Porter, 2010; Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006). Anledningen till varför det anses vara bortkastat att mäta processerna inom vården menar Porter and Guth (2012) är att det sällan säger något om resultatet av en behandling eftersom patienter reagerar så olika. För att komma runt detta bör fokus alltså skiftas till att mäta utfall. En annan nackdel med processbaserade mätverktyg är att processriktlinjer som är oberoende från själva utfallet till och med kan hämma innovation (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006). Utifrån ett värdebaserat vårdperspektiv bör alltså data samlas in utifrån vissa specifika indikatorer för att sedan utifrån den sammanslagna patientdatan kunna skapa olika typer av jämförelsemått (Porter & Teisberg, 2006).

Porter (2010) har i senare publikation problematiserat mätande i vården och menar att man bör närma sig det hela som en *hierarki med olika nivåer*.<sup>5</sup> Vid den första nivån ska man mäta det åstadkomna hälsotillståndet. Detta kan mätas genom exempelvis överlevnad eller grad av hälsa bland patienter. På den mellersta nivån är det återhämtningstiden för patienten som det ska fokuseras på. Vidare ska man även mäta patientsäkerhet, exempelvis om behandlingen lett till komplikationer, feldiagnostik eller vårdskador. Den tredje nivån är hållbarheten av vården, alltså långtidskonsekvenser eller andra men av behandlingen.

För att beräkna kostnaderna för varje vårdcykel per patient föreslås en tidsdriven aktivitetsbaserad kostnadskalkylering (TDABC) (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006; SBU, 2018). Denna metod har tidigare använts frekvent inom andra industrier men sällan inom hälso- och sjukvården. Kalkylmetoden går ut på att man beräknar kostnaden per aktivitet genom att bestämma den tid det tar att utföra en process och sedan multiplicerar det med kapacitetkostnadstakten för varje resurs, alltså kostnaden per timme eller per minut för varje resurs (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006). Detta möjliggör en mer exakt förståelse för kostnader för varje enskild tjänst eller service samt resurser som använts vid vård av patienten. Det kommer därmed skapas en förståelse som också kommer leda till att man kommer kunna dra ner på kostnaderna på lång sikt. Med det kommer vi också in på den tredje komponenten, nämligen ersättningsmetod för vården.

---

<sup>5</sup> Porter diskuterar detta i termer av *Outcome Measures Hierarchy*, alltså resultat- eller utfallshierarkier som kan härledas till vård- eller värdekedjan.

### **Ersättning och systemutveckling (komponenterna 3 och 6)**

Konstruktionen av ersättningsmodeller är ytterligare en central aspekt inom ramen för värdebaserad vård. Här utgår man från att ersättningen för vården baseras på *vårdepisodersättning*, vilket innebär en ersättning som täcker alla behov av tänkbara insatser under en fullständig vårdcykel. Där bör även kostnader för eventuella komplikationer vara inräknade vilket brukar kallas *komplikatonsgarantin* (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg, 2006; SBU, 2018). Tidigare har det varit vanligast med ersättning för varje given insats men inom värdebaserad vård anses det bättre att utgå från vårdepisodersättning för att både vårdgivaren och patienten ska få en tydligare överblick av den totala kostnaden. Vårdepisodersättningar kan också förstås som paketpriser för olika vårdcykler. Genom att frånga tidigare ersättningsmodeller – såsom exempelvis volymbaserad prestationsersättning eller *fee-for-service* – så kan man undvika negativa beteendenaspekter som exempelvis att vårdenheterna försöker leverera mer vård än nödvändigt (alltså ökad volym) oavsett om det ger ett ökat värde för patienten eller ej (Porter & Guth, 2012).

Avslutningsvis föreslår Porter and Teisberg (2006) att man ska bygga ett stödjande IT-system. Utan ett välfungerande IT-system som stödjer de övriga komponenterna kommer en fullständig implementering av värdebaserad vård inte vara möjligt. Detta är något som vi även ser i studier när man utfört olika projekt för att implementera värdebaserad vård. Personalen på Sahlgrenska sjukhuset (Höglund et al., 2012b) nämner bland annat att eftersom det inte fanns ett bra sätt att hantera och samla in data, blev det svårt att införa reformen fullt ut. Mer om detta kommer diskuteras längre fram i denna rapport.

### **Implementering av värdebaserad vård**

I en analys av själva införandet av värdebaserad vård har organisationen World Economic Forum (2017) kunnat identifiera fyra nyckelfaktorer som underlättar implementeringen av värdebaserad vård. Dessa fyra faktorer är:

1. Informerande infrastruktur
2. Benchmarking, forskning och verktyg
3. Ersättningsmetod
4. Organisering av leverantörsnätverk

När det gäller *informerande infrastruktur* avser man i grunden en kombination mellan datastandarder, informationsteknologi (IT), analytisk förmåga för att

systematiskt kartlägga och analysera riskjusteringsfaktorer, hälsoutfall, segmentspecifika åtgärder och motsvarande kostnader för vård. Det handlar om att ha en informationsgrundad organisation, där varje vårdgivare ska kunna visa på varför eller hur de är bäst på det som de gör. Det finns här en naturlig koppling till det som Porter and Teisberg (2006) diskuterar som ett stödjande IT-system. Ju mer detaljerad detta system är desto mer stödjande är det för verksamheten i sig och det blir också lättare att dela med sig av data till andra organisationer (Word Economic Forum, 2017).

När den informerande infrastrukturen har konstruerats och implementerats har organisationen möjliggjort en fortlöpande kartläggning och utvärdering av verksamheten. Detta i sin tur skapar förutsättningar för att dela med sig av information till andra aktörer och att fungera som grund för framtida utvecklingsarbete. Här menar man att *benchmarking* kan användas som ett verktyg för att bli bättre och utveckla vården. Idén är att det kontinuerliga utvärderandet och jämförandet – i kombination med forskning och beprövad erfarenhet – ska skapa ett dynamiskt lärandesystem (på en internationell nivå) där man kan ta del och lära sig av varandra mycket snabbare.

Den tredje nyckelfaktorn för att lyckas med implementeringen av värdebaserad vård enligt World Economic Forum är *ersättningsmetoden*. I likhet med Porter and Teisberg (2006) framhåller man här vikten av att ersättningar behöver ställas i relation till hela vårdcykeln och inte utgå från enskilda – volymrelaterade – aktiviteter. Det handlar alltså om att identifiera kostnader för hela cykeln av vård snarare än för varje specifik tjänst eller service (Word Economic Forum, 2017). Här finns det en utmaning i att många *leverantörsnätverk* kan göra det problematiskt och svårt att organisera utefter multidisciplinära team och uppnå tillräcklig samordning över hela cykeln av vård, vilket är nödvändigt för att hela reformen ska fungera. Word Economic Forum resonerar som följande i sin rapport:

*To improve value for a given population segment, care pathway designs and system goals need to be aligned both within individual providers and across the entire care chain. (Word Economic Forum, 2017: 23)*

Alltså, leverantörsnätverken måste ha en i grunden positiv syn och vara hjälpsamma för att implementeringen av värdebaserad vård ska lyckas. Utifrån dessa fyra nyckelfaktorer, informerande infrastruktur, benchmarking, forskning och verktyg, ersättning och organisationer av leverantörsnätverk, som egentligen bara är en förenkling av Porter och Teisbergs (2006) sex indikatorer, anser de

att verksamheter lättare kommer lyckas med implementeringen av värdebaserad vård.

### **Ersättningsmetod för värdebaserad vård**

Trots att denna kunskapsöversikt valt att inte inkludera studier som endast fokuserar på ersättningsmetoden för värdebaserad vård vill vi dock presentera samt förklara hur ersättningsmetoden är tänkt utifrån Porter och Teisbergs (2006) ursprungliga tankegångar, då den trots allt har en stor roll i vårdreformen och är något som författarna lägger stor vikt vid.

Författarna problematiserar som tidigare diskuterats det nuvarande sättet att styra vården i världen. De resonerar kring hur man idag ser hälso- och sjukvården och dess tjänster som en *handelsvara (commodity)* vilket man enligt författarna måste sluta se det som för att kunna lyckas (Porter & Teisberg, 2006). Det är också detta tankesätt som gör att kostnaderna drivs upp. Vården måste ha ett mer långsiktigt perspektiv även inom ersättning för att kunna driva ner kostnaderna och skapa en fungerande marknad (Porter & Teisberg, 2006). Många problem inom den amerikanska vårdkontexten handlar dock om de regler som styr de olika hälsoförsäkringarna, vilket inte kan kopplas direkt till den svenska kontexten på samma sätt. Vidare skriver författarna att *toppstyrd detaljreglering (top-down micromanaging)* inte fungerar i praktiken. Att styra uppifrån och ned och kontrollera varenda aktivitet, stor som liten, hämmar innovation (Porter & Teisberg, 2006).

Det man måste ha i åtanke är att denna reform är anpassad för den amerikanska vårdkontexten och detta är något som märks när det kommer till hur de ser på kostnader och hur ersättningsmetoden är utformad. Porter & Teisberg (2006) grundar sina argument utifrån den dåvarande situationen i USA där det råder en problematik i hur betalningssystemen ser ut. Tusentals fakturor faktureras hit och dit och patienter faktureras olika priser för vården utifrån vilken försäkring man har eller om man överhuvudtaget har en försäkring. Detta system genererar därför väldigt stora administrativa kostnader (Porter & Teisberg, 2006).

Genom att implementera ett system som endast fakturerar hela vårdcykeln kommer det underlätta alla dessa problem som identifierats med de nuvarande systemen och stordriftsfördelar kommer kunna utvecklas. Porter och Teisberg (2006) nämner dock att detta inte är något som sker över en natt utan att det är en stor omställning som tar tid men att det i slutändan kommer öka nyttan och sänka kostnaderna. De föreslår därför att vårdgivare till en början fakturerar

delar av vårdcykeln där man går från att fakturera varje service per tillfälle till att sedan successivt lägga ihop allt fler fakturor till en, för att slutligen endast fakturera för hela vårdcykeln. De resonerar att genom att göra detta steg för steg, blir det lättare att implementera konceptet än om man går från att fakturera så som man gör nu till att endast fakturera för hela vårdcykeln. Vidare ska prissättningen utgå från komplexiteten av servicen eller den totala kostnaden utifrån tidsdriven aktivitetsbaserad kostnadskalkylering. Detta kommer då generera en mer övergripande effektivitet.

Inte nog med att detta skulle spara resurser, så menar Porter och Teisberg (2006) att när vårdgivare ska prissätta en hel vårdcykel kommer de samtidigt bli uppmärksamma på vad saker och ting faktiskt kostar. I och med det kommer man också kunna identifiera ineffektivitet och processer som kostar men som inom denna styrreform inte genererar någon nytta för patienter. Vårdgivare kommer kunna fastställa ett fast pris för varje vårdcykel och därmed slippa ha olika priser beroende på vilken försäkring patienten har, vilket också kommer underlätta de administrativa uppgifterna. I och med förändringen kommer vårdgivare kunna konkurrera på rätt nivå, nämligen vården i sig. Genom denna ersättningsmetod kommer det därför skapas en fungerande marknad där brukare lättare kommer kunna identifiera de allra ”bästa” vårdgivarna samt de allra ”sämsta”. Vidare skriver också Porter och Teisberg (2006) att med en fungerande marknad kommer sedan de vårdgivare som anses vara bäst också kunna höja sina priser för att på så sätt gå med mer vinst eller reducera sina priser för att kunna få mer kunder. De nämner även att de studerat organisationer som implementerat detta ersättningsystem till viss del i USA och att de noterat ett lyckat resultat.



# Tidigare studier av värdebaserad vård

Även om en del studier har gjorts sedan Porter och Teisberg (2004, 2006) introducerade värdebaserad vård så är det ganska få studier som genomförts. Enligt en kartläggning av SBU (2018) har flest studier publicerats i USA vilket inte är speciellt förvånande med tanke på att Porter och Teisberg ursprungligen inriktade sig på att förändra vårdkontexten i USA. Vidare har ett fåtal studier genomförts i Europa i bland annat Nederländerna, England, Danmark och Sverige. I Sverige är det flera större sjukhus som idag valt att implementera eller i varje fall att försöka implementera värdebaserad vård. Det är dock väldigt få studier som genomförts som belyser införandeprocesser och effekter. Flera artiklar som publicerats rör samma projekt men under olika tidsintervaller (Nilsson et al., 2017a; Nilsson et al., 2017b; Nilsson & Sandoff, 2017).

Syftet med detta kapitel är att presentera en kartläggning av studier som gjorts kopplat till värdebaserad vård, med ett fokus på reflektioner över hur det har gått med implementeringen av konceptet och hur det har utvecklats vidare med de problem som lyfts i studierna. Eftersom det finns ett intresse att se hur det fungerar världen över kommer detta avsnitt först presentera blandade studier från olika länder. Därefter lyfter vi fram erfarenheter från Sverige.

## **Värdebaserad vård internationellt**

Efter en genomgång av 21 studier kunde vi notera att den största andelen av artiklarna belyser erfarenheter från USA. Utöver de nio studier som publicerats i USA har en del studier genomförts i Europa, varav fem studier har genomförts i Sverige.

I tabellen nedan presenteras artiklarna utifrån årtal och var studierna är genomförda. Vårt att notera som även nämndes i förgående stycke så har flest studier publicerats i USA. Vidare är även fem av studierna genomförda i den svenska kontexten. Utifrån tabellen nedan kan vi också se att de flesta artiklarna är publicerade under perioden 2016–2018. Detta är en reform som trots

allt ganska nyligen introducerats. Även om Porter och Teisberg publicerade sin bok 2006 så har det tagit tid för reformen att sprida sig i den internationella vårdkontexten.

**Tabell 1:** Utvalda studier/artiklar

	2010	2013	2015	2016	2017	2018	Totalt
Sverige					3	2	5
Finland					1		1
Danmark					1	1	2
Nederländerna					1		1
Spanien			1				1
Storbritannien						1	1
Europa			1				1
USA	1	1		4	2		8
Kanada						1	1
Totalt	1	1	2	4	8	5	21

Utifrån de 21 artiklarna som har analyserats i detta avsnitt kan man konstatera att det är ganska få studier som studerat organisationer som implementerat värdebaserad vård fullt ut. De flesta har implementerat delar av reformen och valt att utgå från vissa av de sex komponenter som tas upp i *Redefining health care* (2006). Olika anledningar till detta har tagits upp men för många sjukhus samt andra vårdgivare är anledningen till att det krävs en ganska stor insats samt omorganisering för att möjliggöra värdebaserad vård fullt ut (Höglund et al., 2012b; Nilsson & Sandoff, 2017; Nordin et al., 2017a). Likaså ska man även i många fall ändra om finansieringen för vården och detta är inget man gör på en dag. Vidare får man intrycket av att många varit försiktiga med implementeringen av värdebaserad vård vilket också är förståeligt med tanke på hur tidigare mönster sett ut vid implementering av reformer. Om man efter tre år skulle vilja ändra tillbaka organiseringen av hälso- och sjukvården skulle det kräva mycket resurser gällande såväl tid, energi som pengar.

Det man dock kan se inom de studier som har genomförts är att det är svårt att mäta hälsoutfallen samt att komma på nya mätpunkter. Detta reflekterar flera författare över (Bunkers et al., 2016; Nilsson et al., 2017a; Nilsson et al., 2017b; Bååthe et al., 2018; Nordin et al., 2017a). Exempelvis tar Höglund et al. (2012 c) upp mått som "Quality of Life" (QOL) som anses vara ett rekommenderat mått blir svårt att använda på grund av tidsfördröjningar i data. Andra aspekter som tas upp är att det är svårt att skapa mått och mätpunkter som alla

inom verksamheten kan använda så att sedan jämförelser ska kunna möjliggöras. Varje enhet fick i en studie ofta anpassa måtten för att få dem att passa till just deras situation vilket också gjorde att jämförbarheten minskade (Nordin et al., 2017b). Ett annat problem som också framkommit är att det saknats ett välfungerande IT-system för att kunna registrera samt behandla all data som behövs (Höglund et al., 2012a). Svårigheten att mäta är trots allt inget nytt och ett av de större problemen inom vården är att man mäter fel saker (Porter & Kaplan, 2011). Detta är något som bör tas i beaktande extra mycket när man ska hitta mått kopplat till värdebaserad vård. För att ta fram mätpunkter och mått använde sig flera av så kallade "scorecards" (Nilsson & Sandoff, 2017), vilket även uppmuntras i Porters et al., (2013) artikel *Redesigning primary care: A strategic vision to improve value by organizing around patients' needs*.

Utifrån de artiklar som har inkluderats i denna kunskapsöversikt kan man säga att det övergripande råder en ganska positiv syn på värdebaserad vård. Vissa artiklar skriver uttryckligen att man noterat förbättringar i form av bättre kvalitet, minskade kostnader och en mer övergripande helhetssyn på vården utifrån ett patientcentrerat perspektiv (Bolz & Iorio, 2016; Elbuluk & O'Neill, 2017; Kirkpatrick et al., 2013). Medan andra anser att det är för tidigt för att kunna konstatera om det är lyckat eller ej (Colldén & Hellström, 2018; Dainty et al., 2018; Nordin et al., 2017a). Något som nästan alla artiklar tar upp är att reformen genererar en viss medvetenhet, det öppnar upp för förändring. Nilssons et al., (2017) uttrycker det som att reformen är en form av *trigger* som sätter igång ett förändringsarbete inom vården. I flera artiklar nämns det att vården blir mer effektiv, kvaliteten ökar, även om det inte alltid ges några konkreta exempel på hur eller exakt vad.

Många tar också upp att de tror på konceptet och att det kommer leda till minskade kostnader, ett mer effektivt arbete och bättre kvalitet med ett patientcentrerat fokus. Utöver dessa positiva aspekter finns det dock vissa problemområden som har identifierats i studierna. Utifrån studierna har vi ringat in fyra problemområden:

1. Mätning,
2. datainsamling och IT-system,
3. styrning och
4. kompetens.

Vi kommer här reflektera kring dessa fyra olika problemområden.

## **Mätning**

Alla artiklar tar upp problematiken kring att mäta värde, vilket som nämnts ovan inte är något nytt utan att mäta i sig är väldigt svårt. Speciellt i verksamheter som vården. Flera författare nämner att det är svårt att hitta nya mätmetoder samt att sedan samla in relevant information för det. Det som problematiseras är också att alla mått ska passa flera verksamheter eftersom tanken är att man sedan både nationellt och internationellt ska kunna jämföra måtten vilket är väldigt komplext och svårt.

Trots att värdebaserad vård är en reform som är ämnad till att passa för hela vården och i olika lokala kontexter nämner flera författare att det krävs en justering för att kunna implementera reformen till varje specifik verksamhet. Det krävs en viss anpassning för den lokala organisationen och dess kultur vilket i sig gör att alla implementeringar och tolkningar av reformen skiljer sig något från varandra. Att sedan då kunna skapa mått som passar alla blir därför också väldigt svårt.

## **Datainsamling och IT-system**

Ett annat problemområde som nämns frekvent bland artiklarna är att det är svårt att samla in data för alla mått och sedan att lagra den data som samlats in. Flera av de organisationer eller avdelningar som har studerats har inte ett nuvarande system som stöttar den typ av datainsamling i den mängden, där det inte ökar de administrativa uppgifterna för personalen markant. En slutsats som dragits av problemet är att flera verksamheter måste investera i ett nytt IT-system för att möjliggöra implementeringen av värdebaserad vård. Detta kräver dock en hel del tid, energi samt resurser i form av pengar vilket Meinert et al., (2018) problematiserar att man gärna väntar med att investera i ett nytt system vid införandet av värdebaserad vård då det krävs en del resurser. Författarna menar att det försvårar implementeringen av värdebaserad vård och att IT-system och teknologi i sig är ytterst viktigt för att implementera reformen och bör snarare prioriteras än att skjutas på.

## **Styrning**

Det skiljer sig något i hur implementeringen av värdebaserad vård har sett ut. De flesta har dock valt att implementera reformen utifrån *top-down management* vilket man sett kan skapa en viss problematik. I flera verksamheter där man intervjuat medarbetare på olika sjukhus eller vårdenheter har man sett att personalen nere i verksamheterna inte är insatta i processerna av implemente-

ringen av värdebaserad vård. I dagsläget är det främst chefer och teamledare som är delaktiga i implementeringen vilket har lett till att styrningen inte når ner hela vägen i verksamheten. Det blir en form av oavsiktlig *lös koppling* (Eriksson-Zetterquist, 2009; Weick, 1995). Vidare ser man att i och med att många inte är delaktiga råder det blandade inställningar till reformen. Inom vården råder det en ganska starkt professionalism där läkare och personal inte alltid vill förändra verksamheterna. Detta har flera artiklar tagit upp där man också trycker på att det är viktigt att inställningen hos personal ändras och att allt fler inkluderas i implementeringen för att underlätta, men också för att lyckas med reformen i verksamheterna.

### **Kompetens**

Som nämnts tidigare råder det en viss kunskapsbrist kring vad värdebaserad vård faktiskt är och vad det innebär (Fredriksson et al., 2015). Detta är även något som identifierats i de studier som analyserats. Övergripande saknas det kunskap i vad värdebaserad vård är och vad reformen innebär. I och med det blir det också svårare att implementera reformen i verksamheterna. Likaså diskuteras det att många definierar värde på väldigt många olika sätt vilket också blir problematiskt. Därav har det bland annat diskuterat att det är viktigt med *third-loop learning* där man utvecklar värdebaserad vård och delar med sig till andra med ett lärande syfte.

Vidare är det rent generellt en väldigt stor omställning att implementera värdebaserad vård hela vägen med alla sex komponenter som Porter och Teisberg (20026) tar upp. Hittills har man därför också implementerat reformen inom vissa avdelningar och områden. Vissa har försökt implementera det hela vägen (mest i USA) men flera nämner att man mest fokuserat på att skapa värde för patienterna och mindre på att hitta ett stödjande IT-system, trots att det som nämnts tidigare anses vara nödvändigt. Det som dock är väldigt intressant med dessa studier som har analyserats är att man har valt att implementera värdebaserad vård i många olika vårdenheter, exempelvis äldreomsorg, cancerbehandling, kirurgi, gynekologi för att nämna några.

### **Värdebaserad vård i Sverige**

Värdebaserad vård har även kommit att implementeras i Sverige. Därför kommer denna del fokusera på de sjukhus och vårdenheter som har implementerat värdebaserad vård i Sverige samt uppmärksamma hur det fallit ut. På grund av att det inte finns speciellt många studier kommer detta avsnitt till skillnad från

de förra inte baseras bara på vetenskapliga artiklar utan även på tidigare studier och rapporter liksom på information från sjukhusens hemsidor och pressmeddelanden som publicerats.

Något som har problematiserats samt kritiserats inom den svenska vårdkontexten är den stuprörskaraktär vårdorganisationer uppvisar (Karolinska Sjukhuset, 2019). Karolinskas sjukhus i Solna och Huddinge var några av de första som började implementera värdebaserad vård i den svenska hälso- och sjukvårdskontexten. Det presenterades som något innovativt som skulle lösa problematiken inom vården i samtiden. Nästan som en *mirakelreform* som skulle lösa alla problem. Idag har man dock gått ut med att man utgår från delar av värdebaserad vård. De har alltså inte implementerat modellen fullt ut, utan använt delar av modellen. Istället har de utvecklat sin organisering i en patientflödesbaserad organisation där man utgår från patienten, deras behov och tillstånd för att sedan även utveckla patientflödesgrupper som ska mäta och följa upp utfallsmått i relation till patienten (Karolinska Sjukhuset, 2019). Man har också valt att organisera utifrån interdisciplinära team som ska arbeta tillsammans med ett fokus på hela patientens vård (Karolinska Sjukhuset, 2019). Utifrån informationen som ges om verksamhetsmodellen kan man därför säga att de utgår främst från steg 1 och 4 samt delar av steg 2 utifrån Porters och Teisbergs sex komponenter som presenterades tidigare i denna rapport.

Även Sahlgrenska universitetssjukhus i Göteborg har valt att implementera värdebaserad vård som en reform för att lösa en del av de problem som råder i verksamheten. Nilsson med flera (2017) genomförde en studie där de intervjuade 20 teammedarbetare under en period av två år. I sin studie fann de bland annat att värdebaserad vård fungerar som en utlösare för att initiera utveckling kring patienters hälsa, processer och mätmetoder. De nämner bland annat i en av sina studier att de inom sjukhuset hade konstaterat att illamående hos patienter efter operation påverkade markant då patienter var tvungna att ligga kvar på sjukhuset längre och därmed tog det längre tid för patienterna att tillfriskna (Nilsson et al., 2018). Genom att sjukhuset hade implementerat värdebaserad vård där man nu fokuserade på patienterna upptäcktes detta problem. Man valde att implementera illamående i deras styrkort. Verksamheten började mäta illamåendet, vilket resulterade i att man kunde genomföra förändringar som minskade illamåendet och därmed dra ner på tiden som patienten var tvungen att ligga kvar på sjukhuset.

The Economist Intelligence Unit publicerade en rapport kring värdebaserad vård i den svenska vårdkontexten (Chipman, 2019) eftersom Sverige är ett

av de länder som kommit längst och ständigt varit i framkant med att implementera nya vårdkoncept. I sin rapport presenterar de bland annat var man har valt att implementera värdebaserad vård och vilka problem som uppstått i och med implementeringen. Författarna identifierar utifrån sin studie fem problemområden: (i) definition av konceptet, (ii) integrerad vård, (iii) nya policys, (iv) datainsamling samt (v) IT-system och implementering. Många av dessa problem lyfte vi även fram i förra avsnittet.

I sin studie finner de bland annat att *definiera värdebaserad vård* är svårt, komplext och i vissa fall problematiskt. Det anses svårt att hitta en definition och likaså en policy som ska täcka all vård. Vidare finns det en oenighet bland dem som jobbar med implementeringen och annan berörd personal om huruvida detta är ett lyckat koncept. Likaså visar studien att *integrerade vårdenheter* anses vara något positivt ur patienternas synvinkel och att detta då uppmärksammas. De konstaterar också att nya policys har varit en viktigt pelare i implementeringen av värdebaserad vård som hjälp till att driva både vikten av att ha integrerade vårdenheter men också på hur man ska se på vården med ett fokus på patienterna (Chipman, 2019).

Utöver det identifieras i rapporten en utmaning i översättningen av värdebaserad vård till den svenska vårdkontexten. Det är inte ett koncept som kan implementeras rakt av och passar inte heller alla organisationer utan det är viktigt att man utgår från den svenska kontexten. Utifrån en sådan analys får man sedan komma på hur konceptet på bästa sätt kan implementeras i Sverige. Ett av de utmanande moment som nämns i rapporten är exempelvis att den svenska vården är decentraliserad vilket gör att den inte kommer att kunna styras från statlig nivå. Eftersom det är upp till varje region att sköta vården måste detta därför implementeras utifrån varje regions specifika utgångspunkt och situation. Emellertid kan detta skapa problem med jämförbarheten då det kan bli svårare att ha samma mått bland alla för att kunna jämföra både nationellt men också internationellt. Chipman (2019) tar emellertid upp att vi allt mer ser olika typer av interorganisatoriska samarbeten mellan regionerna vilket skulle kunna tyda på att det finns en framtid där det ändå kan ske på en mer övergripande nivå och inte specifikt inom varje region.

Något som vidare bör noteras är att i Sverige har än så länge endast delar av vården implementerat värdebaserad vård. I stockholmsregionen har man exempelvis valt att utgå från värdebaserad vård vid ryggradsoperationer samt vid höftbyte (Chipman, 2019). Det nämns också att man även börjat implementera *värdebaserad prissättning* inom vissa regioner där man alltså börjat ta betalt

för vårdcykler istället för enskilda besök. Paketpriset bestäms då utifrån patientens tidigare tillstånd, demografiska faktorer och själva kostnaden utifrån det.



# Diskussion

I den här rapporten har vi ställt oss frågan vad värdebaserad vård är, vad det finns för bakomliggande teoretiska definitioner och vad det innebär för en offentlig verksamhet att implementera värdebaserad vård. Grundat i en utgångspunkt att olika modeller för styrning och organisering har olika förutsättningar och begränsningar, kommer vi i detta avslutande avsnitt reflektera kring om värdebaserad vård är något som kan implementeras utan negativa konsekvenser i svensk offentlig sektor. Vi kommer även diskutera vilka lärdomar som kan dras utifrån tidigare studier av värdebaserad vård.

Det finns en övervikt mot positiva rapporter kring värdebaserad vård och ibland lyser det igenom att författarna har en välvillig inställning, vilket även noterats i genomgångar kring andra styrningskoncept (Hellman et al., 2019). En mindre kritisk hållning bland forskare gör att deras rapporter måste läsas med ett mer kritiskt öga. Den positiva biasen till trots, utifrån de studier som analyserats i denna rapport råder det delade meningar om hur stor nytta reformen verkligen genererar. Alla artiklar verkar vara överens om att de genererar någon form av positiva effekter men sedan varierar det hur stora dessa effekter är. Vidare kan vi också konstatera att de allra flesta studier rapporterar en viss problematik med implementeringen och att det tar tid, vilket är något som Porter och Teisberg varit tydliga med från första början när de introducerade värdebaserad vård som ett koncept på marknaden.

Vid läsningen av rapporterna som studerat värdebaserad vård är det slående att få studieobjekt kan kvala in som mer fullständiga introduktioner av värdebaserad vård. Istället är det delar av konceptet som introducerats. Det gör att det blir svårt, för att inte säga omöjligt, att säga något om konceptet utifrån dessa studier. Vänder vi oss enbart till vad erfarenheter från praktisk tillämpning säger oss kan vi egentligen säga ganska lite. Konceptet framstår i den bemärkelsen som allt jämt oprövat. Däremot kan det faktum att få introducerat konceptet fullt ut vara en indikation på att denna lösning som beskrivs som en helhetsmodell för hälso- och sjukvården är svår att omsätta i praktik.

Om den praktiska tillämpningen ger begränsat med vägledning kan en analys av konceptet i sig ge mer vägledning. I den teoretiska inramningen framhåll

vi hur alla koncept måste förhålla sig till den speciella komplexitet som sektorn uppvisar med olika domäner och olika kravbilder. Vi lyfte också fram mer specifika utmaningar som är kopplade till initiativ som handlar om processorientering.

En första utmaning identifierades kopplad till att processer antingen riskerar att definieras som för avgränsade eller för snäva. Här ger den litteratur vi gått igenom och som beskriver konceptet ingen tydlig vägledning. Avvägningen mellan bred eller snäv definition av process är alltså inte helt tydlig. Ibland talas det om att ett team ska skapas för en eller vissa diagnos(er). I andra fall är det vårdcentraler som ska vända sig till en vidare patientgrupp, men inte som nu när alla kan söka sig till alla vårdcentraler. Här är det lätt att gå vilse, både i tanken och mellan olika vårdcentraler. Ingenstans berörs den centrala kompetensfrågan. Specialisering skapar förutsättningar för fördjupad kompetens. I viss mån kan detta tänkas stimuleras av att exempelvis vårdcentraler centreras kring en viss typ av patienter. Men samtidigt förutsätter det så klart att det finns stor tillgång av sådana patienter som kan knytas till vårdcentralen. Så är ofta inte fallet, om inte patienter är beredda att resa mycket långa sträckor. I ett land som Sverige är det lätt att se begränsningarna och problemen som tillstöter. Risken om inte patientunderlaget är tillräckligt stort är annars att antalet specialister med en viss inriktning på enheten blir få, med den sårbarhet det skapar och risk för urholkad kompetens.

En andra utmaning preciserades som att handla om avvägningen mellan styrning (centralisering) och decentraliering. Traditionellt bygger sjukvården som vi beskrev på en hög grad av decentralisering. Det är den enskilda läkaren som fattar alla relevanta beslut kopplade till diagnostisering och behandling. Processtyrning bygger emellertid i regel på att det sker en standardisering av bemötande och behandling (Graban, 2009), men samtidigt minskar detta flexibiliteten och anpassningsförmågan i relation till den enskilda patienten. Beskrivningarna ovan av värdebaserad vård indikerar att standardisering är en central dimension, inte minst eftersom enheter ska integreras kring processerna och ersättning betalas ut kopplat till dessa. Rimligen måste en standardisering ligga till grund för detta. Den komplexitet i bedömningsituationen och vikten av att kunna anpassa beslut och behandling till den specifika situationen som vi beskrev i teoriavsnittet svarar konceptet som det beskrivs inte mot. Risken torde vara stor, och detta får stöd i det faktum att värdebaserad vård endast tillämpas för delar av verksamheten, att vården organiseras både kring standar-

diserade processer och kring en decentraliserad modell, vilket för vidare till resonemanget kring komplexiteten med matrisorganisationer.

Den tredje utmaningen kopplad till processororienterad verksamhet som beskrevs handlar om att det för många verksamheter är svårt att se att hela organisationen ska organiseras kring olika patient/diagnoscentrerade team. För ett större sjukhus är det svårt att föreställa sig eftersom mängden diagnoser är överväldigande och mängden tänkbara team stor. Om tanken följs fullt ut skulle spridningen, för att inte säga splittringen, av kompetens bli omfattande samtidigt som samordningen mellan de tvärfunktionella teamen bli utmanande. I praktiken innebär denna utmaning att processororientering i större organisationer alltid måste ske i en matrisstruktur med funktionsorganisationen centrerad kring olika specialiteter som lever kvar. En struktur som i allra högsta grad problematiseras i litteraturen kring värdebaserad vård. Matrisorganisationers problem och risk för att medföra ökad komplexitet i hälso- och sjukvården har beskrivits i litteraturen (Kastberg & Siverbo, 2017). Konceptet ger ingen tydlig vägledning i hur denna avvägning ska ske, eller för den delen vad kostnaderna är om en matrisorganisation etableras i form av ökad komplexitet.

En fjärde utmaning som relaterar till de ovanstående ligger i svårigheterna att styra föränderliga och dynamiska verksamheter med såväl distinkta regler eller utfallsorientering. Given de svårigheter som uppstår i att standardisera och definiera processer, uppstår det en omedelbar problematik i att diktera villkoren för hur personal i verksamheten ska agera i alla möjligen tänkta scenarion. Standardisering och regelstyrning lämpar sig vanligen bäst i verksamheter med hög grad av förutsägbarhet och rutinbaserat handlande, men mer sällan i verksamheter som kräver möjlighet att fatta snabba – och livsavgörande – beslut. Problematiken med att definiera och mäta värde är välkänt. Vi vet att vi kontinuerligt mäter fel saker (Porter & Kaplan, 2011) och att vi har väldiga problem med att mäta kvalitet snarare än kvantitet (Karlsson, 2012). Även om det skulle vara så att vi skiftade fokus bort från att mäta processer till att mäta värdet i vårdcykler, som den värdebaserade vården föreslår, kvarstår problematiken om att komma överens om vad värde är. I försöket och strävan efter att tillgodose varje individuell patients värdeuppfattning bör det ses som ofrånkomligt att standardisering och mätbarhet försvåras.

Utöver dessa mer specifika utmaningar som vi knöt till processtanken i konceptet kan en reflektion göras kopplat till att processerna i modellen knyts till finansieringen av verksamheten. Det är lätt att se logiken i att utveckla en ersättningsmodell som mer fokuserar helheten i vårdprocessen. Bortser man

från de problem med processororientering som vi beskrivit kan en finansiering kopplad till processer förväntas stimulera en integration av vården. Med ett gemensamt ansvarstagande mellan olika kompetenser och funktioner som också stöds av ekonomiska incitament skapas en struktur som rimligen leder till en mer integrerad vård. Det förefaller emellertid utmanande att definiera sådana processer och prissätta dem i en sådan omfattning att det ska täcka in stora delar eller helheten i vården. Detta av samma skäl som det är svårt att tänka sig att hela sjukvården ska organiseras i processer. En problematik som konceptet inte säger något om är hur totalkostnaden ska hanteras som kan förväntas öka med en resultatstyrning där varje behandlad patient i en process leder till att ersättning betalas ut. Det verkar finnas en vilja för att minska totalkostnaderna genom att eliminera icke-värdeskapande aktiviteter. Detta är naturligtvis en välsinnad ambition, men hanterar inte det grundläggande problemet av att koppla ersättningsmodellen till volymprestation. Det är rimligt att vänta sig att detta kommer att leda till en ökad mängd behandlade patienter, men samtidigt också att kostnaderna ökar i samma utsträckning. Om begränsningar införs kan också viljan att producera antas minska (Berlin & Kastberg, 2011).

### ***Ett koncept som lovar runt...***

Om vi samlar upp resonemanget kan vi konstatera att värdebaserad vård som koncept förlänats en status som generellösning. Det är ett koncept som antas kunna införas som en modell för hälso- och sjukvården som helhet. Nu är för all del detta inget ovanligt när det gäller nya styrmodeller inom hälso- och sjukvården, eller inom andra sektorer heller för den delen. Vår genomgång av befintlig forskning kring konceptets tillämpning ger emellertid ett magert resultat. Utifrån de studier som gjorts går det inte att avgöra varken om modellen värdebaserad vård är tillämplig eller vilka resultat som kan förväntas. I likhet med andra koncept som gör anspråk på att vara helhetslösningar, som lean eller balanserad styrning (Hallin & Kastberg, 2002), tillämpas i praktiken endast delar av konceptet (Hellman et al., 2019). Vad det i praktiken innebär är att vi inte kan säga så mycket om det. Det öppnar emellertid upp för argument om att det allt jämt är ett oprövat och lovande koncept bara det tillämpas på rätt sätt. Vår analys av modellen i sig indikerar emellertid att så inte är fallet.

Vår diskussion visar att modellen knappast kan förväntas vara en lösning som kan fungera för sektorn som helhet. Att basera styrningen helt på processer och koppla en finansiering till dessa möter i praktiken problem på grund av den komplexitet som skapas och att riskerna är överhängande att de leder till

totalkostnadsökningar. Att konceptet inte kan förväntas fungera för alla organisationer eller sektorn som helhet måste emellertid inte innebära att det aldrig kan tillämpas. Det förefaller rimligt att tänka sig att värdebaserad vård mycket väl kan fungera som en mer avgränsad praktik för exempelvis mer avgränsade enheter med en tydlig avgränsad patientgrupp. I sådana fall undviks ett av kärnproblemen, att mängden processer och integrerade enheter blir så stora att den blir ohanterbara. Frågan är emellertid om konceptet värdebaserad då i praktiken egentligen tillför så mycket nytt eftersom liknande tillämpning redan existerar om vi avser en tydlig beställarstyrning av en avgränsad integrerad vårdinsats för en viss patientgrupp. Begreppet värdebaserad vård blir då mer av en pseudostyrning och frågan om vad som egentligen tillförs är befogad.



# Referenser

Berlin, J. 2006. *Beställarstyrning av hälso- och sjukvård: om människor, marginaler och miljoner*. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Berlin, J., & Kastberg, G. 2011. *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber.

Blomquist, T., & Packendorff, J. 1998. *Ekonomisk styrning för förändring: En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso-och sjukvården*. Umeå universitet.

Bolz, N. J & Iorio, R. 2016. Bundled payments: our experience at an academic medical center. *The Journal of arthroplasty*, 31(5): 932-935.

Brodkin, E. Z. 1997. Inside the Welfare Contract: Discretion and Accountability in State Welfare Administration. *The Social Service Review*, 71(1): 1-33.

Bunkers, B., K. M., Lubinsky, J., Weisz, J., & Whited, B. 2016. Value-based physician compensation: a link to performance improvement. *Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association*, 70(3): 52-58.

Carlsson, J. 2019. *När idéer får liv: Om intraprenader i tre kommuner*. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Chipman, A. 2019. *Value-based healthcare in Sweden: Reaching the next level*. The economist Intelligence Unit.

Collén, C., & Hellström, A. 2018. Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation. *BMC health services research*, 18(1): 681.

Dainty, K. N., Golden, B. R., Hannam, R., Webster, F., Browne, G., Mittmann, N., Stern, A., & Zwarenstein, M. 2018. A realist evaluation of value-based care delivery in home care: The influence of actors, autonomy and accountability. *Social Science & Medicine*, 206: 100-109.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. 1983. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147-160.

Dunleavy, P., & Hood, C. 1994. From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money & Management*, 14(3): 9-16.

Elbuluk, A. M., & O'Neill, O. R. 2017. Private bundles: the nuances of contracting and managing total joint arthroplasty episodes. *The Journal of arthroplasty*, 32(6): 1720-1722.

Eriksson-Zetterquist, U. 2009. *Institutionell teori : idéer, moden, förändring*. Malmö: Liber.

Eriksson, E. M. 2019. Representative co-production: broadening the scope of the public service logic. *Public Management Review*, 21(2): 291-314.

Forssell, A., & Ivarsson Westerberg, A. 2014. *Administrationssamhället*. Lund: Studentlitteratur.

Graban, M. 2009. *Lean hospitals. Improving quality, patients safety, and employee satisfaction*. London: CRC Press.

Hall, P. 2012. *Managementbyråkrati : organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. Malmö: Liber.

Hallin, B., & Kastberg, G. 2002. *Balanced scorecard i teori och praktik: en flerdimensionell styrmodell i hälso- och sjukvården*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Hallin, B., & Siverbo, S. 2003. *Styrning och organisering inom hälso och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hellman, S., Kastberg, G., & Siverbo, S. 2019. *Lean och processer i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Hofstede, G. 1981. Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society*, 6(3): 193-211.

Hood, C. 1991. A public management for all seasons? *Public Administration*, 6(3): 3-19.

Hood, C. 1995. The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3): 93-110.

Hood, C., & Dixon, R. 2015. *A government that worked better and cost less? Evaluating three decades of reform and change in UK central government*. Oxford: Oxford University Press.



- Hood, C., & Dixon, R. 2016. Not what it said on the tin? Reflections on three decades of UK public management reform. *Financial Accountability & Management*, 32(4): 409-428.
- Höglund, P., Essén, A., Choi, J., Ernestam, S., & Kaarme, J. 2012a. Värdebase-rad vård-strategi för effektivare svensk sjukvård. *Läkartidningen*, 109(47): 2159-2161.
- Höglund, P., Essén, A., Choi, J., Ernestam, S., Kaarme, J., & Neovius, M. 2012b. Värdebaserad vård-strategi för effektivare svensk sjukvård. *Läkartidningen*, 109(47): 2159-2161.
- Höglund, P., Essén, A., Choi, J., Ernestam, S., Kaarme, J., & Neovius, M. J. L. 2012c. Värdebaserad vård-strategi för effektivare svensk sjukvård. 109(47): 2159-2161.
- Karlsson, T. S. 2012. Organisering och styrning för ökad enhetlighet. In F. Andersson, T. Bergström, L. Bringselius, M. Dackehag, T. S. Karlsson, S. Melander, & G. Paulsson (Eds.), *Speglingar av en förvaltning i förändring: Reformeringen av Försäkringskassan*. Stockholm: Santérus.
- Karlsson, T. S. 2017a. *New Public Management: Ett nyliberalt 90-talsfenomen?* Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, T. S. 2017b. Shaping NPM: Social Democratic Values at Work. In I. Lapsley, & H. Knutsson (Eds.), *Modernizing the Public Sector: Scandinavian Perspectives*. London: Routledge.
- Karlsson, T. S. 2019. Searching for managerial discretion: How public managers engage managerialism as a rationalization for increased latitude of action. *Public Management Review*, 21(3): 315-333.
- Karolinska Sjukhuset. 2019. Vår verksamhetsmodell.
- Kastberg, G., & Siverbo, S. 2007. Activity-based financing of health care - experiences from Sweden. *International health planning and management*, 22(1): 25.
- Kastberg, G., & Siverbo, S. 2016. The role of management accounting and control in making professional organizations horizontal. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 29(3): 428-451.

- Kastberg, G., & Siverbo, S. 2017. Lean and process-orienting health care – linking and disentangling activities. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 14(4): 390-406.
- Kirkpatrick, J. R., Smith, B. M., Zapas, J. L., & Thomas, W. L. 2013. Clinical impact of a value-based decision: a surgical case study. *Journal of the American College of Surgeons*, 216(4): 800-811.
- Kouzes, J. M., & Mico, P. R. 1979. Domain Theory: An introduction to organizational behavior in Human Service Organizations. *Journal of Applied Behavioral Science*, 15(4): 449-469.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. 2006. Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing theory*, 6(3): 281-288.
- Löfström, C. 2003. *Hur Posten blev företag: Om reformer och översättning av idéer*. Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Meinert, E., Alturkistani, A., Brindley, D., Knight, P., Wells, G., & de Pennington, N. 2018. Weighing benefits and risks in aspects of security, privacy and adoption of technology in a value-based healthcare system. *BMC medical informatics decision making*, 18(1): 100.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. 1977. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83(2): 340-363.
- Mintzberg, H. 1983. *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Modell, S., & Grönlund, A. 2006. Introduktion och teoretisk översikt. In S. Modell, & A. Granlund (Eds.), *Effektivitet och styrning i statliga myndigheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., & Sandoff, M. 2017a. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital—a longitudinal interview study. *BMC health services research*, 17(1): 169.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Erichsen Andersson, A., & Sandoff, M. 2017b. Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadership in Health Services*, 30(4): 364-377.

- Nilsson, K., 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.
- Nilsson, K., & Sandoff, M. 2017. Leading implementation of the management innovation value-based healthcare at a Swedish University hospital. *J Hosp Adm*, 6: 51.
- Nordin, P., Kork, AA., & Koskela, I. 2017a. Value-based healthcare measurement as a context for organizational learning: Adding a strategic edge to assess health outcome? *Leadership in Health Services*, 30(2): 159-170.
- Nordin, P., Kork, A.-A., & Koskela, I. J. L. i. H. S. 2017b. Value-based healthcare measurement as a context for organizational learning: Adding a strategic edge to assess health outcome? , 30(2): *Leadership in Health Services*, 30(2):159-170.
- Osborne, S. 2018. From public service-dominant logic to public service logic: Are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public Management Review*, 20(2): 225–231.
- Osborne, S., Radnor, Z., & Strokosch, K. 2016. Co-production and the co-creation of value in public services: a suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5): 639-653.
- Pollitt, C. 1993. *Managerialism and the public services: Cuts or cultural change in the 1990s?* (2nd ed.). Oxford: Blackwell.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. 2017. *Public management reform: A comparative analysis - into the age of austerity* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Porter, M. E. 2010. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26): 2477-2481.
- Porter, M. E., & Guth, C. 2012. *Redefining German health care: moving to a value-based system*: Springer Science & Business Media.
- Porter, M. E., & Kaplan, R. S. 2011. How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 4: 47-64.
- Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. 2013. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3): 516-525.

- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. 2004. Redefining competition in health care. *Harvard business review*: 64-77.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. 2006. *Redefining health care: Creating value-based competition on results*: Harvard Business Press.
- Powell, W. W. 1991. Expanding the Scope of Institutional Analysis. In W. W. Powell, & P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- SBU. 2018. *Värdebaserad vård: Kartläggning av kunskapsläget*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- Tummers, L., & Bekkers, V. 2014. Policy Implementation, Street-level Bureaucracy, and the Importance of Discretion. *Public Management Review*, 16(4): 527-547.
- Walshe, K. 2009. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3): 153-159.
- Van Leeuwen, T. 2007. Legitimation in discourse and communication. *Discourse & Communication*, 1(1): 91-112.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. 2008. Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of marketing Science*, 36(1): 1-10.
- Weick, K. E. 1995. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Word Economic Forum. 2017. *Value in Healthcare: Laying the foundation for health system transformation*.
- Zucker, L. G. 1991. *The Role of Institutionalization in Cultural Persistence*. Chicago: The University of Chicago Press.



**Kommunforskning i Västsverige, KFi**, är en organisation som bedriver forskning inom området ekonomi och organisation i kommuner och regioner.

**Verksamheten** utgår ifrån ett samarbetsavtal mellan kommuner och regioner samt universitet och högskolor i Västsverige. Syftet med samarbetsavtalet är att initiera forskning inom det nämnda området och därmed bidra till att skapa en stark forskningsmiljö



**KommunForskning  
i Västsverige**

c/o Göteborgs universitet  
Box 665  
405 30 Göteborg

Tel 031-786 59 00  
E-post [kfi@kfi.se](mailto:kfi@kfi.se)  
[www.kfi.se](http://www.kfi.se)