

SBU BEREDER • RAPPORT 285/2018

Värdebaserad vård

Kartläggning av kunskapsläget

Rapportserie Denna rapport hör till serien SBU Bereder. Beredning av frågor för andra myndigheters eller aktörs verksamhet eller beslut, exempelvis till nationella riktlinjer. Vetenskapligt kunskapsunderlag tas fram av medarbetare på SBU i samarbete med ämnessakkunniga. Arbetsprocessen för att ta fram underlaget varierar beroende på frågeställning och behov.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

✓ Utvärdering av ny/etablerad metod	✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
✓ Systematisk litteratursökning	Patienter/brukare medverkat
✓ Relevansgranskning	Etiska aspekter
Kvalitetsgranskning	Ekonomiska aspekter
Sammanvägning av resultat	Sociala aspekter
Evidensgradering gjord av SBU	✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
Evidensgradering gjord externt	✓ Granskad av SBU:s vetenskapliga råd
Baseras på en systematisk litteraturoversikt	Godkänd av SBU:s nämnd
Konsensusprocess	

Nyckelord Värdebaserad vård, Värdebaserad sjukvård, Värdebaserad hälso- och sjukvård, Ersättningsssystem, Kvalitetsindikatorer, Integrerade vårdenheter, Integrerad vård, Kostnadsanalys, Tidsdriven aktivitetsbaserad kostnadskalkylering, Patientrapporterade upplevelsemått

Utgiven Maj 2018

Giltighetstid Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat

Produktion Grafisk produktion av Åsa Isaksson, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU2017/1190

Citera denna rapport SBU. Värdebaserad vård – kartläggning av kunskapsläget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 285. ISBN 978-91-88437-27-3.

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	5
1 Syfte	9
2 Bakgrund	11
Kvalitetsutveckling av vården	11
Värdebaserad vård	12
När ramverk möter verkligheten	15
Grundläggande antaganden om hur ramverk kan påverka – programteori	17
Svensk kontext och spridning	17
Evidens om sjukvårdens styrning och organisering	18
3 Metod för den systematiska kartläggningen	21
Frågeställning	21
Urvalskriterier	21
Metodik för urval av studier	22
Analys	23
4 Resultat av kartläggningen	25
Inkluderade studier	25
Studiemetodik	28
Implementering av värdebaserad vård	34
Bedömning av resultat	42
5 Diskussion	45
Flest studier från USA	45
Få studier tittar på helheten	45
Komponenterna är inte unika för värdebaserad vård	46
Programteori – antaganden om hur värdebaserad vård kan ha effekt	47
Få studier undersökte värdebaserad vård i primärvården eller äldreården	47
Metodologiska begränsningar	48
6 Överväganden för forskning, policy och praktik	51
Övervägande för policy och praktik	51
Framtida forskning	52
7 Projektgrupp, externa granskare, och råd	55
8 Ordförklaringar och förkortningar	59
9 Referenser	61
Bilaga 1 Sökstrategier	tillgänglig på www.sbu.se/285
Bilaga 2 Exkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/285
Bilaga 3 Tabeller över beskrivning av inkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/285

Sammanfattning

SBU:s kartläggning av forskningsläget tyder på att det endast finns forskning om värdebaserad vård i liten omfattning, i synnerhet vad gäller forskning om ramverket som helhet. Den forskning som finns har ofta brister och uppvisar en stor variation i hur värdebaserad vård tillämpas.

Syfte

Hälsa- och sjukvården står inför ekonomiska, demografiska och medicinska utmaningar. Styrning och organisation är viktiga för att möta dessa utmaningar. SBU har på uppdrag av regeringen kartlagt kunskapsläget för värdebaserad vård.

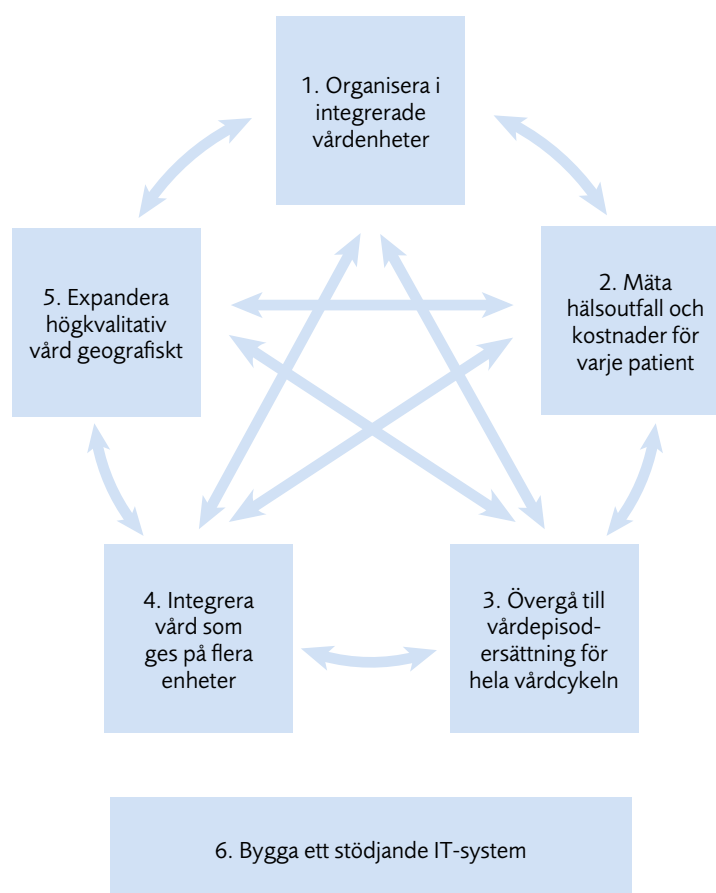
SBU:s rapport ger en sammanställning av den forskning om värdebaserad vård som finns idag. Den ger en bild av hur värdebaserad vård har utvärderats i publicerade vetenskapliga studier, med vilka inriktningar och med vilka vetenskapliga metoder. Vi har dock inte utvärderat evidensen eller om studiernas slutsatser är överförbara till andra vårdorganisationer eller till svenska förhållanden.

Bakgrund

Värdebaserad vård är ett övergripande ramverk till vilket man kan koppla olika insatser, åtgärder och metoder som syftar till att uppnå bästa möjliga hälsoutfall för patienterna i förhållande till resurserna som används. Det

innebär att man skiftar fokus från hur mycket vård som produceras och kostnader per producerad vårdenhet. I värdebaserad vård ingår sex sammankopplade komponenter (se Figur 1).

Figur 1
De sex komponenterna
i värdebaserad vård.



Sedan värdebaserad vård först presenterades år 2004 av Porter och Teisberg har det vuxit fram olika tolkningar av ramverket. Dels har ramverket utvecklats, dels tillämpas det på olika sätt.

Metod

SBU har gjort en systematisk litteratursökning i sex databaser som täcker perioden 2004 till december 2017. Sökningen kompletterades med en citeringsökning för två grundläggande artiklar av Porter och medförfattare. Endast studier med syfte att utvärdera värdebaserad vård inkluderades. Modellen, åtgärden eller komponenten som utvärderades i studien måste antingen benämnas som value-based health care eller value-based care. Dessutom inkluderades studier som utvärderade en modell, åtgärd eller komponent under förutsättning att studiens författare beskrev den som värdebaserad vård enligt Porters och medförfattares ramverk. Ett krav var också att studierna skulle innehålla en analys av insamlade data samt att åtgärden som studerades var utförd inom en

sjukvårdsorganisation eller ett hälso- och sjukvårdssystem. I kartläggningen har vi analyserat studierna tematiskt samt identifierat deras grundläggande antaganden om värdebaserad vård.

Resultat och diskussion

Totalt identifierades 36 artiklar som uppfyllde urvalskriterierna. Antalet vetenskapliga studier om värdebaserad vård har ökat under de senaste åren; 16 av de 36 artiklarna publicerades år 2017. Amerikanska artiklar dominerar (22 av 36) och det saknas därmed en bred internationell publicering. Av de 6 svenska artiklarna avser 5 Sahlgrenska Universitetssjukhuset och dess implementering av värdebaserad vård. Många (14 av 36) av de inkluderade artiklarna är enkla fallrapporter vars analys och resultat måste betraktas som preliminära och möjliga att ifrågasätta. Artiklarna har utgått från olika perspektiv. Majoriteten hade vårdgivarens perspektiv (till exempel en kliniks eller ett sjukhus). Endast ett fåtal inkluderade ett patientperspektiv, om än begränsat.

Få studier undersökte värdebaserad vård som helhet, det vill säga alla sex komponenter. Den forskning som finns fokuserar till stor del på enskilda komponenter, främst mätning av utfall och kostnader. Det innebär att det i nuläget finns lite forskning utifrån vilken det går att dra generella slutsatser om effekter och resultat av värdebaserad vård. Det är tveksamt om studier av enskilda komponenter kan användas för detta. De enskilda komponenterna är inte heller unika för värdebaserad vård utan ingår även i flera andra modeller och ramverk.

De studier som har identifierats har flera begränsningar. Studiedesignen är ofta bristfälligt beskriven. I flera studier är urvalet oklart, liksom när och hur data har samlats in och analyserats. Studierna är också relativt heterogena och omfattar olika patientgrupper (med till exempel cancer, höftledsoperation, hjärtinfarkt eller barn med komplexa tillstånd), utfallsmått och kostnadsvariabler.

Studierna kan alltså inte bedömas tillföra mer generell och överförbar kunskap avseende specifika effekter av värdebaserad vård. Resultaten indikerar att komponenterna i värdebaserad vård kan ha betydelse för hälsoutfall och minskade vårdtider. Resultaten tyder även på att utvecklingen av meningsfulla utfallsmått och andra komponenter i värdebaserad vård skulle kunna gynnas av att involvera såväl verksamhetsföreträdare som patienter, professionella och experter för att bättre förstå vad som fungerar för vem och under vilka förutsättningar.

Framtida forskning

Framtida forskning bör vara inriktad på systematiska, kritiskt prövande och teoriutvecklande undersökningar av åtgärder som bygger på en systemsyn på ramverket värdebaserad vård. Viktiga aspekter att beakta är patienters upplevelser av värdebaserad vård, arbetsmiljöförhållanden för de som arbetar inom vården samt övergångar mellan vård inom och mellan sjukhusorganisationer.

Även forskningens metodik behöver utvecklas för att hantera multidisciplinära forskningsfrågor och mångtydiga resultat som framkommer när man studerar värdebaserad vård. Mångdisciplinära forskargrupper har troligen bättre förutsättningar att utvärdera värdebaserad vård från olika perspektiv.

1 Syfte

Hälso- och sjukvården står inför ekonomiska, demografiska och medicinska utmaningar. Därför är det viktigt att fråga hur vården ska styras och organiseras för att möta dessa utmaningar och behov.

SBU fick i uppdrag av regeringen (S2017/04555/FS) att kartlägga kunskapsläget avseende värdebaserad vård. I regeringsuppdraget hänvisas till att värdebaserad vård har införts på ett antal sjukhus i Sverige, bland annat på universitetssjukhusen Akademiska sjukhuset i Uppsala, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg samt Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Olika sätt att styra och organisera sjukvård är viktiga att följa upp eftersom nya styrmodeller inom hälso- och sjukvården kan påverka förutsättningarna för att ge vård som utgår från patientens behov. I Sverige har värdebaserad vård införts på vissa sjukhus men också blivit flitigt omdebatterat. Det har lett till ett antal olika ansatser att granska och förstå begreppet, se till exempel Lönnroth 2017 [1].

Syftet med denna rapport är att kartlägga befintlig forskning, det vill säga publicerade vetenskapliga artiklar som utvärderar värdebaserad vård, antingen i sin helhet eller de olika komponenterna. Rapporten innehåller inte någon utvärdering av värdebaserad vård vid de sjukhus i Sverige där ramverket delvis har införts eller använts som inspirationsmodell. Sådan forskning kan däremot ingå i vår kartläggning om den har publicerats i vetenskapliga studier. Kartläggningen ger en sammanställning för vilka aspekter av värdebaserad vård det finns forskning om och var det finns kunskapsluckor. Rapporten innehåller inte några slutsatser och ger inte heller svar på vilken evidens det finns för värdebaserad vård, om den är relevant eller om den är överförbar till svenska förhållanden. Ett bredare syfte med rapporten är att ge underlag för en djupare förståelse av värdebaserad vård.

Viktiga målgrupper för denna rapport är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, professionerna, medborgare och brukare.

2 Bakgrund

Kvalitetsutveckling av vården

Sjukvården behöver sträva mot flera mål som till exempel att förbättra hälso-utfall, förbättra patientens upplevelse samt att använda resurserna effektivt, och de målen behöver avvägas mot varandra [2]. Ett sjukvårdssystem består av olika nivåer: mikrosystemet med patienten och dess närmaste vårdgivare, det organisatoriska mesosystemet som sjukhus och slutligen det övergripande makrosystemet med till exempel landsting och regioner [3]. I varje nivå hittar vi intressenter som alla arbetar med vad de anser är angelägna frågor från sina respektive håll. Dessa krafter och motkrafter bidrar till den komplexa miljö som sjukvården utgör och förklarar varför försök att förändra och förbättra hälso- och sjukvården med olika organisations- och styrmodeller många gånger har visat sig vara svårare än organisationsföreträdare och förändringsledare initialt trodde.

Sedan 1980-talet har olika grupper inom sjukvården, ofta på initiativ av kliniker, använt sig av förbättringsverktyg och förbättringsmodeller. Efter några år har ett mönster i den vetenskapliga litteraturen kunnat ses där en kvalitetsförbättringsansats tillämpas under en tre- till femårsperiod innan nästa ansats tar över. Skillnaden mellan dessa är oftast små, och fenomenet har därför döpts till "pseudoinnovation" [4]. Men om vi riktar fokus mot vad som anses vara lyckade organisationer och sjukvårdsorganisationer ser vi istället att de oftast medvetet har arbetat med en enda strategi som de har anpassat och utvecklat vidare i sin egen organisation [5].

Även om värdebaserad vård är mer omfattande än avgränsade kvalitetsförbättringsmodeller så kan det vara lätt att se värdebaserad vård som det senaste modet i trenden av managementidéer inom hälso- och sjukvården. Dock finns det utmaningar. En är att värdebaserad vård kräver engagemang från flera olika nivåer inom hälso- och sjukvården samtidigt. En annan är att det är lätt att vår förståelse av vad värdebaserad vård innebär blir bristfällig. En analys av forskningslitteraturen tyder på en ytlig och ibland direkt felaktig förståelse av vad värdebaserad vård är [6]. Detta kan göra det svårt att anpassa ramverket till hälso- och sjukvårdens praktik.

Värdebaserad vård

Värde är ett begrepp som länge har använts inom hälso- och sjukvården och det finns olika sätt att definiera och tillämpa det, se till exempel Muir Gray 2005 [7] eller Nelson 1990 [8]. I texten nedan fokuserar vi på värde så som det används inom värdebaserad vård och belyser hur värdebaserad vård har beskrivits i ursprungslitteraturen.

Värdebaserad vård kan karakteriseras som ett övergripande ramverk för hur sjukvården ska styras. En modell är en representation av verkligheten som ska hjälpa oss att förstå hur olika faktorer relaterar till varandra. Ett ramverk är en praktisk tillämpning av en teori eller modell. Därmed kan man till ramverket värdebaserad vård koppla mer specifika insatser, åtgärder och metoder som syftar till att uppnå bästa möjliga hälsoutfall för patienten i förhållande till de resurser som spenderas. Värde definieras enligt den så kallade värdeekvationen som illustrerar att man vänder upp och ner på det traditionella fokuset på kostnaden per producerad vårdenhet.

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

Begreppet värdebaserad vård introducerades av Michael Porter och Elisabeth Olmsted Teisberg i en artikel från 2004 i Harvard Business Review [9]. Tankarna i deras artikel utvecklades vidare och år 2006 publicerade de boken ”Redefining health care: Creating value-based competition on results” [10].

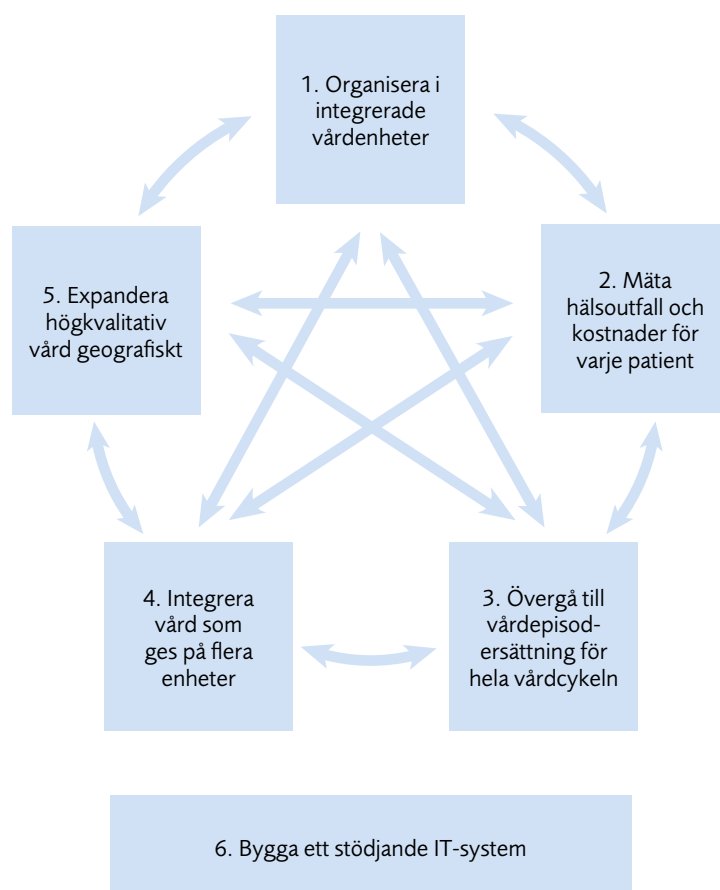
Porters och Teisbergs idéer utvecklades som ett svar på det amerikanska sjukvårdssystemet som präglats av kvalitetsbrister och höga kostnader under många år. Trots att sjukvården till större delen var privatfinansierad, så följde inte den amerikanska hälso- och sjukvårdsmarknaden samma utvecklingstrender som andra privata marknader där process- och metodförbättringar och innovationer ledde till lägre priser. Istället fortsatte kostnaderna att öka trots att utbudet begränsades. Stora brister upptäcktes också kring tillämpningen av evidensbaserad vård och man såg stora variationer i kostnader och kvalitet mellan olika vårdgivare och i olika geografiska områden. I sin analys pekade Porter och Teisberg ut grundfelet som missriktad konkurrens med fokus på

vårdproduktion (volym) [9]. Istället, menade de, borde hälso- och sjukvården genomgå en grundläggande förändring där man fokuserar på hälsoutfall. De argumenterade att när kliniker själva får möjligheten att upptäcka eventuella skillnader i kvalitet och kostnader, så utvecklar de en drivkraft för förbättring.

Utöver värdeekvationen utvecklade Porter och Teisberg även en så kallad värdestrategi (eng. value agenda) som består av sex komponenter för att förverkliga värdebaserad vård [11]. Komponenterna är ömsesidigt beroende och förstärkande (Figur 2.1).

De sex komponenterna är:

1. organisera i integrerade vårdenheter
2. mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient
3. övergå till värdeepisodersättning för hela vårdcykeln
4. integrera vård som ges på flera enheter
5. expandera högkvalitativ vård geografiskt
6. bygga ett stödjande IT-system.



Figur 2.1
De sex komponenterna i värdebaserad vård.

Nedan följer en kortfattad beskrivning av de olika komponenterna.

Komponent 1. Organisera i integrerade vårdenheter

Den första komponenten handlar om att hälso- och sjukvården behöver omorganisera sin kliniska verksamhet i integrerade vårdenheter (eng. integrated practice units, IPU). Historiskt sett har vårdens organisation följt specialitetsindelningen, vilket kan resultera i organisatoriska silon. För att bli patientcentrerad bör vården organiseras kring patienten och dennes medicinska tillstånd. En integrerad vårdenhet är ett multidisciplinärt team som kan möta alla de behov som en patient har inom hela det vårdförlopp som följer av patientens medicinska tillstånd. Inom värdebaserad vård kallas detta vårdförlopp värdekedjan. Exempel på medicinska tillstånd kan inkludera både det som traditionellt benämns som symptom, som huvudvärk, eller en sjukdom, som typ 1-diabetes.

Komponent 2. Mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient

Den andra komponenten innebär att mäta värdeskapande utfall av den vård och behandling patienten får, det vill säga att beräkna både hälsoutfall och kostnader för varje patient. Utifrån aggregerade patientdata går det sedan att skapa olika typer av jämförelsemått. Det innebär att tillräckligt många patienter måste behandlas på samma enhet för att man ska kunna göra trovärdiga jämförelser. Det är därför integrerade enheter behövs. Vilka hälsoutfall som ska mätas, vid vilket tillfälle, på vilket sätt och för vilka medicinska tillstånd är inte specificerat. Däremot föreslår författarna att mått ska väljas på tre nivåer (eng. tiers):

- Nivå 1 – de uppnådda hälsotillstånden (till exempel överlevnad eller grad av hälsa).
- Nivå 2 – återhämtningsprocessen (till exempel tid för att återhämta sig och återgå till normala aktiviteter eller patientsäkerhetsproblem som fel-diagnostik, felbehandlingar, komplikationer och vårdskador).
- Nivå 3 – de uppnådda hälsolivåernas hållbarhet (till exempel skov eller långtidskonsekvenser).

För att beräkna kostnader för varje patient föreslår författarna en tidsdriven, aktivitetsbaserad kostnadskalkylering (eng. time-driven activity based costing, TDABC).

Komponent 3. Övergå till värdepisodersättning för hela vårdcykeln

Den tredje komponenten handlar om att ersättning för vård bör baseras på en sammanhållen värdepisodersättning (eng. bundled payment), snarare än på ersättning för givna insatser var för sig (eng. fee-for-service). Värdepisodersättning bör täcka alla behov av insatser under en fullständig vårdcykel, inklusive kostnader för eventuella komplikationer vilket ofta benämns som komplikationsgaranti.

Komponent 4. Integrera vård som ges på flera enheter

Den fjärde komponenten är riktad mot de barriärer som kan finnas mellan olika vårdinrättningar i ett hälso- och sjukvårdssystem och även inom samma vårdgivarorganisation. Sådana barriärer kan göra att vården upplevs som fragmenterad. När det inte är möjligt att samlokalisera hela vårdkedjan inom samma integrerade enhet bör de olika vårdinrättningarna ändå kopplas samman på ett tydligt sätt.

Komponent 5. Expandera högkvalitativ vård geografiskt

Den femte komponenten är den som lättast kan kopplas till ett konkurrensutsatt system, som systemet i den amerikanska hälso- och sjukvårdskontexten. Tanken är att de organisationer som är bättre på att skapa värde bör expandera geografiskt och erbjuda sina tjänster på flera platser. Det handlar alltså inte bara om att organisationer ska lära av varandra.

Komponent 6. Bygga ett stödande IT-system

Den sjätte komponenten handlar om att skapa förutsättningar för att på ett smidigt sätt kunna ta fram och jämföra utfall och kostnader mellan olika vårdinrättningar, organisationer och system.

När ramverk möter verkligheten

När ett ramverk skapas eller översätts från en sjukvårdskontext till en annan behöver det ofta översättas och anpassas till den nya kontexten, inte minst när ramverket ska tillämpas i praktiken. Många gånger är det inte möjligt att bara flytta idéer, utan de måste anpassas till verksamheten. Hälso- och sjukvårdskontexten anses ofta skilja sig från tillverkningsindustrier, vilket är värt att tänka på när man diskuterar värdebaserad vård eftersom många av komponenterna kan härledas från idéer och teorier inom strategiforskning för tillverkningsindustrin, exempelvis värdekedjor [12]. Att organisera en klinisk verksamhet i integrerade vårdenheter för olika medicinska tillstånd skiljer sig avsevärt från hur en traditionell vårdorganisation ser ut. Historiskt sett har många vårdorganisationer (framför allt sjukhus) i Sverige och utomlands valt att organisera sig efter specialitet enligt den struktur som Abraham Flexner förespråkade i sitt inflytelserika reformprogram från 1910 [13]. Syftet var då främst att höja kvaliteten på läkarutbildningen.

Porters och Teisbergs idéer fick snabbt stor uppmärksamhet internationellt. När olika organisationer började arbeta med ramverket uppdagades frågor som krävde olika anpassningar som Porter och medförfattare beskriver i litteraturen, till exempel att man bör definiera en vårdepisod i termer av tid (till exempel 1 år) för individer med kroniska sjukdomstillstånd, och att primärvårdspatienter inte bör delas upp efter medicinska tillstånd utan i breda segment, så som frisk med akut sjukdom eller kroniskt sjuk [14,15].

Den andra komponenten (att mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient) illustrerar utvecklingen av mått på hälsoutfall och andra utfall av vården som producerats. Det finns olika sätt att mäta hälsoutfall och dessa kan värderas från olika perspektiv, till exempel professionens, patienters, forskares eller huvudmäns. Som en konsekvens av att värdebaserad vård riktade fokus mot värdeskapande så har också intresset för att operationalisera och standardisera mått på hälsoutfall ökat. Det finns en stor variation i detta arbete, bland annat beroende på om fokus läggs på process eller hälsa som utfallsmått. Det är också vanligt att man beräknar utfall utifrån flera aspekter, som insatsens effekter på kort sikt (tillfrisknande, symtomlindring) och på längre sikt (funktionsförmåga, arbetsförmåga) såväl som risker med vården (biverkningar, komplikationer, död) samt den tid behandlingen tagit. Patienters upplevelse av vården inkluderar också i växande omfattning, till exempel hur nöjda patienterna är med den vård de fått samt med deras funktion och livskvalitet, till exempel beräknat med patient reported outcome measures (PROMs) och patient reported experience measures (PREMs). Organisationen ICHOM¹ är starkt förknippad med värdebaserad vård och arbetar med att ta fram standardiserade utfallsmått för de vanligaste medicinska tillstånden. Patienters perspektiv och upplevda värden av vården (till exempel skattad hälsa, livskvalitet eller tillfredsställelse med vård- och behandlingsprocessen), som inte fanns med i 2006 års version av värdebaserad vård, har inkluderats för många av de medicinska tillstånden. ICHOM har också valt att frångå den strikta uppdelningen i tre olika nivåer av hälsoutfall.

Den del av ramverket som kanske väcker mest debatt och uppvisar störst variation av tolkningar och frånsteg från Porters och Teisbergs ramverk handlar om den tredje komponenten (övergå till värdeepisodersättning för hela vårdcykeln). Värdeekvationen ska möjliggöra separata kvalitets- och kostnadsjämförelser, men i vissa tolkningar sätter man istället ihop ekvationen och kopplar det till incitamentsersättning. Många olika begrepp som value-based performance, value-based reimbursement, pay-for-performance och value-based purchasing figurerar i dessa tolkningar. Ibland används de som argument för att införa värdebaserad vård eller så kopplas de till ramverket trots att Porter och Teisberg tydligt har tagit avstånd från fee-for-service och pay-for-performance [10].

Efter drygt tio års erfarenheter av att arbeta med och anpassa ramverket utvecklades en uppdaterad version under ledning av stiftelsen World Economic Forum [16]. Företrädare för ett antal organisationer från hela hälso- och sjukvårdssektorn, inklusive sjukhus, läkemedelsföretag samt Porter och ICHOM, försökte förtydliga innebörden av värdebaserad vård. Värdeekvationen fanns kvar, men de sex delstrategierna ersattes av principer samt aspekter som underlättar införandet av värdebaserad vård och berör policyer. De tre principerna är att man systematiskt bör mäta utfall och kostnader för hela vårdcykeln, identifiera tydligt definierade befolkningssegment samt utveckla och anpassa segment-

¹ ICHOM är en icke vinstdrivande organisation som bildades av företrädare från Harvard Business School, Boston Consulting Group och Karolinska Institutet. ICHOM:s mål är att ta fram internationella mätstandarder för vårdresultat. ICHOM samlar patientrepresentanter, läkare och registerhållare som är med och bestämmer vilka resultat som är viktigast att mäta vid olika medicinska tillstånd och hur det ska gå till.

specifika interventioner för att förbättra värde. Det finns fyra faktorer som underlättar detta:

- information
- benchmarking, forskning och verktyg
- ersättning
- en sjukvårdsproduktionsorganisation (till exempel en integrerad vårdenhet).

Policyaspekter handlar om att uppmärksamma den legala och regulatoriska miljöns påverkan på införandet av värdebaserad vård. Men eftersom det nya ramverket släpptes under våren 2017 kan man inte rimligen förvänta sig att det har undersökts vetenskapligt. Vi har därför utgått från det ursprungliga ramverket för analysen i denna rapport.

Grundläggande antaganden om hur ramverk kan påverka – programteori

Inte nog med att det är svårt att lyckas med ett förbättringsprojekt, det har också visat sig vara svårt att ta en framgångsrik modell från en organisation och ”kopiera och klistra in” den i en annan organisation. Insikter om hur kontexten påverkar hur väl interventioner kan leda till bestående förändringar har lett till att ett antal modeller har utvecklats där man genomför förändringar samtidigt som man belyser kontextens roll, till exempel Pettigrews and Whippes modell som lägger tonvikt på kontext, innehåll och process [17]. Ett annat exempel är Pawson och Tilley som introducerade realistic evaluation som en forskningsansats, ett sätt att försöka förstå vad som fungerar, för vem och under vilka omständigheter [18].

När man analyserar betydelsefulla faktorer och förhållanden för att kunna bedriva förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården kan det vara svårt att dra slutsatser som tar hänsyn till de många nyanser som finns i samspelet mellan kontext, innehåll och process. Av den anledningen har vissa forskare föreslagit att man ska studera interventioner genom att först tydliggöra hur och varför man tror att den planerade interventionen ska leda till det önskade resultatet [19]. Detta kallas för programteori. Genom att sedan jämföra programteori med empiri, det vill säga det verkliga resultatet av en intervention, kan programteorin förkastas eller utvecklas för att sedan fungera som ett stöd om man ska försöka upprepa interventionen i en annan kontext [18,20].

Svensk kontext och spridning

Sverige har varit ledande inom tillämpning av förbättringskunskap inom hälso- och sjukvården. Utöver många lokala initiativ, som exempelvis i region Jönköpings län och Kalmar läns landsting, har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) också spridit goda exempel och även drivit flera egna nationella projekt.

År 2007 presenterade Porter sina idéer om värdebaserad vård i Sverige. Sverige var redan då världsledande inom utvecklingen av kvalitetsregister. Utvecklingen fortsatte och tio år senare hade Sverige 96 nationella kvalitetsregister med individbaserade uppgifter om typ av hälsoproblem, åtgärder och resultat. Registren lyfts fram som en viktig infrastruktur för uppföljning och utvärdering av resultat och kvalitet. Det är i mångt och mycket på grund av dessa satsningar som Sverige har hamnat ensam i topp bland världens länder i en utvärdering som The Economist har gjort om förutsättningar för att införa värdebaserad vård [16].

Evidens om sjukvårdens styrning och organisering

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt den svenska patientsäkerhetslagen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Inom managementfältet har man blivit inspirerad av utvecklingen inom evidensbaserad medicin. Pfeffer och Sutton uppmanar till exempel chefer i allmänhet att tänka i termer av evidensbaserad management genom att undersöka om organisationsförändringar har forskningsstöd samt låta chefer experimentera med olika idéer och belöna dem som drar lärdomar av sina experiment [21]. Det ligger nära till hands att tänka sig att det borde finnas liknande krav på evidens när det gäller managementmodeller för sjukvårdens styrning och organisering. Walshe och Rundall [22] pekar på att det finns ett gap mellan forskning och praxis även när det gäller sjukvårdens styrning och organisering, där man överanvänder populära modeller och prövar lovande innovationer i för liten utsträckning.

För styrformer och organisationsmodeller finns det emellertid inte evidens på samma sätt som det finns för medicinska behandlingsmetoder. Organisationer kan betraktas som komplexa, adaptiva system där aktörer aktivt reagerar på förändringar, vilket gör det svårt att förutsäga vad konsekvenserna blir när en viss modell implementeras [23]. Det går inte att utgå från att en modell som fungerat väl i vissa organisationer får liknande effekter i andra organisationer. Det går inte ens att räkna med att det i egentlig mening är samma modell som implementeras, eftersom modeller som sprids mellan organisationer i regel genomgår en betydande omtolkning och anpassning under vägen [24].

En bättre liknelse skulle kunna vara personalized medicine, där man identifierar och anpassar sig efter en individs unika egenskaper för att skapa mer effektiva behandlingar. Med mer utvecklad kunskap om och förståelse för de unika kontextuella egenskaperna hos en organisation skulle vi kanske bli mer effektiva i att utveckla interventioner som hjälper organisationen att bli bättre på att nå sina mål.

Enligt ett sådant synsätt kan inte evidens om sjukvårdens styrning och organisering byggas upp genom randomiserade kontrollerade studier utan snarare

genom att systematiskt samla in erfarenheter. Vi kan också utveckla empiriskt grundade teorier om varför olika modeller och sätt att implementera dem fungerar mer eller mindre väl i olika typer av organisationer [25]. Men att bygga upp sådan evidens tar tid, och det försvåras av att det finns en snabb omsättning på populära, snarlika organisationsmodeller som införs och byts ut i tre- till femårsstycken innan de har hunnit kartläggas eller utvärderas av sjukvårdsorganisationer och managementforskare [4,6]. Nya modeller för sjukvårdens styrning och organisering kan alltså vara värda att pröva och fortsätta med även om de hittills saknar stöd i forskningen, men det behöver i så fall kombineras med kritisk granskning, vetenskaplig utvärdering och teoriutveckling.

3 Metod för den systematiska kartläggningen

Syftet med kartläggningen är att skapa en överblick över den forskning som finns. Samtliga vetenskapliga artiklar som har bedömts vara relevanta för rapportens frågeställningar har identifierats och granskats utifrån vissa frågor, urvalskriterier och metodval. I det här avsnittet beskriver vi dessa.

Frågeställning

Vad är kunskapsläget avseende värdebaserad vård?

För att besvara detta gjorde vi en kartläggning av vetenskapliga studier (originalstudier samt systematiska översikter) om värdebaserad vård som har publicerats i vetenskapliga tidskrifter.

Urvalskriterier

Population: Vi inkluderade studier som undersökt en åtgärd som var utförd inom ramen för ett hälso- och sjukvårdssystem eller en sjukvårdsorganisation. Sjukvårdsorganisationer kan till exempel vara ett sjukhus eller en del av ett sjukhus, primärvård eller äldreomsorg. Med hälso- och sjukvårdssystem avser vi system

där det finns en huvudman med ansvar för genomförande och finansiering av sjukvård.

Intervention: Vi inkluderade endast studier vars syfte var att utvärdera värdebaserad vård, antingen i sin helhet eller de olika komponenterna. För att vi skulle inkludera en studie krävde vi att modellen, åtgärden eller komponenten som utvärderades antingen benämndes som value-based health care eller value-based care. Vi inkluderade även artiklar som utvärderade en åtgärd, modell eller komponent som enligt författarna bygger på Porter och medförfattares ramverk, det vill säga hänvisade till någon av de två studierna i ursprungslitteraturen [9,25].

Detta innebär alltså att studier som inte benämnde den studerade åtgärden som value-based health care eller value-based care eller hänvisade till Porters och Teisbergs originalreferenser inte inkluderades i denna kartläggning.

Vi exkluderade även studier med fokus på angränsande styrmodeller och managementmodeller, som till exempel lean eller value-based purchasing, även om de innehöll referenser till Porter.

Kontrollintervention: Inga krav.

Utfall: Inga krav.

Studiedesign: Vi inkluderade studier med alla typer av studiedesigner för empiriska studier. Däremot exkluderade vi översikter, brev (eng. letter), kommentarer och liknande.

Publikationstyp, tidsperiod och språk: Vi inkluderade originalstudier samt systematiska översikter som publicerats i vetenskapligt granskade tidskrifter (eng. peer-reviewed journals) från 2004 till december 2017. Vi inkluderade publikationer på engelska eller något av de skandinaviska språken.

Metodik för urval av studier

Litteratursökning

Litteratursökningen utformades med utgångspunkt i projektets frågeställningar och i nära samarbete med SBU:s informationsspecialist och de ämnessakkunniga. Sökningarna gjordes i följande databaser: Embase, Medline, Scopus, Cinahl och Academic Search Elite. Sökningen kompletterades dels med en citeringsökning för två studier av Porter och medförfattare [9,25], dels med litteratur som identifierades i referenslistor från publicerade artiklar. Den sista databassökningen gjordes i december år 2017. Sökstrategierna redovisas i detalj i Bilaga 1, www.sbu.se/285.

Relevansbedömning

Tre personer relevansbedömde inledningsvis samtliga artiklar som litteratursökningen genererade utifrån sammanfattningarna. Alla artiklar som bedömdes vara potentiellt relevanta beställdes i fulltext. De sakkunniga bedömde där efter deras relevans utifrån fulltextartiklarna. Artiklar som inte uppfyllde urvalskriterierna exkluderades. Dessa finns redovisade i Bilaga 2, www.sbu.se/285. Från de artiklar som bedömdes vara relevanta extraherades betydelsefulla data. Dessa redovisas i tabeller i Bilaga 3, www.sbu.se/285. Alla relevanta studier inkluderades oavsett brister i studieupplägg.

Analys

Kartläggningen presenterar i huvudsak en beskrivning av den forskning som finns om värdebaserad vård utifrån de artiklar som inkluderats enligt kriterierna ovan. Innehållet i artiklarna har analyserats och sorterats i enkla, bredare kategorier avseende:

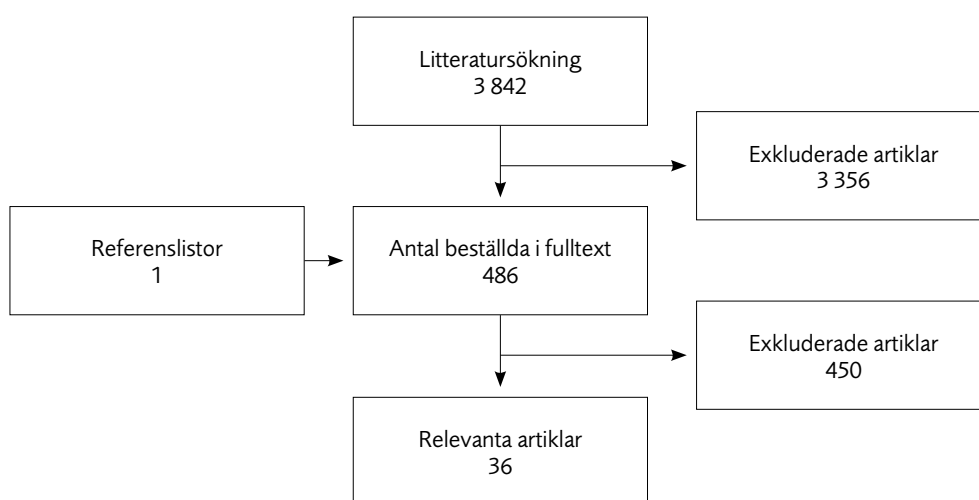
1. Studiernas ursprungsland och huvudsakliga fokus.
2. Vald studiemetodik, inklusive övergripande studiedesign, använda utfall och andra variabler samt perspektiv i val av utfall.
3. Aspekter på implementering av värdebaserad vård, inklusive programteori och vilka komponenter av värdebaserad vård som har undersökts.

I vår kategorisering har vi i första hand utgått från forskarnas egen beskrivning (så kallad induktiv och manifest kodning) och i andra hand har vi tolkat vad forskarna har beskrivit. Det sistnämnda avser framför allt programteori och komponenter av värdebaserad vård, men även studiens design och perspektiv. Detta då det i artiklarna inte alltid framgår tydligt vilken studiemetod de har använt eller vilka aspekter av värdebaserad vård de har fokuserat på samt att flera studier även kombinerar flera olika aspekter. Därför bör kategoriseringen betraktas som ett försök att skapa en viss överblick snarare än en slutgiltig karakteristik av varje enskild studie. För att analysera programteori använde vi oss av en tematisk analys [26]. För varje artikel identifierades den uttryckta programteorin. I vissa fall framgick programteorin tydligt, i andra fall krävdes en viss tolkning. De grupperades enligt övergripande drag och rubricerades i enlighet med teman. Grupperingen utfördes av tre personer tills konsensus uppnåts. Resultatet av analysen diskuteras i respektive avsnitt nedan. Därefter ger vi våra reflektioner över vilken bedömning som kan göras av resultat av kartläggningen.

4 Resultat av kartläggningen

Inkluderade studier

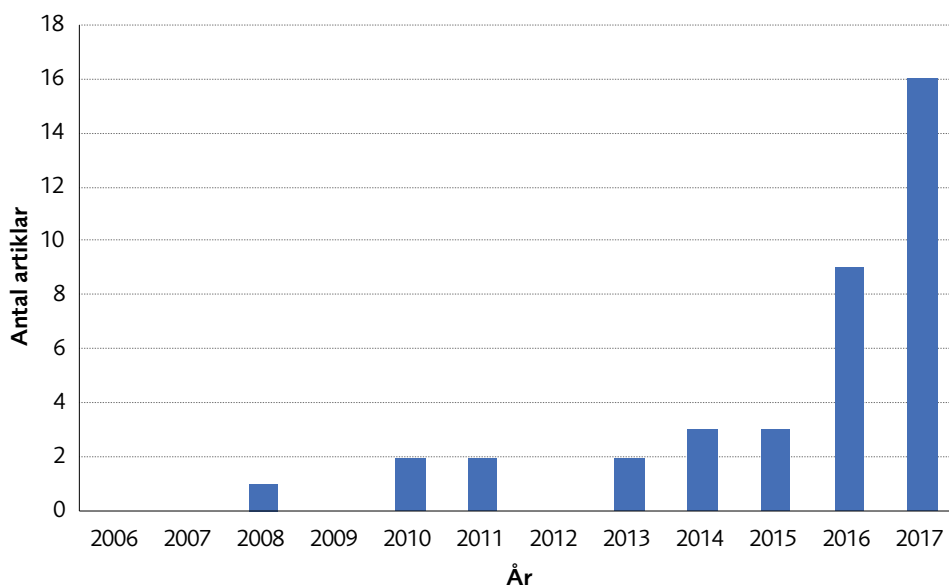
Den senaste litteratursökningen genomfördes i december 2017. Sökstrategierna, som redovisas i Bilaga 1 (www.sbu.se/285), genererade 3 842 referenser (artikel-sammanfattningar), se Figur 4.1. Av de 486 artiklar som beställdes i fulltext var det 36 artiklar som uppfyllde urvalskriterierna [28–63]. Exkluderade artiklar redovisas i Bilaga 2, www.sbu.se/285. I Bilaga 3, www.sbu.se/285, finns tabellverk över inkluderade studier. Där presenteras också de enskilda studiernas slutsatser.



Figur 4.1
Flödesschema över litteratursökningen och urval av studier.

Den första artikeln publicerades år 2008, men majoriteten av de inkluderade artiklarna publicerades mellan 2016 och 2017 (se Figur 4.2).

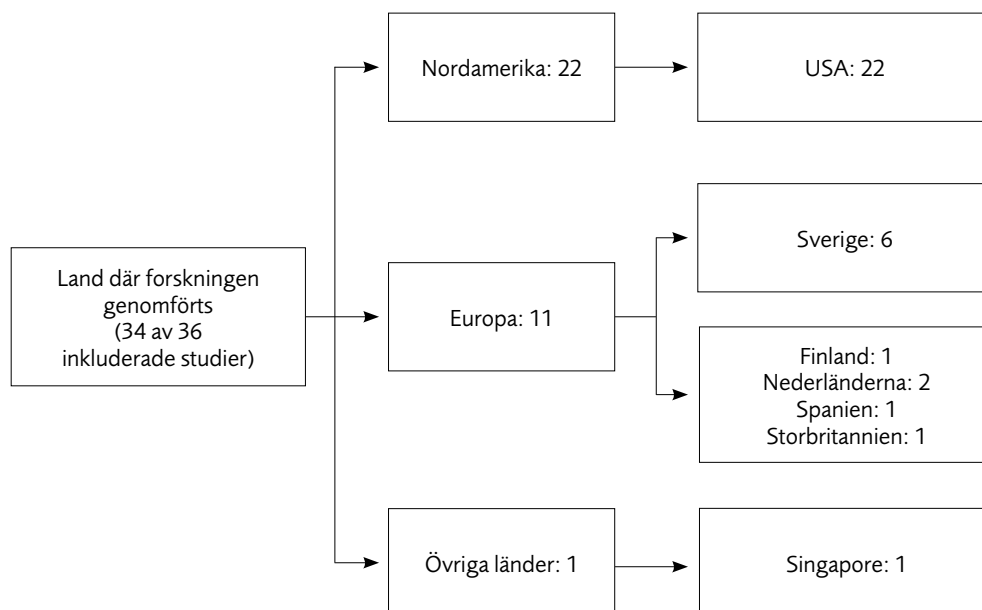
Figur 4.2
Antal artiklar publicerade under åren 2006–2017.



Studiernas ursprungsland

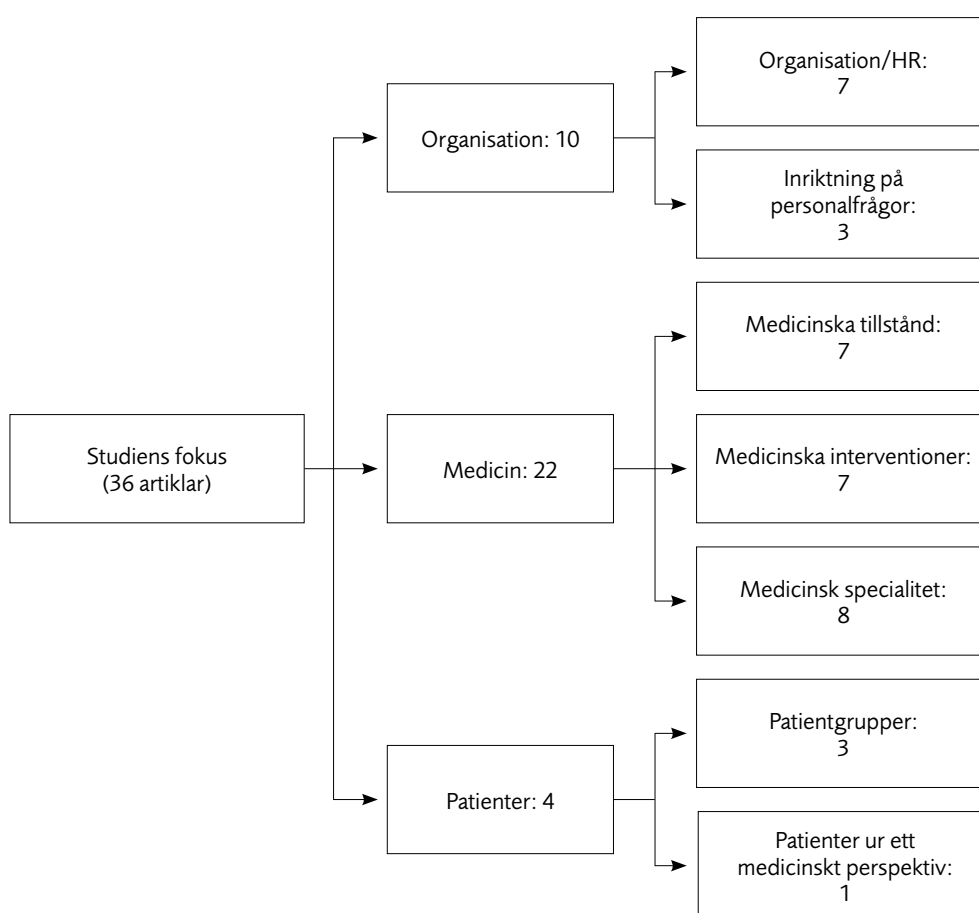
Studierna var från USA (22 artiklar) [28–31,34–36,38,40–42,45,47,49–52, 58–62], Sverige (6 artiklar) [33,37,39,53–55], Holland (2 artiklar) [44,63], Finland [57], Storbritannien [32], Singapore [48] och Spanien [56] (se Figur 4.3). Av de svenska artiklarna var fyra skrivna av samma forskargrupp som utvärderade arbetet med värdebaserad vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset [39,53–55].

Figur 4.3
Sammanställning över vilka länder artiklarna kom från, exklusive de två översikterna.



Studiernas fokus

Artiklarna hade olika fokus: organisationen eller human resources (till exempel universitetssjukhus eller cancercenter) [30,31,35], medicinska tillstånd (till exempel sned skalldeformitet eller ledgångsreumatism) [40,41,45,47,49,61,62], medicinsk specialitet (till exempel kolorektalkirurgi eller hjärtkirurgi), medicinska interventioner (till exempel höft- och knäplastik eller mikrovaskulär dekompressionskirurgi) [29,36,38,50–52,56] och patientgrupper (till exempel barn och ungdomar med komplexa medicinska tillstånd) [42,48,49,58] (se Figur 4.4). Fokus i de svenska studierna låg på organisation [39,46,53–55] och medicinsk specialitet [33].



Figur 4.4
Sammanställning
av de inkluderade
artiklarnas huvudfokus,
tematisk analys.

Vi analyserade de 36 inkluderade studierna utifrån från följande perspektiv:

1. Studiemetodik
 - a. Övergripande studiedesign
 - b. Utfall och variabler
 - c. Perspektiv
2. Implementering av värdebaserad vård
 - a. Programteori
 - b. Vilka komponenter av värdebaserad vård som har undersökts

Dessa diskuteras i respektive avsnitt nedan. Därefter ger vi våra reflektioner över vilken bedömning som kan göras av resultatet av kartläggningen.

Studiemetodik

Övergripande studiedesign

I detta avsnitt redovisar vi artiklarnas olika studiedesign, då det ger en bild av de olika forskningsansatserna som har använts. En sammanställning av artiklarnas olika studiedesigner redovisas i Tabell 4.1.

Tabell 4.1
Sammanställning av inkluderade artiklars studiedesign.

Fallrapporter	Fallstudier	Kohorter	Systematiska översikter	Kvalitativa studier*	Multikriterieanalys
Totalt: 14	Totalt: 6	Totalt: 12	Totalt: 2	Totalt: 1	Totalt: 1
Altavela, 2017 [28]	Ericksen Andersson, 2015 [39]	Caspers, 2013 [31]	Keel, 2017 [46]	Ebbevi, 2016 [37]	Parra, 2017 [56]
Bolz, 2016 [29]	Collden, 2017 [33]	Colegate-Stone, 2016 [32]	Govaert, 2015 [43]		
Bunkers, 2016 [30]	Nilsson, 2017 [53]	Malkani, 2017 [49]			
Cook, 2017 [34]	Nilsson, 2017 [54]	Peele, 2017 [58]			
Douglas, 2016 [35]	Nilsson, 2017 [55]	van Veghel, 2016 [63]			
Dundon, 2016 [36]	Parvinen, 2010 [57]	Govaert, 2016 [44]			
Elbuluk, 2017 [38]		Low, 2017 [48]			
Feeley, 2010 [40]		McCray, 2017 [50]			
Fong, 2011 [41]		McLaughlin, 2014 [52]			
Gordon, 2011 [42]		McLaughlin, 2014 [51]			
Inverso, 2015 [45]		Ryan, 2017 [60]			
Kirkpatrick, 2013 [47]		Van Deen, 2017 [62]			
Pollock, 2008 [59]					
Thaker, 2017 [61]					

* Det finns överlappande studier, inom till exempel fallrapporter/fallstudier som har använt sig av både kvalitativa och kvantitativa metoder.

En stor andel (14 av 36) av artiklarna i denna kartläggning kan karakteriseras som enkla fallrapporter där författarna berättar hur deras organisation tillämpar någon form av värdebaserad vård [28–30,34–36,38,40–42,45,47,59,61]. De berättar om hur sjukvården på enheten är organiserad och vad de anser sig ha uppnått med hjälp av tillämpningen av värdebaserade vård, ibland illustrerat med kvantitativa uppgifter om kostnader och kliniska resultat. Författarna till fallrapporterna fokuserar huvudsakligen på positiva aspekter av den organisation, form av värdebaserade sjukvård och ibland även yrkesgrupp som de själva företräder, även om en del också tar upp svårigheter och utmaningar. Det kan noteras att de flesta av fallrapporterna avser sjukvårdsorganisationer i USA.

En mindre andel av artiklarna utgör fallstudier i samhällsvetenskaplig mening, det vill säga studier där forskare med hjälp av redovisade metoder samlat in och analyserat empiriskt material om ett eller flera fall av ett mer generellt fenomen – i detta sammanhang värdebaserad vård eller någon komponent av värdebaserad vård – i syfte att bättre förstå eller förklara fenomenet eller det som är specifikt för fallet [33,39,53–55,57]. Fallstudier kan använda både kvalitativa och kvantitativa metoder. Samtliga fallstudier i denna kartläggning är kvalitativa intervjustudier som har utförts i en viss organisation eller organisationsenhet. En av dessa [57] analyserar även kvantitativa data om organisationen som undersöks. Fyra av fallstudieartiklarna bygger på en och samma kvalitativa intervjustudie av värdebaserad vård vid ett svenskt sjukhus [39,53–55]. Det kan noteras att samtliga fallstudier avser sjukvårdsorganisationer i Norden, varav en i Finland [57] och övriga i Sverige.

En relativt stor andel (12 av 36) av artiklarna i kartläggningen utgör retrospektiva eller prospektiva kohortstudier, det vill säga observationsstudier där data har samlats in om en viss grupp patienter över tid [31,32,44,48–52,58,60,62,63]. Data kan ha samlats in efterhand med hjälp av journal- eller registerstudier (retrospektiva kohortstudier) eller efterhand under en tidsperiod utifrån förutbestämda mätpunkter (prospektiva kohortstudier). Två saker bör framhållas när det gäller kohortstudierna. För det första framgick designen och hur väl den genomförts inte alltid helt tydligt av artiklarna. Indelningen som gjorts här bör därför betraktas som ett försök att skapa en viss överblick snarare än en slutlig karakteristik av varje enskild studie. För det andra kombinerades vanligen olika studiedesigner. De flesta av kohortstudierna var även fallstudier eller fallrapporter, i och med att de behandlar hur värdebaserad vård tillämpas vid en viss klinik, ett visst sjukhus eller en specifik sjukvårdsorganisation. Detta har fått styra urvalet av vilka patienter som ska ingå i kohorterna, exempelvis en grupp av patienter vid en viss klinik under en viss tid efter att kliniken har börjat tillämpa någon form av värdebaserad vård. Dessa studier har dock i regel en systematik som saknas i de enkla fallrapporterna.

Två av artiklarna i kartläggningen utgör systematiska litteraturöversikter [43,46], det vill säga studier som på ett systematiskt sätt samlat in och analyserat resultaten av relevanta studier av en viss fråga. Om en systematisk litteraturöversikt är väl genomförd anses den i allmänhet ha större tyngd än en enskild studie. Den ena systematiska översikten undersökte kostnadskomponenten (TDABC) i värdebaserad vård. Här inkluderades studier som hade undersökt komponenten oavsett organisationsmodell, och litteratursökningen omfattade

studier publicerade fram till januari 2016. Av de 34 studier som ingår i vår rapport och som inte var systematiska översikter handlade två [45,61] om kostnadskomponenten varav en [45] också ingick i den systematiska litteraturoversikten då den hade publicerat före januari 2016. Den andra översikten undersökte sjukvårdskostnader inom en viss specialitet. Ingen av de studier som vi har inkluderat ingick i den.

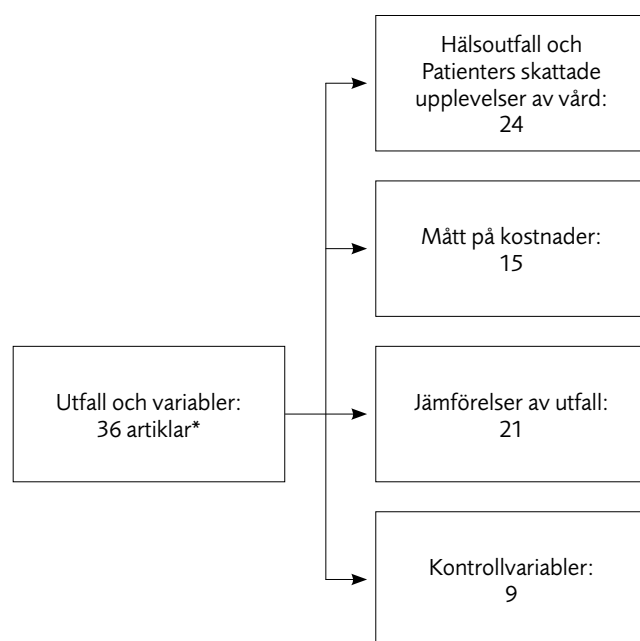
En studie använde en kvalitativ analysmetod utan att vara en fallstudie [37] och en studie kan karakteriseras som en multikriterieanalys [56]. I den kvalitativa studien undersöktes en viss patientgrupps syn på vården [37]. Den andra studien hade som syfte att utveckla en metod för bedömning och ranking av olika behandlingscenter [56].

En viktig aspekt av studiedesignen är tidshorizonten, det vill säga om studien undersökte effekter på kort eller lång sikt. I fallrapporterna och fallstudierna var denna tre månader [32,48] respektive ett år [29–31], två år [58], tre år [50] och fem år [59] efter behandlingen. I registerstudierna varierade den mellan ett år [62,63], tre år [36,43], fem år [60,63] och femton år [49].

Utfall och andra variabler

I bakgrunden beskrev vi hur synen har utvecklats på utfall av vård, från hälso-utfall skattade av experter eller professioner (med indelning i tre nivåer) till att omfatta fler perspektiv, särskilt patienters upplevda hälsa och tillfredsställelse. Det finns också flera aspekter av värdeskapande vård, till exempel individers unika upplevelse av vård, måluppfyllelse av vård i form av hälsoutfall eller effektiv vårdprocess som ett värde i sig [33]. Tre studier hade som syfte att analysera hur utfallen av vård kan förstås, konstrueras eller analyseras jämte varandra [33,37,56]. Ebbevi och medförfattare intervjuade patienter i en kvalitativ studie och gjorde en jämförande analys mellan patienternas upplevelse av värde och Porters värdekategorier (Nivå 1–3) [37]. Colldén och medförfattare analyserade i en fallstudie medarbetares och professionellas förståelse av olika utfall och värde av vård [33]. Parra och medförfattare utvecklade en multikriteriemetod för att skatta betydelsen av olika utfall och vikta dessa [56].

Det ingick inte i SBU:s uppdrag att mer djupgående definiera och analysera olika sätt att förstå, tolka och använda olika utfall av vård. Däremot gjorde vi en mer detaljerad kartläggning av studiedesignen avseende studiernas utfall, se Figur 4.5.



Figur 4.5
Sammanställning
av artiklarnas utfall
och variabler.

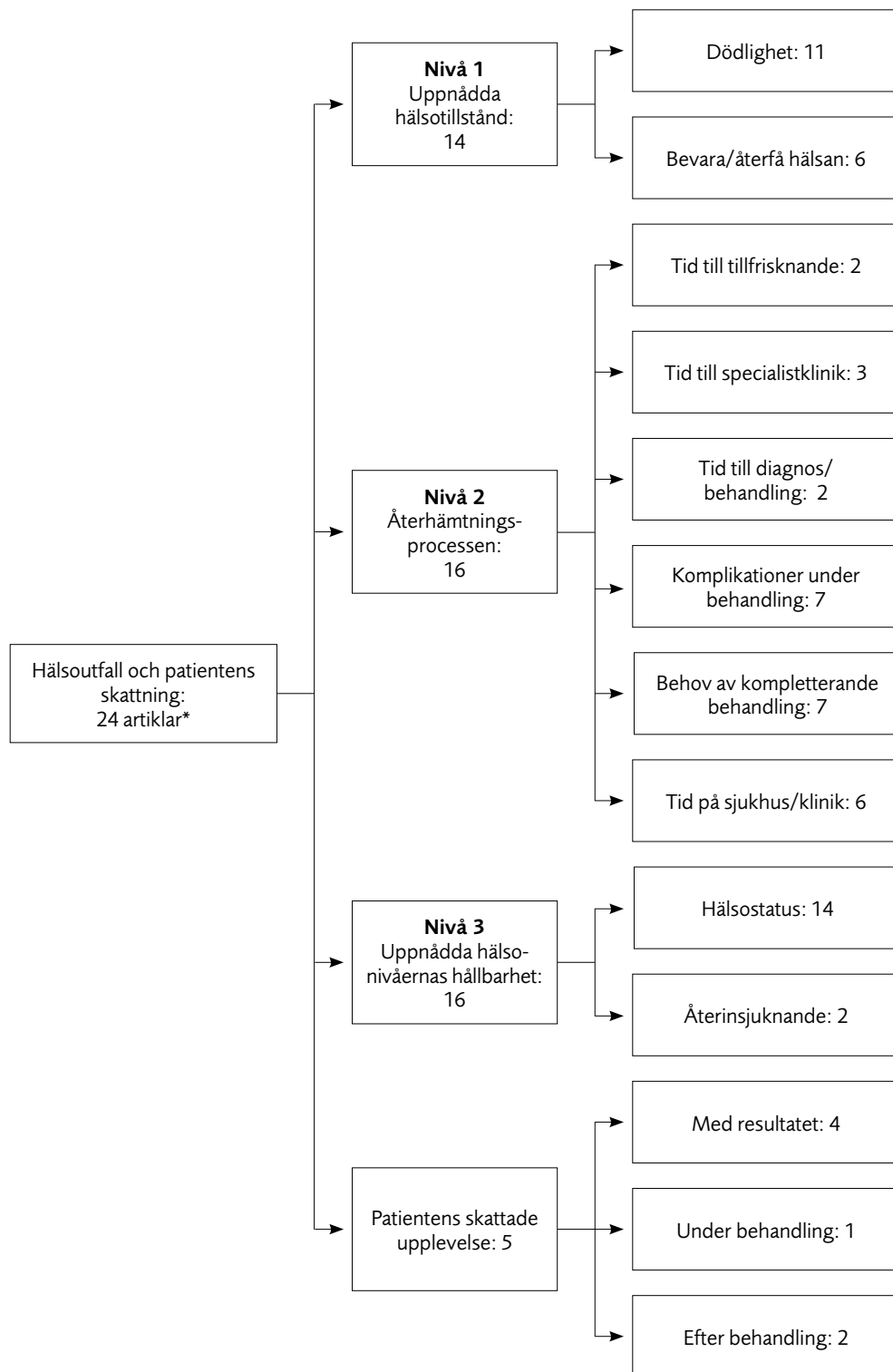
* Artiklarna kan ha studerat flera olika utfall och variabler, det vill säga ingå i två eller flera klassificeringar.

Sammanfattningsvis hade studierna uppmätt många olika aspekter av utfall, de flesta med grövre mått och med ofullständiga beskrivningar men några med mer väldefinierade diagnos- och behandlingsspecifika mått. Sju av studierna som använt kvantitativ metod redovisade även aspekter på patienters upplevelser av behandlingen, dock mycket grovt. Det saknades studier som använt mer nyanserade mått på patienttillfredsställelse, till exempel avseende tillgänglighet till behandling samt oro och andra känslor före, under och efter behandling. Värt att notera, även om det faller utanför ramverket, är att det saknades studier som hade skattat arbetsmiljöförhållanden under arbetet i samband med behandlingen. Variabler som avsåg kostnadsberäkningar var i regel i ett utvecklingsskede och avsåg tidsåtgång för behandlingen. Tid för behandling var i vissa studier ett utfall av vård medan det i andra studier var ett mått på kostnad. Några studier hade enbart kostnadsaspekter som utfallsmått. Dock varierade det vilka kostnader som inkluderades, liksom hur total kostnad hade skattats. Vi bedömer att det också finns behov av att vidareutveckla variabler som kan kontrollera betydelsen av olika kontexter för studiernas resultat (kontrollvariabler). Detta gäller flera aspekter: patient och diagnos, vård- och behandlingsarbete samt organiseringen i övrigt och mer nyanserad kontext som beskriver sjukhuset och de regler som styr dess drift. I nästa avsnitt redogör vi för de olika variablerna, hur de har jämförts och vilka huvudsakliga perspektiv studierna har utgått från.

Hälsoutfall och patienters skattade upplevelser av vård

Studiernas fokuserade utfallsmått klassificerades först enligt Porters definition av utfall av vård och behandling, det vill säga Nivå 1, Nivå 2, Nivå 3 samt patienters skattade upplevelser (se Figur 4.6). I nedanstående figur ingår enbart de studier som kvantitativt har skattat utfallsmått.

Figur 4.6
Sammanställning av
utfall och patienters
skattade upplevelse.



* Artiklarna kan ha belyst flera olika värden, det vill säga ingå i två eller flera klassificeringar.

Nivå 1 inkluderar de direkta hälsoutfall som man har fått eller behållit, det vill säga de uppnådda hälsotillstånden. Vanligast var måttet överlevnad eller dödlighet [34,40,43,44,47,49,51,52,56,59,63]. Grad av tillfrisknande, skattat genom till exempel självskattad hälsa (SF-36), minskad smärta eller kontroll över blodtrycket, användes också som hälsoutfall [30,34,51,52,61,63]. I arbetsmedicinska sammanhang där patienten är en anställd kan detta också innebära

att behålla sin hälsa. Där har därför även mätten låg sjukskrivning eller frånvaro av förtidig pensionering skattats som hälsoutfall [57].

Nivå 2 innebär hälsoutfall som beskriver återhämtningsprocessen. Här finns det flera olika mått beroende på vilken behandling man har studerat. Ofta skattas också flera sådana för specifika sjukdomstillstånd (se till exempel Feeley och medförfattare 2010 [40], Kirkpatrick och medförfattare 2013 [47], Malkani och medförfattare 2017 [49] eller McLaughlin och medförfattare 2014 [51,52]). Måtten avsåg vårdkomplikationer under behandlingen [28,34,43,49,51,61,62] samt tidiga behov av mer behandling på sjukhus med besök på akutmottagning, specialistklinik eller intensivvård som en följd av behandlingen [29,34,36,48, 51,62,63]. Andra mått enligt Nivå 2 avsåg olika sätt att mäta tid till tillfrisknande [43,49], tid till specialistklinik [34,51,58], tid till diagnos eller behandling [51,58] samt tid på sjukhus [29,31,34,36,48,52]. Mått som avsåg tid kunde därmed dels avspegla ett hälsoutfall enligt Nivå 2, dels ett mått på kostnad (se nedan).

Nivå 3 innebär mer hållbar hälsa och hållbara resultat av behandlingen, det vill säga de uppnådda hälsonivåernas hållbarhet. Dessa skattades ofta genom hälso-status eller dödlighet en tid efter behandlingen [28,36,40,44,47,48,51,52,57, 59–63], vårdkvalitet efter behandlingsprogram vid multidiagnoser [58] eller senare återinsjuknande med behov av behandling [49,51].

Patienters grad av tillfredsställelse hade skattats avseende resultat av behandling (Nivå 1) [30–32,56,58], under behandlingen och processen att tillfriskna (Nivå 2) [45,58] samt tillfredsställelse med behandlingen över tid (Nivå 3) [28,58].

Mått på kostnader

I vissa studier sattes olika specifika utfallsmått i samband med en beräknad kostnad. I de inkluderade studierna hade kostnadsberäkningar gjorts som avsåg aspekter som kopplades till inskrivning eller diagnostik [43] och behandlingen avseende material [34,47,50,52], läkemedelsanvändning [42,47,62], personal [31,35,45,47,52], tid och aktiviteter under behandlingen [31,45,51,52,61], tid på sjukhus [29,31,34,36,43,48,51,52], antal besök på akuten eller intensivvård [34,48,51,62], antal besök på specialistklinik [34,48], försäkringsbolagets kostnader [57] samt total kostnad [32,34,36,42–47,52,58,61].

Kontrollvariabler

Följande kontrollvariabler användes i analysen av variationer inom undersökningsgrupperna: kön [34,43,48,49,56,58,63], ålder [34,43,44,48, 49,56,58,63], grad av sjukdom [43,63], samsjuklighet [34,43,44,48,49, 56,58,63], etnicitet [48,49], region [49], BMI [43,44] och sjukhuskontext [43,60].

Jämförelser av variabler

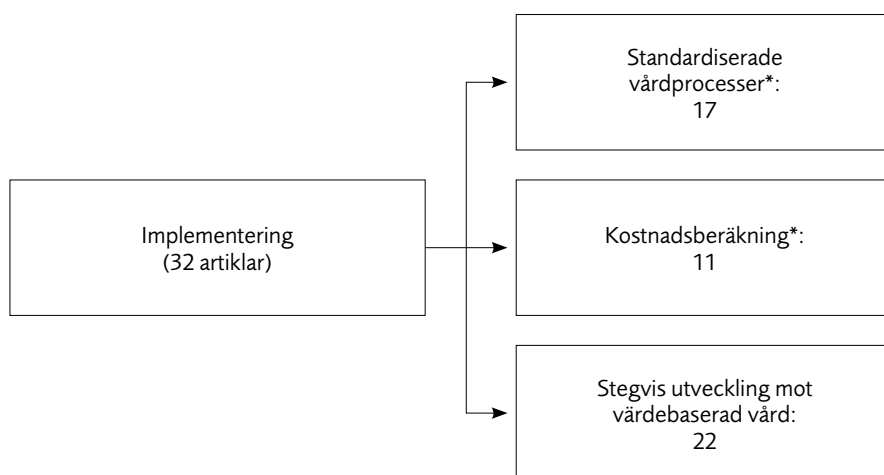
För att skatta värdeekvationerna gjordes i vissa studier jämförelser med de studerade utfallsmåtten och traditionell behandling över tid [28–31,34,36,42,44,50,52,58,59,61], kontroll- eller jämförelsegrupper [48,51,62], simulerad kontrollgrupp [57] eller andra kliniker, behandlingscenter eller sjukhus [42,43,47,56,60].

Perspektiv på analys av utfall av vård

Utfall av vård kan också ses från olika perspektiv, till exempel vårddtagarens, professioners, arbetsteams, ledares, organisationers eller samhällets perspektiv på god och värdefull vård. De perspektiv som studierna utgår från har sannolikt betydelse för vilka utfall som har använts och vilka frågor som har ställs, vilka resultat som har lyfts och hur nyanserade beskrivningar som har getts. Därför klassificerade vi studierna även utifrån de perspektiv som i huvudsak fokuserades. Perspektiven är dock inte helt entydiga. Till exempel kan författarna ha utgått från ett patientperspektiv, men de hade inte tillfrågat patienter. I tre studier var det uttalade syftet att integrera flera perspektiv på värden [33,35,56]. I de övriga studierna kunde följande huvudsakliga perspektiv urskiljas: vårddtagare eller patient [28,37,45,49], professionella inom hälso- och sjukvården som farmaceuter [28], sjuksköterskor [34,35], läkare [30], team [39,53–55], utvecklingsledare och chefer [33], en huvudman, förvaltning, organisation eller klinik [29,32,34,36,38,40–43,45,48,50–52,57–59] eller ett övergripande samhällsintresse inklusive flera olika sjukhus [31,43,44,46,47,56,58,60–63].

Implementering av värdebaserad vård

I detta avsnitt beskriver vi var i implementeringen av värdebaserad vård de organisationer som omfattades av kartläggningen befann sig. Implementeringen indelades tematiskt och induktivt i följande grova teman: standardisering av vårdprocesser, kostnadsberäkning och stegvis utveckling. Flera studier fokuserade på implementeringen medan andra har redogjort för var i utvecklingsprocessen mot värdebaserad vård organisationen befann sig när studien genomfördes (Figur 4.7). Några studier hade enbart utvärderat delkomponenter av värdebaserad vård genom registerstudier eller simulering och innehöll ingen egentlig beskrivning av implementeringen [43,57,60,62].



Figur 4.7
Sammanställning av de artiklar som har beskrivit aspekter av implementeringen av värdebaserad vård.

* Flera artiklar ingick i fler än en av implementeringsprinciperna.

Standardiserade vårdprocesser. I de 17 studierna arbetade författarna med att definiera och specifikt utveckla vårdprocessen och utfall för denna [29,32,34,38,40,41,43,47–55,63]. I en studie definierades och analyserades olika vårdprocesser vid samma sjukdomstillstånd [34] och två syftade till att skapa mer korrekta värdeekvationer [49,56].

Kostnadsberäkning. Samtliga 11 studier gjordes i ett implementeringsstadium där man utvecklade sammanhållen betalning (eng. bundled payments) [29,38, 41,42,46], mätmetoder [47] eller aktivitets- och tidsstudier för mer precisa kostnadsberäkningar (TDABC) [45,46,51,52,61]. En studie beskrev en analysmodell för att kunna göra viktningar av olika värden och kostnader [61]. En annan beskrev hur sensitivitetsanalys kunde göras utifrån olika scenarion [58].

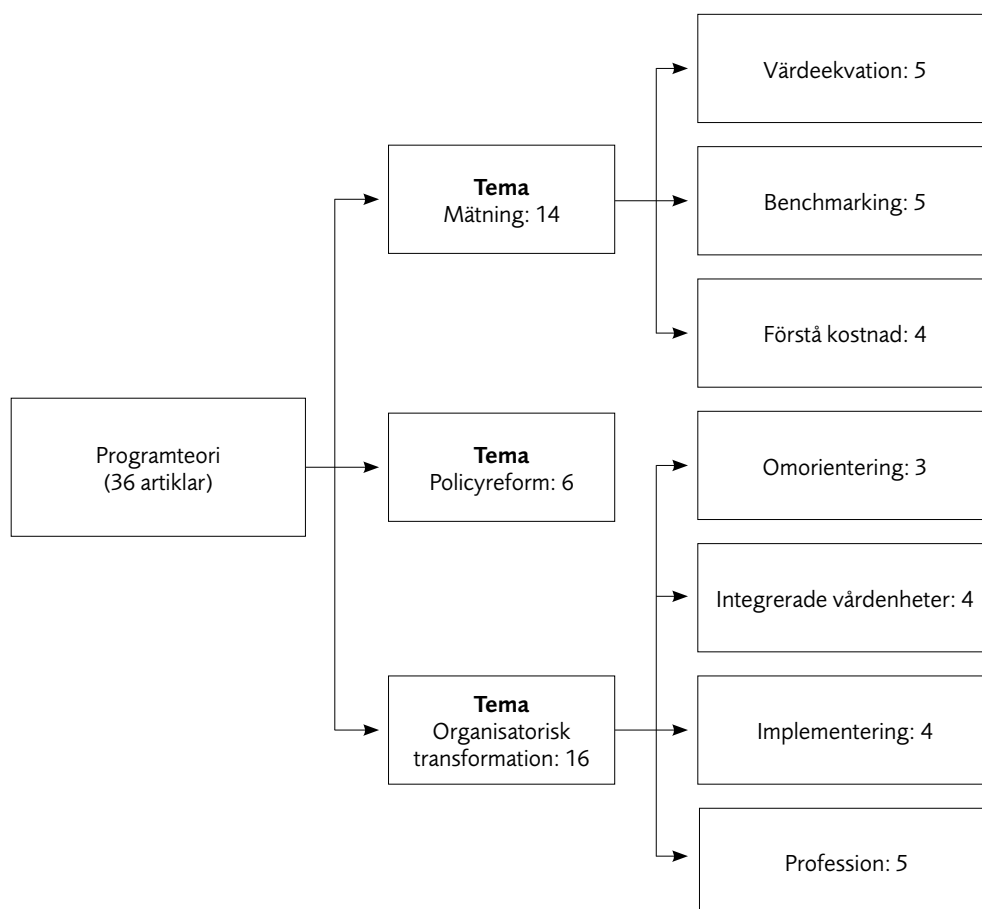
Stegvis utveckling. Samtliga 22 studier gjordes i ett implementeringsstadium där de stegvis utvecklade olika komponenter i värdebaserad vård, inklusive i riktning mot kostnadsberäkningar och utvecklade vårdprocesser. Följande aspekter beskrevs av övrig stegvis utveckling mot värdebaserad vård: utveckling av kvalitets- och processaspekter i linje med värdebaserad vård [51,63], definiering och analys av diagnosgrupper [36] och i vissa fall integrerade vårdenheter (IPU) för dessa [36,44,45,48]. I andra fall fokuserade studierna på utveckling av multidisciplinära team [36,39,42] samt teamets erfarenhet av implementeringen [54], utvecklingsarbetet [53] och lärande under implementeringen [55]. I 2 studier fokuserade författarna särskilt på läkares roll i implementering [28] samt deras engagemang, ledarskap och prestation [30]. I 4 studier beskrev författarna särskilt andra professioners roll i värdebaserad vård och implementeringen, det vill säga sjuksköterskors [31,34,35] eller farmaceuters [28] roll och arbete i ett team som arbetade med värdebaserad vård. I 6 studier var beskrivningen av implementeringen eller appliceringen av värdebaserad vård det vetenskapliga syftet [35,39,40,53–55]. I 4 studier beskrev författarna sina egna och sjukhusets erfarenheter av att implementera och applicera de flesta komponenterna i värdebaserad vård [30,38,40,59]. I några fall fanns en ambition att utveckla ökad konceptuell förståelse av värdebaserad vård [31,33,35,37].

Sammanfattningsvis pågick implementering mot värdebaserad vård och flera studier hade i den utvecklingen fokus på kostnadsberäkningar och standardiserade vårdprocesser. Vilken programteori dessa hade och hur dessa fördelar sig enligt ramverket för värdebaserad vård beskriver vi i nästa avsnitt.

Programteori

Med programteori menar vi den logik som man utgår ifrån när man antar att en intervention, en strategi eller ett projekt ska generera avsedda effekter och resultat [19]. En tematisering av de olika programteorierna ledde till att vi identifierade tre övergripande teman: mätning, reformera ersättningssystem och organisatorisk transformation (se Figur 4.8).

Figur 4.8
Sammanställning av
programteoretiska
teman.



Tema: Mätning

Mätning innefattade tre kategorier (se Tabell 4.2). Den första var nyansering av värdeekvationen, det vill säga hur utfall och kostnader relaterar till varandra [40,44,47,62,63]. Gemensamt för den här kategorin var en diskussion över vad som är kvalitet och vad som är värde. Vissa artiklar för fram antagandet att när kvalitet förbättras kommer kostnaderna att minska, andra att värdebaserad vård kommer att böja kostnadskurvan samtidigt som kvaliteten förbättras.

En andra kategori som belyser mätningsfrågan är antagandet att etablerade mätningsstrukturer kring utfall möjliggör jämförelser (benchmarking) och lärande [37,43,51,55,56].

En tredje kategori handlade om antagandet att en förbättring av dagens bristande förståelse av kostnader och kostnadsstrukturer kommer att kunna förbättras med jämförbara metoder eller tillvägagångssätt för att kalkylera kostnader, till exempel tidsdriven aktivitetsbaserad kostnadskalkylering (TDABC) [45,46,52,61]. Därmed kan kostnader på ett mer tydligt sätt relateras till vårdepisodersättning.

Värdeekvation	Benchmarking	Förstå kostnad
Huvud-halscancer [40]	Ledgångsreumatism [37]	Skalldeformitet [45]
Kolorektal cancerkirurgi [44]	Kirurgi [43]	TDABC (tidsdriven aktivitetsbaserad kostnadskalkylering) [46]
Djup ventrombos [47]	Microvaskulär dekompressionskirurgi (neurokirurgi) [51]	Microvaskulär dekompressionskirurgi (neurokirurgi) [52]
Inflammatorisk tarmsjukdom [62]	Universitetssjukhus [55]	Inre strålbehandling av prostatacancer [61]
Hjärt- och kärlsjukdom [63]	Dialys [56]	

Tabell 4.2
Tema: Mätning.

Not: Temat är uppdelat i tre kategorier: värdeekvation, benchmarking och förstå kostnader. Under respektive kategori beskrivs i vilken miljö/kontext studien genomfördes.

Tema: Reformera ersättningsystem

Det här temat handlade om antagandet att vårdepisodersättning skulle kunna fungera som en drivkraft för förbättring. De artiklar vars programteorier bidrog till det här temat var alla från USA med en tydlig koppling till den amerikanska federala lagen patient protection and affordable care act och till de amerikanska sjukvårdsförsäkringsreformerna medicare och medicaid [29,36,38,49,58,60]. Förändringar i ersättningsystemet ställde krav på vårdgivarorganisationer att anpassa sig till en utveckling inspirerad av värdebaserad vård. Här påpekades att ersättning per åtgärd (eng. fee-for-service) hindrade förbättringen av vård för komplexa medicinska tillstånd, och att de ändrade ersättningsmodellerna skulle kunna stimulera till beteendeförändringar hos personalen och uppmuntra mer integrerade och kollaborativa arbetssätt (se Tabell 4.3).

Kontext/miljö
Total proteskirurgi (höft och knä), diagnosrelaterade grupper: 469 & 470 [29,36,38]
Total höftplastik hos personer 80–89 år [49]
Barn och ungdomar med komplexa vårdproblem och med vårdkostnader i 90:e percentilen eller högre [58]
Återinläggningar på sjukhus [60]

Tabell 4.3
Tema: Reformera ersättningsystem.

Not: I tabellen visas i vilken miljö eller kontext reformen studerades.

Tema: Organisatorisk transformation

Detta tema bestod av fyra kategorier: omorientering av vårdorganisationer, integrerade vårdenheter, implementeringsprocessen och professionernas roll (se Tabell 4.4).

I den första kategorin fanns programteorier som beskrev hur värdebaserad vård leder till (och ibland kräver) en omorientering av vårdorganisationer. Det erbjuder möjligheter till att förbättra utfall, minska komplikationer och spara kostnader. En viktig aspekt i detta är att vårdprocesserna med samtliga inblandade vårdgivare måste optimeras om man ska kunna förvänta sig förbättringar av patientutfall och kostnadseffektivitet.

Vissa artiklar angav etableringen och utvecklingen av integrerade vårdenheter (eng. integrated practice units, IPU) som ett viktigt första steg. Integrerade vårdenheter ansågs vara ett revolutionerande, nytt sätt att se på vården som tilltalade vårdgivare eftersom de antogs kunna erbjuda högkvalitativ sjukvård på ett integrerat sätt som är till gagn för patienterna. Utfallen ansågs kunna förbättras när vården integrerades mer.

Dock så lyftes implementeringsprocessen också som en viktig del då man skulle kunna förvänta sig att olika delar av organisationen uppfattar värdebaserad vård på olika sätt. Därmed var det viktigt att fokusera på hur professionerna motiveras av värdebaserad vård och hur förändringsagenter och projektteam förstår vad det är som ska implementeras. När chefer tog sig an att anpassa värdebaserad vård i det dagliga arbetet var det därför viktigt att bli varse vilka delar av värdebaserad vård som skulle kunna anpassas eller kombineras i deras arbetsmiljö.

De olika professionernas roll i utveckling av värdebaserad vård lyftes också fram. Specifika professioner lyftes upp, som kliniska farmaceuter eller apotekare och även en specifik kategori av specialistsjuksköterskor (eng. advanced practice nurses), som kunde spela viktiga roller i utvecklingen av nya arbetssätt. En studie testade teorin att ett värdeinspirerat ersättningssystem skulle kunna kopplas till en del av läkarnas lön och fungera som ett incitament för att förbättra patientutfall. En annan testade teorin att expertkonsensus skulle kunna identifiera onödigt användning och därmed minska kostnader.

Orientering	Integrerade vårdenheter	Implementering	Profession
Dagkirurgi på en traumaenhet [32]	Hjärtkirurgi hos vuxna [34]	Psykosavdelning [33]	GRIPA högriskpatienter/ Kliniska farmaceuter [28]
Akutkoronärt syndrom [41]	Antiinfektionsterapi vid utskrivning av patienter [42]	Universitets-sjukhus [39,53,54]	Avlöningssystem för läkare [30]
Arbetsterapi [57]	Patienter med stödbehov på grund av nedsatt förmåga att ta sig fram i samhället [48]		Organisationsmodell för omsorgsvård (sjuksköterskor) [31]
	Cancervård [59]		Avancerad omsorgsvård: sjuksköterskor för att minska användning av övervakning för patienter med delirium, demens, minska fallrisk, alkoholabstinens samt förbättra säkerhet [35]
			Magnetresonanstomografi inom bröstcancervård [50]

Tabell 4.4
Tema: Organisatorisk transformation

Not: Temat är uppdelat i fyra kategorier: orientering, integrerade vårdenheter, implementering och profession. Under respektive kategori beskrivs i vilken miljö eller kontext studien genomfördes.

Vilka komponenter av värdebaserad vård har undersökts

Värdebaserad vård beskrivs som sex komponenter som är ömsesidigt beroende och förstärkande [11]. I detta avsnitt har vi undersökt vilken eller vilka av de sex komponenterna som de olika artiklarna har fokuserat på i sina studier. Elva artiklar visade sig även hantera värdeekvationen i sig [33–35,39,40,43–45,47,51,52]. Vi valde därför att inkludera även denna som ett tema i kartläggningen. I vissa artiklar har det inte varit tydligt beskrivet vilken eller vilka komponenter (värdeekvationen eller de sex komponenterna) som studerats. Detta har inneburit att vi i vissa fall har fått göra tolkningar.

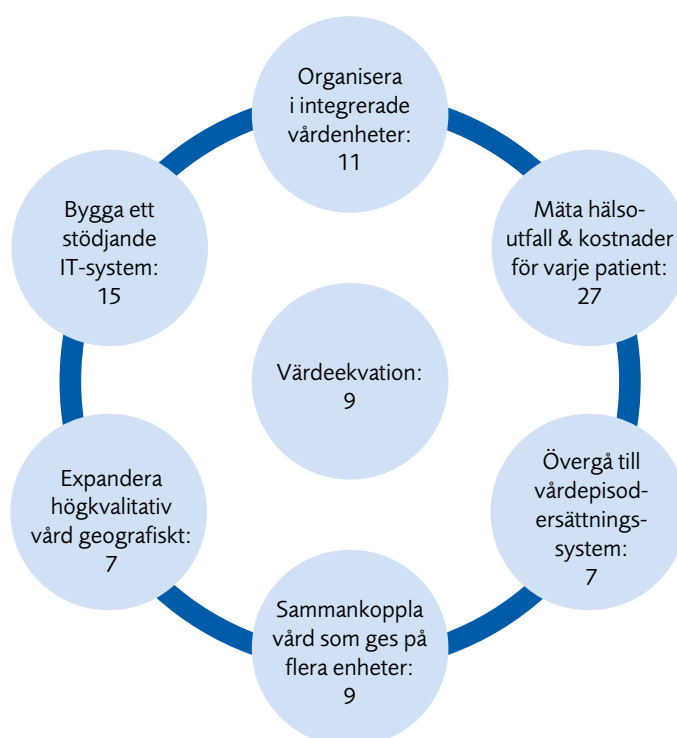
Det är värt att notera att enbart en av de inkluderade artiklarna utvärderar värdebaserad vård som helhet, det vill säga utifrån samtliga sex komponenter [40]. Därmed blir denna kartläggning en redogörelse över vilka delkomponenter som har ingått i de olika studierna.

De flesta studier hade bara utvärderat en komponent (14 artiklar) [36,37,39,42,44,46–48,50,52–54,56,61] eller två komponenter (9 artiklar) [28–31,45,49,51,55,57], se Tabell 4.4. Det var 5 studier som utvärderade tre komponenter [32,38,60,62,63], 3 studier som undersökte fyra [34,58,59] och en studie som undersökte fem komponenter [41]. Endast en artikel har bedömts inkludera mer eller mindre samtliga sex komponenter av värdebaserad vård [40]. Det är en fallrapport från MD Andersons center för huvud- och halscancer i USA i vilken författarna diskuterar centrets multidisciplinära vård utifrån utfall och kostnader. Författarna fann att denna vård kan beskrivas i termer av värdebaserad vård och drar av detta slutsatsen att värdebaserad vård kan tillämpas inom vården av patienter med huvud- och halscancer. De bedömde också att det var viktigt att engagera vårdgivare för att identifiera meningsfulla utfallsmått, att det var svårt att identifiera kostnader för enskilda medicinska tillstånd

inom ramen för existerande ersättningssystem samt att tillgänglig information om kostnader och utfall inte fanns samlade på samma ställen.

Den enskilda komponent som i särklass flest artiklar (27 av 36) hade inkluderat var att mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient (komponent 2), se Figur 4.9 och Tabell 4.5. Flertalet av dessa artiklar handlar om behovet av mätningar av hälsoutfall och kostnader och möjligheterna som de ger. Av dessa 27 studier inkluderade 15 av dem även den näst vanligaste komponenten – att bygga ett stödjande IT-system (se Figur 4.9 och Tabell 4.5). Ofta angavs då att IT-systemet behövdes för att stödja och underlätta mätningen av hälsoutfall och kostnader. 11 artiklar inkluderade komponenten att organisera i integrerade vårdenheter. Den minst förekommande komponenten i artiklarna var den rörande att expandera högkvalitativ vård geografiskt.

Figur 4.9
Sammanställning
över vilka av de sex
komponenterna i
ramverket värdebaserad
vård som har studerats
samt värdeekvationen.



Not: Flera studier har tittat på flera komponenter.

Tabell 4.5 De olika komponenterna i värdebaserad vård. Antal artiklar samt referenser.

De 6 olika komponenterna i värdebaserad vård och värdekvationen						
Organisera i integrerade vårdenheter	Mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient	Övergå till värdepisod-ersättningssystem för hela vårdcykeln	Integrera vård som ges på flera enheter	Expandera högkvalitativ vård geografiskt	Bygga ett stödjande IT-system	Värdeekvation
11 artiklar	27 artiklar	7 artiklar	9 artiklar	1 artikel	15 artiklar	11 artiklar
Colegate-Stone, 2016 [32] Cook, 2017 [34] Elbuluk, 2017 [38] Feeley, 2010 [40] Fong, 2011 [41] Inverso, 2015 [45] McCray, 2017 [50] McLaughlin, 2014 [51] Pollock, 2008 [59] van Veghel, 2016 [63] Van Deen, 2017 [62]	Altavela, 2017 [28] Bunkers, 2016 [30] Caspers, 2013 [31] Colegate-Stone, 2016 [32] Cook, 2014 [34] Ebbevi, 2016, [37] Erichsen Andersson, 2015 [39] Feeley, 2010 [40] Fong, 2011 [41] Govaert, 2016 [44] Inverso, 2015 [45] Keel, 2017 [46] Kirkpatrick, 2013 [47] Malkani, 2017 [49] McLaughlin, 2014 [51] McLaughlin, 2014 [52] Nilsson, 2017 [53] Nilsson, 2017 [54] Nilsson, 2017 [55] Parra, 2017 [56] Parvinen, 2010 [57] Peele, 2017 [58] Pollock, 2008 [59] Ryan, 2017 [60] Thaker, 2017 [61] Van Deen, 2017 [62] van Veghel, 2016 [63]	Bolz, 2016 [29] Dundon, 2016 [36] Elbuluk, 2017 [38] Feeley, 2010 [40] Fong, 2011 [41] Peele, 2017 [58] Ryan, 2017 [60]	Bolz, 2016 [29] Cook, 2014 [34] Elbuluk, 2017 [38] Feeley, 2010 [40] Fong, 2011 [41] Gordon, 2011 [42] Low, 2017 [48] Peele, 2017 [58] Pollock, 2008 [59]	Feeley, 2010 [40]	Altavela, 2017 [28] Bunkers, 2016 [30] Caspers, 2013 [31] Colegate-Stone, 2016 [32] Cook, 2014 [34] Feeley, 2010 [40] Fong, 2011 [41] Malkani, 2017 [49] Nilsson, 2017 [55] Parvinen, 2010 [57] Peele, 2017 [58] Pollock, 2008 [59] Ryan, 2017 [60] Van Deen, 2017 [62] van Veghel, 2016 [63]	Colden, 2017 [33] Cook, 2014 [34] Douglas, 2016 [35] Erichsen Andersson, 2015 [39] Feeley, 2010 [40] Govaert, 2015 [43] Govaert, 2016 [44] Inverso, 2015 [45] Kirkpatrick, 2013 [47] McLaughlin, 2014 [52] McLaughlin, 2014 [51]

Bedömning av resultat

Inkluderade artiklar

Brister och variationer i studiernas design, metodik, perspektiv, programteori och fokuserade komponenter bör hållas i åtanke när man tolkar resultaten.

Resultaten av den här kartläggningen tyder på att det inte finns någon omfattande forskning om värdebaserad vård, i synnerhet inte vad avser ramverket som helhet. Den forskning som finns fokuserar till stor del på enskilda komponenter, främst mätning av utfall och kostnader, och många av studierna är enkla fallrapporter som inte kan tillmätas någon större tillförlitlighet med tanke på att de rapporterats av organisationsföreträdare (inklusive behandlare och professionella) med intresse av att framställa de egna åtgärderna i ett positivt ljus. De perspektiv som studierna utgår från har sannolikt betydelse för vilka utfall som använts och vilka frågor som ställts, vilka resultat som lyfts och hur nyanserade beskrivningar som getts. Det saknades studier som mer nyanserat utgått från patienters egna perspektiv. Jämförelser som har gjorts med registerstudier över flera sjukhus hade något starkare metodik, men utfallsmåtten var grövre och tveksamt relevanta som operationaliserat mått på resultat av behandling. Flera studier beskrev steg i implementeringen och de erfarenheter och lärdomar de fått i respektive sjukhusmiljö. De dokumenterade erfarenheterna skulle kunna bidra med kontextspecifik kunskap för till exempel sjukhusledning eller förändringsledning att dra lärdomar från.

De flesta studierna kan alltså inte bedömas tillföra mer generell och överförbar kunskap avseende effekt av att införa värdebaserad vård. Nedan återger vi i punktform några resultat från implementering av värdebaserad vård som har framkommit i studierna. Notera dock att SBU inte har kvalitetsgranskat studierna inom ramen för arbetet med denna rapport.

- Individer med uttalade multidiagnoser och större vårdbehov verkar löpa större risk för vårdkomplikationer som inte upptäcks och behandlas i en standardiserad vårdprocess [49].
- Integrerade vårdenheter och koordinerad vård verkar visa goda resultat avseende flera aspekter, till exempel återinsjuknande och komplikationer [48,62].
- Sammanhållna, expertutvecklade, standardiserade vårdprocesser kan förbättra hälsoutfall och minska vårdtiderna [50–52].
- De jämförande registerstudierna där flera sjukhus ingick visade att många och olika aspekter bidrog till högre vårdkvalitet, till exempel uppföljning av patientrelevanta kvalitetsindikatorer [63], deltagande i utveckling av värdebaserad vård och grad av implementering av komponenter [60]. Dock visade kvalitet och kostnader inte tydliga samband [43]. Dessa resultat visar betydelsen av mer allmän kvalitetsutveckling i sjukvården.

Exkluderade artiklar

Bland de artiklar som exkluderades från kartläggningen finns en intressant grupp som förtjänar ett särskilt omnämnande. Det är artiklar som på ett systematiskt sätt utvecklar någon aspekt av värdebaserad vård, men som exkluderats ur denna kartläggning eftersom de inte behandlar någon verklig tillämpning inom sjukvården. Här kan urskiljas två huvudsakliga undergrupper av studier. En stor grupp av studier utvecklar mått som kan användas för att mäta sjukvårdens resultat ur patientsynpunkt för en viss diagnos, specialitet eller patientgrupp. Det görs ofta av arbetsgrupper med experter som enas om vissa resultatmått (se till exempel Clement och medförfattare 2015 [64], de Kleuver och medförfattare 2017 [65] och De Roos och medförfattare 2017 [66]). I en artikel gjordes detta till exempel utifrån patientenkäter [67]. En annan grupp av studier utvecklar metoder för kostnadsberäkningar, framför allt så kallad aktivitetsbaserad kalkylering (se till exempel Garcia och medförfattare 2017 [68] eller French och medförfattare 2016 [69]). Utöver dessa huvudsakliga grupper finns även en del artiklar som utvecklar metoder för olika specifika områden, exempelvis ett sätt att utse så kallade centers of excellence utifrån beräkningar av det värde som sjukvårdsorganisationer skapar [70].

Flera av de studier som utvecklar någon metodaspekt av värdebaserad vård förefaller hålla god kvalitet och leda fram till rekommendationer som kan vara av intresse för dem som vill tillämpa värdebaserad vård. Men eftersom de inte behandlar någon verklig tillämpning av värdebaserad vård och därmed inte bidrar till kunskapen om konsekvenserna av värdebaserad vård har de inte inkluderats i denna kartläggning. Vi vill dock framhålla att det pågår en hel del forskning och kollegialt samarbete om värdebaserad vård för att utveckla bättre metoder för kostnadsberäkningar och mätning av patientrelevanta resultat. Vårt intryck är att mycket av detta sker med en systematik som saknas i många av artiklarna som behandlar tillämpningar av värdebaserad vård.

5 Diskussion

Flest studier från USA

Denna kartläggning visar att antalet publicerade studier om värdebaserad vård har ökat under de senaste åren, med 16 av de 36 inkluderade artiklarna publicerade så sent som 2017. Mot denna bakgrund är det rimligt att förvänta sig att mer forskning kommer under de närmaste åren. Det är dock värt att notera dominansen av nordamerikanska studier (22 av 36) och avsaknaden av en bred internationell publicering. I de amerikanska studierna kopplas ofta värdebaserad vård samman med stora reformer, som den amerikanska federala lagen patient protection and affordable care act och sjukvårdsförsäkringsreformerna medicare och medicaid, där förändringar i ersättningssystem ställer krav på vårdgivarorganisationer att anpassa sig till en utveckling inspirerad av värdebaserad vård. Av de 6 svenska studierna [33,37,39,53–55] hämtar 5 data från Sahlgrenska Universitetssjukhuset och dess implementering av värdebaserad vård [33,39,53–55]. Dessa fallstudier visar också att implementeringen är komplex – införandet kräver en lärandeansats och en anpassning. Det finns dock en växande förståelse för att lednings-, förändrings- och kvalitetsutveckling präglas av det lokala sammanhanget, i det här fallet ett antal liknande reformer.

Få studier tittar på helheten

Få av de inkluderade studierna behandlade helheten (eller en majoritet av de sex komponenterna) av värdebaserad vård. Det innebär att det finns lite forskning i nuläget från vilken man kan skulle kunna undersöka eller slå fast eventuella

generella slutsatser om effekter och resultat av värdebaserad vård. Dessutom betonar Porter och Lee att de olika komponenterna hänger samman och att en framgångsrik strategi för värdebaserad vård bör inkludera alla komponenter [11].

Av studierna i denna översikt är det endast en som rör alla sex komponenter, men vars huvudfokus ändå låg på komponenterna som handlade om att organisera i integrerade vårdenheter respektive att mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient [40]. Tio studier beskrev tre eller fler komponenter [32,34,38,40,41,58–60,62,63]. Övriga studier har endast tittat på enstaka komponenter. Den dominerande diskussionen i studierna handlade om att mäta hälsoutfall och kostnader per patient, där de flesta fokuserade på hälsoutfall. Detta tydliga fokus är förståeligt – samma fokus finns i andra kvalitetsutvecklingsmodeller som lean och total kvalitet (eng. total quality management, TQM), och utifrån de inkluderade studierna är det tydligt att många kliniker finner det meningsfullt att följa upp sin verksamhet med sådana mått. När det gäller kostnader är det ingen som följer den metod som Porter och Kaplan rekommenderar fullt ut, nämligen tidsdriven aktivitetsbaserad kostnadskalkylering (TDABC) [15,46].

Komponenterna är inte unika för värdebaserad vård

Varken mätning av hälsoutfall eller kostnader i sig, eller att man använder delar av ramverket, kan ses som nytt eller helt unikt för värdebaserad vård. En tydlig trend bland artiklarna som fokuserade på mätning är att de handlade om jämförelser för benchmarking eller för att utforska kopplingen mellan hälsoutfall och kostnader. Det viktigt att ta hänsyn till det större sammanhanget när man börjar mäta. Utvecklar man jämförbara mått, så som inom ramen för hälsoutfall, bör man tänka på hur jämförelserna ska genomföras praktiskt och integreras i verksamheten. Om man utvecklar sina egna sätt att mäta, till exempel på kostnadssidan, så blir det omöjligt att jämföra värde med andra vårdgivare.

Värdebaserad vård kräver engagemang från flera olika nivåer i sjukvårdssystemet. Det ser man i motiveringen till valet att implementera värdebaserad vård och den bakomliggande programlogiken för hur värdebaserad vård är tänkt att leda till förbättringar – mätning, policyreform och organisatorisk transformation. En enskild organisation kan ha svårt att genomföra alla komponenter, och därför är det kanske inte förvånande att endast en av studierna berör alla komponenterna. När det gäller studier av enskilda komponenter måste man dock ställa frågan i vilken mån deras resultat egentligen kan användas för att dra slutsatser om just värdebaserad vård. Komponenterna i värdebaserad vård är inte unika för just detta ramverk utan ingår i många andra modeller och ramverk. Det innebär att de grundläggande idéerna som de sex komponenterna bygger på kan finnas beskrivna och utvärderade i andra studier utan att det kopplats till ramverket värdebaserad vård. Därmed skulle litteratursökningar på begrepp som liknar de olika komponenter kunna bredda diskussionen om dem och om

ramverket värdebaserad vård. Det går dock inte att göra sådana litteratursökningar på ett systematiskt sätt.

Att anta att värdeekvationen kan likställas med till exempel resultatbaserad ersättning (eng. pay-for-performance) vore att ignorera den forskning som har visat riskerna med att koppla hälsoutfall till ersättningssystem. Ett exempel på detta är de försök inom National Health Service i Storbritannien som gav upphov till diskussioner om ”gaming” och ”creaming”, det vill säga att vårdgivare blir mer intresserade av att utnyttja ersättningssystemet maximalt eller väljer vissa, kanske mer lättbehandlade patientgrupper. Med andra ord rymmer kontexten inte bara organisationen eller enheten som överväger att införa värdebaserad vård, men också syftet med att överväga det.

Programteori – antaganden om hur värdebaserad vård kan ha effekt

När vi beaktade programteorin i de studier som ingår i denna kartläggning framgick det att författarna hade olika logiska resonemang kring hur värdebaserad vård skulle kunna leda till förbättringar. Studierna undersökte åtgärder hos organisationer som hade kommit olika långt i implementeringen av värdebaserad vård. Samtliga studier redovisade ett stegvist arbete mot värdebaserad vård med fokus på någon enskild aspekt. Detta kan dock vara del i en publiceringsstrategi inom akademien, där antalet publikationer kan väga tyngre än större och mer sammanhållna arbeten och det oftast är lättare att publicera artiklar som fokuserar på och håller sig inom tydliga domäner, till exempel mätning, kostnadskalkylering, ersättningssystem eller processutveckling, istället för helhetsansatser. Även detta medför svårigheter i att utvärdera ett mer sammansatt ramverk som värdebaserad vård.

Få studier undersökte värdebaserad vård i primärvården eller äldreården

Litteratursökningen inkluderade fler vårdsammanhang än den vård som ges vid eller via sjukhus. De allra flesta av studierna handlade om värdebaserad vård inom ramen för en sjukhusorganisation. I nuläget finns begränsat med vetenskaplig litteratur om hur ramverket ska användas i till exempel äldreården och primärvård eller av vårdcykler som inbegriper övergångar mellan vård inom och utanför sjukhusorganisationer. Det är särskilt angeläget att belysa vilka konsekvenser en kortare vårdtid vid sjukhus får för primärvård, äldreården och för de individer som behandlats när man tillämpar värdebaserad vård, som inriktas på bland annat tider för vård i organisationen.

Metodologiska begränsningar

Metodologiska begränsningar i kartläggningen

Vi har i denna kartläggning valt att inte inkludera så kallad ”grå litteratur”, det vill säga artiklar och rapporter som inte är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Exempel på grå litteratur är magisteruppsatser, avhandlingar och andra typer av rapporter. Skälet till detta är att vi bedömde att vi inte skulle ha möjlighet att finna alla relevanta arbeten inom grå litteratur med en systematisk litteratursökning, eftersom den typen av litteratur oftast inte finns tillgänglig i bibliografiska databaser. Dessutom är de inte fackgranskade (eng. peer reviewed). Vi är medvetna om att sådan litteratur kan vara både intressant och relativt omfattande för värdebaserad vård, men av metodologiska skäl har vi likväl exkluderat den.

En begränsning med denna kartläggning är att den endast avser studier som uttryckligen refererar till ramverket värdebaserad vård, så som det beskrivs av Porter [9,26]. En alternativ ansats vore att kartlägga all forskning om varje komponent som ingår i ramverket, och då även inkludera studier som inte hänvisar till just värdebaserad vård, det vill säga samtliga studier av integrerade vårdenheter, samtliga studier av stödjande IT-system och så vidare. En sådan kartläggning skulle dock bli mycket omfattande och kräva helt andra resurser och tidsramar än de som funnits till förfogande för denna kartläggning.

Metodologiska begränsningar i de inkluderade studierna

Påfallande många av de inkluderade studierna är enkla fallrapporter och deras analyser och resultat måste betraktas som preliminära och möjliga att ifrågasätta eller fördjupa. Fallrapporternas författare beskriver i typfallet organisationer som de själva är verksamma inom, och i tolkningen av resultatet bör man beakta deras möjliga egenintresse av att rapportera framgångsrika resultat på bekostnad av en balanserad analys. Vad fallstudierna främst visar är att det pågår en hel del tillämpningar av någon av komponenterna som utgör värdebaserad vård i praktiken och att det finns en entusiasm kring tillämpningarna bland personer i ledande ställning i de berörda organisationerna eller på systemnivån. Man skulle kunna tolka dessa resultat i termer av hur en nationalekonom ser på rollen hos policyreformer för att påverka hur organisationer arbetar, det vill säga att det går att ändra beteenden hos personalen inom en organisation genom att införa policyförändringar. Därmed kan man reflektera över vem som driver införandet av värdebaserad vård och var i organisationen de verkar.

Det finns flera aspekter som medför svårigheter i att bedöma överförbarhet av resultat och den sammanlagda effekten av värdebaserad vård. Studiedesignen är i flera studier till exempel bristfälligt beskriven. I flera studier är det oklart när och hur data har samlats in och analyserats, vilka data som har valts ut och vilka uppgifter som har exkluderats eller bara inte rapporterats. Här kan finnas såväl selektionsbias, det vill säga att resultat selektivt valts ut för att de visar det som författaren önskar, som publikationsbias, det vill säga att studier med önskade resultat i högre grad har publicerats än de med oönskade resultat.

Studierna är också relativt heterogena då de omfattar olika patientgrupper (till exempel med cancer, höftledsoperation, hjärtinfarkt eller barn med komplexa tillstånd), olika utfallsmått och olika kostnadsvariabler. Dock tycks samma beräkningar ha gjorts för olika grupper i samma studie.

Studierna har också utgått från olika perspektiv på värde. I 27 studier var perspektivet huvudmannens, det vill säga en kliniks, ett sjukhus eller flera sjukhus. I bara 5 studier hade vårdtagarnas egna perspektiv på värdet av vården skattats. I 3 studier var det uttalade syftet att integrera flera perspektiv på värden [33,35,56]. Å ena sidan kan begreppet värde i detta sammanhang vara otydligt då det även har olika betydelser i olika ämnesdiscipliner. I denna rapport har vi därför undvikit att använda begreppet värde annat än för just värdebaserad vård och den mer stringenta definition som har beskrivits i originalpublikationerna av Porter och Teisberg. Å andra sidan är det betydelsefullt att vidare analysera och utveckla värdebaserad vård eftersom det kan ha betydelse ur flera olika perspektiv. Förutom bristande studier om patienters egna upplevelser av vård som är värdefull för dem saknades helt studier om till exempelvis arbetsmiljöförhållanden för anställda, till exempel i vilken mån värdebaserad vård innebar mer attraktivt arbete eller inte. Med tanke på de rekryteringsutmaningar som hälso- och sjukvården har idag kan det vara av särskild vikt att studera hur komponenter och ramverk för värdebaserad vård påverkar de anställda.

6 Överväganden för forskning, policy och praktik

Övervägande för policy och praktik

Denna rapport tyder på att det inte finns någon omfattande forskning om värdebaserad vård, i synnerhet inte om ramverket som helhet. Den forskning som finns fokuserar till stor del på enskilda komponenter inom värdebaserad vård, främst mätning av utfall och kostnader, och många av studierna är enkla fallrapporter som inte kan tillämnas någon större tillförlitlighet med tanke på att de rapporterats av organisationsföreträdare (inklusive behandlare och professionella inom hälso- och sjukvården) med intresse av att framställa de egna åtgärderna i ett positivt ljus.

Inga studier hade i egentlig mening utvärderat värdebaserad vård utifrån en systemsyn med samtliga eller de flesta komponenter. De flesta studierna kan heller inte bedömas tillföra mer generell och överförbar kunskap avseende effekter av värdebaserad vård. Det är därför inte möjligt att ge mer sammanhängande, tydliga råd än att det behövs mer systematiskt genomförd forskning om betydelse av olika styrmodeller i hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund kan vi ändå se några mönster i studierna som skulle kunna ha följande implikationer för praktik:

- I flera studier undersöks sammanhållna, expertutvecklade, standardiserade vårdprocesser i relation till förbättrat hälsoutfall och minskade vårdtider.

- I flera studier undersöks om individer med uttalade multidiagnoser och sammansatta vårdbehov bör ges vård utanför en hårdare standardiserad vårdprocess. Forskarna menar att i ett ramverk som värdebaserad vård kan det vara en god idé att ha särskilda integrerade vårdenheter för individer med sammansatta behov. Vidare menar forskarna att kostnadsersättningen för vård till individer med multidiagnoser behöver vara av en annan karaktär.
- Flera studier beskriver steg i implementeringen och de erfarenheter och lärdomar som författarna har fått i respektive sjukhusmiljö. Dessa dokumenterade erfarenheter skulle kunna bidra med värdefull kunskap för till exempel sjukhusledning eller förändringsledning.

Framtida forskning

Vi menar att de som prövar nya former för styrning och organisering av sjukvård har ett ansvar att skapa förutsättningar för att dra lärdomar av deras erfarenheter, särskilt i ett offentligt finansierat system som det svenska. Det innebär både att kontinuerligt följa upp och öppet redovisa hur åtgärderna fortlöper och att möjliggöra studier som genomförs i mer renodlat forskningsintresse, så att eventuella lärdomar blir väl underbyggda och kommer fler till del.

Utifrån kartläggningen efterlyser vi forskning som tydligt förhåller sig till ramverket värdebaserad vård som helhet. Även om varje enskild studie inte kan undersöka samtliga komponenter empiriskt vore det önskvärt att forskningsresultaten analyserades med tanke på helheten. Exempelvis går det att resonera kring om en åtgärd som enbart förbättrar mätning av utfall och kostnader kan göra någon större skillnad om det inte också vidtas åtgärder för att integrera vården inom och mellan olika organisatoriska enheter, och vice versa. För att detta ska kunna genomföras på ett meningsfullt sätt är det betydelsefullt att registerbaserade utfallsmått har en samstämmighet mellan sjukhus, och i vissa fall även över nationsgränser. I kartläggningen fann vi ett fåtal studier som hade använt befintliga registerdata. Denna forskning behöver utvecklas. Dock behöver metodiken också utvecklas för att bättre ta hänsyn till sjukhuskontext.

Vidare menar vi att det är viktigt att forskning och reformer som rör värdebaserad vård beaktar lärdomar från den övergripande forskningen om sjukvårdens organisation och styrning, så som att implementering och lokal kontext är viktig, det vill säga att det är minst lika viktigt *hur* en viss åtgärd införs som *vilken* åtgärd det är, och att det är lönlöst att söka efter en enda modell eller ett enda ramverk som skulle passa alla organisationer och system.

Till sist menar vi att forskningen om och tillämpningen av värdebaserad vård skulle vinna på tvärvetenskapliga former och en löpande dialog mellan aktörer med olika ansvarsområden och intressen. Mångdisciplinära forskargrupper har bättre förutsättningar att utvärdera värdebaserad vård från olika perspektiv, och studier i översikten tyder på att utvecklingen av meningsfulla utfallsmått och andra komponenter av värdebaserad vård gynnas av att verksamhetsföreträdare [40], vårdpersonal [53] och patienter [37,54] involveras. Fortsatt

forskning behövs om patienters upplevelser, om arbetsmiljöförhållanden och om övergångar mellan vård inom och utanför sjukhusorganisationer. I detta sammanhang behövs metodstudier för att bättre kunna analysera integrerade utfall av vård och den variation som finns mellan patienter, professionella och huvudmän. Det behövs också metoder som kan hantera mer multidisciplinära forskningsfrågor med mer komplexa förhållanden och mönster av resultat, till exempel realistisk utvärdering [18].

Dessa önskemål om vidare forskning måste givetvis vägas mot andra angelägna kunskapsbehov och forskningsintressen. Det är ändå rimligt att förvänta sig att forskningen om värdebaserad vård kommer att utvecklas i mer systematisk riktning. Det tar tid att genomföra rigorösa undersökningar och att bygga upp evidens om nya modeller och ramverk. När det gäller ett förhållandevis ungt ramverk som värdebaserad vård är det naturligt att mycket av forskningen inledningsvis består av enkla fallrapporter från organisationer som försökt tillämpa det i praktiken. Med tanke på det stora intresset för värdebaserad vård bland verksamhetsföreträdare och beslutsfattare i flera länder finns det goda chanser att mer renodlade forskningsstudier kommer att genomföras efter hand. Ett sådant förlopp kan skönjas i forskningen om tillämpningen av lean-modeller inom sjukvården [71] och kan förväntas även när det gäller värdebaserad vård.

7 Projektgrupp, externa granskare, och råd

Projektgrupp

Sakkunniga

LOTTA DELLVE

professor i arbetsvetenskap vid Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs universitet

ANDREAS HELLSTRÖM

universitetslektor vid avdelningen Service Management and Logistics och vetenskaplig ledare för Centre for Healthcare Improvement, Chalmers tekniska högskola, Göteborg

CHARLOTTA LEVAY

docent, universitetslektor och studierektor för FU vid Företagsekonomiska institutionen, Lunds universitet

CARL SAVAGE

forskare vid Medical Management Centre, Institutionen för lärande informatik, management och etik, Karolinska Institutet, Solna

Medicinskt perspektiv

Bidragit med synpunkter under projektets gång har:

BOEL ANDERSSON GÄRE

professor vid Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Högskolan Jönköping, chef för Futurum, forsknings- och utbildningscentrum i Jönköpings läns landsting, adjungerad faculty vid Dartmouth Institute, NH, USA, ledamot av the Improvement Science Network, Health Foundation, UK

SBU

JENNY ODEBERG

projektledare

MAJA KÄRRMAN FREDRIKSSON

informationsspecialist

PER LYTSY

biträdande projektledare

ANNA RINGBORG

hälsoekonom

CAROLINE JUNGNER

projektadministratör

Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. Dessa har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten är det möjligt att SBU inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

CHRISTIAN VON PLESSSEN

lektor vid Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense, och chef vid Center for Kvalitet, Region Syddanmark, Danmark

ULRIKA WINBLAD

lektor vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala Universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet. I arbetet med att relevans- och kvalitetsgranska studier bedömde de sakkunniga inte artiklar där de själva var första författare, medförfattare eller på annat sätt var jäviga.

SBU:s vetenskapliga råd

SBU:s vetenskapliga råd Brage har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

LARS HANSSON

ordförande, professor,
vårdvetenskap, Lunds universitet

CHRISTEL BAHTSEVANI

leg sjuksköterska, med dr,
vårdvetenskap, Malmö Högskola

PER CARLSSON

professor, hälsoekonomi,
Linköpings universitet

BJÖRN-ERIK ERLANDSSON

professor, medicinteknik, KTH,
Stockholm

ARNE GERDNER

professor, socialt arbete,
Hälsö högskolan i Jönköping

LENNART ISELIUS

docent, Hälso- och sjukvårdsdirektör,
Landstinget Västmanland

MUSSIE MSGHINA

docent, överläkare, psykiatri,
Karolinska Universitetssjukhuset

Från SBU:s vetenskapliga råd Eira har ordförande granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

KJELL ASPLUND

ordförande, professor medicin,
Umeå universitet

LARS SANDMAN

professor, vårdetik, Högskolan i Borås

BRITT-MARIE STÅLNACKE

professor/överläkare, rehabiliterings-
medicin, Umeå Universitet

SVANTE TWETMAN

professor, tandvård, Halmstad samt
Köpenhamns Universitet

SINEVA RIBEIRO

förbundsordförande, Vårdförbundet

HEIDI STENSMYREN

ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN

landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

MAGNUS WALLINDER

förvaltningschef, Ljungby kommun

8 Ordförklaringar och förkortningar

Integrerad vårdenhet	Eng. integrated practice unit (IPU). En integrerad vårdenhet innebär att man organiserar vården runt patienten och dennes behov med ett dedikerat team som ger all den vård och stöd som vårdförloppet kräver. Vidare ska en integrerad vårdenhet inte bara behandla själva diagnosen, utan även relaterade tillstånd och komplikationer som ofta associeras med diagnosen.
Programteori	En programteori är en tolkning av hur en verksamhet är tänkt att fungera och vilka orsaks mekanismer som antagits. Programteori är ett hjälpmedel vid uppföljning och utvärdering.
Randomiserad kontrollerad studie	En randomiserad kontrollerad studie är en klinisk undersökning av vilken effekt en behandling ger. En sådan studie kännetecknas av att patienterna som ingår i studien fördelas mellan att antingen få den behandling som man vill undersöka eller placeras i en kontrollgrupp som får en annan behandling. Att studien är randomiserad innebär att studiedeltagarna har fördelats slumpmässig mellan de grupperna.
Realistisk utvärdering	Realistisk utvärdering är en modell för utvärdering som fokuserar på att identifiera underliggande kontextberoende mekanismer till varför en intervention fungerar eller inte fungerar.
Vårdeepisod	En vårdeepisod utgörs av alla hälso- och sjukvårdsinsatser en patient får för ett visst hälsoproblem under en definierad tidsperiod.
Vårdeepisod-ersättning	Eng. bundled payment. Vårdeepisodersättning innebär att vårdgivaren får en fast ersättning som omfattar alla insatser som ges under vårdeepisoden, istället för ersättning för enskilda vårdinsatser såsom operationer eller besök. Systemet är utformat för att stödja det kvalitetsarbete som kontinuerligt sker på sjukhusen, och ge ekonomiska incitament för kvalitetsförbättringar.
Vårdkedja	En vårdkedja ska innefatta samtliga vårdinsatser med fokus på flödet i processen och inte funktionernas organisatoriska tillhörighet.
Värde	Värde definieras enligt ramverket värdebaserad vård som hälsoutfall i förhållande till kostnader.

Värdekedja

Eng. value chain. En värdekedja beskriver de aktiviteter ett företag eller en organisation genomför för att tillhandahålla en värdefull produkt eller tjänst. Begreppet presenterades för första gången år 1985 i boken Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance av Michael Porter.

9 Referenser

1. Lönnroth P. Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2017.
2. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008;27:759-69.
3. Nelson EC, Batalden, P, Godfrey, MM. Quality by design. A clinical micro-systems approach. In: Jossey-Bass Inc.,U.S.; 2007.
4. Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *Int J Qual Health Care* 2009;21:153-9.
5. Staines A, Thor J, Robert G. Sustaining improvement? The 20-year Jonkoping quality improvement program revisited; 2015.
6. Fredriksson JJ, Ebbevi D, Savage C. Pseudo-understanding: An analysis of the dilution of value in healthcare. *BMJ Qual Saf* 2015;24:451-7.
7. Muir Gray JA. Evidence-based and value-based healthcare. *Evidence-Based Healthcare and Public Health* 2005;9: 317-8.
8. Nelson EC, Ware JE, Jr., Batalden P. Patient judgments of hospital quality. Pilot study methods. Design of study. *Med Care* 1990;28:S15-7.
9. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harv Bus Rev* 2004;82:64-76, 136.
10. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: Creating value-based competition on results, *Harv Bus Rev*; 2006.
11. Porter M, Lee T. The strategy that will fix health care; 2013.
12. Porter ME. The Competitive advantage: creating and sustaining superior performance; 1985.
13. Flexner A. Medical Education in the United Sates and Canada. Washington, DC, Science and Health Publications, Inc; 1910.
14. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Aff (Millwood)* 2013;32:516-25.

15. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev* 2011;89:46-52, 54, 56-61 passim.
16. Forum WE. Value in Healthcare: Laying the foundation for health system transformation; 2017.
17. Pettigrew A, Whipp R. Managing change for competitive success. Wiley-Blackwell; 1993.
18. Pawson R, Tilley N, Tilley N. Realistic evaluation. SAGE Publications; 1997.
19. Dixon-Woods M, Bosk CL, Aveling EL, Goeschel CA, Pronovost PJ. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *Milbank Q* 2011;89:167-205.
20. Mazzocato P, Thor J, Backman U, Brommels M, Carlsson J, Jonsson F, et al. Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *J Health Organ Manag* 2014;28:266-88.
21. Pfeffer J, Sutton RI. Evidence-based management. *Harv Bus Rev* 2006;84: 62-74, 133.
22. Walshe K, Rundall TG. Evidence-based management: from theory to practice in health care. *Milbank Q* 2001;79:429-57, iv-v.
23. Arndt M, Bigelow B. Evidence-based management in health care organizations: a cautionary note. *Health Care Manage Rev* 2009;34:206-13.
24. Czarniawska B, Sevón G. Translating organizational change. de Gruyter; 1996.
25. Walshe K. Understanding what works – and why – in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *Int J Qual Health Care* 2007;19:57-9.
26. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363: 2477-81.
27. Braun V, Clark V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101.
28. Altavela JL, Dorward KM, Sorrento TA, Diehl KM, Wyman CA. Population health management: An independent physician organization approach. *Am J Health Syst Pharm* 2017;74:1477-85.
29. Bolz NJ, Iorio R. Bundled payments: Our experience at an academic medical center. *J Arthroplasty* 2016;31:932-5.
30. Bunkers B, Koch M, Lubinsky J, Weisz JA, Whited B. Value-based physician compensation: a link to performance improvement. *Health Financ Manage* 2016;70:52-8.
31. Caspers BA, Pickard B. Value-based resource management: a model for best value nursing care. *Nurs Adm Q* 2013;37:95-104.
32. Colegate-Stone T, Tavakkolizadeh A, Moxham J, Sinha J. Increasing value: The King's College Hospital experience. *British Journal of Health Care Management* 2016;22:326-34.
33. Colldén C, Gremyr I, Hellström A, Sporraeus D. A value-based taxonomy of improvement approaches in healthcare. *J Health Organ Manag* 2017;31:445-58.
34. Cook D, Thompson JE, Habermann EB, Visscher SL, Dearani JA, Roger VL, et al. From 'solution shop' model to 'focused factory' in hospital surgery: Increasing care value and predictability. *Health Affairs* 2014;34:746-55.
35. Douglas C, Aroh D, Colella J, Quadri M. The Hackensack UMC value-based care model: Building essentials for value-based purchasing. *Nurs Adm Q* 2016;40:51-9.
36. Dundon JM, Bosco J, Slover J, Yu S, Sayeed Y, Iorio R. Improvement in total joint replacement quality metrics. *J Bone Joint Surg Am* 2016;98:1949-53.
37. Ebbevi D, Forsberg HH, Essén A, Ernestam S. Value-based health care for chronic care: Aligning outcomes measurement with the patient perspective. *Quality Management in Health Care* 2016;25:203-12.
38. Elbuluk AM, O'Neill OR. Private bundles: The nuances of contracting and managing total joint arthroplasty episodes. *J Arthroplasty* 2017;32:1720-2.
39. Erichsen Andersson A, Bååthe F, Wikström E, Nilsson K. Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *J Hosp Adm* 2015;4:64-72.

40. Feeley TW, Fly HS, Albright H, Walters R, Burke TW. A method for defining value in healthcare using cancer care as a model. *J Healthc Manag* 2010;55: 399-411.
41. Fong PP, Jackson EB, Churchwell KB, Steaban R, Starmer JM, Johnson DC, et al. Acute coronary syndrome pathways: Alignment with a bundled care reimbursement model. *Crit Pathw Cardiol* 2011;10:1-8.
42. Gordon SM, Shrestha NK, Rehm SJ. Transitioning antimicrobial stewardship beyond the hospital: The Cleveland clinic's community-based parenteral anti-infective therapy (CoPAT) program. *J Hosp Med* 2011;6:S24-S30.
43. Govaert JA, van Bommel AC, van Dijk WA, van Leersum NJ, Tollenaar RA, Wouters MW. Reducing healthcare costs facilitated by surgical auditing: a systematic review. *World J Surg* 2015;39: 1672-80.
44. Govaert JA, Van Dijk WA, Fiocco M, Scheffer AC, Gietelink L, Wouters MWJM, et al. Nationwide outcomes measurement in colorectal cancer surgery: Improving quality and reducing costs presented at the European Society of Surgical Oncology 34th Congress, Liverpool, United Kingdom, October 2014. *J Am Coll Surg* 2016;222: 19-29.e2.
45. Inverso G, Lappi MD, Flath-Sporn SJ, Heald R, Kim DC, Meara JG. Increasing value in plagiocephaly care: A time-driven activity-based costing pilot study. *Ann Plast Surg* 2015;74:672-6.
46. Keel G, Savage C, Rafiq M, Mazzocato P. Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy* 2017;121: 755-63.
47. Kirkpatrick JR, Smith BM, Zapas JL, Thomas WL. Clinical impact of a value-based decision: a surgical case study. *J Am Coll Surg* 2013;216:800-11; discussion 811-3.
48. Low LL, Tay WY, Tan SY, Chia EHS, Towle RM, Lee KH. Transitional home care program utilizing the integrated practice unit concept (THC-IPU): Effectiveness in improving acute hospital utilization. *Int J Integr Care* 2017;17.
49. Malkani AL, Dilworth B, Ong K, Baykal D, Lau E, Mackin TN, et al. High risk of readmission in octogenarians undergoing primary hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2017; 12:12.
50. McCray DK, Grobmyer SR, Pederson HJ. Impact of value based breast cancer care pathway implementation on pre-operative breast magnetic resonance imaging utilization. *Gland Surg* 2017;6:57-63.
51. McLaughlin N, Buxey F, Chaw K, Martin NA. Value-based neurosurgery: The example of microvascular decompression surgery. *J Neurosurg* 2014; 120:462-72.
52. McLaughlin N, Upadhyaya P, Buxey F, Martin NA. Value-based neurosurgery: Measuring and reducing the cost of microvascular decompression surgery. *J Neurosurg* 2014;121:700-8.
53. Nilsson K, Baathe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadership in Health Services* 2017;1:01.
54. Nilsson K, Båathe F, Andersson AE, Wikström E, Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – an longitudinal interview study. *BMC Health Serv Res* 2017;17:1-12.
55. Nilsson K, Båathe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. The need to succeed – learning experiences resulting from the implementation of value-based healthcare. *Leadership in Health Services* 2017.
56. Parra E, Arenas MD, Alonso M, Martínez MF, Gamen Á, Aguarón J, et al. Assessing value-based health care delivery for haemodialysis. *J Eval Clin Pract* 2017;23:477-85.
57. Parvinen LA, Windischhofer R, Gustafsson M. Competitive advantage through value-based health care: The case of Metso Corporation. *European Management Journal* 2010;28: 195-207.

58. Peele P, Keyser D, Lovelace J, Moss D. Advancing value-based population health management through payer-provider partnerships: Improving outcomes for children with complex conditions. *Journal for Healthcare Quality* 2017;1:01.
59. Pollock RE. Value-based health care: The MD anderson experience. *Ann Surg* 2008;248:510-6.
60. Ryan AM, Krinsky S, Adler-Milstein J, Damberg CL, Maurer KA, Hollingsworth JM. Association between hospitals' engagement in value-based reforms and readmission reduction in the hospital readmission reduction program. *JAMA Intern Med* 2017;177:862-8.
61. Thaker NG, Orio PF, Potters L. Defining the value of magnetic resonance imaging in prostate brachytherapy using time-driven activity-based costing. *Brachytherapy* 2017;16:665-71.
62. Van Deen WK, Spiro A, Burak Ozbay A, Skup M, Centeno A, Duran NE, et al. The impact of value-based healthcare for inflammatory bowel diseases on healthcare utilization: A pilot study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2017;29:331-7.
63. van Veghel D, Marteiijn M, de Mol B. First results of a national initiative to enable quality improvement of cardiovascular care by transparently reporting on patient-relevant outcomes. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:1660-9.
64. Clement RC, Welander A, Stowell C, Cha TD, Chen JL, Davies M, et al. A proposed set of metrics for standardized outcome reporting in the management of low back pain. *Acta Orthop* 2015;86:523-33.
65. de Kleuver M, Faraj SSA, Holewijn RM, Gernscheid NM, Adobor RD, Andersen M, et al. Defining a core outcome set for adolescent and young adult patients with a spinal deformity: A collaborative effort for the Nordic Spine Surgery Registries. *Acta Orthop* 2017;88:612-8.
66. De Roos P, Bloem BR, Kelley TA, Antonini A, Dodel R, Hagell P, et al. A consensus set of outcomes for Parkinson's disease from the International Consortium for Health Outcomes Measurement. *J Parkinsons Dis* 2017;7:533-43.
67. Deen W, Nguyen D, Duran N, Kane E, Oijen M, Hommes D, et al. Value redefined for inflammatory bowel disease patients: a choice-based conjoint analysis of patients' preferences. *Qual Life Res* 2017;26:455-65.
68. Garcia JA, Mistry B, Hardy S, Fracchia MS, Hersh C, Wentland C, et al. Time-driven activity-based costing to estimate cost of care at multidisciplinary aerodigestive centers. *Laryngoscope* 2017;127:2152-8.
69. French KE, Guzman AB, Rubio AC, Frenzel JC, Feeley TW. Value based care and bundled payments: Anesthesia care costs for outpatient oncology surgery using time-driven activity-based costing. *Healthcare* 2016;4:173-80.
70. Wu SJ, Ma Q, Martin P, DeVries A. Finding the value in value-designation: Evidence and opportunity in the united states. *Managed Care* 2016;2016:1-1.
71. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care* 2010;19:376-82.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: [@SBU_se](https://twitter.com/SBU_se) • telefon: 08-412 32 00