

Värdebaserad vård lika illa som NPM

Det måste finnas bättre sätt att bemöta den kritik som riktats mot New public management än med värdebaserad vård, anser artikelförfattarna. De vill nu snabbt se en delrapport från Svenska Läkaresällskapets projekt »En värdefull vård«, annars ser de en risk för att värdebaserad vård etablerats i landstingen innan sällskapet presenterar sin utredning 2015.



Gunnar Akner och medförfattare efterlyser en delrapport från Svenska Läkaresällskapets projekt »En värdefull vård«.

Är »värdebaserad vård« [1, 2] svaret på den kritik som framkommit mot New public management (NPM) och som föranlett Svenska Läkaresällskapet att göra frågan till en av sina viktigaste [3]?

Värdebaserad vård fördes in i Sverige av den amerikanska konsultfirman Boston Consulting Group med stöd från industriintressen. En serie workshops genomfördes 2009 under medverkan av ett 50-tal »most senior leaders« från beställare, akademi och industri [4]. Boston Consulting Group har finansiell koppling till Handelshögskolan och har beretts plats i flera centrala sjukvårdsutredningar under senare år [5, 6].

En annan aktör från Handelshögskolan, som också har en viktig roll i den pågående förändringsprocessen i vården, är Leading Health Care [7]. Denna stiftelse fick 2011 i uppdrag av Socialdepartementet att genomföra en serie utredningar inom projektet »Mest sjuka äldre«. Frågan är om läkarkåren är medveten om hur politiker/administratörer driver utvecklingen av hälso- och sjukvården via starka aktörer med nära koppling till Handelshögskolan. Den

allt starkare styrningen av vården via riktlinjer, vårdprogram, registrering av indikatorer i kvalitetsregister etc ingår i en planerad förändringsprocess som drivs av instanser där de flesta medverkande saknar medicinsk bakgrund.

Värdebaserad vård är framtagen för amerikanska förhållanden [8], med utpräglad konkurrens mellan vårdproducenter, stora befolkningsunderlag och kraftig subspecialisering. Dessutom avsätter USA dubbelt så mycket av sin BNP till sjukvård som Sverige, vilket sedan fördelas betydligt mer ojämnt. Vi har alltså andra förutsättningar, men också ett annorlunda synsätt på vilka problem som föreligger, till exempel bristande helhet i omhändertagandet av patienten, obalans mellan sjukhusvård och primärvård, svag geriatrik och psykiatri med mera.

Kärnan i värdebaserad vård är ekvationen »värde = resultat/kostnad«. En central fråga är vad som avses med värde och dess kopplingar till begrepp som värdefull, värdebaserad etc. Utgångspunkten för värdebaserad vård är att vårdresultat säkert kan mätas. Men frågan är vilka mätvärden som väljs ut, och vilka värderingar som avgör prissättningen på utfallsmått.

Grunden i ersättningsystemet till värdebaserad vård är att vården är evidensbaserad och lever upp till bästa praxis. Förespråkarna för värdebaserad vård menar att så är fallet. Men detta antagande har inget med praktisk sjukvård att göra, och det är ju den som ska ersättas. Det går möjligen att välja ut en enstaka diagnos, avgränsa insatserna

till en superspecialiserad process och en vårdepisod med förhållanden som liknar dem som gällde i de kontrollerade studier från vilken evidensen hämtats. Men verklig sjukvård är sällan i överensstämmelse med denna idealiserade bild [9, 10]. Ersättningsystem kan inte kopplas till evidens som till exempel inte tar hänsyn till multisjuklighet eller demens, som ofta föreligger i högre åldrar.



Harvardprofessorn Michael Porter (Harvard Business School) rekommenderar ersättningsystem som avser hela »vårdepisoder«, där beställaren betalar ett paketpris för all vård som ett visst hälsoproblem kräver [8, 11]. Dilemmat är att en stor del av hälso- och sjukvården inte avser tydliga och avgränsade episoder, utan ofta kombinationer av kroniska sjukdomar och diffusa hälsoproblem, där det med dagens kunskapsnivå är svårt att koppla behandlingar till specificerade utfall.

Inte ens evidensen för effekt av läkemedel håller i äldre åldersgrupper annat än i undantagsfall. Än mindre när multisjuklighet finns. Evidens saknas för mycket av det som är kärnan i vårdkvalitet; tröst, tid för att lyssna, långsiktig förbättring av kroniska förlopp, stöd till anhöriga etc. Helheten fångas dåligt i frågor om så kallad patientnytta även om enskilda kvalitetsvariabler, till exempel kontinuitet, objektivt kan mätas.

I värdebaserad vård kopplas indikatorer i kvalitetsregistren till ersättning. Läkareförbundet och andra [12-14] varnar för denna användning eftersom det förstärker de svagheter som finns med registren, nämligen icke jämförbara populationer [15], icke redovisade bortfall,



BENGT JÄRHULT
distriktsläkare, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com



ERIC SECHER
överläkare, Ersta sjukhus,
Stockholm



GUNNAR AKNER
professor, geriatrik, Örebro
universitet; docent, geriatrik,
Karolinska institutet, Stockholm;
leg läkare

socioekonomiska skillnader [16] och direkt manipulation [17, 18], för att en klinik ska framstå i bästa dager i rankingslistor. Värdebaserad vård ökar alltså de risker som redan finns med kvalitetsregister, därför är det tveksamt att införa denna metod som ersättningssystem. Det måste finnas andra och bättre sätt att bemöta den omfattande kritik som riktats mot NPM.

Värdebaserad vård bygger dessutom på det icke evidensbaserade [13, 19] betalningssystemet P4P (payment for performance) eller innehåller som Myndigheten för vårdanalys påpekar [11] i varje fall »element av P4P«. Läkarförbundet tydliggjorde redan 2011 i Al-medalen apropå öppna jämförelser och register: »Betalt för merarbete men inga resultatbaserade ersättningar – inte en ytterligare uppgift i en stressad vardag som används för att betygsätta.«

Vår uppfattning är att ersättningssystem i sjukvården måste bygga på förtroende och tillit. Beställare och myndigheter måste börja lita på att professionen »gör sitt jobb«, både ur medicinsk och resursanvändningssynpunkt.

Det är viktigt att Svenska Läkaresällskapets projektgrupp »En värdefull vård« [20] nu levererar en delrapport. Risken är annars att värdebaserad vård redan har etablerats i landstingen innan Svenska Läkaresällskapet presenterar sin utredning 2015.

REFERENSER

- Engström I. Läkaresällskapet: NPM – en av de viktigaste frågorna. Läkartidningen. 2014;111:CPE9.
- Boston Consulting Group. Value guided health-care as a platform for industrial development in Sweden – feasibility study. Final document, August 2009. <http://www.bcg.com/documents/file35254.pdf>
- Porter ME, Olmsted Teisberg E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- Satsningen på nationella kvalitetsregister. Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013. PM 2013:1. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
- Flodin T. Rätt diagnos om kvalitetsregistren – men avvakta med amputationen. Läkartidningen. 2014;111:CPMD.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Ny remissrunda om ST-författningen:

»ÖSTUS-enkät« visar värdet av extern granskning

Socialstyrelsens förslag om att ersätta kravet på extern granskning av ST-utbildningen med ett allmänt formulerat granskningskrav har mötts av skarp och samstämmig kritik från läkarnas professionella organisationer medan Sveriges Kommuner och landsting välkomnar förslaget. Socialstyrelsen håller just nu på att revidera sitt förslag till ny ST-författning med sikte på en ny remissrunda i mitten av december, skriver nätverket ÖSTUS (övergripande studierektorer vid universitetssjukhus).

Slutreplik om förlossningsenheter utanför akutsjukhus

Styrelsen för Svensk förening för obstetrisk anestesi och intensivvård, SFOAI, kommer här med sin slutreplik om förlossningsvård på enheter utanför akutsjukhus, i vilken man kommenterar flera olika inlägg i debatten.

Läs båda artiklarna på Lakartidningen.se

APROPÅ! Statinbehandling vid hjärnblödning

Lidköping ställer gärna upp i studie

Vårdorganisationen KPNC i Kalifornien (Kaiser Permanente Northern California) [1] rapporterar att statinbehandling under vårdtiden för en akut hjärnblödning minskar 30-dagarsdödligheten.

Artikeln, som refererats i Läkartidningen under vinjetten Nya Rön [2], bygger på en retrospektiv registerstudie på 3 481 patienter med hjärnblödning som varit inlagda på något av KPNC:s 20 sjukhus under åren 2002–2011. KPNC har 3 miljoner medlemmar. Vid inläggning behandlades 1 160 patienter med statiner, 391 slutade och 769 fortsatte. 2 321 patienter behandlades inte med statiner vid inläggningen; 425

av dem inledde statinbehandling medan 1 896 fortsatte utan. Dödligheten efter 30 dagar var 18,4 procent bland de 1 194 patienter (769 + 425) som fick statiner och 38,7 procent bland de 2 287 (1 896+391) som inte fick statiner.

Efter justering för ålder, kön, ras, annan sjuklighet, dysfagi och antal fall/sjukhus var oddskvoten 4,25 för överlevnad vid statinbehandling, vilket kanske kan tolkas som om det var drygt 4 gånger vanligare att överleva 30 dagar om man fick statiner jämfört med om man inte fick det. Siffran sjunker dock till cirka 2 om man också kontrollerar för svårighetsgrad (mätt med Glasgow Coma Scale, GCS, och/eller modifierad NIH-strokeskala, NIHSS) och beslut om »icke återupplivning«. Man försöker kontrollera för icke mätta förväxlingsfaktorer (confounders) med hjälp av lokal terapitra-

dition (instrumental variable probit models). Det begriper jag tyvärr inte. Vad man inte kontrollerat för är förmodligen de viktigaste förväxlingsfaktorerna; hjärnblödningsvolymen och dess lokalisering. Dessa borde inte ha varit omöjliga att beräkna och redovisa. Studiesterleken, som i vanliga fall är en styrka, är nog här en svaghet eftersom man inte tagit hänsyn till nämnda förväxlingsfaktorer.

Man kan undra hur resultaten hade blivit om man i stället hade valt att analysera användningen av protonpumpshämmare, SSRI eller blodtrycksläkemedel före och under sjukhusvistelsen i relation till 30-dagarsdödligheten. Resultaten hade nog blivit liknande, det vill säga icke-användarna hade haft en högre dödlighet än användarna.

Sammanfattningsvis finner jag ingen som helst anledning att starta statinbehand-

ling hos patienter med hjärnblödning förrän en korrekt studie är gjord. Med det avses en dubbelblindad randomiserad och placebokontrollerad studie där hälften av patienterna får en statin och den andra hälften en placebo, och där det visar sig att behandlingen verkligen gör nytta och dödligheten efter 30 dagar minskar signifikant. Jag ser fram emot en sådan studie, som lämpligen organiseras av Riks-Stroke. Lidköping ställer gärna upp.

Lennart Welin

docent, överläkare, medicinkliniken, Skaraborgs sjukhus lennart.x.welin@vregion.se



REFERENSER

- Flint AC, Conell C, Rao VA et al. Effect of statin use during hospitalization for intra-cerebral hemorrhage on mortality and discharge disposition. JAMA Neurol. [Epub 22 sep 2014.]
- Hansen A. Statinbehandling vid stroke har bättre prognos. Läkartidningen. 2014;111:C4XI.

Illustration: Colourbox