

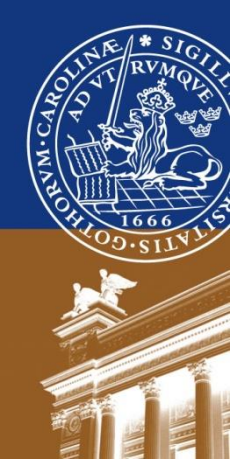


report  
*Leading Health Care nr 1 2014*

# Ekonomi *på tvären*

*Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*

Författare: Karin Fernler, Anna Krohwinkel,  
Jon Rognes, Hans Winberg



# Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov?

Arbetsätt och samverkan vid åtta mottagningar i Region Skåne samt implikationer för landsting och kommuner.

Anders Anell & Anna H Glenngård



# report

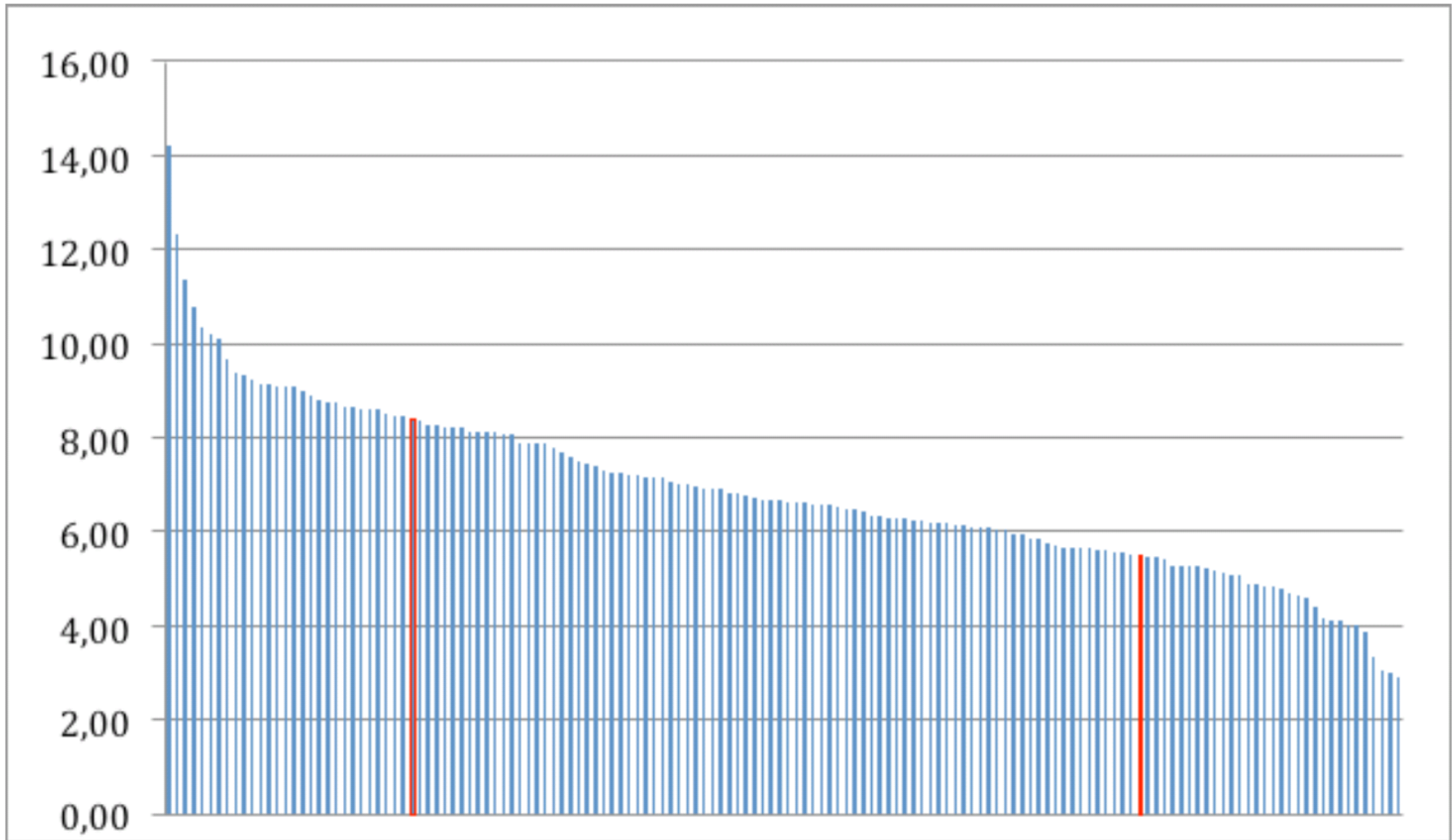
Leading Health Care nr 10 2012

## Vad gör primärvården för äldre med *komplexa behov?*

Arbetsätt och samverkan vid åtta  
mottagningar i Region Skåne samt  
implikationer för landsting och kommuner

*Författare: Anders Anell & Anna H Glenngård*

**Figur 2.** Genomsnittligt antal vård dagar per person bland ACG-tunga 75+ år 2011 listade på olika primärvårdsenheter i Region Skåne.



Anell A (2011) Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre. I Krohwinkel Karlsson A, Winberg H, eds. På väg mot en värdefull styrning. Leading Health Care: Stockholm.

# Analyser och data

- Kvalitativ jämförelse mellan åtta primärvårdsenheter
  - intervjuer med verksamhetsföreträdare samt samverkansparter i kommunen, registerdata
  - jämförelse av tillgänglighet, kallelsesystem, samverkan etc.
  - rankning av primärvårdsenheter jämförs med resultat-/utfallsmått (besök, vård dagar på sjukhus)
- Kvantitativ analys med registerdata från alla 150 primärvårdsenheter i Region Skåne
  - resultat-/utfallsmått som beroende variabler
  - processmått och kontroller som beroende variabler

**Tabell 7. Samlad jämförelse av vårdcentraler.**

	Identifiera patienter	Kontinuitet mot patient		Tillgänglighet mot patient	Struktur för samverkan	Tillgänglighet och kontinuitet gentemot kommun	Samverkan/ koordinering utifrån individers behov				Summa
		Enligt pv	Statistik (3 besök samma läkare, %)				Enligt pv	Enligt kommun	VOPS	Läkemedelsgenomgång	
Tärnan	3	3	1	3	3	3	3	1	-	2	22
Doppingen	2	3	2	2	1	3	1	1	-	-	15
Måsen	2	3	2	3	3	3	2	1	-	-	19
Svalan	2	2	1	1	1	2	2	1	-	2	14
Lommen	2	2	1	1	2	2	2	1	1	3	17
Vadaren	1	2	2	2	2	3	2	1	-	3	18
Svanen	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	27
Falken	2	2	1	2	3	3	2	2	-	1	18



**Tabell 8. Utfallsmått avseende listade äldres konsumtion av vård vid sjukhusen samt ACG- och CNI-vikt för studerade mottagningar.**

<b>Mottagning</b>	<b>Genomsnittliga slutenvårdsdagar per person år 2011 och 2012</b>	<b>Besök utan inläggning (antal per 1 000 i gruppen 75 år och äldre) t.o.m. september 2012</b>	<b>ACG</b>	<b>CNI</b>
Svanen	5 resp. 6	150	Medel	Lågt
Tärnan	10 resp. 8	200	Medel	Medel
Måsen	7 resp. 8	150	Medel	Medel
Falken	11 resp. 8	400	Medel	Högt
Vadaren	11 resp. 9	400	Medel	Högt
Lommen	7 resp. 6	350	Medel	Medel
Doppingen	5 resp. 4	250	Högt	Lågt
Svalan	9 resp. 5	400	Medel	Medel

# Regressionsanalys med data från 150 vårdenheter i Region Skåne (år 2012)

## Beroende variabler

- Genomsnittligt antal vårddagar per person i gruppen ACG-tunga 75+
- Besök på sjukhusens akutmottagningar per 1000 listade 75+

## Oberoende variabler

- Geografiskt distrikt
- Care-need-index, CNI
- ACG
- Privat/offentligt
- Kontinuitet (andel besök till samma läkare)
- Läkemedelsgenomgångar (antal)
- VOPS (antal)
- Andel direktinläggningar (andel)



# Resultat

- Modellen med vårddagar förklarar liten andel av variationen i data
- De flesta oberoende variabler har ingen signifikant betydelse för att förklara variation
- Signifikanta skillnader:
  - Ökad CNI ger fler vårddagar resp besök
  - Två av sex distrikt har färre vårddagar
  - Ökad andel direktinläggningar ger färre vårddagar

# Exempel på tänkbara indikatorer för MRE inom “mest sjuka äldre”

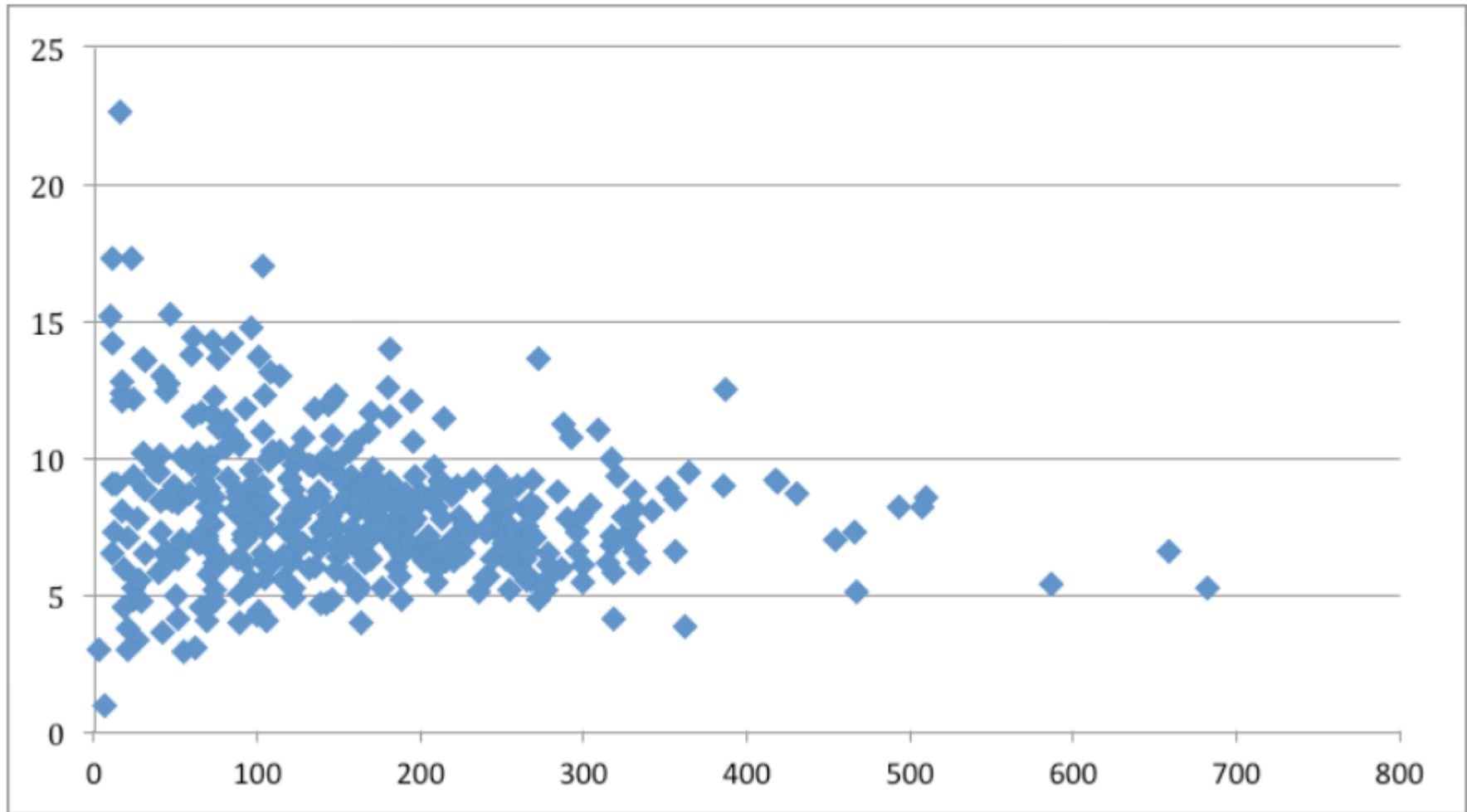
- Resultat-/utfallsmått
  - Besök på sjukhusens akutmottagning per 1000 listade
  - Undvikbar slutenvård
- Processmått
  - Kontinuitet
  - Läkemedelsgenomgångar
  - Individuella vård- och omsorgsplaner

Resultat/utfall förklaras av:

- behandlingens/insatsens effekt
  - kvalitet i utförandet
  - riskfaktor och patientattribut
  - slumpfaktor
- } processer

Risk för typ I (falskt positivt) och typ II (falskt negativt) fel vid utvärdering av vårdgivare

**Figur 8.** Genomsnittligt antal vårddagar per person och antal personer listade vid olika enheter, värden för respektive enhet åren 2009-2011.



Anell A (2011) Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre. I Krohwinkel Karlsson A, Winberg H, eds. På väg mot en värdefull styrning. Leading Health Care: Stockholm.

# Risk att fel enheter belönas vid användning av resultat/utfallsmått

- Särskilt utan justering för patientattribut och med begränsat patientunderlag
- Men svårt även med riskjustering och ”stora tal”
  - Har primärvården kunskap om sambanden?
  - I vilken utsträckning kan primärvård kontrollera utfall?
- *Enklare om resultat-/utfall avser viss grupp (t.ex. hjärtsvikt), flera år och om andra berörda vårdgivare belönas på samma grunder?*

# Begränsningar även med processmått

- Vilken evidens?
- Effekt beror på incitament i övrigt
  - läkemedelsgenomgångar vs. VOPS
- Enklare att kringgå/manipulera
- Risk för protokollstyrd vård
  - ”reaching target but missing the point”
- Behov av ”kvalitetssäkring”
  
- *Mer utrymme för subjektiva mått på samverkan?*

Sextioårig man söker  
kvinna 35-42 som ej  
är åldersfixerad.

Kontaktannons



# Ekonomiska incitament och professionella drivkrafter

- För professioner ligger en stor del av belöningarna i arbetets utförande (“inre drivkraft”)
- Ekonomiska incitament kan komplettera eller konkurrera med inre drivkrafter
  - ‘hidden cost of reward’ = principalen får börja betala för det man tidigare fick ‘gratis’
  - konkurrens med inre drivkrafter ger risk för icke-avsedda effekter (undanträngning)