

Avdelningen för ekonomi och styrning
Agneta Rönn
Avdelningen för vård och omsorg
Olle Olsson

ACG – förutsättningar för en nationell insats

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
ACG ifrågasätts som grund för ersättning i primärvård	3
Behövs en nationell insats?	4
Beskrivning av ACG-systemet	6
Användning av ACG i landstingen	8
Det finns både fördelar och risker med att använda ACG som grund för ersättningssystem	10
Finns det några alternativ till ACG?	12
Diagnosregistreringens betydelse för ACG	14
Utveckling av KPP i primärvård i fler landsting	18
Frågeställningar kring ACG och förslag till handlingsvägar	19

Sammanfattning

SKL:s sjukvårdsdelegation har, med utgångspunkt i granskningar i enskilda landsting sett ett behov av att se på möjligheterna att validera ACG (Adjusted Clinical Groups) - systemet. SKL uppdrogs att ta frågan vidare.

ACG används i många länder och av en majoritet av de svenska landstingen. Den kliniska logiken i ACG är öppen och förståelig på en övergripande nivå. Systemet är dock komplext och inte helt transparent. Det finns därmed utrymme för att öka kunskapen om och förståelsen av systemet. Denna PM och bifogad powerpoint-presentation är tänkt som en del i denna kunskapsutveckling. ACG beskriver en samlad bild av resursbehov utifrån patienternas diagnoser över en tidsperiod och bygger på registrerade diagnoser. Systemet sorterar och grupperar diagnoser och sjukdomar efter vissa kriterier för att beskriva sjukdomsbilden i avgränsbara grupper (Adjusted Clinical Groups) som ges olika resursvikter. För varje ACG-grupp beräknas en kostnadsvikt utifrån KPP-kostnadsdata. Sådana data har hittills endast funnits i landstinget Östergötland. ACG används på olika sätt av landstingen. Litet mer än hälften använder det i ersättningssystemet för primärvård.

SKL föreslår följande hantering av frågeställningar kring ACG:

En validering skulle, med tanke på att ACG används på olika sätt i olika landsting bara kunna göras per landsting. Vi föreslår därför att vi avvaktar med detta tills vidare.

Den nationella viktlistan för ACG skulle bli stabilare med ett bredare KPP-underlag från primärvården i fler landsting. Vi föreslår att frågan lyfts och diskuteras vidare i relevanta nätverk på SKL.

Flera av de landsting som idag använder ACG i sina ersättningssystem har också satsat på ökad utbildning och kontroll när det gäller diagnosregistrering. Gemensamma riktlinjer för diagnosklassificering i primärvården är också en förutsättning för att en gemensam viktlista baserad på en KPP-databas ska kunna vara tillämpbar i alla landsting. Vi föreslår att frågan lyfts och diskuteras vidare i relevanta nätverk på SKL.

För att skapa större utrymme för insyn i och påverkan på utvecklingen av systemet har några landsting framfört idén om att Sverige borde ha en nationell licens för ACG. Vi föreslår att det nätverk som finns på SKL för ACG-frågor får i uppdrag att titta på hur en sådan lösning skulle kunna se ut.

ACG ifrågasätts som grund för ersättning i primärvård

ACG-systemet används av ungefär hälften av landstingen som en del av ersättningssystemen i primärvård, för att justera ersättningen efter vårdtyngd. ACG är ett mätinstrument för resursbehov utifrån diagnostyngd och samsjuklighet – eller snarare vårdtyngd efter resursåtgång - och har utvecklats och ägs av John Hopkins University i USA och användarlicensen säljs av företaget Ensolution i Sverige.

De landsting som valt att använda ACG för viktning av ersättning anger som huvudsakligt syfte att kompensera vårdcentraler som har patienter med högre sjukdomsburda än genomsnittet. Variationen i sjuklighet inom ett landsting ser dock olika ut i olika landsting. Det kan därmed vara mer eller mindre motiverat för ett landsting att använda ACG för detta ändamål.

Det har i olika sammanhang uppstått diskussioner om ACG och om dess lämplighet som grund för ersättningssystem (aktuella exempel från Jönköping och Region Skåne beskrivs i det följande). Det finns både förespråkare för systemet men också de som redovisar en mer eller mindre stark misstänksamhet mot det – frågan är om den är spridd och är den välgrundad?

En av de frågor som diskuterats är huruvida det är möjligt och kanske t.o.m. enkelt för enskilda läkare att manipulera ACG-värdena genom att sätta många och särskilt vissa diagnoser. Eller att man t.ex. sätter tidigare behandlade diagnoser flera gånger trots att det inte är någon ny behandling. Eller att en stor del av patienterna får icke-relevanta diagnoser som ”synnedsättning”. På det här sättet hävdas från vissa håll att en del vårdcentraler tillskansar sig för mycket pengar.

En konsultutredning har gjorts i landstinget Jönköping, där man dock inte kunde visa att införandet av ACG har lett till en systematisk överrapportering av diagnoser på vårdcentralsnivå eller att diagnossättningen har någon omfattande påverkan på en vårdcentrals ekonomi. En av konsulternas slutsatser är emellertid att det finns behov av en ”validering” av systemet i samarbete mellan flera landsting och att ”modellen borde göras transparent”.

Rent allmänt har under senare tid påtalats det problem som ligger i att koppla ersättningar till olika typer av registreringar - det gäller t.ex. registreringar i kvalitetsregister, patientregister och KPP. Jfr också de diskussioner som fördes om utjämningsystemet för några år sedan när vissa landsting kraftigt ökade sina registreringar i patientregistret – något som fick betydelse för utjämnningen.

Behövs en nationell insats?

Är det som beskrivits ett allmänt problem i de landsting som använder ACG? Finns en tillräcklig förståelse och kunskap bland politiker, tjänstemän och vårdpersonal om vad modellen gör? Har man några diskussioner om ändamålsenligheten, lämpligheten osv? Och framför allt - eftersom modellen bygger på diagnosregistrering - hur säkrar man att diagnossättningen sker på ett bra sätt utifrån landstingets mål och inriktning för sjukvården och på ett sätt som också ger ACG en rimlig stabilitet och validitet?

SKL är sedan 2010 sammankallande för ett nätverk för landstingens kontaktpersoner för ACG. Nätverket tillkom efter beslut av landstingsdirektörsnätverket i samband med diskussioner om KPP i primärvård och landstingens behov av verktyg för att göra vårdtyngdsjusteringar i ersättningarna till primärvården. Nätverket träffas två gånger per år för information, kunskaps- och erfarenhetsutbyte, redovisning av genomförda analyser m.m. Även leverantören deltar vid dessa möten, helt eller delvis.

SKL:s sjukvårdsdelegation hade frågan om ACG uppe på sitt möte i november 2013 mot bakgrund av den granskning som hade genomförts i Jönköping för att se om det finns systematiska manipulationer i systemet. Enligt sjukvårdsdelegationens protokoll visade granskningen att det finns ett behov att validera ACG systemet. SKL uppdrogs att ta frågan vidare.

SKL har försökt identifiera vad en ”validering av ACG” skulle kunna innebära och diskuterat i olika grupperingar vad en nationell insats kan innehålla och tillföra i frågan och vad som är rimligt sett till insatser, kostnader och förväntat resultat. Förutsättningarna för att göra en validering påverkas också av att ACG är en kommersiell produkt som landstingen betalar för att använda men inte har någon långtgående insyn i eller direkt inflytande över.

Sammanfattning av SKL:s diskussioner med landstingsföreträdare om någon form av insats:

ACG fördelar mycket pengar – det är absolut relevant att öka transparensen i systemet! Det handlar om ersättningssystemens trovärdighet. Alla ersättningssystem kan manipuleras – det gäller både ersättningar som baseras på ACG, prestationsbaserade ersättningar och andra. Riskerna måste synliggöras och ev. kvantifieras och det måste finnas kontroll och uppföljning för att motverka fusk.

ACG bygger på primärklassifikationer – diagnosregistreringar. Diagnosregistreringar görs av vårdpersonal under yrkesansvar och det viktigaste syftet är att få en god beskrivning av innehållet i vården. Att få en tillräcklig, kvalitativt god och jämförbar registrering av diagnoser är således inte primärt en fråga om ersättningssystem utan handlar om att möjliggöra beskrivning av vården samt ge underlag för val av behandlingsalternativ, uppföljning och forskning – dvs. en fråga inte minst för Socialstyrelsen och för medicinsk revision. En ökad och korrekt diagnosregistrering är i grunden positiv! För landsting som har ACG blir diagnosregistreringen extra viktig eftersom systemet förutsätter och bygger på att diagnosregistreringen fungerar. ”Skräp in – skräp ut!” eller tvärtom ”bra underlag in ger underbyggda ACG-vården”.

Att göra en ”validering” av ACG betyder i princip att man ska göra en vetenskaplig prövning av systemets förmåga att förutsäga kostnader för vården utifrån patienternas diagnoser. Det har i olika sammanhang, både internationellt och i Sverige, gjorts sådana studier med litet olika inriktning. Att göra en bredare sådan vetenskaplig prövning av systemets förmåga att mäta det som man påstår att det mäter också utifrån svenska förhållanden är ett omfattande arbete och frågeställningar behöver nogt övervägas. Detta är egentligen extra viktigt för svenska förhållanden, då vi inte använder ACG i hela systemet (sjukhus, öppenvård och primärvård) som det är utvecklat för, utan enbart använder utvalda delar av systemet. Därför att det än viktigare att validera det svenska sättet att använda ACG. Landstingen tillämpar ACG i sina ersättningssystem på olika sätt, vilket innebär att en validering och jämförelse av ACG som ersättningssystem bara kan göras per landsting eller genom att man beräkningsmässigt ”likställer” skillnaderna i tillämpning mellan landstingen. Det finns emellertid också skillnader i hur man väger samman ACG med andra kriterier – främst CNI och ålder.

De nationella kostnadsvikterna i ACG bygger på kostnadsdata från endast ett landsting. Med data från fler landsting kan kostnadsvikterna bli mer träffsäkra. Sådana data kommer att finnas tillgängliga inom kort men det behöver utvecklas gemensamma definitioner och det behövs resurser för att sammanställa och analysera data för användning i ACG. En validering av ACG-ersättning mot faktiska kostnader är metodmässigt problematisk. Kostnaderna styrs av intäkterna som i sin tur styrs av ACG-vikter beräknade utifrån KPP-kostnader – vad är orsak och vad är verkan och hur värderar man betydelsen av just ACG om det inte slår igenom på hela ersättningen utan ofta i kombination med CNI och ålder?

ACG är också ett beskrivnings- och uppföljningssystem! Från början är det utvecklat som just detta, men dagens ACG system är mer inriktat på att förutsäga framtida kostnader med särskilda prediktiva modeller som vi i Sverige använder mycket lite. I det nätverk som finns för ACG-frågor utbyts erfarenheter kring möjligheterna att nyttja systemet i högre utsträckning för analyser och att förutse behov.

Beskrivning av ACG-systemet

En viktig insats kan vara att öka kunskapen om ACG genom att ta fram en bra information - hur det skapas ACG-grupper av diagnoser, hur det är uppbyggt, hur det kan användas, dess styrkor och svagheter, vilka förutsättningar som behöver vara uppfyllda osv. I det följande görs en översiktlig beskrivning av hur ACG-systemet fungerar och hur det används. Därefter belyses fördelar och risker med systemet, samt om det finns några alternativ. Slutligen görs en fördjupning kring två frågor som berörts ovan – diagnosregistreringen och kostnadsvikterna.

Vad är ACG?

- ACG beskriver **en samlad bild av resursbehov** utifrån patienternas diagnoser över en tidsperiod.
- Bygger på **kliniska observationer**
 - Morbiditet (sjuklighet) ”klustrar”; vissa diagnoser uppträder gärna samtidigt
 - Vissa vårdgivare har sjukare patienter
- Systemet sorterar och grupperar diagnoser och sjukdomar efter vissa kriterier för att beskriva sjukdomsbilden i **avgränsbara grupper** (Adjusted Clinical Groups) som ges olika **resursvikter**.
- **Patienterna** är basen, inte vårdtillfällena (jfr DRG).
 - En patient – en ACG!

Användningsområden

- Som **beskrivningssystem** (för att beskriva sjukdomsbilden i en befolkning)
- Som **analysverktyg** – vad kännetecknar våra patienter, hur kan man arbeta utifrån ”risk-perspektiv” osv?
- För vårdtyngdsjustering i **ersättningssystem**

ACG utvecklades i USA och används i många länder.

Diagnosregistrering

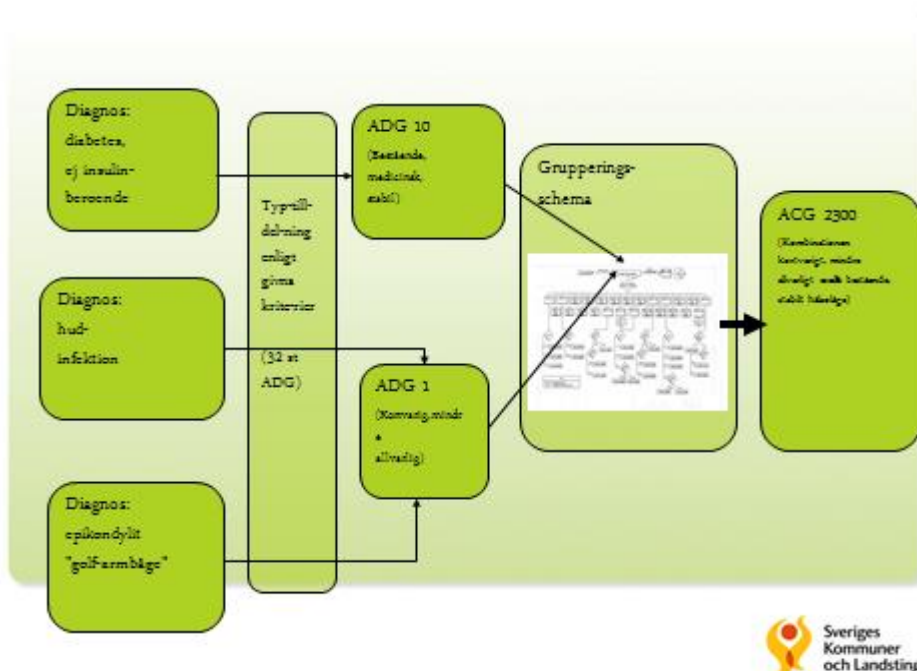
ACG bygger på de diagnoser som har satts på de patienter som varit i hälso- och sjukvården under de senaste 15/18/24 månaderna.

- Landstinget kan välja att använda enbart ”primärvårdsdiagnoser” eller samtliga diagnoser (dvs. även de som sätts i specialistvården) för att beräkna sin ACG.
- Omfattningen och kontinuiteten i diagnossättningen är därför viktig.
→Riktlinjer för och utbildning i diagnossättning!

- Det är svårt för diagnosregistrerare att enkelt ”genomskåda” vilka diagnoser som har störst betydelse. Det finns i egentlig mening inga diagnoser som har större betydelse än andra, utan det viktigaste är kombinationen av diagnoser hos enskilda patienter som dessutom är beroende av ålder och kön hos patienten.

Schema över stegen för hur diagnoser blir ACG-grupper

Figuren nedan visar hur diagnoser i första steget grupperas till ADG enligt fem kriterier och att dessa ADG för en bestämd period grupperas till ACG – allt per patient.



De fem kriterierna för hur diagnoser klassificeras till ADG (32 Aggregerade DiagnosGrupper) är:

- Tillståndets varaktighet
- Tillståndets allvarlighetsgrad
- Diagnostisk säkerhet vid bedömning
- Bakomliggande orsak (etiologi)
- Behov av specialiserad vårdnivå

Exempel på ADG-grupper som blir resultatet av grupperingen utifrån de angivna kriterierna:

ADG- nr	Benämning
1	Övergående, lindrig (t ex vaxpropp, nageltrång, hälsporre)
5	Allergisk
12	Kronisk specialitet, stabil - ortopedisk
17	Kronisk specialitet, instabil – ÖNH (t ex Meniers sjukdom)

Genom ett grupperingsschema grupperas patienterna sedan i ACG-grupper utifrån dessa 34 ADG och ålder - med en logik som framgår av exemplen nedan.

Exempel på ACG-grupper (83justerade kliniska grupper) som skapas av ADG

ACG-nr	Beskrivning
0300	Övergående, tidsbegränsad, lindrig art - ålder 6 år och äldre
0800	Kronisk medicinsk, instabil
4220	4-5 andra ADG-kombinationer - ålder 1-17 år, minst en allvarlig
4330	4-5 andra ADG-kombinationer - ålder 18-44 år, minst två allvarliga

Kostnadsvikternas roll i ACG

För varje ACG-grupp beräknas en kostnadsvikt. Beräkningen görs utifrån KPP-kostnadsdata per individ och alla de diagnoser som förekommit vid patientens olika vårdkontakter (somatisk vård, psykiatri och primärvård). Sådana data har hittills endast funnits i landstinget Östergötland samt vissa gamla data från landstinget Blekinge. Olika viktlistor tas fram (med enbart primärvårds-diagnoser resp. samtliga diagnoser samt med och utan läkemedelskostnader). Uppdateringar av viktlistorna görs regelbundet (senast 2012). Fler landsting är inne i eller på väg in i KPP för primärvård, vilket i princip möjliggör ett bättre underlag för kostnadsvikterna i ACG. Den nuvarande viktlistan har skapats i ett landsting där diagnosregistreringen inte förrän nyligen har legat till grund för ersättning genom ACG. Erfarenheter från de landsting som ersätter utifrån ACG visar att både omfattningen och kvaliteten på registrering av primärklassifikationer ökar efter införandet.

Användning av ACG i landstingen

Följande översiktsbild visar hur landstingen använder ACG för olika syften – analys och uppföljning och/eller som en del i ersättningssystemet. Allt fler har börjat använda det för båda ändamålen.

Landsting/Region	ACG används för		
	Analys	Ersättning	% andel
Blekinge	Ja	Ja from 2014	?
Dalarna	Ja	Ja	53%
Gotland			
Gävleborg	?	Ja	20%
Halland			
Jämtland			
Kronoberg	Utvecklas	Ja	76%
Norrbottn	Ja	Ja	25%
Region Skåne	Ja.	Ja	ca 80%
Stockholm			
Sörmland	Utvecklas		
Uppsala			
Värmland	Översiktligt	Ja	45%
Västerbotten	Ja	Ja	2%
Västernorrland	Ja	Ja	?
Västmanland	Nej	Ja	?
Västra Götalansregionen	Utvecklas	Ja	43%
Kalmar	Utvecklas	Ja	15%
Jönköping	Utvecklas	Ja	75%
Örebro	?	Ja	?
Östergötland	Ja	Ja from 2014	Mot 48%

Sammanfattningsvis är det mer än hälften av landstingen som använder ACG för ersättning men andelen av ersättningen som baseras på ACG varierar ganska starkt. Alla landsting som använder ACG som fördelningsgrund för ersättning kombinerar det med CNI (se nedan). Många kombinerar även med att ta hänsyn till befolkningens ålderssammansättning.

Exempel på andra användningsområden än ersättningssystem där landstingen tillämpar ACG:

- Uppföljning av ersättningssystem (Halland, Jämtland)
- Simulering av framtida resursförbrukning (diskuteras i Region Skåne, kan användas av vårdgivare för att kalkylera för en etablering)
- Identifiering av riskpatienter för förebyggande insatser och för att förutsäga återinläggningar (Norrbotten, Dalarna, Jämtland)
- Vårduppföljningar allmänt per läkare och per diagnos (Värmland)
- ACG som mått på sjuklighet för läkemedel (studie gjord för Socialstyrelsen, Region Skåne använder ACG för att fördela läkemedelsersättning)

Flera landsting planerar att utveckla användningen av ACG för uppföljning och analys

Region Skåne och Jönköping har gjort omfattande uppföljningar av sin diagnossättning (se nedan), liksom Västra Götaland. Kalmar har börjat följa upp vårdcentralernas diagnossättning inom ramen för vårdvalet, på liknande sätt som Jönköping och Region Skåne.

I Jönköping drivs också ett pilotprojekt med att försöka identifiera riskpatienter. Västernorrland har påbörjat ett arbete där läkare på vårdcentralerna ska använda ACG för att identifiera mest sjuka äldre utifrån verksamhets- och folkhälsoperspektiv. Man granskar också diagnosregistreringen och diskuterar regler för diagnossättning.

Norrbotten har redan använt ACG som beskrivningssystem och för uppföljning. Vårdcentralerna kan använda underlag från ACG för att kunna identifiera sina mest sjuka äldre m.fl. och det finns ett stort intresse. Det handlar i första hand om användning inom ramen för den egna verksamhetsutvecklingen.

Västra Götalandsregionen kommer också att använda ACG för att identifiera multisjuka äldre. Under våren kommer man också att presentera en rapport om diagnosutvecklingen vid vårdcentralerna i VGR.

Östergötland har infört en ACG-baserad ersättningsmodell och går nu vidare med att utveckla uppföljning och analys, t.ex. hur man kan identifiera riskpatienter. Det finns goda förutsättningar för detta då man har tillgång till både ACG och KPP-data, d.v.s. både intäkts- och kostnadssidan.

Värmland är intresserade av gå vidare och försöka identifiera patienter t.ex. för att undvika onödiga sjukhusinläggningar. Kronoberg kommer under nästa år att göra en utvärdering av vårdvalet baserad på ACG ur ett styrnings- /huvudmannaskapsperspektiv, dvs. ej primärt verksamhetsperspektivet. Sörmland har nyligen infört ACG och vill använda det för uppföljning och analys – det finns också

ett intresse från verksamhetsföreträdarna av detta. Västmanland använder ACG endast för ersättning idag. Stockholm har f.n. inte tillgång till ACG-grupperade data men ser absolut nytta av att kunna använda det, t.ex. för analyser av sjukhem, läkemedel, diagnosättning osv.

Det finns både fördelar och risker med att använda ACG som grund för ersättningssystem

När ACG introducerades i Sverige (Blekinge 2006?) användes det inte primärt för ersättning utan för att följa upp och analysera primärvården. Det gjordes också vissa vetenskapliga studier kring möjligheterna att förutsäga kostnader baserat på ACG¹, vilket visade att ACG förklarar kostnadsskillnader eller resursåtgång betydligt bättre än t.ex. åldersbaserade kriterier.

ACG introducerades som en del i ersättningssystem 2009 (med början i Region Skåne) och har sedan successivt kommit att användas av fler landsting – i olika grad och i olika kombinationer med andra fördelningskriterier.² Att ACG kommit att användas av en stor del av landstingen kan ses mot bakgrund av att det idag inte finns något annat verktyg som på motsvarande sätt kan användas för att mäta vårdtyngd i primärvården.

Fördelar med ACG i ersättningssystem

- Identifierar patienter och patientgrupper med stora vårdbehov
 - Ger en fördelning av ersättningen som tar hänsyn till vårdtyngd, och fångar detta bättre än både CNI och ålder. Kan därigenom bidra till att kompensera vårdcentraler som har patienter med högre sjukdomsburda än genomsnittet...
 - och att motverka att vårdgivaren väljer de ”friskare” patienterna. Detta är dock inte självklart, det beror på väldigt många komponenter i ersättningssystemet och vad som av vårdgivaren uppfattas som lönsamt (sant eller falskt).
- Ger jämförbarhet mellan landsting och vårdcentraler
- Ger vårdgivaren möjlighet att matcha tjänster med vårdbehov, dvs. att anpassa vårdens utformning till patientgruppers sammansättning. Detta är dock väldigt beroende på hur informationen ur ACG visas.
- Svårt att manipulera för enskilda vårdgivare (men här finns litet olika uppfattningar om hur svårt eller lätt det egentligen är)

¹ Se t.ex. Halling m fl 2009 och Zielinski 2011

² Se t.ex. Ersättning i hälso- och sjukvården, SNS 2014

För att det ska fungera väl krävs ett samspel med övrig styrning, professionalitet och uppföljning.

Risker med ACG i ersättningssystem

- Om diagnosregistreringen i landstinget inte är korrekt eller tillräckligt omfattande eller inte görs på ett likartat sätt i hela landstinget så slår detta igenom i en sämre träffsäkerhet för ACG.
- Diagnosregistreringen kan påverkas på ett negativt sätt (manipulation, fusk). Risken är dock inte stor. Ju bättre diagnoskodning (högre andel kodade) desto mindre genomslag får ev. fusk. Och införandet i sig av ACG har förbättrat kodningen, och således i sig själv minskat effekten av ev. fusk.
- Vårdgivare kan selektera fram patienter som framför allt har behov av slutenvård (dvs. med ”tunga” diagnoser) och sedan skicka dessa vidare till slutenvård ”i onödan”. Frågan är dock om dessa selekteras fram med ACG; det kan snarare vara genom klinisk blick, att ”denna patient behöver dyr utredning – skicka honom till sjukhuset”.

För att minimera riskerna och ur beställarens perspektiv optimera utfallet bör användningen av ACG i ersättningssystem kombineras med god uppföljning, diagnoskolor, medicinska revisioner och kompletterande ekonomiska incitament (t.ex. att täckningsgrad vägs in i ersättningen)

Ger ACG en rättvis fördelning av resurserna?

Det finns ett antal studier, både svenska men framför allt utländska, kopplat till hur ACG kan användas för att förutsäga kostnader. Det har inte funnits utrymme inom ramen för detta arbete att göra någon systematisk genomgång av detta, men det skulle definitivt vara av intresse.

Ägarskap och inflytande

ACG ägs av Johns Hopkins i USA och licensen säljs genom Ensolution i Sverige. Detta har betydelse både för vilka kostnader landstingen får och vilket inflytande man har över innehållet i och utvecklingen av produkten ACG.

Det finns visst intresse från landstingshåll och det kan finnas vissa förutsättningar för och ett intresse från Johns Hopkins att diskutera en nationell, svensk licens för ACG. Vad det skulle innebära i olika avseenden är naturligtvis inte möjligt att nu säga något om men skulle kunna innebära förbättringar för landstingen t.ex. i form av bättre insyn och inflytande direkt mot leverantören, möjligheter till gemensamma utvecklings- och forskningsprojekt, en bättre anpassning till svenska förhållanden och kanske också en bättre prisbild. Det krävs emellertid att någon organisation kan ta på sig att förvalta en sådan licens; något som också innebär kostnader. Socialstyrelsen har tidigare deklarerat att man inte har intresse av detta – man satsar nu på en utveckling av DRG för primärvården i stället. Andra tänkbara ägare vore Inera, något landsting eller SKL.

Finns det några alternativ till ACG?

Utöver ACG finns idag några ytterligare kriterier för att försöka skatta vårdbehov och vårdtyngd i befolkningen för att fördela resurser till primärvården.

Care Need Index

Alla landsting som använder ACG i sina ersättningssystem kombinerar det med Care Need Index, CNI. CNI är en svensk tillämpning av en brittisk metod som syftar till att med utgångspunkt i socioekonomiska förhållanden, kompletterat med en åldersfaktor, förutsäga framtida ohälsa för dimensionering av primärvårdsresurser för enskilda avgränsade populationer som behöver primärpreventiva insatser.

Ingående variabler i modellen:

- Ålder över 65 år och ensamboende
- Utlandsfödd (Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika)
- Arbetslös eller i åtgärd 16 – 64 år
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- Person 1 år eller äldre som flyttat in i området
- Lågutbildad 25 – 64 år
- Ålder yngre än 5 år

Populationen består av individer, listade vid regionens vårdenheter. För dessa individer inhämtas uppgifter från Registret över totalbefolkningen (RTB), Utbildningsregistret (UREG) och Registret över statistiska integrationsvariabler (STATIV), varefter ett sammavägt CNI beräknas för varje vårdenhet i regionen.

Att notera är att CNI-metoden syftar till att mäta *vårdbehov*, vilket är en viktig skillnad mot ACG som hittills i stället mäter *vårdtyngd* så som den faktiskt tagit sig uttryck i sjukdom hos befolkningen. I ACG-programmet byggs nu även in en tydligare prognostisk dimension.

Åldersviktning

Ytterligare en metod för att fördela pengar i ersättningssystem är att använda åldersviktning, vilken bygger på genomsnittskostnader i olika åldersgrupper i landstingets befolkning.

Socialstyrelsens projekt för att utveckla DRG i primärvård

Socialstyrelsen bedriver ett arbete med att utreda förutsättningar för utveckling av ett nationellt beskrivningssystem för primärvården som också medger jämförelser mellan landsting. Syftet med projektet är att ta fram ett förslag på hur ett framtida beskrivnings (casemix) system i primärvård kan utformas.

Enligt Socialstyrelsen finns det behov av ett nationellt, sekundärt beskrivningssystem för primärvården som på ett översiktligt sätt ger verksamhetsbeskrivning utifrån ett begränsat antal grupper. Detta till skillnad från ACG, som är att betrakta

som en episodgrupperare utvecklad för att mäta sjuklighet i en population. ACG följer inte upp vårdens innehåll på individnivå per vårdkontakt.

Individbaserade beskrivningssystem per vårdkontakt finns utvecklade för i stort sett alla vårdområden utom för primärvård. Det nationella beskrivningssystem som används i Sverige är ett DRG-system (Diagnos Relaterade Grupper) som heter NordDRG och är utvecklat gemensamt med de övriga nordiska länderna. NordDRG kan beskriva slutenvård, specialiserad öppenvård, psykiatrisk vård samt rehabilitering i slutenvård

Ersättningssystem som är grundat på ett beskrivningssystem där minsta grupperingsnivå är vårdkontakt - som kan beskrivas på individnivå - ger också möjligheter att bygga vidare på till system som består av vårdepisoder om så önskas. Ingången här är att man huvudsakligen ersätter per vårdkontakt, vilket SLL är ensamma i Sverige om att göra. Alla övriga landsting har en ersättningsmodell som i huvudsak bygger på kapitation.

Den viktigaste förutsättningen för att bygga sekundära beskrivningssystem är en enhetlig klassificering av primärvårdens diagnoser och åtgärder. Där är man inte idag. Om primärvården använder samma primärklassifikationer som övrig vård blir det också möjligt att följa patientens väg genom vården.

Socialstyrelsens projekt bedrivs under 2013 och 2014. Det finns inte någon skarp tidplan för när ett primärvårds-DRG skulle kunna finnas färdigt.

Sammanfattande kommentar

Redan nu använder landstingen kombinerade modeller för att fördela ersättningar i primärvård. Det är knappast troligt att det framöver kommer att finnas ett allena rådande system för fördelningen – även om Socialstyrelsen tar fram ett DRG-system för primärvården kommer det sannolikt att kombineras med andra kriterier – på samma sätt som sker i specialistvården idag. Det är emellertid osäkert när ett DRG-system för primärvården kan finnas färdigt. Att notera är också att ett DRG-system för ersättning enbart fungerar när man huvudsakligen ersätter per besök, vilket många landsting inte gör idag.

Den viktigaste skillnaden mellan ACG och DRG är att DRG kan användas för att följa kostnader per besök kopplat till befintliga diagnoser/vårdtillfällen. Problem uppstår emellertid att fånga t.ex. de multisjuka patienterna ACG beskriver vårdtyngd hos en befolkning med utgångspunkt från varje individs samlade diagnoser eller sjukdomsbild och kostnaden för dessa.

En viktig fråga är om ett DRG-system för primärvård skulle kunna ersätta ACG. Valet av ersättningssystem måste göras utifrån vad man vill uppnå. En ersättning utifrån DRG riskerar att driva på produktion och antalet besök. En ersättning enligt ACG är en form av kapitering där man får samma mängd pengar oavsett vad som produceras.

Diagnosregistreringens betydelse för ACG

ACG bygger på primärklassificerade data i form av de diagnoser som registreras i samband med befolkningens vårdkontakter inom somatisk, psykiatrisk och primärvård. Landstingen använder dessa registreringar i ACG på litet olika sätt. Vissa landsting använder enbart primärvårdsdiagnoser medan andra använder samtliga diagnoser, dvs. även från den specialiserade vården. En orsak till att man använder samtliga diagnoser kan t.ex. vara att man vill styra över specialiserad vård i öppenvård och integrera den med primärvården eller att få den aktuella populationen så väl beskriven som möjligt. Används diagnoser från hela sjukvårdssystemet i ett landsting blir systemet sannolikt också mer okänt för hur den egna vårdcentralen sätter diagnoser. Vissa landsting har också med kostnader för läkemedel och andra inte, vilket bl.a. beror på hur kostnadsansvaret för läkemedlen är fördelat. Den period för vilken diagnoser räknas kan vara 15, 18 eller 24 månader. Ju längre period man tar med ju större del av sjukdomspanoramata fångar man. Å andra sidan riskerar man då att få med även inaktuella diagnoser. Jämförelser mellan landsting av ACG försvåras av dessa olikheter i tillämpningen. Det vore dock fullt möjligt att beräkningsmässigt likställa tillämpningen mellan landsting om man vill jämföra på likvärdiga premisser.

Det är inte omöjligt att vårdcentralerna i viss mån anpassar sig till den aktuella tillämpningen vid sin diagnosregistrering. I så fall är det snarare diagnosställningen man ska jämföra mellan landstingen och inte ACG.

Diagnosklassificering är en fråga som ägs av Socialstyrelsen. Idag finns inte någon reglering som medger Socialstyrelsen att bygga upp ett centralt patientregister för primärvården, motsvarande det för specialistvården – men Socialstyrelsen har vid flera tillfällen gjort framställningar till regeringen om detta, dock utan resultat. Socialstyrelsen har inte tagit fram några riktlinjer för vilka vårdkontakter som ska registreras eller hur diagnosregistrering i primärvård ska ske. Det nuvarande regelverket för specialiserad öppenvård är i och för sig tillämpligt men förutsätter användande av samma klassifikationer oavsett vårdnivå.

Kvaliteten och omfattningen på diagnosregistreringen i primärvården varierar mellan landstingen. Landstingen tar fram egna regelverk och gör egna utbildningsinsatser för att få en bättre och mer likvärdig diagnosställning inom landstinget (exempelvis Region Skåne, Jönköping, och Västra Götaland).

Uppföljning och kontroll av diagnosregistrering i relation till lämnade ersättningar görs av landstingen genom s.k. medicinska revisioner. Medicinsk revision syftar till att kontrollera att den ersättning som en vårdgivare får motsvaras av vård som faktiskt är utförd och har stöd i patientjournalerna. Medicinsk revision ska inte förväxlas med tillsyn, som syftar till att ur ett patientperspektiv kontrollera att patienten fått rätt diagnos och rätt vård/behandling. Tillsyn bedrivs av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I sammanhanget är det självfallet viktigt att betona vårdpersonalens yrkesmässiga och etiska ansvar. Att medvetet registrera en felaktig diagnos är ett allvarligt brott – kanske betydligt allvarligare än till exempel s.k. bluffakturor då både patientsäkerheten och vårdpersonalens förtroende äventyras.

I det följande beskrivs två granskningar som genomförts på senare tid och som handlat just om farhågor för en felaktig diagnosregistrering till följd av att ersättningsystemet indirekt grundas på diagnoser.

Exempel från Region Skåne: medicinsk revision med tema ACG

Ersättningsystemet i Hälsoval Skåne baseras på en i förväg fastställd budget. Denna pott fördelas sedan till vårdcentralerna enligt ett system där ersättningen viktas både enligt antal listade medborgare, de listades diagnostyngd (ACG) och deras socioekonomiska situation mätt enligt CNI (Care Need Index).

Region Skåne beställde hösten 2012 en statistisk analys av registreringsmönstret på samtliga vårdcentraler. Bakgrunden var att ACG inte alltid anses ge en rättvis fördelning av resurser och att det framförts farhågor om manipulation i ekonomiskt syfte.

Diagnoser som vårdcentralerna hade registrerat i sina egna system samkördes mot andra källor till information om patienternas sjuklighet. Vid en sammanvägning av dessa olika faktorer gjordes en ranking över enheter som hade ACG-värden som var svåra att förklara utifrån kända bakgrundsvariabler. Av dessa totalt 150 enheter valdes 12 ut för granskning.

För 8 av de 12 granskade vårdcentralerna fann revisorerna överlag ett relativt gott underlag för registrerade diagnoser. För fyra vårdcentraler fanns det ett antal diagnoser registrerade utan dokumenterat underlag, vilket resulterade i en erinran. Dessa vårdcentraler kommer följas av Region Skåne med en ny journalgranskning, senast 2015-12-31. Om diagnoser utan underlag finns kvar vid förnyad kontroll kommer Region Skåne att göra ett avdrag i ersättningen eller säga upp avtalet med vårdgivaren.

Diagnosregistrering utan underlag kan påverka patientsäkerheten negativt samt ge ett felaktigt statistiskt underlag för beräkning av vårdbehovet för olika sjukdomskategorier. Diagnosregistrering som inte är korrekt ger dessutom en felaktig fördelning av sjukvårdsresurserna mellan olika vårdcentraler och deras patienter.

Granskningen i Region Skåne visade tydliga skillnader i praxis för diagnosregistrering mellan olika vårdcentraler. Journalgranskningen pekade på ett behov av tydliga riktlinjer för diagnosregistrering samt behov av ökad kunskap kring korrekt diagnosregistrering. Region Skåne erbjuder därför under våren diagnosutbildningen som riktar sig till samtliga läkare verksamma inom Hälsoval Skåne samt kräver deltagande från de granskade enheterna.

Exempel från landstinget Jönköping: konsultstudie av effekter på diagnosregistreringen av införande av ACG i primärvården

Uppdraget i studien var att utröna:

- Har införande av ACG lett till överrapportering av diagnoser jämfört med gällande nationella och lokala riktlinjer och rådande praxis, och i så fall hur omfattande är överrapporteringen/avvikelsen
- Vad är konsekvenserna för en enskild vårdcentral av att starkt öka diagnosättningen, dvs. hur mycket tjänar man på att sätta flera diagnoser?
- Följer vårdcentralerna nationella och lokala riktlinjer och regelverk samt rådande praxis gällande diagnosättning?

Observationer och slutsatser:

- Diagnosättning inom länets primärvård har ökat kraftigt under de tre senaste åren, där ökningen skett från en i utgångspunkten låg diagnosättningsgrad. Verksamheternas vetskap om ersättning baserad på ACG har drivit på diagnosättningen. Den observerade utvecklingen skiljer sig inte från den i andra landsting, där ersättning baserad på ACG införts inom primärvården. Trots ökningen är diagnosättningen inom länets primärvård fortfarande lägre än inom länets specialistvård.
- Evidens saknas för att införande av ersättning baserad på ACG skulle ha lett till systematisk överrapportering av diagnoser på vårdcentralnivå jämfört med nationella eller/och lokala riktlinjer. Detta utesluter inte att enskilda fall av tveksam diagnosättning kan ha förekommit. Om samband finns med införandet av ACG är än svårare att belägga.
- Intervjuer har genomförts med representanter för sju vårdcentraler. I urvalet ingår både privata och offentliga vårdcentraler; både sådana som har haft hög diagnosättningsgrad redan från start (2010), sådana som kraftigt ökat sin diagnosättning och sådana som har fortsatt låg diagnosättningsgrad även idag. Resultat av intervjuerna visar tydligt att olika vårdcentraler har agerat mycket olika och olika snabbt i sin strävan efter att anpassa sig till införandet av ersättning baserad på ACG. Praxis för diagnosättning samt frekvens av registrerade diagnoser skiljer sig avsevärt mellan vårdcentraler och man tolkar de utfärdade riktlinjerna olika.
- Påverkan av förändrad diagnosregistrering på en enskild vårdcentralers ekonomi har analyserats. Några stora effekter av en ökad eller minskad diagnosregistrering kan dock inte förväntas oavsett om övriga vårdcentraler inom länet förändrar sin registrering lika mycket alternativt inte genomför någon förändring.
- Följsamhet till den ursprungliga planen för införande av ACG i länet innebär att den ACG-baserade ersättningen ökar från 50 procent till 75 procent av vårdpengen från januari 2014. Givet nuvarande ACG-vikter medför detta en omfördelning av totalt mindre än 1 procent av den totala ersättningen till primärvården. För 27 av de 52 vårdcentralerna i länet skulle den ekonomiska effekten vara mindre än +/-0,3 miljoner kronor per år under 2014.
- Ersättning till primärvården utifrån listade invånares vårdbehov ses som positivt av vårdcentralerna. Vid intervjuer med företrädare för de sju

vårdcentralerna framkommer dock en tveksamhet kring om ACG-modellen tillräckligt väl speglar invånares vårdbehov och de därmed förknippade kostnaderna för den enskilda vårdcentralen. Man efterlyser därför en validering av modellen så att verksamheterna kan lita på att det ekonomiska utfallet enligt ACG speglar kostnaderna. ACG-modellen upplevs av flera intervjuade som icke-transparent och man ifrågasätter varför landstinget tillämpar en modell vars beräkningsgrunder inte fullt ut är offentliga. De intervjuade ger uttryck för att oron kring ACG ibland länets primärvård skulle kunna minskas avsevärt om frågorna ovan kring modellens validitet och transparens kunde besvaras.

Studien utmynnade också i vissa rekommendationer:

- Följ planen att öka andelen ACG baserad ersättning från 50 till 75 procent av vårdpengen under 2014:
- Investera ytterligare i att skapa samsyn kring vad som är rätt diagnosättning och verka för en enhetlig praxis för diagnosättning inom hela primärvården. Bygg vidare på de aktiviteter inom detta område som redan pågår och är uppskattade av primärvården:
- Överväg att tillsammans med andra landsting i ett nationellt initiativ öka kunskap om hur man bäst ska ersätta efter invånares vårdbehov:
 - Frågan är aktuell i flera landsting och det finns intressanta jämförelser att göra som gagnar alla.
 - ACG-modellen skulle tjäna på att valideras i ett eller helst flera landsting där den använts med god diagnosättning. En sådan validering kräver ett samarbete mellan flera landsting. Dessutom bör modellen göras transparent, både för dem som utfärdar ersättning och erhåller ersättning baserad på ACG.

Slutsatser om diagnosregistreringen

Ingen av de granskningar som genomförts i Jönköping och Region Skåne har kunnat påvisa några systematiska eller breda felaktigheter i diagnosregistreringen. Den ökning av diagnoser som registrerats i Jönköping är naturlig mot bakgrund av den relativt låga nivån i utgångsläget.

Både landstinget i Jönköping och Region Skåne har efter dessa granskningar satsat på en ökad utbildning kring diagnosregistrering och uppföljning.

Finns det behov av att diskutera en bättre överensstämmelse mellan riktlinjer och praxis för diagnosregistrering mellan landstingen? Skulle gemensamma riktlinjer för alla landsting vara en väg? Hur skulle det gå till, vilka aktörer skulle behöva involveras, skulle SKL ha en roll i detta och vilka kompetenser och resurser skulle behövas från landstingen? Hur skulle ett sådant arbete formuleras i förhållande till Socialstyrelsen som har ansvar för Patientregistret och primärklassificeringar?

Utveckling av KPP i primärvård i fler landsting

Kostnadsvikterna i ACG bygger f.n. i den svenska, nationella versionen på kostnadsdata från landstinget Östergötland. I Östergötland finns KPP för både primärvård och specialiserad vård sedan många år. Landstinget har också en struktur som kan liknas vid ett ”mini-Sverige” – vilket gör att underlaget kan antas vara rimligt representativt för de svenska landstingen i genomsnitt. Enligt Ensolution finns det också en ganska god överensstämmelse mellan de svenska och de amerikanska vikterna. Dock skulle det ge en betydligt större stabilitet om fler landsting kunde leverera kostnadsdata för att beräkna de svenska ACG-vikterna – det är volymerna som skapar stabiliteten.

Ensolution tar fram olika viktlistor i ACG med utgångspunkt från olika kostnadsmassor – dels för enbart primärvården och dels för hela vården inklusive specialistvården. Det finns också viktlistor som väger in kostnader för läkemedel för de landsting som vill använda detta.

Det är idag fyra landsting som har utvecklat KPP i primärvården. Utöver Östergötland är det Västernorrland, Norrbotten och Västra Götaland. Ytterligare några landsting håller på att utveckla det – Gävleborg, Västerbotten och Värmland. Det finns ingen central KPP-databas för primärvården. För den specialiserade vården och psykiatrien har databaser byggts upp och förvaltas av SKL. Om en databas för primärvård ska bli verklighet behöver det skjutas till resurser och kompetens för att bygga upp och förvalta denna.

De nuvarande KPP-principerna för den somatiska vården är i stor utsträckning tillämpliga även för primärvård men primärklassifikationerna behöver utvecklas för att bättre överensstämma med primärvården. Det finns exempel på bra regelverk för registrering av vårdkontakter, men problemet är att de inte ser likadana ut överallt och att de inte har implementerats i alla landsting. En arbetsgrupp med representanter från några landsting och från SKL håller på att tillsättas för att diskutera frågan om KPP i primärvård vidare.

Västra Götaland har skapat en egen modell för att beräkna KPP i primärvården (som inte är den ”traditionella” KPP-modellen som används i Östergötland). Utifrån detta KPP-underlag, som trimmats på olika sätt, har man tagit fram egna viktlistor för ACG.

Slutsatser om KPP i primärvård

Frågan om KPP i primärvård har varit uppe till diskussion i ett antal sammanhang, både i ekonomidirektörs- och landstingsdirektörsnätverken och med Socialdepartementet. Någon gemensam linje har inte framkommit och inga resurser har avsatts för att stödja utvecklingen. En fråga att diskutera är därför om det nu är läge att ta upp denna fråga igen, och om det finns intresse från landstingen att ta ett gemensamt grepp och skjuta till resurser för att skapa en nationell databas för KPP i primärvården. Det finns dock flera utmaningar i att skapa ett nationellt kostnadsunderlag för nationella ACG-vikter med tanke på hur olika det ser ut i landstingen när det gäller hur man definierar och registrerar och beskriver sin primärvård samt att uppdrag och kostnadsansvar skiljer sig åt.

Frågeställningar kring ACG och förslag till handlingsvägar

- Att ”validera” ACG är i första hand en forskningsuppgift som med fördel skulle kunna genomföras i samarbete med JH. Det krävs intresserade och kompetenta forskare samt finansiering. Det behöver formuleras ett antal frågeställningar som valideringen skulle söka besvara. Är landstingen beredda att satsa medel på en sådan insats?
En validering skulle, med tanke på att ACG används på olika sätt i olika landsting bara kunna göras per landsting. Vi föreslår att man avvaktar med detta tills vidare.
- Den nationella viktlistan för ACG skulle bli stabilare med ett bredare KPP-underlag från primärvården i fler landsting. Förutom Östergötland och Västernorrland har två andra landsting (Västra Götaland och Norrbotten) infört KPP i primärvård och ytterligare tre är på väg (Gävleborg, Västerbotten och Värmland). För att använda underlaget från dessa landsting in i KPP krävs resurser för uppbyggnad och förvaltning av en central KPP-databas och för ACG-gruppering. Då behöver också etableras ett gemensamt regelverk för vilka vårdkontakter som ska registreras och hur. En KPP-databas kan användas inte bara för ACG utan även för nationell benchmarking m.m. Finns intresse från landstingen att satsa på en sådan databas?
Vi föreslår att frågan lyfts och diskuteras vidare i relevanta nätverk på SKL.
- Flera av de landsting som idag använder ACG i sina ersättningsystem har också satsat på ökad utbildning och kontroll när det gäller diagnosregistrering. Gemensamma riktlinjer för diagnosklassificering i primärvården är också en förutsättning för att en gemensam viktlista baserad på en KPP-databas ska kunna vara tillämpbar i alla landsting. Finns det ett intresse från landstingen att göra en gemensam insats kring dessa frågor, t ex gemensamma riktlinjer för diagnos- och åtgärdsregistrering i primärvård?
Vi föreslår att frågan lyfts och diskuteras vidare i relevanta nätverk på SKL.
- Några landsting har framfört idén om att Sverige borde ha en nationell licens för ACG – i stället för att Ensolution har den och säljer produkten till landstingen. Det skulle kunna skapa större utrymme för insyn i och påverkan på utvecklingen av systemet i samarbete med JH och det skulle kunna vara prismässigt fördelaktigt. Men det skulle också ställa krav på att någon lämplig enhet i Sverige kunde ta ansvaret för att förvalta licensen. Är detta ett spår att utreda vidare? Vilka tänkbara förvaltare finns (Inera, något landsting, SKL?)
Vi föreslår att det nätverk som finns på SKL för ACG-frågor får i uppdrag att titta på hur en sådan lösning skulle kunna se ut.