



Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Analysenheten

Referens

Lars Björkman, Marcus Edenström,
Anneth Lundahl

TU/Tjänsteutlåtande

Datum

2011-11-16

Diarienummer

xxx-2011

ACG i Västra Götaland

Sammanfattning

ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett verktyg som kan användas såväl för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen som för att fördela sjukvårdsresurser efter förväntad vårdtyngd. Verktöget bygger på att de diagnoser som har registrerats under en tidsperiod bakåt i tiden avgör individernas sjuklighet och behov av insatser från hälso- och sjukvården framåt i tiden.

Västra Götalandsregionen nyttjar hittills endast en bråkdel av de möjligheter som ACG-verktyget ger. Därför har ett uppdrag formulerats i syfte att föreslå olika sätt att använda ACG, samt att sprida kunskap om verktyget och dess möjligheter. Uppdraget är långsiktigt, men resultatet ska avrapporteras löpande.

Denna rapport innehåller några exempel på information som verktyget kan bidra med och som kan komplettera andra data som används för att beskriva av hälsoläget i befolkningen;

- Geografisk variation i vårdtyngd, vilket innefattar jämförelse mellan 12 hälso- och sjukvårdsnämnder samt mellan de 49 kommunerna i Västra Götaland. Tre kommuner har en relativ ACG casemix index lägre än 0,9, medan motsvarande värde i sju kommuner är högre än 1,2 (genomsnitt =1,0).
- Vårdtyngd fördelad på åldersgrupp och kön, där det framgår att kvinnor har högre registrerad sjuklighet än män i alla åldersgrupper utom i gruppen 80 år och äldre samt att relativ ACG casemix är högre i äldre åldersgrupper än i yngre. Avsnittet innehåller även en beskrivning av relativ ACG casemix index per kommun fördelad på kvinnor och män.
- Förekomst av några diagnostyper, nämligen kroniskt medicinskt stabil respektive instabil, i befolkningen fördelat per hälso- och sjukvårdsnämnd. Båda dessa diagnostyper är vanligast förekommande i norra Bohuslän. I avsnittet framgår även genomsnittligt antal ADG samt förekomsten av olika ACG i befolkningen i Västra Götaland.
- Förekomst av några ACG-markörer, vilka kan användas för att förutse risk för ökad sjuklighet eller ökade behov av hälso- och sjukvårdens insatser, per hälso- och sjukvårdsnämnd. ACG-verktyget kan, genom dessa markörer, användas för att identifiera individer som kan behöva särskilt stöd.

ACG-verktyget används för att beräkna den del av ersättningen till vårdenheter inom VG Primärvård som avser vårdtyngd. Antalet diagnoser som registreras inom primärvård har mer än fördubblats sedan det blev känt att vårdtyngd skulle påverka ersättningen. Den totala ACG-viktsumman har därmed ökat. Variationen i relativ ACG casemix index mellan vårdenheter och mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna minskar över tid. Om en i primärvård registrerad hemsjukvårdsinsats indikerar att en person tillhör en befolkningsgrupp med mer omfattande behov, kan konstateras att ACG-vikten är påtagligt högre för individer med någon sådan kontakt än för individer utan sådan i alla åldersgrupper.

Rapporten avslutas med några tankar om en önskvärd fortsatt utveckling. Där konstateras att ACG-verktyget förutsätter frekvent diagnosregistrering av god och likvärdig kvalitet. Det förutsätter dessutom relevanta kostnadsvikter, vilka i sin tur förutsätter KPP. För närvarande finns inga vikter för primärvård baserade på förutsättningarna i Västra Götaland. Precisionen i beräkningen förväntas öka markant när sådana finns tillgängliga, varför det är viktigt att arbetet med KPP i primärvård blir prioriterat.

Innehållsförteckning

Sammanfattning

1. Inledning och bakgrund

- 1.1 Kortfattad beskrivning av ACG-verktyget

2. Uppdrag

- 2.1 Organisation

3. ACG som beskrivningssystem

- 3.1 Geografisk variation i vårdtyngd
- 3.2 Vårdtyngd fördelad på åldersgrupp och kön
- 3.3 Förekomst av några diagnosgrupper
- 3.4 ACG-verktygets markörer

4. ACG inom VG Primärvård

- 4.1 Vårdtyngd vid hemsjukvårdsinsatser

5. Tankar inför framtiden

- 5.1 ACG och kostnadsvikter
- 5.2 ACG och diagnosregistrering
- 5.3 ACG och läkemedel
- 5.4 ACG inom VG Primärvård
- 5.5 ACG och regionens resursfördelningsmodell

6. Ärendets beredning

Bilagor:

- 1. Uppdragshandling
- 2. ACG casemix per kommun, dataunderlag samt bild i helsidesversion
- 3. ACG casemix könsuppdelat per kommun, dataunderlag

1. Inledning och bakgrund

ACG (Adjusted Clinical Groups)¹ är ett verktyg som kan användas såväl för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen som för att fördela sjukvårdsresurser efter förväntad vårdtyngd.

Verktyget, som är utvecklat vid Johns Hopkins University i USA, bygger på att de diagnoser som har registrerats under en tidsperiod bakåt i tiden avgör individernas sjuklighet och behov av insatser från sjukvården framåt i tiden. Bedömningen kan utgå ifrån diagnoser som har registrerats inom delar av eller hela hälso- och sjukvården.

Västra Götalandsregionen införskaffade verktyget för att använda det till en del i ersättningsmodellen för VG Primärvård. Där påverkar diagnoser som registrerats inom primärvård vårdtyngden.

ACG kan bidra till nya möjligheter, bland annat att sammanställa och analysera data om hälsoläget i befolkningen, jämföra genomsnittlig vårdtyngd i olika kommuner eller för invånare som uppsöker olika vårdgivare samt urskilja grupper av patienter med särskilda behov.

Det finns flera olika sätt att mäta och värdera vårdtyngd i en befolkning. Om alla invånare i samma utsträckning uppsökte hälso- och sjukvård vid medicinska besvär och fick relevanta diagnoser registrerade skulle ACG sannolikt tämligen ensamt ge en komplett bild av sjukligheten i befolkningen. Då vissa grupper undviker eller avvaktar med att söka vård, samt då några vårdgivare inte levererar diagnosdata, kan CNI eller motsvarande verktyg för att värdera socioekonomisk tyngd utgöra ett komplement.

Denna första rapport innehåller bland annat en kort beskrivning av ACG, olika exempel på hur ACG kan användas som beskrivningssystem samt information om hur verktyget för närvarande används som grund för ersättning inom VG Primärvård. Rapporten avslutas med några tankar om den fortsatta utvecklingen av dataunderlag och användning av ACG i Västra Götalandsregionen.

1.1 Kortfattad beskrivning av ACG-verktyget

ACG-verktyget delar in individerna i en befolkning i grupper utifrån de diagnoser som registrerats under en viss period. Dessa diagnoser anses, tillsammans med individernas ålder och kön, kunna spegla befolkningens hälsotillstånd. Fokus ligger på individens samlade sjukdomsbyrda.

Verktyget grupperar alla diagnoser som har registrerats till en av 32 olika typer av sjuklighet, ADG (Aggregated Diagnosis Groups), utifrån fem kliniska faktorer som speglar diagnosens resursåtgång:

- Varaktighet (akut, återkommande eller kroniska tillstånd): Hur länge kommer sjukvårdsresurser att behövas för detta sjukdomstillstånd?
- Svårighetsgrad (stabil eller instabil)
- Säkerhet i diagnossättning (specifik sjukdom eller symtom)
- Sjukdomsorsak (infektion, skada eller annat)

¹ <http://www.acg.jhsph.edu/>

- Behov av specialiserad vård

Dessa ADG är i sin tur är byggstenar i ACG. En individ placeras i en av 93 unika ACG baserat på hennes eller hans speciella kombination av ADG. Några ACG delas även in efter ålder och kön, eftersom resursutnyttjandet för vissa diagnoser även beror på dessa faktorer. Individerna i en given ACG kan antas ha ett likartat mönster av sjuklighet och därmed också förväntad resurskonsumtion under ett givet år. ACG ger bättre förklaring av resursåtgången än vad enbart ålder och kön gör. I de prognostiska modeller som ACG-verktyget innehåller kan även läkemedelsdata ingå i underlaget.

Den beräknade resursåtgången för en ACG-grupp baseras på kostnadsvikter, vilka kan beräknas för delar av eller hela hälso- och sjukvårdsverksamheten. När ACG-verktyget distribueras i Sverige innehåller det såväl amerikanska som svenska kostnadsvikter. De svenska baseras för på data från de landsting som tillämpar KPP för både sjukhusvård och primärvård, vilket för närvarande gäller Landstingen i Östergötland och Blekinge. Kostnadsvikterna innehåller för närvarande inte läkemedelskostnader.

2. Uppdrag

Västra Götalandsregionen införskaffade ACG-verktyget för att använda det till en del i ersättningsmodellen för VG Primärvård. Verktyget kan bidra till nya möjligheter, bland annat att sammanställa och analysera data om hälsoläget i befolkningen, jämföra genomsnittlig vårdtyngd i olika kommuner eller för invånare som uppsöker olika vårdgivare samt urskilja grupper av patienter med särskilda behov. Västra Götalandsregionen nyttjar hittills endast en bråkdel av de möjligheter som ACG-verktyget ger. Nästa version innehåller dessutom ytterligare applikationer som kan vara av intresse. Det finns behov att bygga upp en fördjupad kunskap om ACG och dess möjligheter inom regionen.

Uppdraget innebär att;

- fundera över och föreslå olika sätt att använda ACG i kvalitetsarbetet
- sprida kunskap om ACG och dess möjligheter
- initiera skapandet av ett antal rapporter som olika intressenter får tillgång till
- föreslå struktur och organisation för det fortlöpande arbetet med ACG på regionnivå

Uppdraget är långsiktigt, men resultatet bör avrapporteras löpande och få avtryck i organisationen efterhand som åtgärder initieras och genomförs. I vissa delar kan uppdraget genomföras i samverkan med andra landsting och regioner som har införskaffat ACG.

2.1 Organisation

En arbetsgrupp med representation från ägare, beställare och utförare inom den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten formerades under våren 2009, i syfte att förbättra kunskapen om samt stimulera till ökad användning av ACG-verktyget. Ett år senare, under våren 2010, konstaterades att arbetet med ACG inte fördes framåt på ett önskvärt sätt. Detta fick till följd att den större arbetsgruppen upplöstes och att uppdraget överfördes till en mindre krets av intresserade. I den mindre gruppen ingår Lars Björkman (ordförande), Marcus Edenström och Anneth Lundahl.

3. ACG som beskrivningssystem

I Västra Götaland bor drygt 1,5 miljoner människor. Länet har 49 kommuner, varav Göteborgs Stad är den enskilt största med ca 0,5 miljoner invånare. Västra Götalandsregionen är organisatoriskt indelad i 12 hälso- och sjukvårdsområden (HSN). Hälso- och sjukvårdsnämnderna har ett samlat ansvar för att främja befolkningens hälsa och se till att det finns tillgång till sådan vård som befolkningen inom respektive område har behov av.

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård bestäms i hög grad av befolkningens sammansättning. Några faktorer som påverkar är ålder, kön, livsvillkor, levnadsvanor och sjukdomsbörda. Tillgänglig information om dessa faktorer sammanställs regelmässigt som underlag för bedömning av hur behovet av hälso- och sjukvård ser ut och utvecklas över tid.

ACG har utvecklats i syfte att bidra till en bättre beskrivning av hälsoläget i en population. Verktöget ger möjlighet att gruppera diagnoser på ett nytt sätt. Det kan alltså användas för att ge ny kunskap och komplettera den bild som beskrivs i stycket ovan. I detta kapitel redovisas några exempel på information som kan tas fram med stöd i verktöget², nämligen;

- Geografisk variation i vårdtyngd
- Vårdtyngd fördelad på åldersgrupp och kön
- Förekomst av några diagnostyper (ADG) per HSN
- Förekomst av några ACG-markörer per HSN

Andra exempel kommer att redovisas i kommande rapportutgåvor.

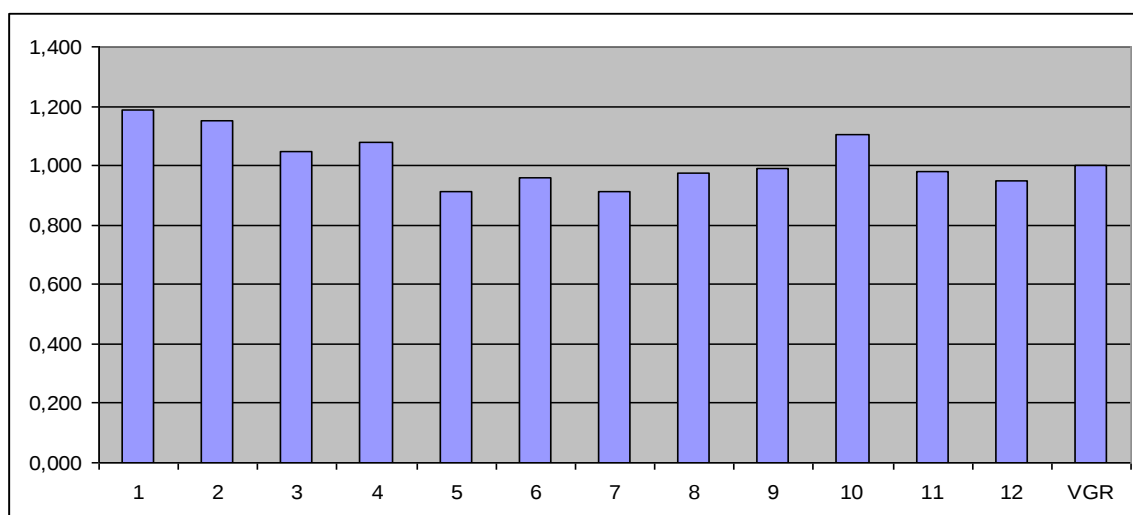
Redovisningen i detta kapitel baseras på samtliga diagnoser som registrerats på invånare i Västra Götaland under en period om 15 månader, som regel från juli 2009 till september 2010³. Kostnadsvikter från Landstinget i Östergötland, beräknade för hela dess hälso- och sjukvårdsverksamhet år 2007, har använts.

3.1 Geografisk variation i vårdtyngd

Det finns betydande geografiska skillnader i Västra Götaland avseende flera av de faktorer som påverkar befolkningens hälsa. Bland annat varierar åldersprofilen stort. Andelen i åldersgruppen 65 år och äldre i länets hälso- och sjukvårdsområden varierade år 2010 mellan 12,6 och 24,8 procent. Det finns påtagliga skillnader också i livsvillkor, såsom utbildningsnivå, levnadsvanor, daglig rökning och riskabla alkoholvanor. ACG-verktöget kan användas för att komplettera denna bild med den registrerade vårdtyngden eller sjukdomsbördan för befolkningen i olika geografiska områden.

² En del av denna information har tidigare publicerats i Västra Götalandsregionens Verksamhetsanalys 2010

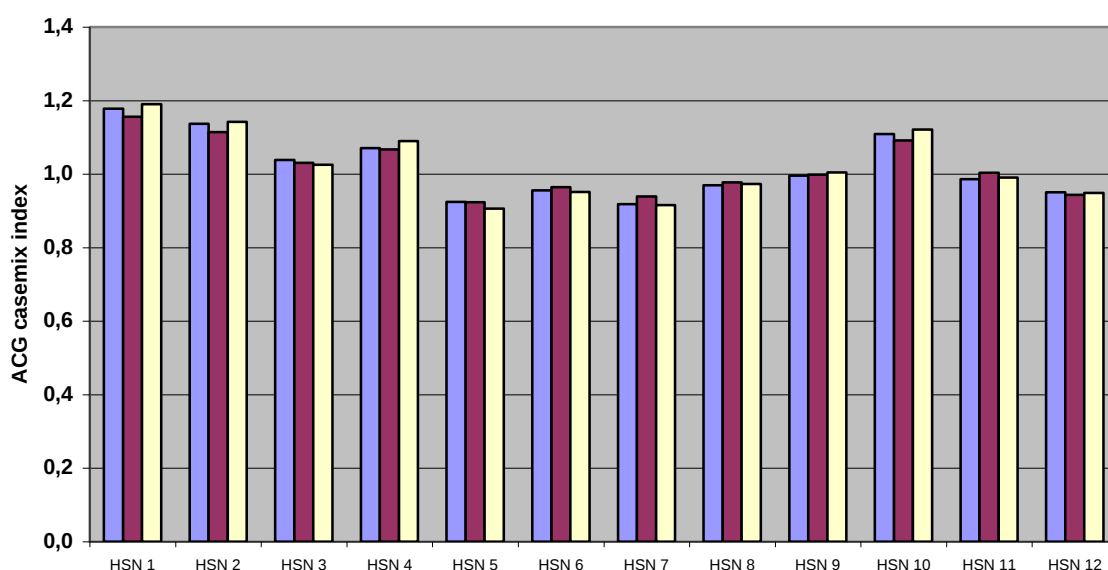
³ När någon annan tidsperiod har använts för datauttaget framgår detta i texten.



Figur 1 Relativ ACG casemix (samtliga diagnoser) per HSN

I figur 1 framgår att relativ ACG casemix⁴, baserad på samtliga diagnoser, per nämnd varierar mellan 0,91 (HSN 5 Göteborg Centrum Väster) och 1,18 (HSN 1 Norra Bohuslän).

Jämförelse per nämnd mellan olika diagnos- och kostnadsunderlag vid beräkning av ACG casemix index



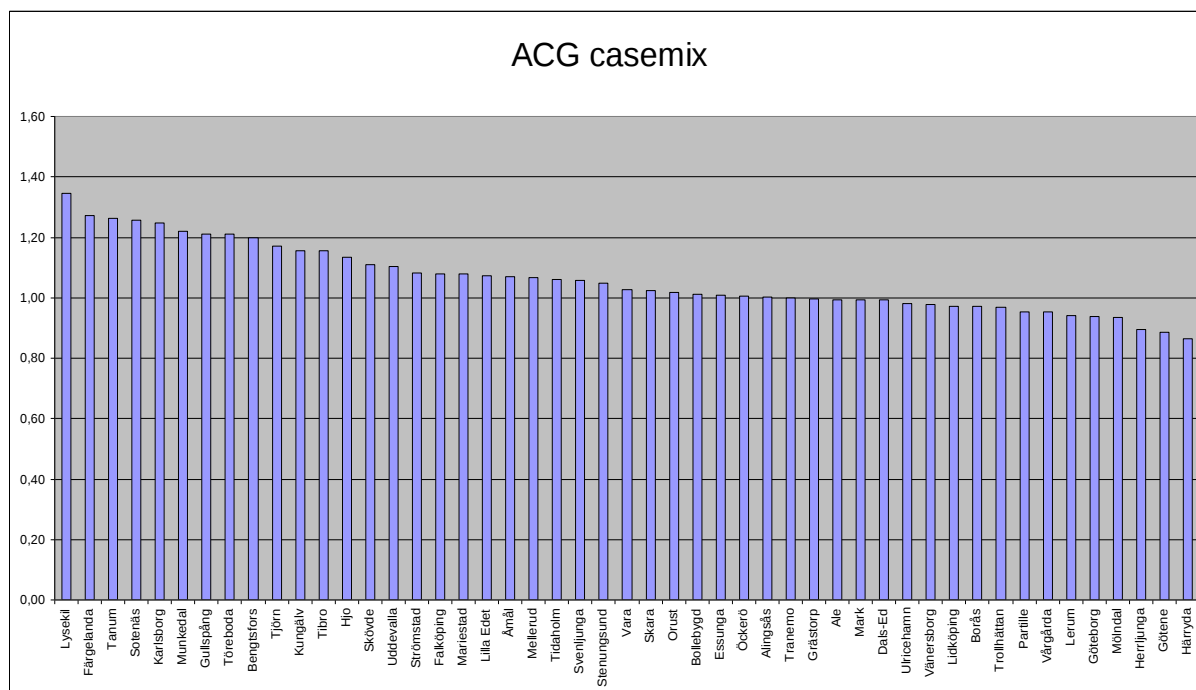
Figur 2 Relativ ACG casemix per HSN beräknad med olika dataunderlag

I figur 2 framgår relativ ACG casemix per nämnd beräknad med tre olika dataunderlag⁵. Den första stapeln för respektive nämnd är identisk med den som framgår i figur 1 och avser alltså samtliga diagnoser och kostnadsvikter för hela hälso- och sjukvårdsverksamheten. Den mörkare stapeln i mitten för varje nämnd avser samtliga diagnoser men kostnadsvikter baserade endast på primärvård. Stapeln till höger för varje nämnd avser diagnoser som har registrerats inom primärvård och kostnadsvikter baserade på primärvård. När jämförelse görs per nämnd tycks skillnaderna mellan lägsta och högsta värde inte påverkas nämnvärt av om datauttaget avser sjukvården som helhet än om det begränsas till primärvård.

⁴ Casemix är en sammanvägning av i gruppen ingående individers sjukdomsbyrda

⁵ Samtliga tre dataunderlag avser samma tidsperiod

Oavsett dataunderlag finns det noterbbara skillnader mellan Göteborgsområdet (HSN 5, 7, 11 och 12) och mer glesbebyggda områden i Västra Götaland. Också andra mätningar tyder på att hälsoläget generellt är bättre i Göteborgsområdet. Men det kan inte uteslutas att lägre vårdtyngd i och kring Göteborg delvis beror på att befolkningen där konsumerar mer vård hos vårdgivare på nationella taxan, vilka hittills levererat diagnosdata i liten omfattning.



Figur 3 Relativ ACG casemix (samtlige diagnoser) per kommun

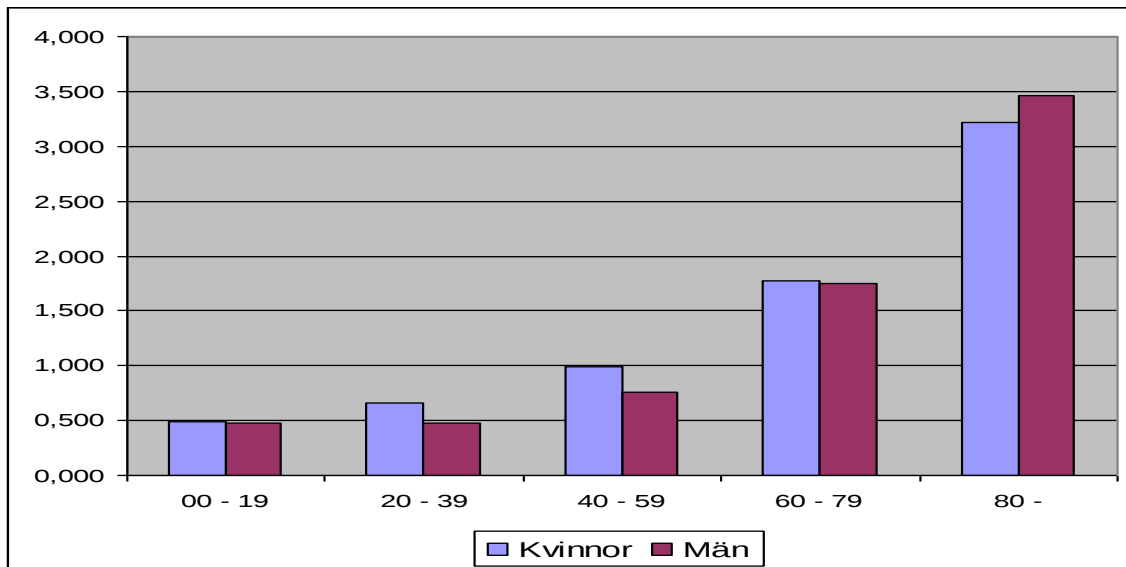
I figur 3 framgår relativ ACG casemix, baserad på samtliga diagnoser, per kommun i Västra Götaland. En större version av bilden samt dataunderlag finns i bilaga 2. ACG casemix per kommun varierar mellan 0,87 (Härryda) och 1,35 (Lysekil). Tre kommuner har ett värde lägre än 0,9. Förutom Härryda gäller detta Herrljunga (0,89) och Götene (0,89). Sju kommuner har en ACG casemix högre än 1,2. Förutom Lysekil är det Sotenäs (1,26), Tanum (1,26), Karlsborg (1,25), Munkedal (1,22), Gullspång (1,21) och Töreboda (1,21).

Göteborg har en ACG casemix om 0,94. Denna kan brytas ner på stadsdelsnivå, vilket har gjorts i det material som redovisas i bilaga 2. ACG casemix per stadsdel inom Göteborgs stad varierar mellan 0,80 (Centrum) och 1,03 (Norra Hisingen).

För att ytterligare nyansera bilden är det möjligt att bryta ner kommunuppgifterna på kvinnor och män. Dessa uppgifter framgår i bilaga 3 och kommenteras i avsnitt 3.2.

3.2 Vårdtyngd fördelad på åldersgrupp och kön

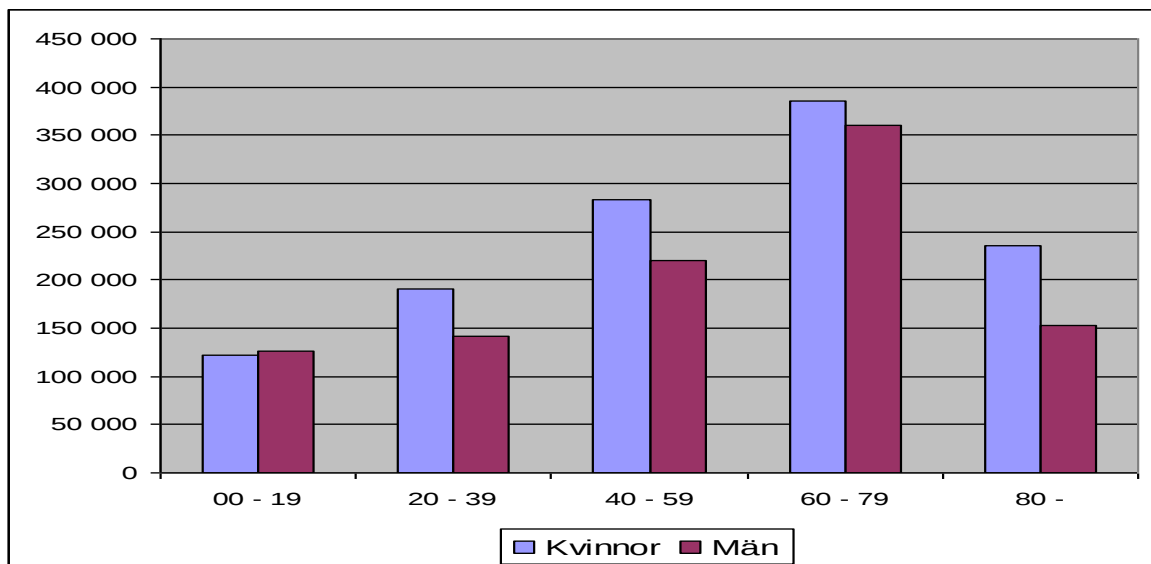
Befolkningens behov av hälso- och sjukvård påverkas bland annat av befolkningens sammansättning avseende ålder och kön. Genom ACG är det möjligt att studera hur den registrerade sjukligheten är fördelad i befolkningen, till exempel utifrån just ålder och kön.



Figur 4 Relativ ACG casemix per åldersgrupp och kön

I figur 4 framgår relativ ACG casemix fördelad på kön och åldersgrupp. Ur den kan bland annat utläsas att kvinnor har högre registrerad sjuklighet än män i alla åldersgrupper utom den äldsta samt att den grupp som i genomsnitt har högst relativ ACG casemix är män 80 år och äldre

Där framgår också att individer i den äldsta åldersgruppen i genomsnitt har en relativ ACG casemix som är cirka fyra gånger högre än individer i gruppen medelålders och cirka sju gånger högre än individer i den yngsta åldersgruppen.



Figur 5 Absolut ACG-tyngd per åldersgrupp och kön

I figur 5 framgår den absoluta ACG-tyngden, det vill säga summan av samtliga individers ACG-vikt, fördelad på åldersgrupp och kön. Här påverkar alltså såväl varje individs vårdtyngd som antalet individer i respektive grupp staplarnas höjd. Kvinnorna har en högre absolut ACGtyngd än männen i samtliga åldersgrupper utom den yngsta. Trots att män 80 år och äldre har en högre relativ ACG casemix än kvinnor i samma ålder har kvinnorna en högre absolut ACG-tyngd. Detta beror på att det finns fler kvinnor än män i denna åldersgrupp.

I avsnitt 3.1 kommenteras den påtagliga variationen av sjukdomsbörda, mätt genom relativ ACG casemix baserad på samtliga diagnoser, mellan kommunerna i Västra Götaland. För att ytterligare nyansera den där redovisade bilden är det möjligt att bryta ner kommunuppgifterna på kvinnor och män. Dessa uppgifter framgår i bilaga 3. Kvinnor har genomgående en högre relativ ACG casemix än män. För hela populationen är kvinnornas värde 1,132 och männens 0,867. I avsnitten nedan relateras kvinnornas respektive männens relativa ACG casemix per kommun till standardindividen i Västra Götaland oavsett kön. Denna standardindivid har vikten 1,00.

Kvinnornas relativa ACG casemix per kommun, i relation till standardindividen, varierar mellan 0,986 (Härryda) och 1,506 (Lysekil). Det är endast i två kommuner som kvinnorna får ett värde lägre än 1,0. Förutom Härryda är det Götene (0,996). I nio kommuner har kvinnorna en relativ ACG casemix högre än 1,3. Förutom Lysekil är det Karlsborg (1,416), Tanum (1,398), Sotenäs (1,385), Färgelanda (1,381), Töreboda (1,352), Munkedal (1,337), Gullspång (1,333) och Tibro (1,328).

Kvinnorna i Göteborg har en ACG casemix om 1,083. Denna kan brytas ner på stadsdelsnivå, vilket har gjorts i det material som redovisas i bilaga 3. Kvinnornas ACG casemix per stadsdel inom Göteborgs stad varierar mellan 0,970 (Centrum) och 1,187 (Norra Hisingen).

Männens relativa ACG casemix per kommun, i relation till standardindividen, varierar mellan 0,747 (Härryda) och 1,187 (Lysekil). I fem kommuner får männen ett värde lägre än 0,8. Förutom Härryda är det Götene (0,781), Herrljunga (0,781), Mölndal (0,785) och Göteborg (0,788). I sex kommuner har männen en relativ ACG casemix högre än 1,1. Förutom Lysekil är det Färgelanda (1,173), Tanum (1,128), Sotenäs (1,125), Bengtsfors (1,112) och Munkedal (1,109).

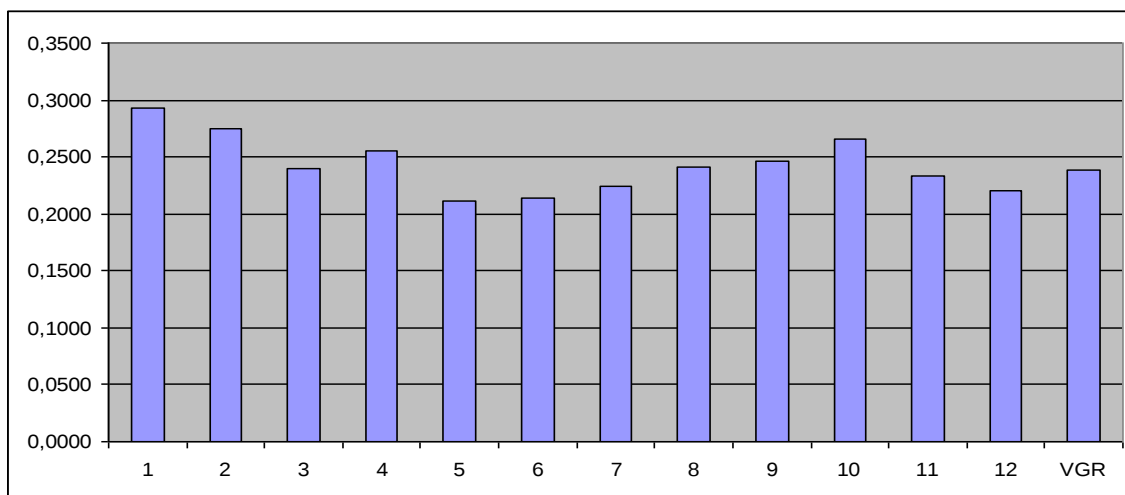
Männen i Göteborg har en ACG casemix om 0,788. Denna kan brytas ner på stadsdelsnivå, vilket har gjorts i det material som redovisas i bilaga 3. Männens ACG casemix per stadsdel inom Göteborgs stad varierar mellan 0,637 (Centrum) och 0,875 (Norra Hisingen).

3.3 Förekomst av olika diagnosgrupper

I ACG-verktyget grupperas alla diagnoser i en av 32 ADG. De följande är några exempel:

ADG 1	Övergående, lindrig sjukdom
ADG 3	Övergående, allvarlig sjukdom
ADG 10	Kronisk, medicinsk stabil
ADG 11	Kronisk, medicinsk instabil
ADG 20	Dermatologisk
ADG 22	Skada / ogynnsam effekt, allvarlig
ADG 25	Psykosocial – Återkommande eller ihållande, instabil
ADG 28	Symtom allvarlig
ADG 32	Malignitet

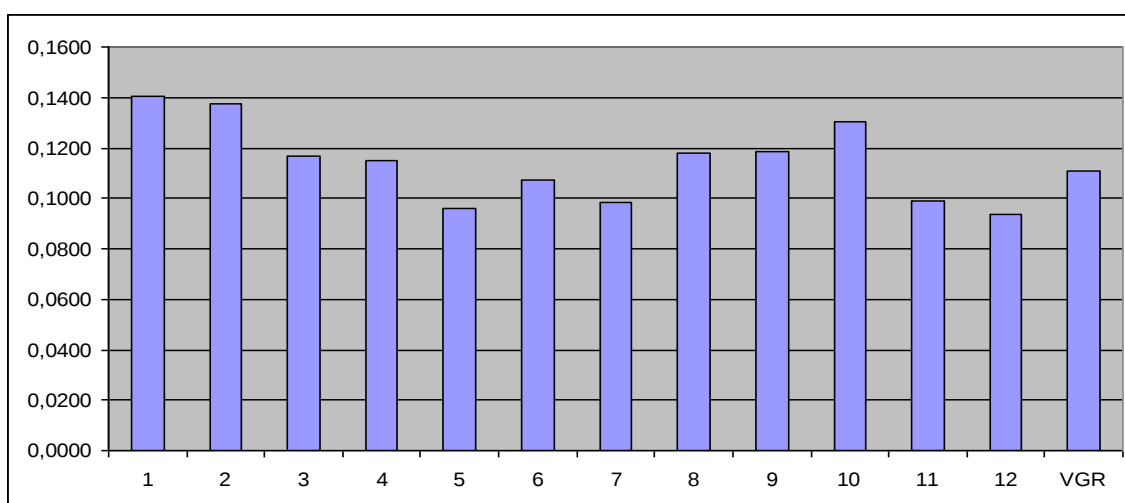
En individ med flera diagnoser kan grupperas till en eller flera ADG. Det är möjligt att hämta ut data för att studera förekomsten av en viss ADG i befolkningen som helhet eller i en utvald grupp. I detta avsnitt studeras hur förekomsten av några av dessa ADG varierar mellan olika HSN. I slutet av avsnittet studeras också förekomsten av olika ACG i befolkningen. Andra exempel och urval kommer att redovisas i kommande rapportutgåvor.



Figur 6 Andel i befolkningen med någon registrerad diagnos i ADG10, Kronisk medicinsk stabil, per HSN

ADG10 har benämningen Kronisk medicinsk stabil, vilket innebär att de diagnoser som styrs hit avser en kronisk sjukdom, vilken huvudsakligen vårdas inom de medicinska specialiteterna, och där risken för försämring och komplikationer är relativt låg.

Denna ADG förekommer totalt sett hos 23,8 % av befolkningen i Västra Götaland. I figuren ovan framgår andel i befolkningen i respektive HSN som har någon registrerad diagnos som grupperas till ADG10. Förekomsten varierar mellan 21,1 % av befolkningen i Göteborg Centrum Väster (HSN 5) och 29,4 % i norra Bohuslän (HSN 1).

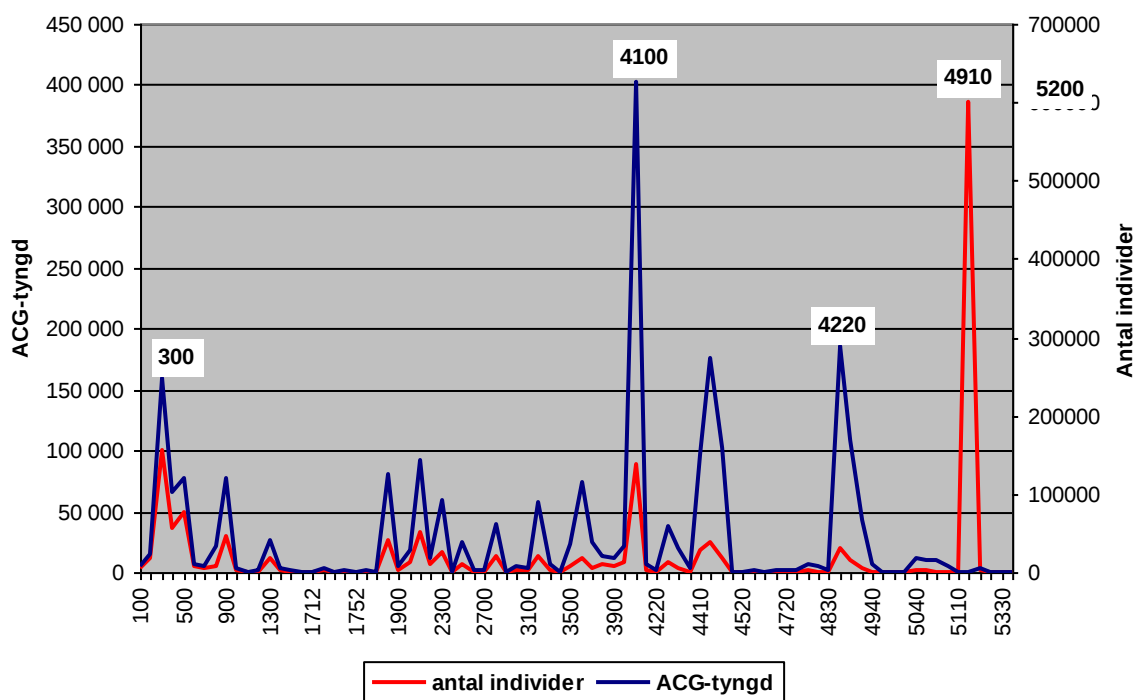


Figur 7 Andel i befolkningen med någon registrerad diagnos i ADG11, Kronisk medicinsk instabil, per HSN

ADG11 har benämningen Kronisk medicinsk, instabil, vilket innebär att de diagnoser som styrs hit avser en kronisk sjukdom, vilken huvudsakligen vårdas inom de medicinska specialiteterna, och där risken för försämring och komplikationer är relativt hög.

Denna ADG förekommer totalt sett hos 11,1 % av befolkningen i Västra Götaland. I figuren ovan framgår andel i befolkningen i respektive HSN som har någon registrerad diagnos som grupperas till ADG11. Förekomsten varierar mellan 9,4 % av befolkningen i nordöstra Göteborg (HSN 12) och 14,0 % i norra Bohuslän (HSN 1).

De 32 ADG som diagnoserna grupperas till är i sin tur byggstenar i ACG. En individ placeras i en av 93 unika ACG baserat på hennes eller hans speciella kombination av ADG, samt ibland ålder och kön. Samtliga invånare i Västra Götaland har i genomsnitt 1,8 ADG baserade på diagnosregistrering i primärvård. För de invånare som har minst en diagnos registrerad är motsvarande genomsnitt 2,8. Några ADG betraktas som mer allvarliga än övriga och ger större påverkan på grupperingen till ACG.



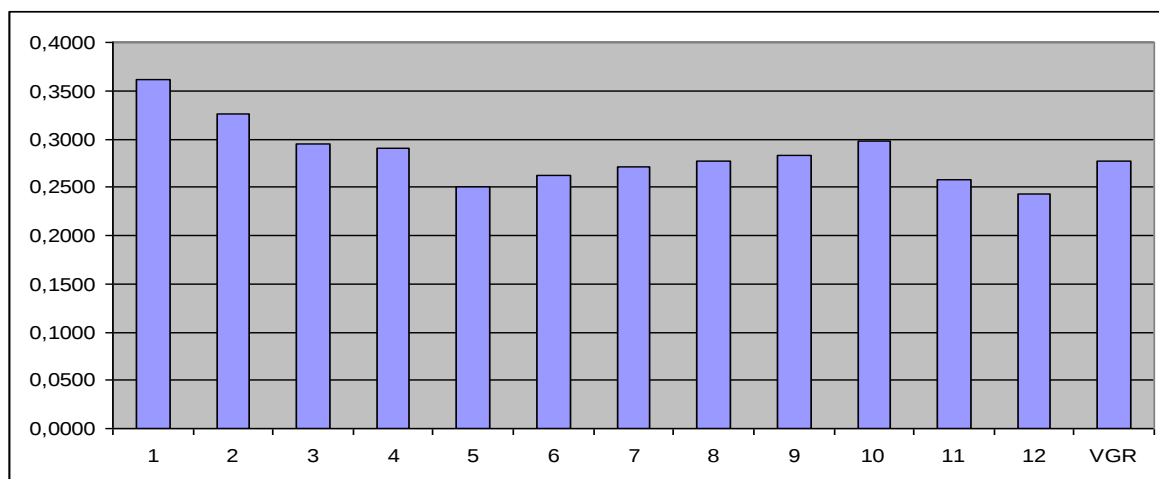
Figur 8 Summerad ACG-tyngd och antal individer per ACG, baserad på data från primärvård

I figur 8 framgår hur många individer i Västra Götaland som grupperas till respektive ACG samt vilken total tyngd detta innebär, baserat på data från primärvård. Tyngden genereras genom att antalet individer multipliceras med respektive ACGs individuella vikt. Det är värt att notera att befolkningen koncentreras till ett mindre antal ACG. 15 av 93 grupper innehåller fler än 20 000 individer. Mer än 30 % av invånarna i Västra Götaland hamnar i ACG 5200, vilket innebär att de inte har någon registrerad diagnos som påverkar ACG-grupperingen⁶, oavsett om de har gjort något besök inom primärvården eller inte. Denna grupp genererar i nuläget ingen ACG-tyngd, då de inte anses belasta primärvården mer än marginellt. Den ACG som genererar den enskilt högsta tyngden i Västra Götaland är ACG 4100 (2-3 ADG, ålder 35 +). Ungefär 10 % av invånarna i Västra Götaland hamnar i denna ACG. En stor del av dessa är kontrollpatienter med mer än en sjukdom. Kostnaden per individ är hög varför det totala genomslaget på ACG-tyngden är avsevärd. ACG 4220 (4-5 ADG, ålder 1-17 år, samt minst en allvarlig ADG) och ACG 4910 (6-9 ADG, ålder 35 +, samt 0 – 1 allvarlig ADG) ger motsvarande effekt. Infektionssjukdomar utan annan sjuklighet grupperas som regel till ACG 300. Trots att kostnaden per individ är relativt låg inom denna grupp bidrar frekvensen till att gruppen bidrar på ett påtagligt sätt till den totala ACG-tyngden.

⁶ Alla Z-diagnoser som hamnar i ADG-grupp 31 Prevention/Administration exkluderas inför grupperingen

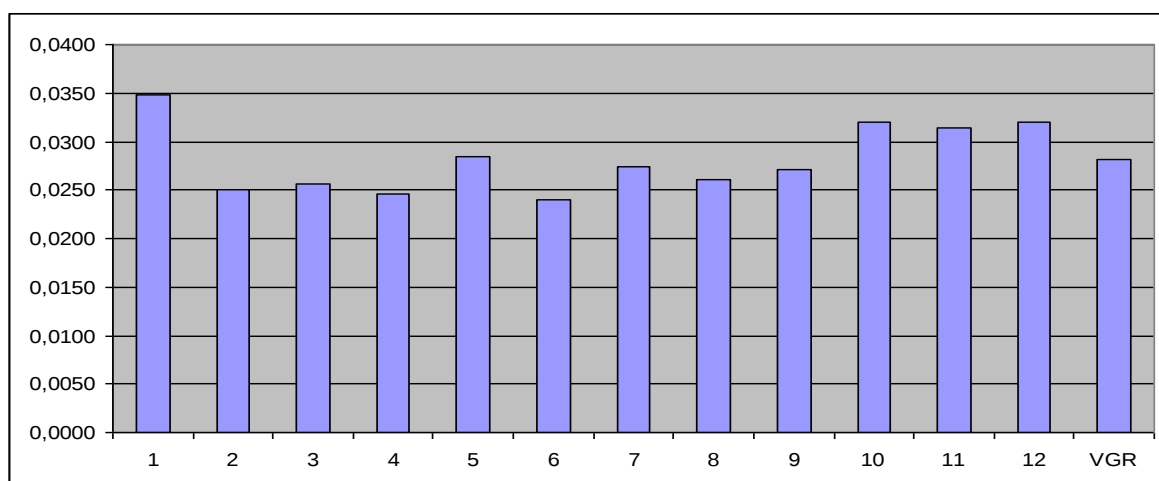
3.4 ACG-verktygets markörer

ACG-verktyget innehåller ett antal så kallade markörer, vilka kan användas för att förutse risk för ökad sjuklighet och ökade behov av hälso- och sjukvårdens insatser. Det är möjligt att hämta ut data för att studera förekomsten av dessa markörer i befolkningen som helhet, i en utvald grupp eller på individnivå. I detta avsnitt beskrivs några av markörerna och förekomsten av dem per HSN studeras. Andra exempel och urval kommer att redovisas i kommande rapportutgåvor.



Figur 9 Andel i befolkningen med någon kronisk diagnos, per HSN

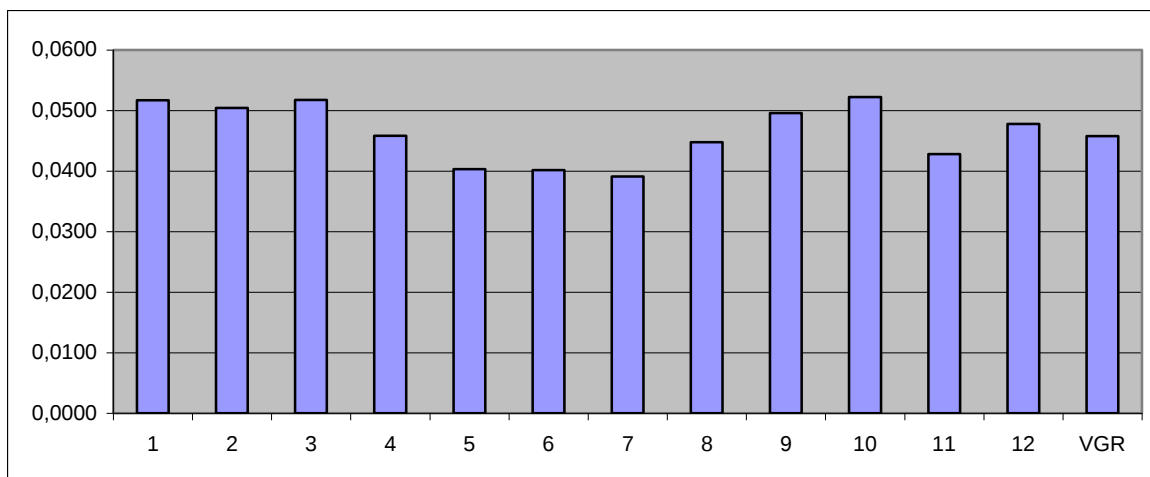
En markör avser antalet eller andelen i en befolkningsgrupp som har minst en registrerad diagnos som klassas som kronisk. Av alla invånare i Västra Götaland har 26,7 % någon sådan diagnos. Högst andel invånare med registrerad kronisk sjukdom finns i norra Bohuslän (HSN 1) med 36,1 %. Lägst andel finns i nordöstra Göteborg (HSN 12) med 24,3 %. Det kan inte uteslutas att sistnämnda värde delvis beror på att befolkningen där har konsumerat vård hos vårdgivare på nationella taxan i högre utsträckning än befolkningen i övriga delar av Västra Götaland. Dessa vårdgivare har hittills levererat diagnosdata i liten omfattning.



Figur 10 Andel i befolkningen med någon indikation för skörhet, per HSN

I ACG-verktyget finns även en markör för skörhet (frailty). Den aktiveras vid förekomst av diagnos som anses ge indikation på skörhet. Verktöget innehåller tolv skörhetskomponenter, nämligen näringsbrist, demens, urin- respektive avföringsinkontinens, nedsatt syn, trycksår, låg vikt, sjuklig fetma, fattigdom, svårighet att gå, fall samt svårighet att få tillgång till vård.

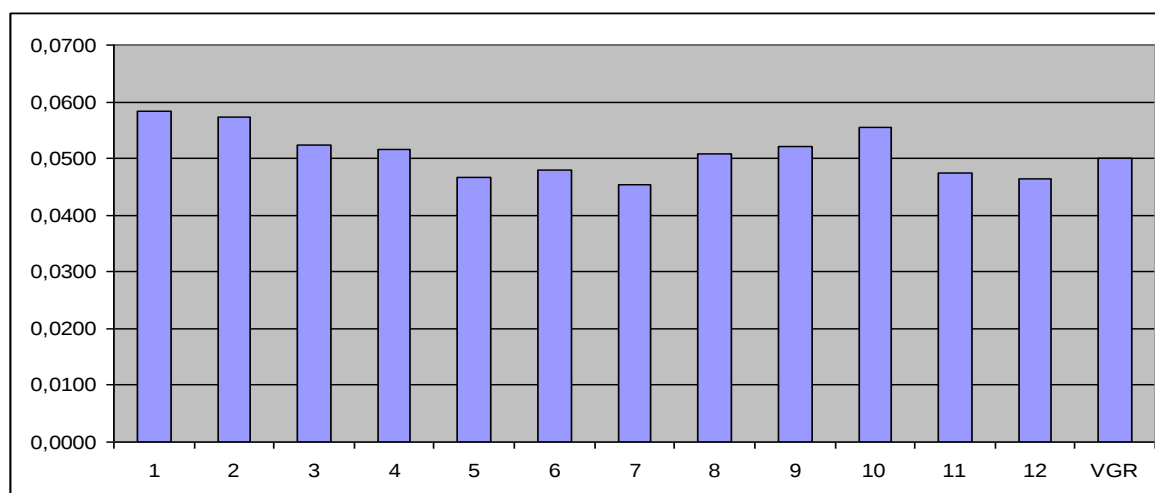
I Västra Götaland som helhet har 2,8 % av befolkningen någon sådan markör. Högst andel finns i norra Bohuslän (HSN 1) med 3,5 %. Lägst andel finns i MittenÄlvsborg (HSN 6) med 2,4 %. Dessa nivåer stämmer väl med motsvarande uppgifter från USA. Det är värt att notera att övriga markörer som redovisas i detta avsnitt ger en tämligen likartad bild av sjukligheten fördelad på hälso- och sjukvårdsnämnderna, men att resultatet av denna markör avviker något. I norra Bohuslän (HSN 1), Göteborg Hisingen (HSN 11) och nordöstra Göteborg (HSN 12) finns en högre andel sköra individer jämfört med övriga hälso- och sjukvårdsnämnder än de skulle ha haft enligt fördelningen i övriga markörer. I Dalsland är andelen sköra individer istället lägre än vad som skulle kunna förväntas utifrån övriga markörer. Endast vidare utredning kan ge svar på orsaken till detta.



Figur 11 Risk för inläggning på sjukhus inom 12 månader, Andel i befolkningen per HSN

Markören för risk för inläggning på sjukhus aktiveras vid förekomst av diagnoser som innebär att den drabbade med minst 50 % sannolikhet kommer att behöva bli inlagd på sjukhus inom de närmaste 12 månaderna. Beräkningen utgår ifrån amerikansk vårdtradition, vilken eventuellt avviker något från svenska förhållanden. Någon analys av om och hur detta påverkar utfallet har inte genomförts.

I Västra Götaland som helhet har 4,6 % av befolkningen denna markör. Högst andel finns i östra Skaraborg med 5,2 %. Lägst andel finns i södra Bohuslän (HSN 7) med 3,9 %.



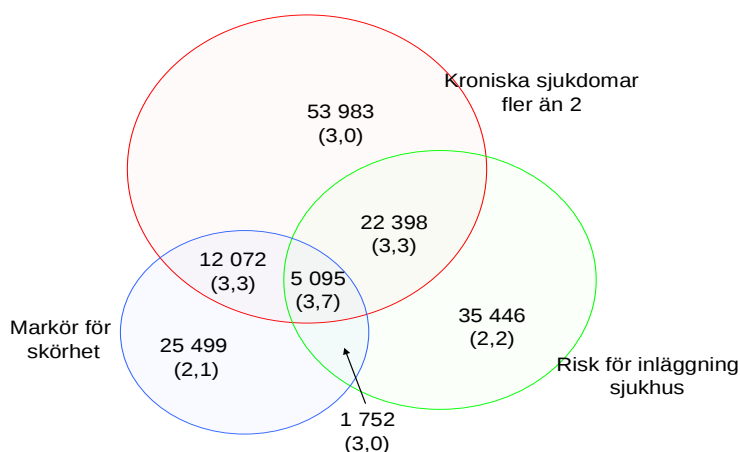
Figur 12 Risk för höga kostnader för hälso- och sjukvård, Andel i befolkningen per HSN

ACG kan även användas för att identifiera individer som riskerar att innebära höga kostnader för hälso- och sjukvård inom det närmaste året. I Västra Götaland som helhet har 5,0 % av befolkningen en sådan markör. Högst andel invånare med risk för höga kostnader för hälso- och sjukvård finns i norra Bohuslän (HSN 1) med 5,8 %. Lägst andel finns i södra Bohuslän (HSN 7) med 4,6 %.

I redovisningen ovan har några av de markörer som ACG-verktyget innehåller använts för att jämföra framtida risk för ökad sjuklighet och ökade behov av hälso- och sjukvårdens insatser mellan olika grupper av individer. I den amerikanska dokumentationen av ACG-verktyget anges att huvudsyftet med markörerna är att identifiera enskilda patienter med förhöjd risk, vilket innebär ett mer proaktivt anslag. Det kan diskuteras om det skulle vara möjligt att använda underlaget på detta sätt i Sverige, med hänsyn tagen bland annat till den personliga integriteten. Det har bedömts vara tveksamt om det är tillåtet att förmedla information om de risker som ACG-verktyget identifierat för en enskild patient till berörd vårdgivare, om de data som värderingen baseras på även kommer från andra vårdaktörer.

Flera landsting har påbörjat projekt vilka innebär att sjuka individer identifieras, söks upp och erbjuds ett förstärkt stöd under en kortare eller längre period. Syftet är att underlätta för individen att få tillgång till nödvändig vård och att förebygga ökad sjuklighet. ACG-verktyget kan användas för att identifiera de individer som ska erbjudas särskilt stöd.

Det är möjligt att kombinera data från de markörer som ACG-verktyget innehåller och därigenom förstärka bilden. Ett försök att illustrera överlappning mellan markörer framgår i figur 13.



Figur 13 Förekomst av markörerna skörhet, risk för inläggning på sjukhus samt två eller fler kroniska sjukdomar. Antal individer samt deras case-mix index (inom parentes) för respektive grupp

I bilden framgår antalet individer i Västra Götaland som har fler än två kroniska sjukdomar och de som ACG-verktyget har givit en markör för risk för inläggning för sjukhus respektive skörhet. I de överlappande fälten finns individer som har mer än en av dessa markörer. I Västra Götaland finns 5 095 personer som har samtliga tre utvalda markörer. De har en relativ case-mix index om 3,7, vilket är påtagligt högre än motsvarande tal för individer med en eller två markörer. Det finns många andra faktorer som bidrar till högt ACG casemix. Det totala antalet personer i Västra Götaland som bidrar med ett ACG casemix index över 3,7 är 92 122.

4. ACG inom VG Primärvård

Västra Götalandsregionen använder ACG-verktyget bland annat för att kompensera vårdenheterna inom VG Primärvård utifrån den sjuklighet som de möter och behandlar. Ersättningen för vårdtyngd motsvarar för närvarande ca 42,5 % av den totala ersättning som betalas till vårdenheterna inom VG Primärvård. Ersättningen baseras på den ACG-vikt som de invånare som har sitt vårdval vid vårdenheten bär med sig, vilken alltså ska spegla deras samlade sjuklighet. Varje månad beräknas relativ ACG casemix per vårdenhet. Underlag för beräkningen är samtliga diagnoser som har registrerats inom primärvård under en tidsperiod om 15 månader. Dessa val gjordes för att vårdenheterna under denna period förväntas hinna träffa samtliga listade individer med kronisk sjukdom vid åtminstone ett tillfälle samt för att diagnoser registrerade inom primärvård bedömdes vara mer relevanta än samtliga diagnoser med hänsyn till uppdraget. Senast kända vårdval avgör vilken vårdenhet som får tillgodoräkna sig en individs diagnoser. Kostnadsvikter för primärvård används vid beräkningen.

Denna del i ersättningsmodellen är relativ, vilket innebär att genomsnittlig vårdtyngd i Västra Götaland, vid varje mättidpunkt, uppgår till 1,00, oavsett hur den faktiska vårdtyngden utvecklas. För att koppla ersättningen till vårdenhetens storlek multipliceras ACG-poängen för närvarande med antalet listningspoäng, vilka baseras på ålder och kön.

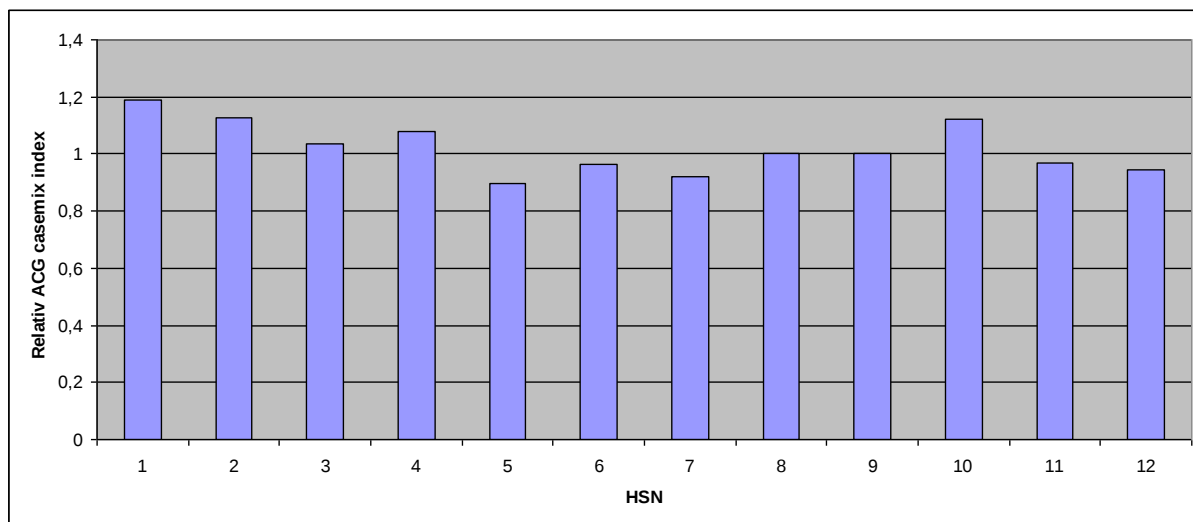
Sedan det blev känt att vårdtyngd skulle påverka vilken ersättning respektive vårdenhet skulle få, har arbetet med diagnosregistrering inom primärvård intensifierats, vilket medfört en synlig ökning av den totala ACG-viktsumman. Denna utveckling förväntas fortsätta ytterligare något år, om än sannolikt inte i samma omfattning.

Den första utbetalningen av ersättning baserad på ACG avsåg vårdval per den 31 oktober 2009 och diagnosdata från perioden 1 juli 2008 – 30 september 2009. För perioden fanns 3 006 366 diagnoser registrerade inom primärvård. Diagnosfilen för perioden 1 maj 2010 – 31 juli 2011 innehöll 6 253 922 diagnoser, vilket innebär att antalet registrerade diagnoser mer än fördubblats sedan VG Primärvårds start. Ökningstakten tycks nu ha planat ut. Andelen invånare med någon diagnos från primärvård under en femtonmånadersperiod har sedan start av VG Primärvård ökat från 55,8 % till 65,9 %.

Den ökade diagnoskodningen innebär att antalet patienter med kroniska sjukdomar enligt den regionala vårddatabasen nu stämmer bättre med andra uppskattningar. Framöver bör det ingå i förvaltning av ersättningsmodellen för VG Primärvård att göra en årlig värdering av hur stor del av ökningen av ACG-vikt som beror på förbättrad registrering respektive vad som är tecken på en faktisk vårdtyngdsökning.

Variationen mellan de olika vårdenheterna minskar över tid, med undantag av ett fåtal mindre vårdenheter med väldigt låg diagnosregistrering. Vid den första ersättningsberäkningen hade den vårdenhet vars relativa ACG casemix var lägst ett värde på 0,28 och den med högst ett värde på 1,56. Vid den ersättningsutbetalning som baserades på vårdval per den 31 augusti 2011 varierade värdet mellan 0,53 och 1,38, sedan två extremvärden exkluderats. 182 av de 201 vårdenheterna hade en relativ ACG-casemix mellan 0,70 och 1,30. För flertalet vårdenheter sker en utveckling mot genomsnittet. Skillnaden mellan det lägsta och högsta värdet kan förväntas fortsätta minska ytterligare något, men det är svårt att förutse hur stor den slutligen kommer att vara.

Den enskilde vårdgivaren kan, rent hypotetiskt, öka sin diagnosregistrering i avsikt att öka sin ersättning. Slutresultatet av en sådan insats är inte givet, då det beror också på andra enheters registrering av diagnoser. Om flertalet enheter fokuserar på ökad diagnosregistrering förändras ersättningen sannolikt endast marginellt för var och en. Den resurs som finns för denna del i ersättningsmodellen är, relativt sett, konstant. Detta kan till och med betyda att en vårdenhets vårdtyngdsersättning kan minska över tid trots att dess egen vårdtyngd är oförändrad eller ökar.



Figur 14 Relativ ACG-casemix (endast PV-diagnoser) per HSN maj 2010 – juli 2011

I figur 14 framgår att relativ ACG-casemix, baserad på diagnosdata från primärvård under perioden maj 2010 – juli 2011, per nämnd varierar mellan 0,90 och 1,19. Skillnaden har minskat över tid, men förändringen verkar ha avstannat under 2011. Vid mätning till och med december 2010 låg variationen mellan 0,91 och 1,20, vid mätning till och med december 2009 mellan 0,81 och 1,21 och vid mätning till och med december 2008⁷ mellan 0,75 och 1,25. För samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder med undantag av norra Bohuslän (HSN 1) sker en rörelse mot genomsnittet. Att denna nämnd avviker beror sannolikt på en underliggande hög vårdtyngd i kombination med tidigare brister i diagnosregistrering.

4.1 Vårdtyngd vid hemsjukvårdsinsatser

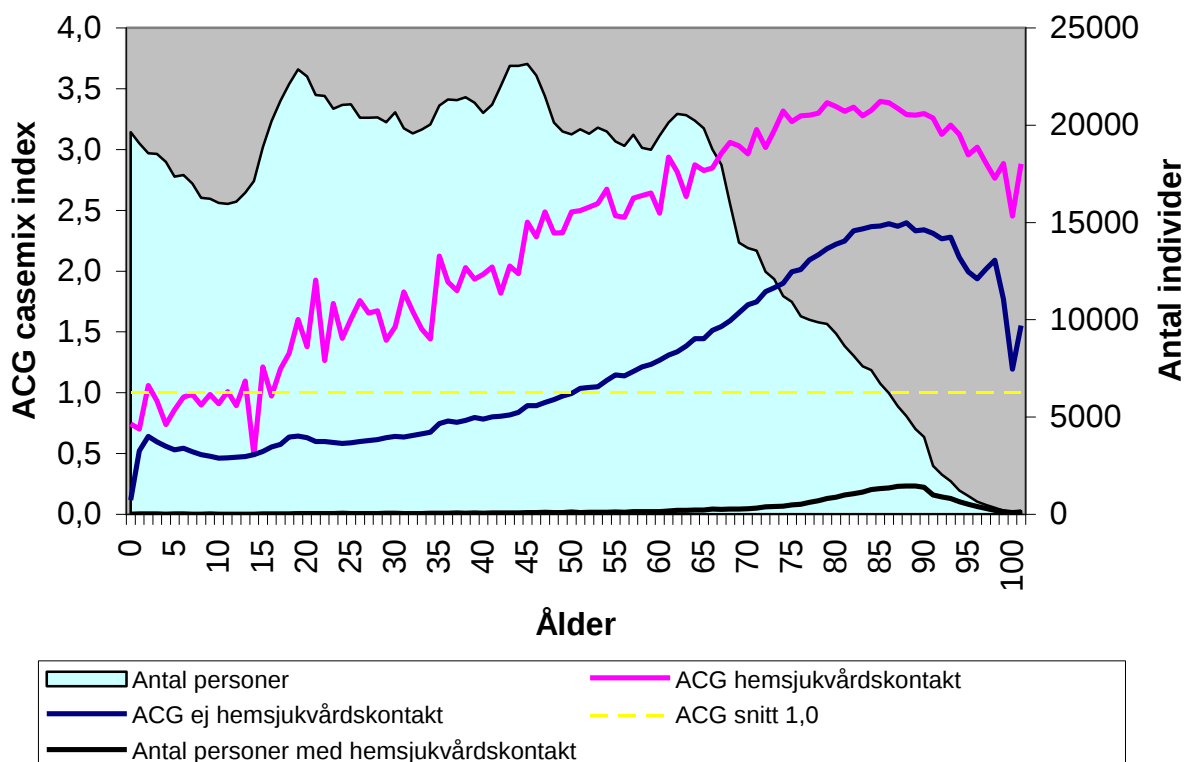
Det finns befolkningsgrupper som ofta är mer beroende än andra av insatser från hälso- och sjukvården, inte minst från primärvård. En sådan grupp, som finns i fokus såväl regionalt som nationellt och vars tillgång till nödvändiga insatser prioriteras högt, är de mest sjuka äldre.

Frågor har framförts om ACG värderar särskilt utsatta grupper och deras behov av insatser tillräckligt högt i relation till andra befolkningsgrupper. Under förutsättning att det är möjligt att definiera och identifiera en grupp på ett tydligt och entydigt sätt är det möjligt att ange dess ACG-tyngd eller dess relativa ACG-casemix och därigenom besvara frågan om gruppens vårdtyngd är högre eller lägre än den genomsnittliga invånarens. Under förutsättning att de kostnadsvikter som används i ACG-verktyget är korrekta kan hävdas att de skillnader som påvisas är både riktiga och tillräckliga⁸. Frågeställningen kring korrekta kostnadsvikter fördjupas i avsnitt 5.1.

⁷ Observera att denna mätning genomfördes före genomförandet av VG Primärvård

⁸ Denna slutsats gäller ACG för sig. I ersättningsmodellen för VG Primärvård finns även andra faktorer.

I den studie som hittills genomförts har en i primärvård registrerad hemsjukvårdsinsats ansetts indikera att en person tillhör en befolkningsgrupp med mer omfattande behov.



Figur 15 ACG casemix index per ålder för personer med respektive utan hemsjukvårdskontakt

I figur 15 framgår befolkningens ålderssammansättning i den helfärgade ljusare ytan. Antalet invånare med någon hemsjukvårdskontakt framgår i den mörka linjen längst ner i bilden. De flesta individerna med hemsjukvårdsinsatser finns i gruppen äldre. Det är värt att notera att det är först i åldersgrupper över 90 år som mer än hälften av individerna i gruppen har fått hemsjukvårdsinsatser som registrerats i primärvård.

Den genomsnittliga ACG-vikten är 1,00 och markeras som en ljus streckad linje. Den genomsnittliga ACG-vikten per åldersgrupp framgår i mörkblå linje för individer utan någon registrerad hemsjukvårdskontakt och i rosa linje för individer med hemsjukvårdskontakt. ACG-vikten är påtagligt högre för individer med registrerad hemsjukvårdskontakt än för individer utan sådan i alla åldersgrupper. I en ålder saknas individer med hemsjukvård varför kurvorna för denna visar samma värde.

5. Tankar inför framtiden

Västra Götalandsregionen tecknade licens för ACG-verktyget för att använda det för en del i den ersättningsmodell som konstruerades inför genomförandet av VG Primärvård. Information från verktyget kan dessutom användas för andra ändamål, bland annat vid kvalitetsarbete, folkhälsoinriktat arbete och vid analys av befolkningens behov. När nästa uppdatering av verktyget blir tillgänglig i internationell version öppnas flera nya möjligheter.

I detta kapitel beskrivs några av de frågor som bedöms vara viktiga att arbeta med under det kommande året, i syfte att förbättra kvaliteten i de data som ACG-verktyget kan leverera.

5.1 ACG och kostnadsvikter

Kostnad per patient (KPP) innebär i korthet att medicinska uppgifter och kostnader knyts till enskilda patienter och vårdkontakter. ACG-beräkningen förutsätter kostnadsvikter, vilka i sin tur förutsätter KPP. För beräkning av ACG i ersättningsmodellen för VG Primärvård används för närvarande sammanvägda kostnadsvikter för primärvård från de landsting i Sverige som hade KPP för sin primärvård 2006, nämligen Östergötland och Blekinge. Det finns även tillgång till samlade kostnadsvikter för primär- och sjukhusvård från dessa båda landsting.

De förutsättningar som gäller för den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården är inte identiska över riket. Det finns bland annat skillnader i fördelningen av uppgifter och kostnadsansvar mellan olika vårdnivåer och huvudmän. Detta får till följd att precisionen i beräkningen förväntas öka markant när det blir möjligt att använda kostnadsvikter från Västra Götalandsregionen, då dessa skulle baseras på det gränssnitt mellan olika vårdnivåer och huvudmän som finns här. Regionala kostnadsvikter förutsätter tillgång till data om kostnad per patient (KPP) för hela sjukvårdsverksamheten. I Västra Götalandsregionen saknas ännu sådana data för primärvård.

Det har från början angivits i Krav- och kvalitetsboken att samtliga vårdenheter inom VG Primärvård ska förmedla information om kostnad per patient (KPP), enligt anvisningar från Västra Götalandsregionen, så snart sådana finns tillgängliga. En pilotstudie har genomförts med utgångspunkt i sex vårdenheter med olika geografisk hemvist och driftsform. Utifrån denna planeras nu för ett breddgenomförande. Den nuvarande bedömningen är att regionala kostnadsvikter kan finnas tillgängliga för genomförande inför år 2014.

5.2 ACG och diagnosregistrering

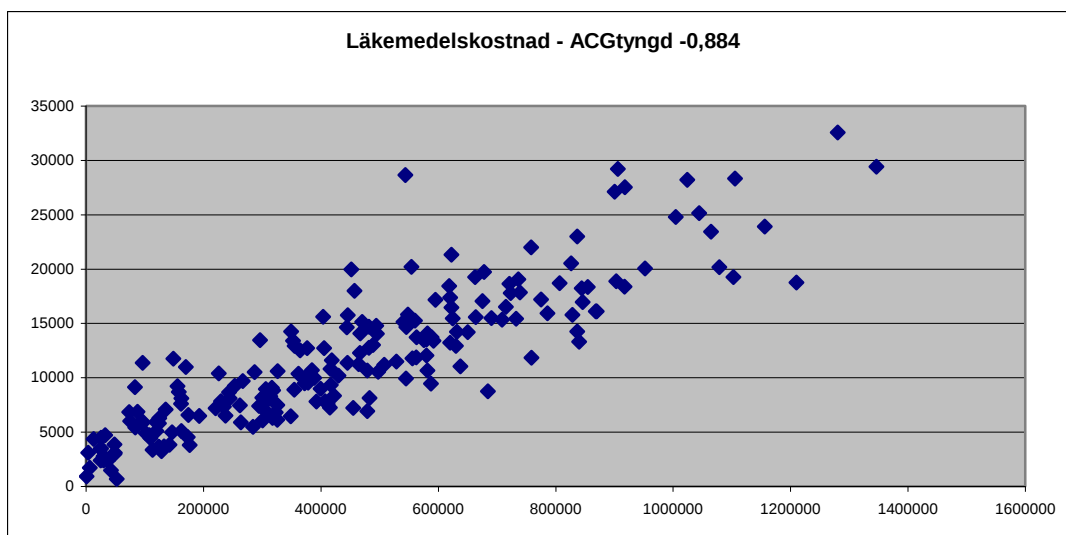
ACG förutsätter god kvalitet i diagnosregistreringen. Västra Götalandsregionen har hittills genomfört så kallade diagnosskolor i två omgångar, dels inför genomförandet av VG Primärvård och dels efter drygt ett års verksamhet. Ett viktigt budskap är att de principer för diagnosregistrering som anges av Socialtstyrelsen ska följas.

Som noterats tidigare i denna rapport har genomförandet av VG Primärvård inneburit en kraftig ökning av antalet diagnoskoder som registreras inom primärvård. Det kan därmed antas ha skett en påtaglig förändring i diagnostradition inom primärvård. Bland annat den påtagliga förändringen innebär att det kan finnas skäl att överväga en fördjupad studie av kvalitet i diagnosregistrering.

5.3 ACG och läkemedel

Det skulle kunna antas att en diagnos som ger höga läkemedelskostnader också ger en hög vikt i ACG. Denna hypotes var inför genomförandet av VG Primärvård inte prövad. Kostnad för läkemedel ingår heller inte i de kostnadsvikter som för närvarande används i verktyget. Initialt fokuserades därför läkemedelskonsumtionens påverkan på ersättningsmodellen helt till den komponent som baseras på ålder och kön.

Ett ställningstagande i frågan om ersättningen för läkemedel ska förmedlas genom den komponent i ersättningsmodellen som avser vårdtyngd förutsätter att det kan påvisas att korrelationen mellan ACG och läkemedelskostnader är lika bra eller bättre än den som gäller för ålder och kön.



Figur 16 Korrelationsstudie Läkemedelskostnad oktober 2010 kontra andel av ACG-tyngd

Vid en korrelationsstudie där vårdenhetens läkemedelskostnad i oktober 2010 ställs i relation till vårdenhetens andel av regionens totala ACG-tyngd, baserad på diagnosdata registrerade inom primärvården, blir korrelationen drygt 88 %, vilket framgår i bild ovan. Detta innebär att läkemedelskostnaderna korrelerar i marginellt högre utsträckning mot ACG-tyngd än mot ålder och kön, enligt den viktlista som tillämpats 2009-2011. Den hypotes som hittills funnits att ersättningen för läkemedel kan förmedlas inom ACG-viktningen kan därmed kvarstå. Däremot finns skäl att avvaka med ett sådant beslut tills ACG-beräkningen kan baseras på regionala kostnadsvikter, helst beräknade med en kostnadsbas som inkluderar kostnader för läkemedel.

5.4 ACG inom VG Primärvård

Vårdtyngdsberäkningen för VG Primärvård baseras idag på diagnoser som har registrerats inom primärvård, då dessa är mest relevanta med hänsyn till uppdraget. Det har i olika sammanhang framförts önskemål att granska om fördelningen skulle bli annorlunda om vårdtyngdsberäkningen för VG Primärvård istället skulle baseras på samtliga diagnoser (det vill säga från primärvård, specialiserad öppenvård samt slutenvård), men fortsatt på kostnadsvikter för primärvård. Det huvudsakliga skälet skulle vara att befolkningen i olika delar av Västra Götaland har olika sökmönster vad gäller vård.

Relativ ACG-casemix per hälso- och sjukvårdsnämnd beräknad utifrån samtliga diagnoser avviker väldigt lite från motsvarande värde beräknat enbart på dem som registrerats i primärvård, vilket framgår i figur 2 på sida 7. Det finns därför inget skäl att förändra regelverket, utan ACG-beräkningen inom VG Primärvård bör också fortsättningsvis baseras på diagnoser registrerade inom primärvård, då dessa är mest relevanta för uppdraget.

Det är möjligt att göra ACG-delen inom ersättningsmodellen för VG Primärvård relativ inom sig själv genom att basera beräkningen på varje vårdenhets ACG-tyngd i relation till total ACG-tyngd i Västra Götalandsregionen. En sådan justering bör övervägas när det finns regionala kostnadsvikter. Tidigast vid denna tidpunkt bör vidare övervägas om andelen ersättning genom den komponent som avser vårdtyngd bör utökas.

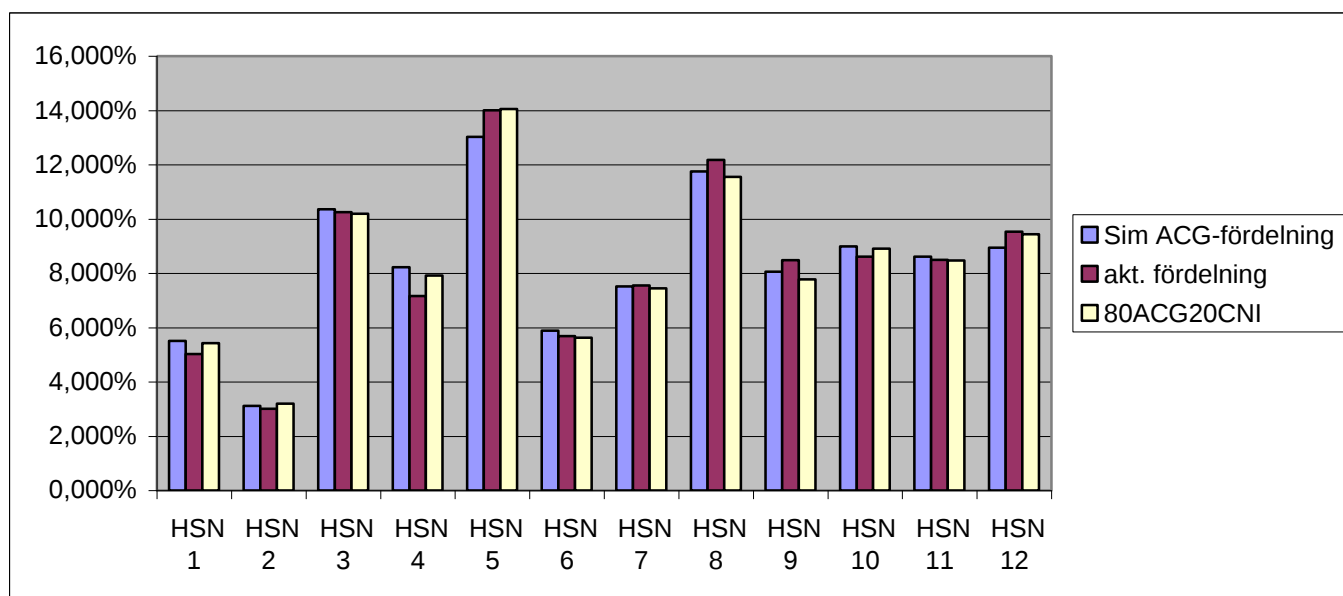
5.5 ACG och regionens resursfördelningsmodell

Den årliga fördelningen av resurser för hälso- och sjukvård från Regionfullmäktige till de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna baseras till cirka 80 % på hälso- och sjukvårdsmodellen i det nationella utjämningsystemet. I denna antas att det är möjligt att beskriva sjukvårdsbehovet för olika grupper genom studier av sjukvårdskonsumtion. Modellen består av två delar, där den ena avser personer med vårdtunga diagnoser⁹ och den andra övrig befolkning¹⁰.

Respektive nämnds andel av resurserna¹¹ beräknas, enligt den modell som beskrivs ovan, inför varje år. På nämnds nivå varierar tilldelningen mellan åren med någon eller några hundradels procent. Motsvarande fluktuation i den nationella fördelningen förklaras som regel av förändrad förekomst av de vårdtunga diagnoserna.

Modellen kompletteras med fördelning enligt andra principer för verksamheter vars kostnad inte ingår i underlaget för beräkning av standardkostnad, samt när fördelningen bedömts behöva baseras på andra faktorer än de som vägts in i den nationella modellen.

Det pågår ständigt diskussioner om den tillämpade resursfördelningsmodellen är det bästa alternativet. När frågan om Västra Götalandsregionen har tillgång till andra data som skulle kunna bidra till en behovsbaserad fördelning har ställts går tankarna osökt till ACG (Adjusted Clinical Groups) och CNI (Care Need Index). Att ACG skulle kunna utgöra grund för fördelning av resurser till hälso- och sjukvårdsnämnderna baseras på en hypotes att samtliga registrerade diagnoser borde spegla sjuklighet och behov av vård på ett lika bra sätt som nuvarande resursfördelningsmodell. CNI togs ursprungligen fram för att förklara varierande resursåtgång inom primärvårdsverksamhet, men detta index kan antas vara relevant att använda även för hälso- och sjukvårdsverksamhet i stort.



Figur 18 Relativ fördelning av resurser till hälso- och sjukvårdsnämnderna utifrån nuvarande modell, ACG samt en kombination av 80% ACG och 20% CNI

⁹ De diagnoser som i detta sammanhang har definierats som vårdtunga är elakartad tumör, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, höftfraktur, ischemisk hjärtsjukdom, schizofreni, övriga psykoser samt HIV.

¹⁰ Befolkningen delas in i grupper utifrån kön, ålder, civilstånd, sysselsättning, inkomst och boendetyp.

¹¹ Vilken summa som ska fördelas fastställs med utgångspunkt i aktuella ekonomiska förutsättningar

I figur 18 framgår varje hälso- och sjukvårdsnämnds andel fördelade resurser med nuvarande modell för resursfördelning enligt budget 2010 (röd stapel i mitten) jämfört med fördelning baserad på ACG (blå stapel till vänster) samt en viktad beräkning baserad på 80 % ACG och 20 % CNI (gul stapel till höger).

En resursfördelning baserad på enbart ACG skulle innebära kraftig omfördelning jämfört med nuläget. Framförallt Göteborg Centrum Väster (HSN 5) och nordöstra Göteborg (HSN 12) skulle tilldelas en lägre andel resurser än med nuvarande modell, medan framförallt mellersta och norra Bohuslän (HSN 4 och 1) skulle få en högre andel. Detta förklaras delvis av olika tradition i diagnoskodning samt att invånarna i de två nämndsområden som skulle förlora mest i högre utsträckning än andra konsumerar vård hos vårdgivare på den så kallade nationella taxan. Ett alternativt skäl, vilket i så fall är åtgärdbart, är att de kostnadsvikter som nu används vid beräkning av ACG inte speglar Västra Götalandsregionens kostnader på ett korrekt sätt.

Med en resursfördelning baserad på den valda kombinationen av 80 % ACG och 20 % CNI blir effekterna andra, men de är fortsatt påtagliga. Framförallt Sjuhärad (HSN 8) och västra Skaraborg (HSN 9) skulle tilldelas en lägre andel resurser än med nuvarande modell, medan bland annat mellersta Bohuslän (HSN 4) skulle få en högre andel.

6. Ärendets beredning

Uppdraget att studera möjligheterna med ACG och sprida kunskap inom organisationen är långsiktigt. Men resultatet ska avrapporteras löpande och i möjligaste mån ge avtryck i organisationen. Föreliggande rapport är enligt nuvarande planering den första av flera.

HSAs ledningsgrupp fick den 14 november information om innehållet i rapporten. Den regionala arbetsgruppen för klassifikationsfrågor och ersättningsmodeller (RAKEL) kommer att få motsvarande information den 24 november 2011. Rapporten har även presenterats och kommer att göras tillgänglig för övriga landsting i Sverige genom det nationella ACG-nätverket.

2011-11-16

Regionkansliet
Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Ann Söderström

Marie Röllgårdh