

Notat

Resultaterne af Integrated Care indsatsen to år efter

Iben Bolvig

Resultaterne af Integrated Care indsatsen to år efter

© VIVE og forfatterne, 2017

e-ISBN: 978-87-93626-18-8

Layout: 1508

Projekt: 11393

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Købmagergade 22, 1150 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

Sammenfatning	4
1 Baggrund.....	5
2 Data.....	6
3 Resultater for den ældre medicinske patient.....	7
4 Resultater for patienter med stress angst og depression	11
Bilag 1	15

Sammenfatning

Som opfølgning på evalueringen af Integrated Care (IC) følger vi i dette notat en række resultatmål for projektet to år efter opstart i indsatsen. For den ældre medicinske patient (DÆMP) måles forbruget af sundhedsydelse på praksisområdet og ved hospitalsindlæggelser samt forbruget af kommunale omsorgsydelser. For de stress- og depressionsramte patienter (SAD) måles forbruget af sundhedsydelser i primær sektor og ved hospitalsindlæggelser samt anvendelsen af offentlige forsørgelsesydelser og sandsynligheden for selvforsørgelse. Opfølgningen viser, at det ikke på længere sigt kan påvises, at Integrated Care har haft en positiv effekt på de resultatmål, der er inddraget. Dog viser analysen også, at nogle af de negative effekter, man fandt blandt DÆMP-patienterne i den oprindelige evaluering, der viste forhøjet forbrug af praktiserende læge og forhøjet anvisning til personlig hjemmepleje, forsvinder efter det første år. Tilsvarende forsvinder den lavere selvforsørgelsesgrad, som kan måles for SAD-patienterne inden for det første år efter start i indsatsen. Til gengæld kan der stadig to år efter måles en større samlet anvendelse af syge- og arbejdsløshedsdagpenge blandt IC-deltagere, mens det dog er mindre sandsynligt, at denne gruppe modtager førtidspension.

1 Baggrund

Projektet Integrated Care blev gennemført i perioden 2014-2015 blandt to forskellige patientgrupper tilknyttet udvalgte praksisser i Odense Kommune. Projektets grundlæggende vision var at skabe et velfungerende og forpligtende samarbejde på tværs af sektorgrænser, således at de praktiserende læger, regionen og kommunen i højere grad bruger hinanden som samarbejdspartnere. De to patientgrupper inkluderet i projektet var dels den ældre medicinske patient (DÆMP-patienter), og dels patienter med stress, angst og depression (SAD-patienter).

VIVE (daværende KORA) gennemførte i maj 2016 en storstilet evaluering af projektet, der bl.a. indeholdt en række resultatmålinger baseret på projektets kvantitative mål (Buch m. fl., 2016A, 2016B)¹. For de to patientgrupper var det dog ikke muligt at identificere nogen af de ønskede positive effekter. En muligt forklaring kan være, at opfølgingsperioden var forholdsvis kort (mindre end et år for de fleste patienter), hvilket udelukkede muligheden for at måle eventuelle resultater på lidt længere sigt.

Formålet med dette notat er at følge forskellige resultatmål for hver af patientgrupperne over en længere periode. Ud over muligheden for at identificere eventuelle resultater på længere sigt muliggør den længere opfølgingsperiode en udvidelse af den indsatsgruppe, der måles resultater for. En del af de oprindelige modtagere af SAD-indsatsen kunne nemlig ikke indgå i den oprindelige effektmåling, da deres opstart i projektet lå senere end den seneste måling af forsørgelsesstatus.

Resultaterne for hver af de to patientgrupper præsenteres separat.

¹ Buch, Martin Sandberg; Anne Petersen, Iben Bolvig og Jakob Kjellberg (2016A): Integrated Care-modellen – indsatsen målrettet stress, angst og depressionsramte. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation. København: KORA.

Buch, Martin Sandberg; Anne Petersen, Iben Bolvig og Jakob Kjellberg (2016B): Integrated Care-modellen – indsatsen målrettet ældre medicinske patienter. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation. København: KORA.

2 Data

Der er til dette projekt modtaget data fra Odense Kommune og Region Syddanmark for årene 2015 og 2016 for de patienter, der har modtaget indsatsen, og for en kontrolgruppe, der ikke har fået indsatsen. Populationen er således den samme som i den oprindelige evaluering, bortset fra at de opdaterede resultatmål har gjort det muligt i denne analyse at medtage resultater for alle modtagere af indsatsen. Der er anvendt opdateret data fra følgende kilder:

- Landspatientregisteret – udgifter på individniveau på hospitalsindlæggelser og ambulante besøg
- Sygesikringsdata – udgifter på individniveau på forbrug af ydelser i den primære sundhedssektor
- DREAM – ugentlig forsørgelsesstatus for alle offentlige forsørgelsesydelser
- Kommunal omsorgssystem (ÆEHF) – årlige antal anviste timer og minutter for forskellige typer hjemmeplejeydelser.

I nedenstående tabel præsenteres de forskellige resultatmål. På grund af den forlængede opfølgingsperiode har vi i denne analyse valgt at måle flere af resultatmålene periodevis (fx kvartalsvis eller årligt) og ikke blot samlet over hele den efterfølgende periode, som det blev gjort i den oprindelige evaluering. Dermed er det muligt at følge udviklingen i perioden 2015-2016. Da nogle af deltagerne i IC-indsatsen først er blevet tilknyttet i løbet af 2015, vil det dog ikke være relevant at måle resultater for disse i de perioder, der ligger før påbegyndelse af indsatsen. Derfor er det ikke alle indsatsdeltagere, der indgår i beregningen af de første periodevise resultatmål. Det nøjagtige antal observationer, der indgår i effektmålingen for de enkelte resultatmål, fremgår af Bilagstabel 1.1 i Bilag 1.²

Tabel 2.1 Datakilder og anvendte resultatmål

Datakilde	Resultatmål	Målgruppe
Sygesikringsdata 1. januar 2015-31 december 2016	Kvartalsvis forbrug af primær sundhedssektor opdelt på almen praksis, vagtlæge og speciallæge.	DÆMP SAD
Landspatientregisteret 1. januar 2015-31. december 2016	Samlet forbrug af hospitalsindlæggelser i 2015 og 2016 opdelt på ambulante besøg og døgnindlæggelser (DAGS- og DRG-takst).	DÆMP SAD
Det kommunale omsorgssystem 2015 og 2016	Samlede antal anviste minutter til hjemmepleje i året. Opdelt på hjemmeplejetype. Samlede antal anviste minutter til hjemmesygepleje i året.	DÆMP
DREAM-data Uge 1 2015-uge 52 2016	Antal uger med en given forsørgelsestype i perioden efter indsatsstart. Andel selvforsørgede i X antal uger efter indsatsstart.	SAD

Note: For alle personer i kontrolgruppen defineres indsatsstart som den 1. januar 2015.

De nye resultatmål flettes med de oprindelige data, der indeholder en lang række baggrundsvARIABLE, som anvendes i matchningen mellem indsats og kontrolgruppe (se yderligere i Buch m.fl. 2016A og 2016B).

² De mål, der strækker sig over et helt år eller over hele perioden, korrigeres desuden, så de tager højde for, at perioden efter start af indsats kan være kortere for nogle af indsatsdeltagerne. Således multipliceres alle årlige mål med 365/(antal dage i året efter indsatsstart), mens de kvartalsvise mål multipliceres med 91,25/(antal dage i kvartalet efter indsatsstart) og så fremdeles. For alle personer i kontrolgruppen måles outcome fra den 1. januar 2015 og frem.

3 Resultater for den ældre medicinske patient

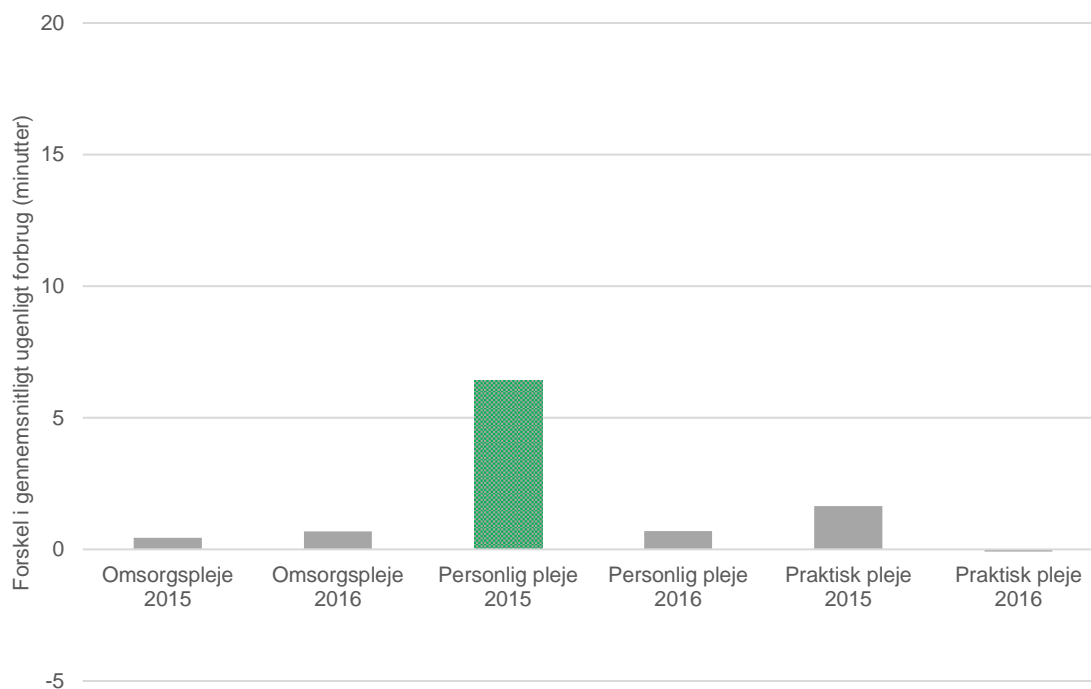
Resultatmålene for den ældre medicinske patient (DÆMP-patient) dækker i grove træk tre hovedområder: 1) brugen af ydelser inden for praksisområdet, 2) brugen af hospitalsindlæggelser og ambulante besøg samt 3) brugen af kommunal hjemme- og sygepleje.

Den oprindelige evaluering viste ingen tegn på mindre forbrug af sundhedsydelser blandt DÆMP-patienter, der var en del af Integrated Care indsatsen, sammenlignet med tilsvarende DÆMP-patienter i kontrolgruppen. Tværtimod så vi et lille merforbrug på døgnindlæggelser. Tilsvarende så vi ligeledes et merforbrug i forbruget af personlig hjemmepleje.

De resultatmål, der anvendes som mål for plejeforbrug og brug af sundhedsydelse fra praksisområdet, er periodeopdelt, så forbrug af hjemmepleje måles for 2015 og 2016 separat, mens forbrug af den primære sundhedssektor måles kvartalsvis. Hospitalsindlæggelser måles dog samlet over hele opdateringsperioden (2015 og 2016), idet der er større udsving fra periode til periode i forbruget for dette resultatmål.

Figur 3.1 til Figur 3.4 viser de estimerede forskelle i resultatmålene for DÆMP-patienter, der har modtaget en IC-indsats i forhold til *lignende* DÆMP-patienter, der ikke har deltaget i indsatsen, fordi de er tilknyttet en læge, der ikke har deltaget i IC-projektet.

Figur 3.1 Forskel i forbrug af hjemmepleje for DÆMP-patienter i eller uden for IC-indsatsen fordelt på hjemmeplejetype og år 2015 og 2016

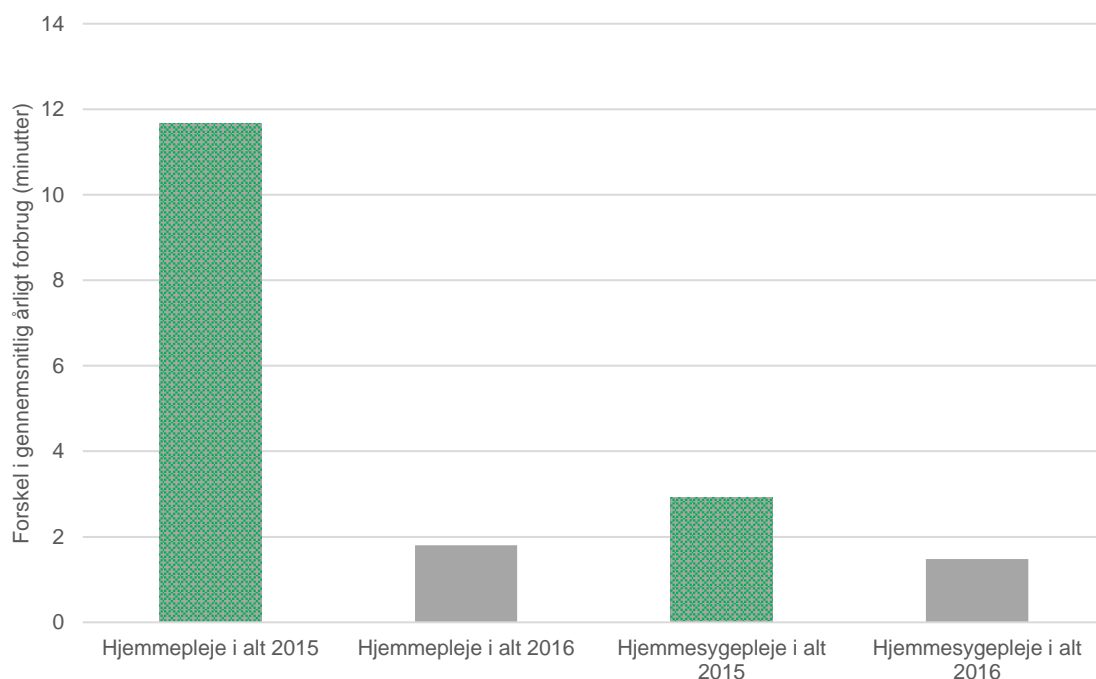


Note: Grønne søjler indikerer, at IC-indsatsdeltagere har signifikant højere forbrug end ikke deltagere, og grå søjler indikerer, at der ikke er signifikant forskel mellem de to grupper.
Metode: De estimerede forskelle baseret på propensity score estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt DÆMP-patienter.
Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Figur 3.1 viser den estimerede forskel på forbruget af hjemmepleje mellem DÆMP-patienter, der har deltaget, og DÆMP-patienter, der ikke har deltaget i IC-indsatsen. Forskellene tyder på, at modtagerne af IC-indsatsen fik en anelse mere personlig pleje i 2015 (i gennemsnit ca. 6 minutter mere om ugen), men at denne forskel igen er udlignet i 2016.

Den gennemsnitlige ugentlige forskel i 2015 er lidt større (knap 12 minutter), når vi ser på hjemmeplejen samlet (omsorgspleje, praktisk bistand samt personlig pleje), mens der kun kan spores en minimal signifikant forskel i brugen af hjemmesygepleje i 2015 (se Figur 3.2). I 2016 er der ingen forskel på hverken hjemmepleje eller hjemmesygepleje.

Figur 3.2 Forskel i forbrug af hjemmepleje og hjemmesygepleje for DÆMP-patienter i og uden for IC-indsatsen



Note: Grønne søjler indikerer, at IC-indsatsdeltagere har signifikant højere forbrug end ikke deltagere, mens grå søjler indikerer, at der ikke er signifikant forskel mellem de to grupper.

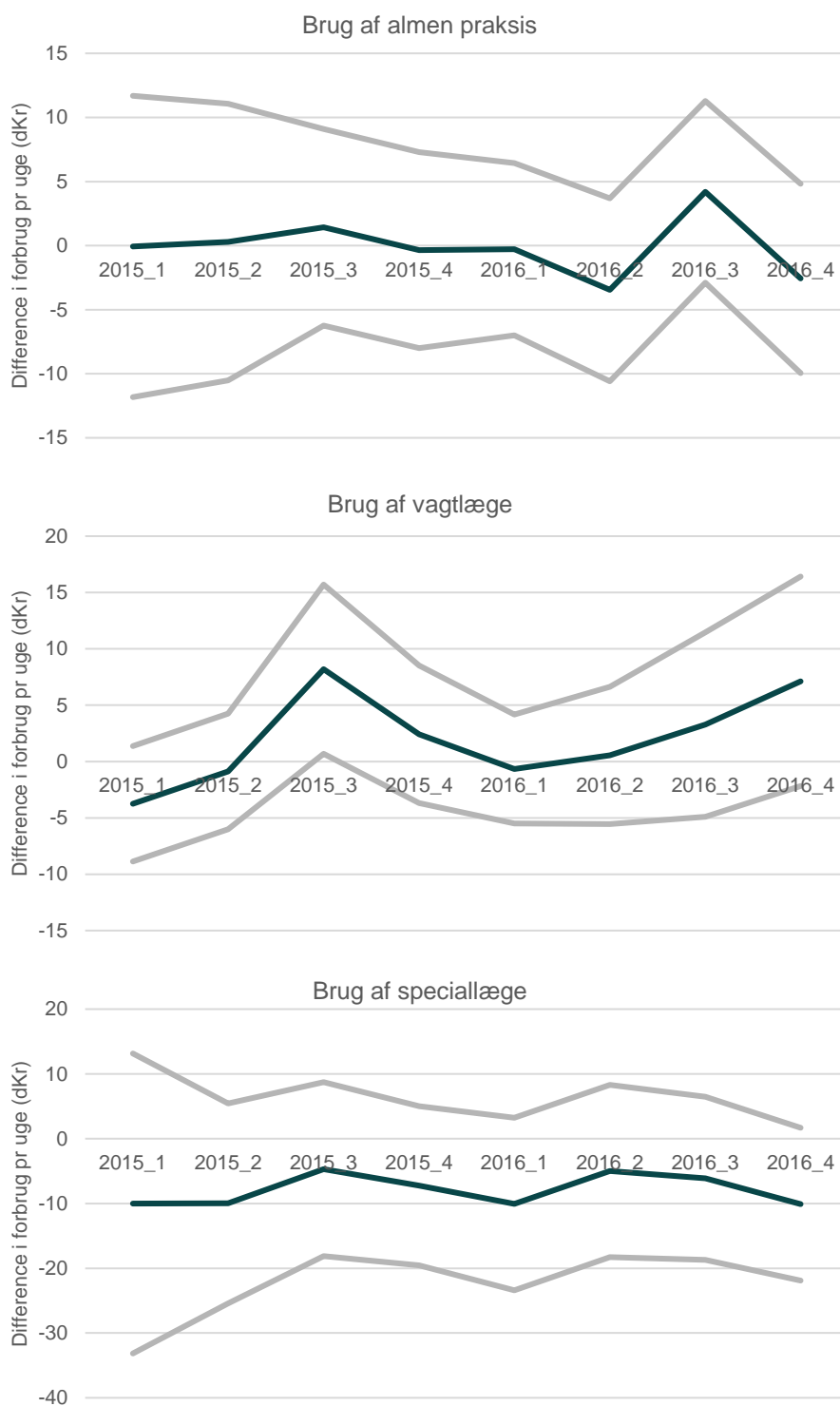
Metode.: De estimerede forskelle baseret på propensity score estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt DÆMP-patienter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Figur 3.3 viser forskellen mellem patienter i og uden for IC-indsatsen i forbruget af almen praksis, vagtlæge og speciallæge i perioden fra 1. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016. Kurven viser den gennemsnitlige forskel i det ugentlige forbrug målt separat for hvert kvartal. Som det fremgår af figuren, kan der ikke spores nogen signifikant forskel mellem forbruget blandt modtagere af IC-indsatsen og tilsvarende DÆMP-patienter uden adgang til IC. Der er et enkelt kvartal (3. kv. 2015), hvor forbruget af vagtlæger blandt IC-patienterne lige netop er signifikant højere end blandt kontrolpatienterne (ca. 7 kr. mere pr. uge).³ Da dette mønster ikke holder for nogen af de øvrige perioder, er der dog ikke meget, der tyder på, at det kan tilskrives IC-indsatsen.

³ Dette ses af figuren ved at den laveste sandsynlige forskel (den nederste grå linje) er større end nul i 3. kvartal 2015 for grafen over brug af vagtlæge.

Figur 3.3 Forskel i forbrug af den primære sundhedssektor for DÆMP-patienter i og uden for IC-indsatsen

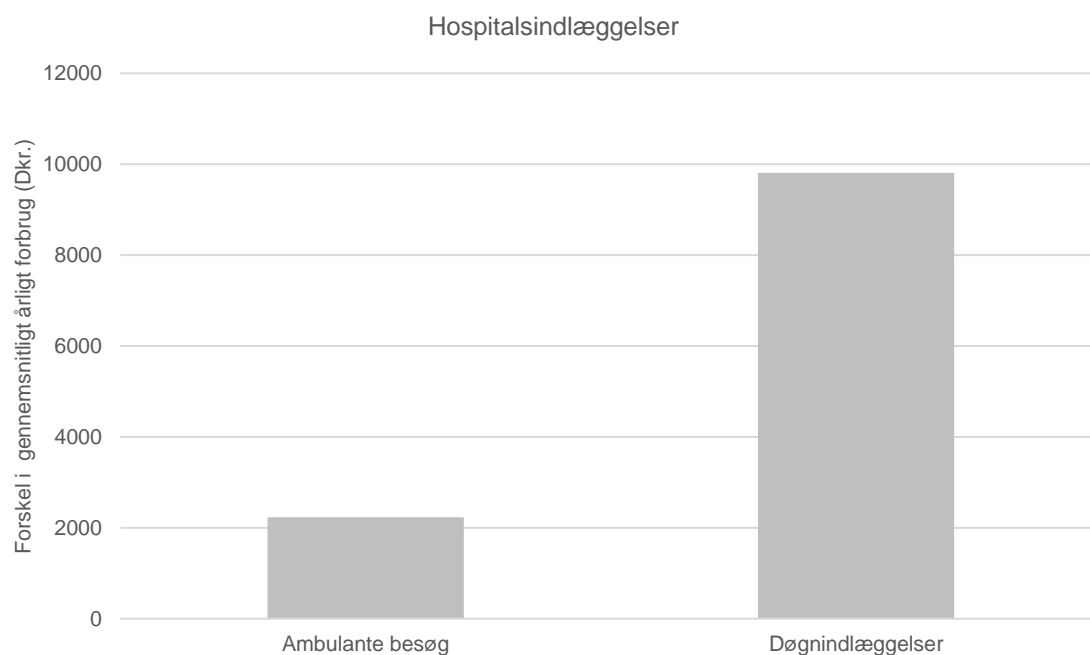


Note: De sorte kurver viser den estimerede forskel i forbruget af primære sundhedsydelser over de otte kvartaler. De grå kurver viser henholdsvis den laveste og højeste sandsynlige forskel, også kaldet 95 %-konfidensintervallet

Metode.: Kurverne er baseret på propensity score matching estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt DÆMP-patienter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Figur 3.4 Forskel i forbrug af hospitalsindlæggelser i perioden efter indsatsstart (2015 og 2016 samlet) for DÆMP-patienter i og uden for IC-indsatsen



Note: Grå søjler indikerer, at der ikke er signifikant forskel mellem de to grupper.

Metode.: De estimerede forskelle baseret på propensity score estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt DÆMP-patienter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Heller ikke i forbruget af hospitalsindlæggelser finder vi nogen signifikant forskel mellem deltagere i IC-indsatsen og tilsvarende patienter fra kontrolgruppen. Det gennemsnitlige årlige forbrug på døgnindlæggelser ligger godt nok omkring 10.000 kr. højere for IC-deltagerne, men variationen er så stor, så denne forskel ikke kan siges at være statistisk signifikant.

4 Resultater for patienter med stress angst og depression

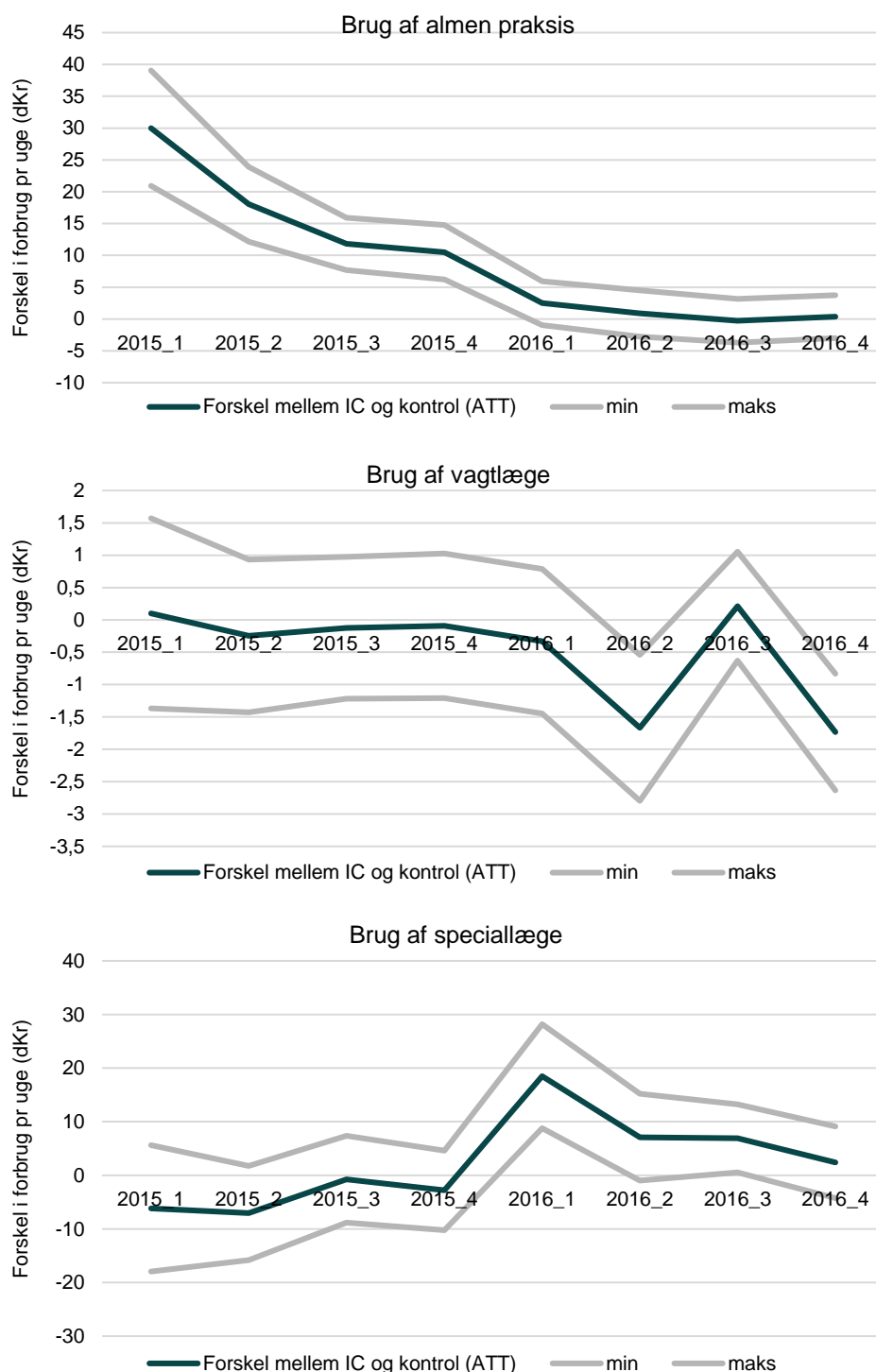
Resultatmålene for patienterne med stress, angst og depression dækker tre hovedområder: 1) brugen af ydelser inden for praksisområdet, 2) brugen af hospitalsindlæggelser og ambulante besøg samt 3) brugen af offentlig forsørgelse, hvor vi for det sidste hovedområde især fokuserer på graden af selvforsørgelse.

Som for de ældre medicinske patienter, måles forbruget af den primære sundhedssektor i hvert kvartal i perioden 1. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016, mens hospitalsindlæggelser måles samlet over hele opdateringsperioden (2015 og 2016). I forhold til brugen af offentlig forsørgelse, så måles anvendelsen af de enkelte forsørgelsestyper samlet over hele den efterfølgende periode for at udjævne de fleste udsving. Selvforsørgelsesgraden måles derimod løbende i opfølgingsperioden via punktnedslag hver 8. uge.

Figur 4.1 til Figur 4.3 viser de estimerede forskelle i resultatmålene for SAD-patienter, der har modtaget en IC-indsats i forhold til *lignende* patienter i kontrolgruppen, der ikke har deltaget i indsatsen, fordi de er tilknyttet en læge, der ikke har deltaget i IC-projektet.

I den oprindelige evaluering fandt vi, at de SAD-patienter, der deltog i IC-indsatsen, havde et signifikant merforbrug hos den praktiserende læge i perioden efter indsatsstart. Dette billede går igen, når vi evaluerer indsatsen på længere sigt. Dog ses det også af Figur 4.1, at denne forskel falder i måleperioden, så forskellen helt forsvinder omkring et år efter indsatsstart.

Figur 4.1 Forskel i forbrug inden for praksisområdet for SAD-patienter i IC-indsatsen og lignende patienter i kontrolgruppen.



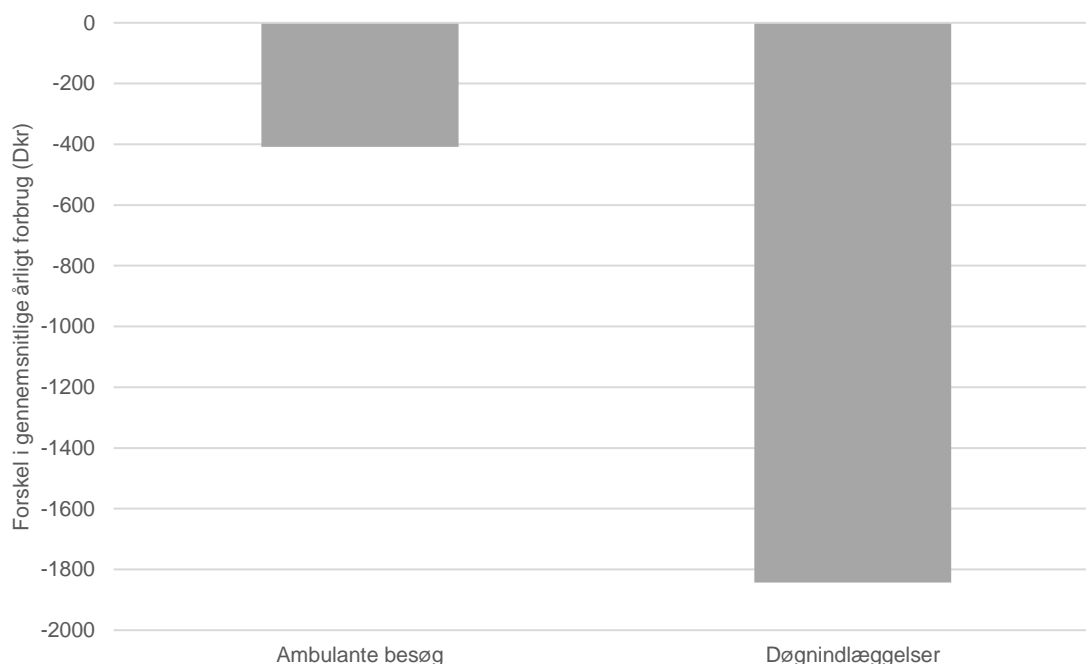
Note: De sorte kurver viser den estimerede forskel i forbruget af primære sundhedsydelser over de otte kvartaler. De grå kurver viser henholdsvis den laveste og højeste sandsynlige forskel, også kaldet 95 %-konfidensintervallet.

Metode: Kurverne er baseret på propensity score matching estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt lignende patienter i kontrolgruppen..

Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Målt over hele perioden efter start af IC-indsatsen (og efter 1. januar for kontrolgruppen) fremgår det af Figur 4.2, at SAD-patienterne i gennemsnit forbruger 2.000 kr. mindre pr. år på døgnindlæggelser i forhold til kontrolgruppen. Der er dog så stor usikkerhed i den estimerede forskel, at man ikke kan sige, at forskellen er statistisk signifikant.

Figur 4.2 Forskel i forbrug af hospitalsindlæggelser for SAD-patienter i IC-indsatsen og lignende patienter i kontrolgruppen.



Note: Grå søjler indikerer, at der ikke er signifikant forskel mellem de to grupper.

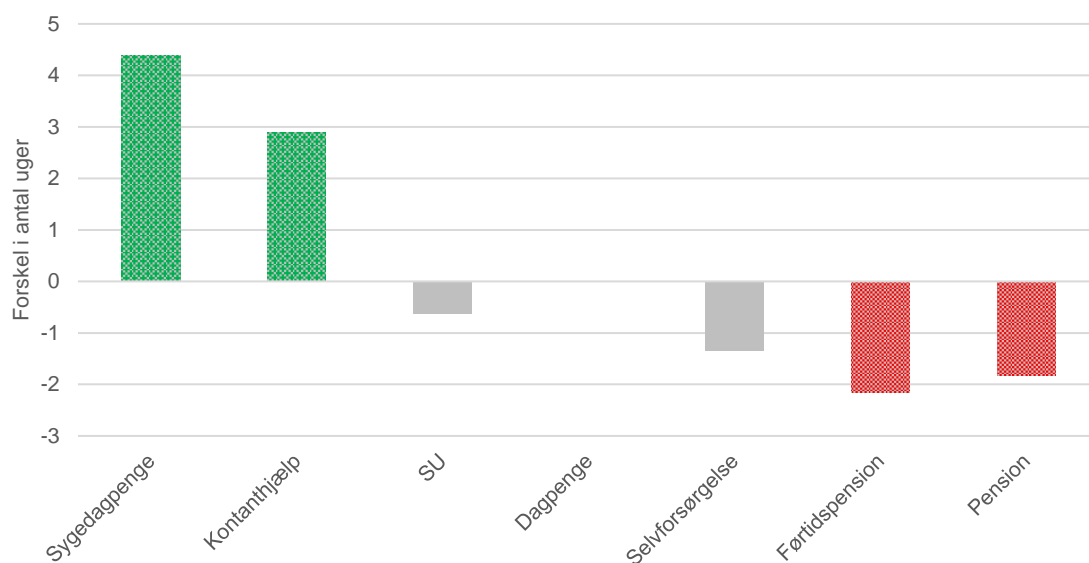
Metode.: De estimerede forskelle baseret på propensity score estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt lignende patienter i kontrolgruppen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Effekten på forsørgelse måles dels som forskellen i antal årlige uger med en given type forsørgelse, dels som andelen af patienter, der er selvforsørgede i perioden efter indsatsstart. Af Figur 4.3 fremgår det, at modtagere af IC-indsatsen i gennemsnit har flere uger med sygedagpenge og kontanthjælp, mens de til gengæld har færre uger på førtids- og folkepension. Noget tyder altså på, at der blandt IC-deltagerne er en mindre sandsynlighed for at få varig forsørgelse, hvilket tyder på, at denne gruppe i højere grad forventes at kunne komme tilbage til arbejdsmarkedet på længere sigt, men at det i lavere grad er lykkedes dem indtil nu. Det skal dog pointeres, at forskellene er temmelig små med en stigning på tre til fire uger mere på sygedagpenge og kontanthjælp og omkring to uger mindre på førtidspension og folkepension.

I Figur 4.4 ses forskellen i andelen af selvforsørgede målt over perioden efter start af indsats (eller fra 1. januar 2015 for kontrolgruppen). Det fremgår af kurven, at IC-deltagerne i starten af perioden efter indsatsstart har haft signifikant lavere selvforsørgelse, men at forskellen mindskes over måleperioden, så den allerede 24 uger efter indsatsstart ikke længere er signifikant, og efter 40 uger er den gennemsnitlige andel selvforsørgede lige stor for de to grupper. 64 uger efter indsatsstart falder andelen af selvforsørgede dog igen. Alt i alt ses der over hele opfølgingsperioden ikke nogen signifikant ændring i andelen af selvforsørgede.

Figur 4.3 Forskel i antal uger pr. år med en given type forsørgelse for SAD-patienter i IC-indsatsen og lignende patienter i kontrolgruppen.

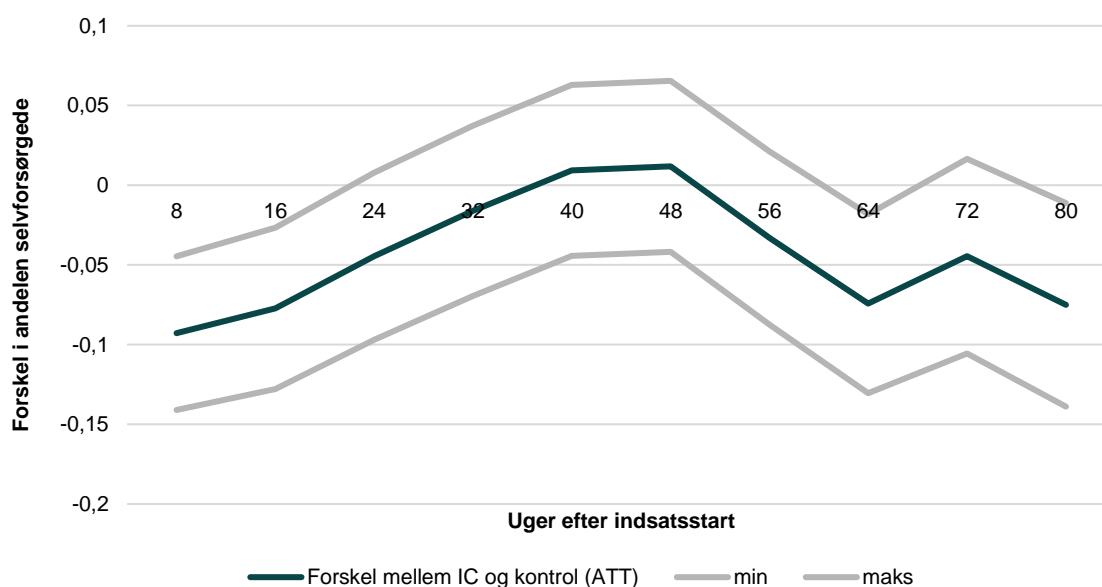


Note: Grønne søjler indikerer, at IC-indsatsdeltagere har signifikant flere uger med denne forsørgelsestype end ikke deltagere, røde søjler indikerer, at IC-indsatsdeltagere har signifikant færre uger med denne forsørgelsestype end ikke deltagere, mens grå søjler indikerer, at der ikke er signifikant forskel mellem de to grupper.

Metode: De estimerede forskelle baseret på propensity score estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt lignende patienter i kontrolgruppen..

Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Figur 4.4 Forskel i andelen selvforsørgede i otte ugers intervaller efter indsatsstart for SAD-patienter i IC-indsatsen og lignende patienter i kontrolgruppen.



Note: Den sorte kurve viser den estimerede forskel i forbruget af primære sundhedsydelser over de otte kvartaler. De grå kurver viser henholdsvis den laveste og højeste sandsynlige forskel, også kaldet 95 %-konfidensintervallet.

Metode: Kurverne er baseret på propensity score matching estimation af sandsynligheden for at deltage i IC-indsatsen blandt lignende patienter i kontrolgruppen..

Kilde: Egne beregninger på data fra Region Syddanmark og Odense Kommune.

Bilag 1

Definition af resultatmål og antallet af observationer, der anvendes i effektmålingen for de enkelte mål.

Bilagstabel 1.1 Resultatmål og antal personer i indsatsen

Datakilde	Variable	Antal personer hvor resultat kan måles		
Sygesikringsdata	Almen praksis 2015 1. kv.	257	114	
	Almen praksis 2015 2. kv.	310	149	
1. januar 2015-31. december 2016	Almen praksis 2015 3. kv.	378	169	
	Almen praksis 2015 4. kv.	435	223	
	Almen praksis 2016 1. kv.	435	223	
	Almen praksis 2016 2. kv.	435	223	
	Almen praksis 2016 3. kv.	435	223	
	Almen praksis 2016 4. kv.	435	223	
	Vagtlæge 2015 1. kv.	257	114	
	Vagtlæge 2015 2. kv.	310	149	
	Vagtlæge 2015 3. kv.	378	169	
	Vagtlæge 2015 4. kv.	435	223	
	Vagtlæge 2016 1. kv.	435	223	
	Vagtlæge 2016 2. kv.	435	223	
	Vagtlæge 2016 3. kv.	435	223	
	Vagtlæge 2016 4. kv.	435	223	
	Speciallæge 2015 1. kv.	257	114	
	Speciallæge 2015 2. kv.	310	149	
	Speciallæge 2015 3. kv.	378	169	
	Speciallæge 2015 4. kv.	435	223	
	Speciallæge 2016 1. kv.	435	223	
	Speciallæge 2016 2. kv.	435	223	
	Speciallæge 2016 3. kv.	435	223	
	Speciallæge 2016 4. kv.	435	223	
	Landspatientregisteret	Ambulante besøg 2015 og 2016 samlet	435	223
	1. januar 2015-31. december 2016	Døgnindlæggelser 2015 og 2016 samlet	435	223
	Kommunale omsorgsdata (ÆHF) 2015 og 2016	Hjemmepleje omsorg 2015	-	223
		Hjemmepleje omsorg 2016	-	223
		Hjemmepleje personlig 2015	-	223
		Hjemmepleje personlig 2016	-	223

	Hjemmepleje praktisk 2015	-	223
	Hjemmepleje praktisk 2016	-	223
	Hjemmepleje i alt 2015	-	223
	Hjemmepleje i alt 2016	-	223
	Hjemmesygepleje 2015	-	223
	Hjemmesygepleje 2016	-	223
DREAM-data	Antal uger med en given forsørgelsestype i perioden efter indsatsstart:		
Uge 1 2015-uge 52 2016	Sygedagpenge	435	-
	SU	435	-
	Løntilskud	435	-
	Kontanthjælp	435	-
	Dagpenge	435	-
	Selvforsørgelse	435	-
	Førtidspension	435	-
	Pension	435	-
	Selvforsørgelsesgrad i x uger efter indsatsstart:		
	8 uger	435	-
	16 uger	435	-
	24 uger	435	-
	32 uger	435	-
	40 uger	435	-
	48 uger	435	-
	56 uger	420	-
	64 uger	387	-
	72 uger	331	-
	80 uger	302	-
Antal personer i kontrolgruppen		65.820	15.925

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD