



ERSÄTTNINGSSYSTEM SOM FRÄMJAR GOD VÅRDKVALITET I PRIMÄRVÅRDEN

ETT POLICYDOKUMENT
JUNI 2014

SFAM anser att

Bra vetenskapligt underlag finns för nedanstående ståndpunkter

- **Ersättningar för medicinska utfallsmått helt bör undvikas.**
- **Ersättningar för registreringar i journalen helt bör undvikas, till exempel av levnadsvanor eller för registrering av data till kvalitetsregister.**
- **Ersättningssystem i primärvård bör främja fast läkarkontakt.**

Nedanstående ståndpunkter baseras på osäkert vetenskapligt underlag samt på erfarenheter och värderingar

- Ersättningssystem behövs för att rättvist fördela ändliga resurser till de patienter som har störst medicinska behov.
- Ett ersättningssystem i primärvård ska vara långsiktigt och främja såväl en fast läkarkontakt som samverkan mellan primärvård, den specialiserade vården och kommunerna.
- En mix av flera komponenter i ett ersättningssystem minimerar oundvikliga nackdelar.
- Vårdtyngdsmätning kan vara med i en mix tillsammans med ålder och CNI. ACG är inte idealiskt och bör utvecklas vidare. Den optimala mixen mellan de olika viktningarna behöver tas fram.
- Kapitring bör utgöra grund för större delen av ersättningen. Den bör viktas med en blandning av ålder, socioekonomi och vårdtyngd.
- Besöksersättning bör utgöra grund för en mindre del av ersättningen, antingen i form av täckningsgrad eller som ren besöksersättning. Bör utformas med genomtänkt fördelning på yrkesgrupper och för olika kontaktformer (mottagning, hembesök, telefon, e-post).
- Ersättning för specialmodeller/processer och högkostnadsskydd kan användas för att kompensera för brister i grundmodellen.

Inledning

SFAMs styrelse fick vid fullmäktigemötet i maj 2013 i uppdrag att ”leda arbetet för en sammanhållen föreningspolicy kring hur ersättningssystemen för primärvården bäst kan utformas för att säkerställa god vårdkvalitet”.

Policydokumentet är tänkt att vara till stöd i det lokala och nationella arbetet med att styra utvecklingen mot ersättningssystem som stödjer professionalitet och patientens delaktighet på bekostnad av piska, morötter och detaljstyrning.

Vi har i detta policydokument utgått från de ersättningssystem som idag finns i de olika landstingens vårdvalssystem för primärvård, samt försökt fånga upp de tankar som finns kring hur systemen kan utvecklas. Flera faktorer har försvårat arbetet kring ett enhetligt dokument:

- Varje landsting och region har idag sin egen vårdvalsmodell där såväl ersättningssystem som uppdrag varierar stort
- Primärvården är ofta underfinansierad och underbemannad i förhållande till sitt uppdrag
- Det råder brist på specialistutbildade allmänläkare på de flesta håll i landet

Vilken kunskap finns?

Det finns ganska lite och dessutom motstridig forskning kring ersättningssystem i primärvård. Detta är inte konstigt med tanke på hur komplex frågan är. Detta dokument vilar därför inte på en solid vetenskaplig grund utan bygger på den vetenskap som finns, kompletterad med beskrivna erfarenheter, samt på värderingar, farhågor och möjligheter.

I slutet av detta dokument har vi samlat de artiklar, rapporter och annan fördjupningslitteratur som vi har kunnat hitta. En komplett genomgång av ämnesområdet och en koppling av referenserna till dokumentet har inte rymts inom de resurser förningen haft tillgång till. Det är dock ett arbete som vi gärna skulle göra om möjligheter ges, då i form av en litteraturgenomgång med god vetenskaplig metodik.

Professionellt ansvar i ett ekonomiskt styrsystem

Då och då kommer styrsystemen att kollidera med aktuell medicinsk kunskap. Vi har då ett professionellt ansvar som kan sammanfattas så här:

(fritt efter Karin Lindhagen 2014)

- Vi ska lyssna till patientens agenda och låta den omfatta flera problem per besök, även om inte alla problem kan lösas samtidigt.
- Vi ska använda undersökningar och provtagning när så är medicinskt befogat.
- Vi ska behandla enligt aktuell medicinsk kunskap även när de ekonomiska styrmedlen pekar i annan riktning.
- Vi ska göra egna uppföljningar och reflektera över variationer mellan mottagningar och mellan läkare samt dra lärdom av dessa.
- Vi ska prata med patienterna om livsstil och levnadsvanor när så är befogat, vilket är ofta, men inte alltid.
- Vi ska registrera i journalen de diagnoser, åtgärder och annan information som är relevant för patientens vård och inget därutöver.

Sammanfattningsvis:

Vi ska använda vårt professionella omdöme till att hitta kreativa lösningar på de problem som kan uppstå i primärvårdens verksamhet och inte låta oss styras av jakt på kortsiktiga ekonomiska fördelar av det för ögonblicket rådande ekonomiska styrsystemet.

Kvalitet ur ett patientperspektiv

Patienterna efterfrågar kompetens, kontinuitet och tillgänglighet i vården. Kompetens omfattar personalens erfarenhet och utbildningsnivå både avseende grundutbildning och fortbildning. Fortlöpande lokalt kvalitetsarbete är också en viktig ingrediens för att bibehålla och utveckla kompetensen.

Kontinuitet och tillgänglighet ställs ibland mot varandra men kan också vara varandras komplement eller till och med förutsättningar. Kontinuitet, att samma personal träffar samma patient vid upprepade tillfällen, ger

- ökad trygghet för patient och vårdgivare
- minskat arbete för vårdgivaren genom bakgrundskunskap om patienten

- ökad tillgänglighet för patient genom en upparbetad kontaktväg

Samverkan mellan primärvård och den specialiserade vården behövs för att tillgängligheten till hela sjukvårdssystemet skall vara god. Långa remisstider upplevs som otillfredsställande.

Kvalitet i ersättningssystem

I en komplex och kunskapsintensiv verksamhet som sjukvården finns det en inneboende motsättning mellan att försöka mäta kvalitet och att främja kvalitet. Mätningen vill isolera delmoment medan verksamheternas kvalitet bygger på helheter och interaktion mellan unika individer.

Ett robust ersättningssystemen bör vara:

- **Transparent** så att inblandade aktörer, patienter, politiker, vårdprofession och sjukvårdsadministratörer kan förstå och förhandla om innehåll.
- **Behovsstyrt** utifrån överenskommen prioriteringsordning så att medicinskt sjukare patienter inte trängs undan av patienter med mindre angelägna behov.
- **Främjande av sammanhållna vårdkedjor** genom att gynna samarbete mellan primärvård, specialiserad vård och kommunal hälso- och sjukvård.
- **Långsiktigt** så att systemet kan följas och utvärderas över tid. Därför behöver olika delar utformas så att jämförelser kan göras mellan enheter och mellan olika lands-ting och regioner.
- **Ändamålsenligt** så att det stödjer och inte motverkar skapandet av värde för patienterna.
- **Rättvist** mellan patienter och mellan vårdenheter.
- **Resurssnålt** avseende såväl det rena vårdarbetet som avseende administrativ resursåtgång.
- **Främjande av professionens interna drivkrafter.** Frihet och relevant återkoppling frigör kreativitet och engagemang.
- **Svårmanipulerat.**
- **Enkelt och lättbegripligt** med få och lätt memorerade regler.

Registreringar

Fyra nivåer av registreringar finns.

Nivå 1. Ingen särskild inmatning av data på enheterna. Information tas direkt ur befintliga databaser. Kräver små resurser.

Nivå 2. Strukturella data behöver matas in på varje vårdenhet. Kan vara rätt resurskrävande men sker å andra sida ganska sällan.

Nivå 3. Speciella data för ersättningssystemet behöver matas in i samband med patientkontakter. Resurskrävande och stjälar tid från patientmötet.

Nivå 4. Revision. Resurskrävande.

Vanliga komponenter i dagens ersättningssystem i primärvård

Anslagsfinansiering

En verksamhet behövs, en verksamhetsbeskrivning skapas och medel anslås eller används för upphandling. Vårdgivarna får sedan på bästa sätt administrera den beslutade verksamheten och fylla den med innehåll. Kan endast gälla mindre avgränsade områden i dagens vårdvalssystem.

För patienten: Har historiskt lett till låg tillgänglighet då incitament för effektivitet och optimering av värde för patienten saknas. Flexibilitet saknas i de fall patientflöde- eller behov ändras under anslagsperioden.

Mätresurser: Bygger framför allt på historiskt resursutnyttjande. Kräver uppföljning för att säkerställa att tillgänglighet och medicinsk kvalitet uppfylls. Nivå 3-4

SFAM anser: Kan ingå för avgränsade insatser (se även specialarrangemang nedan)

Besöksersättning

Verksamheten ersätts för antal besök. Ersättningen kan vara lika för alla yrkeskategorier eller variera så att läkarbesök ersätts högre, liksom hembesök. Även andra typer av kontakter såsom brev, telefon, e-post och andra mediakontakter kan ersättas.

Motverkar, eller driver på, utbyte av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper, så kallad task-shifting, beroende på utformning.

För patienten: Ger förbättrad tillgänglighet till de yrkeskategorier där besök premieras. Kan leda till kortare besökstider och begränsningar i hur många problem patienten får ta upp vid ett och samma tillfälle. Kan därför leda till undanträngning av patienter med komplexa vårdbehov.

Mätresurser: Registreras ändå i vården. Nivå 1

SFAM anser: Kan med fördel ingå som en mindre del av den totala ersättningen om klokt fördelad på flera vårdgivarkompetenser och besökstyper. Telefon- och andra mediakontakter bör ingå.

Täckningsgrad

Ett mått på hur stor andel av den listade befolkningens öppenvårdsbesök som sker på primärvårdsnivå.

Ger tillägg eller avdrag på ersättningen beroende på enhetens täckningsgrad och kan därför ses som en indirekt besöksersättning.

För patienten: Förbättrad tillgänglighet till de yrkeskategorier där besök premieras i täckningsgraden. Kan leda till kortare besökstider. Kan, beroende på utformning, främja tillgänglighet och samarbete mellan primärvård och den specialiserade vården samt kompetensutveckling i primärvården.

Mätresurser: Registreras ändå i vården. Nivå 1

SFAM anser: Kan med fördel ingå som en mindre del av den totala ersättningen om klokt fördelad på flera vårdgivarkompetenser och besökstyper. Telefon- och andra mediakontakter bör ingå. En bättre ersättningsmodell än ren besöksersättning då samarbete med den specialiserade öppenvården samt kompetensutveckling främjas.

Kapitering

Ersättning utgår per listad medborgare.

För patienten: Leder till en vilja hos vårdgivaren att lista fler patienter/medborgare. Risk för undanträngning av sjukare patienter om inte ersättningen viktas, se nedan.

Mätresurser: Skapa ett listningssystem. Vissa initiala insatser som alla lands-ting/regioner redan gjort. Nivå 1.

SFAM anser: Bör utgöra huvuddelen av ersättningen. Viktningen avgörande för funktionen.

Viktning för ålder

Hög ålder och första levnadsåren väger oftast tyngre. Åldersviktning förklarar endast en liten del av kostnaderna i primärvården

För patienten: Risk för nedprioritering av de sjukaste patienterna i alla åldersgrupper.

Mätresurser: Kräver små administrativa resurser och inga resurser i vården. Går inte att manipulera. Nivå 1.

Viktning för socioekonomiska förhållande – till exempel Care Need Index (CNI)

CNI beskriver den förväntade risken för att utveckla ohälsa baserad på socioekonomiska faktorer såsom arbetslöshet, barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående förälder, ensamstående över 65 år, låg utbildning samt nylig flyttning. Olika landsting har med olika antal av dessa faktorer i sin beräkning av CNI.

För patienten: Stödjer utveckling av förändrat arbetssätt hos vårdgivaren för att möta patientergrupper som annars inte söker vård i tillräcklig omfattning eller har särskilda behov.

Mätresurser: Statistik hämtas från Statistiska Centralbyrån. Går ej att manipulera. Nivå 1.

Viktning för medicinsk vårdtyngd

Mäter direkt vad man vill veta till skillnad mot åldersviktning och CNI som indirekt försöker beskriva medicinsk vårdtyngd.

ACG är det mått som hittills använts. Det är ett patenterat verktyg som bygger på registrerade diagnoser grupperade utifrån svårighetsgrad, diagnossäkerhet, sjukdomsorsak, varaktighet samt förväntat behov av specialiserad vård. Även kön och ålder räknas in. I en algoritm kopplas detta sedan till resursanvändning i primärvården, där samsjuklighet spelar stor roll då detta är kostnadsdrivande.

ACG har en högre förklaringsgrad av kostnader i primärvården än enbart kön, ålder och/eller CNI. ACG kan omfatta enbart primärvårdsdiagnoser eller samtliga diagnoser satta inom till exempel ett landsting. Tidsperioden för vilka diagnoserna mäts varierar mellan olika landsting.

Ersättning baserad på ACG har på flera håll gett upphov till diagnosjakt och påtagliga försök att manipulera systemet.

För patienten: Minskar risken att svårt sjuka och resurskrävande patienter upplevs som "Svarte Petter". Hänsyn till ersättning för registrering av diagnoser riskerar att

smyga sig in i konsultationen. Risk för medikalisering av problem av annan natur.

Mätresurser: Ur journalens diagnosregistreringar. När ersättning kopplas till diagnosregistrering riskerar man att onödigt stora resurser avsätts för att säkerställa att diagnoser registrerats. Nivå 3-4.

SFAM anser: Vårdtyngdsmätning kan vara med i en mix tillsammans med ålder och CNI. ACG är inte idealiskt och bör utvecklas vidare. Den optimala mixen mellan de olika viktningarna behöver tas fram.

Målrelaterade ersättningar

Ersättningar kopplade till utfallsmått av medicinska parametrar bör undvikas, likaså ersättning kopplat till registreringar av data i kvalitetsregister. Ekonomiska incitament ökar risken för att data manipuleras eller exkluderas så att nödvändig forskning ur till exempel kvalitetsregister försvåras eller blir av lägre kvalitet. Specifika journalregistreringar som inte hör samman med patientens aktuella problematik, till exempel registrering av levnadsvanor, bör inte heller direkt kopplas till ersättning.

Patientunderlaget varierar stort mellan enskilda vårdcentraler och slutsatser av utfallsmått är därför svåra att dra. Uppföljning är däremot viktigt i lokalt kvalitetsarbete och dessa processer bör inte störas av ekonomiska incitament.

Forskningen är också enig kring att målrelaterade ersättningar av denna typ inte lämpar sig vid komplexa arbetsuppgifter såsom sjukvårdande arbete då professionens inre motivation hämmas.

För patienten: Risk att hänsyn till registreringar för ersättning smyger sig in i konsultationen.

Mätresurser: Kräver ofta manuell registrering som komplement till automatisk hämtning av journaldata. Nivå 3.

SFAM anser: Målrelaterade ersättningar av denna typ bör undvikas.

Högekostnadsskydd

Kostnader för särskilt dyra läkemedel eller undersökningar kan ersättas vid sidan av det generella systemet alternativt ges ett högekostnadsskydd per undersökning. Riskerar att öka kostnaderna för sjukvården som helhet.

För patienten: Minskar risken att svårt sjuka och resurskrävande patienter upplevs som "Svarte Petter" eller att patienter undanhålls nödvändiga utredningar eller be-

handlingar.

Mätresurser: Ur journaldata eller genom ansökningsförfarande. Administrativt resurskrävande i vården. Nivå 2-3.

SFAM anser: Rekommenderas för ett fåtal, tydliga ändamål, till exempel mycket dyra läkemedel eller undersökningar, gärna som ett generellt högkostnadsskydd för att minska administrationen.

Specialarrangemang

Skapas ofta för att kompensera för brister i grundmodellen. Exempelvis kan man särskilt ersätta för läkarinsatser i kommunala boenden och hemsjukvård. Riktade insatser utanför det ordinarie vårdåtagandet som till exempel för att skapa incitament för samarbete med kommunen i form av unga-vuxna-mottagning eller familjecentral kan också hanteras med denna metod. Stor risk att det styr för hårt mot gemensamma lösningar och hämmar nytänkande på de enskilda vårdcentralerna.

För patienten: Kan leda till förbättrad läkarkontinuitet och tätare samarbete mellan läkare och övrig inblandad personal, oberoende av huvudman, i dessa specifika situationer.

Mätresurser: Kräver särskilt regelverk. Administrativt resurskrävande. Nivå 3

SFAM anser: Bör om möjligt undvikas då det riskerar att hämma nytänkande ”från golvet”. När det används, bör det vara för en begränsad tidsperiod för att sätta fokus på speciella utvecklingsområden.

Uppföljning

SFAM anser: Utvärdering av utfallsmått i ett ersättningsystem måste tolkas tillsammans med företrädare för professionen då resultaten kan variera stort på grund av variation i svarsfrekvens, patientunderlaget i den listade populationen med mera. Vi vill se mer av medicinsk revision med möjlighet till dialog och utveckling mot en större grad av professionalitet.

Andra möjliga uppföljningsmått för att spegla kvalitet

- Listning på namngiven läkare – kräver begränsning av listans storlek
- Läkarkontinuitet
- Fast anställd personal med rätt kompetens

- Väntetider i telefon, för att få besökstid och för remisser till laboratorieundersökningar och annan vårdnivå
- Patientnöjdhet
- Utvecklingsarbete
- Fortbildning, se SFAMs policydokument "Golden standards för fortbildning i vårdvalssystem"
- Forskning – se SFAMs dokument "Allmänmedicinsk Forskning och Vårdval"

Framtidsscenario – vart är vi på väg?

De framtida ersättningssystemen i vården måste vara så flexibla att de inte lägger hinder i vägen för utveckling av nya arbetssätt, metoder och behandlingar. I arbetet med att utveckla ersättningssystemen måste såväl patienter, vårdprofessionella, ekonomer, IT-specialister som politiker delta.

SFAM anser: Detta arbete måste gå stegvis för att nödvändiga omställningar ska kunna göras avseende bland annat kompetensförsörjning och IT-lösningar. Det är dock viktigt att tempot hålls högt i förändringsarbetet.

Inom allt fler områden är informationen allt mer tillgänglig. Människor kan själva se var i processen deras ärende finns och vi behöver snarast kunna möta detta krav även inom sjukvården. Öppenheten kommer att driva utvecklingen bort från onödiga väntetider.

Vårt arbetssätt måste ändras radikalt. Flertalet patienter är redo att ta ett större ansvar för uppföljning och behandling av sina kroniska sjukdomar. Ett fåtal med begränsad autonomi behöver vi ta särskilt ansvar för.

Vid akuta sjukdomstillstånd letar dagens och morgondagens patienter information via moderna informationskanaler och har ofta en klar frågeställning när man uppsöker sjukvården. Tillgången till bra och kvalitetssäkrad information till medborgarna måste säkras. Vi behöver utveckla arbetssätt för att möta ett ökat behov av en vårdutbildad diskussionspartner utan att falla till föga för krav på medicinskt obefogade behandlingar eller utredningar.

Risken för överdiagnostik och överbehandling är stor om inte patienterna informeras om att alla undersökningar och behandlingar är förknippade med en risk för kompli-

kationer. Kvalitet och patientsäkerhet är inte bara det vi gör, utan också det vi inte gör.

Krav på hög kvalitet i undersökningar måste balanseras mot krav på tillgänglighet och kostnadseffektivitet. För att tillgodose alla patienters behov kan inte alltid den allra högsta kvalitetsnivån hållas, utan en något lägre nivå måste ibland accepteras dock utan att äventyra patientsäkerheten.

Primärvården behöver bli den självklara basen i sjukvårdssystemet som den är i många andra länder. Den specialiserade öppenvården bör bli mer av ett konsultativt stöd åt primärvården när det gäller behandling och uppföljning av vanliga sjukdomstillstånd. IT-systemen måste utvecklas så att kommunikation mellan vårdnivåer inklusive den kommunala hemsjukvården blir enkel och tydlig. Ersättningarna måste anpassa sig till lokala överenskommelser så att inte patienter hamnar i kläm i skarven mellan primärvård och specialiserad vård när det gäller till exempel krav på undersökningar.

Patientsäkerheten ökar och administrationen minskar genom att vi

- är så öppna som möjligt i all dokumentation
- stödjer patienten att ansvara för sitt eget hälsoproblem och bedöma sitt hälsotillstånd så långt som möjligt, till exempel genom självregistrering i journal
- slutar kalla patienter till rutinkontroller med få mätpunkter och när patienten är besvärsfri

Snart har vi algoritmer för att både ur journaldata och möjlig egenregistrering kunna identifiera riskindivider där screening kommer att ge resultat. Tills dess bör screening användas mycket sparsamt.

Förhoppningsvis kan liknande algoritmer ersätta diagnosregistreringar som grund för att mäta vårdtyngd i ersättningssystem. Det skulle ge oss bättre precision utan att särskilda registreringar behöver påverka innehåll och ta tid vid konsultation och journaldokumentation.

Bakgrund till dagens ersättningssystem

Dagens ersättningssystem i primärvården speglar aktuella samhällsekonomiska förutsättningar och föreställningar om rationell hantering för att nå bästa tänkbara resultat. Ersättningssystemen skapas för att skydda en rad värderingar av delvis motsägelsefull art:

- Rättvis fördelning utifrån patienternas medicinska behov
- Vården ges enligt vetenskap (riktlinjer) och beprövad erfarenhet
- Patientens autonomi respekteras och patientens önskemål sätts i förgrunden
- Patienternas rätt att fritt välja vårdgivare
- Konkurrens ger ökad kvalitet
- Samverkan är nödvändig mellan vårdens aktörer
- Förebyggande av sjukdom på befolkningsnivå
- Resurssnålt och med kontroll över kostnaderna

Patienternas perspektiv har kommit allt mer i förgrunden. Folkhälsoarbete bedrivs bäst via generella samhällsåtgärder där vårdens kunskap finns med utan att vara agerande part.

Tre kulturer

Tre olika kulturer finns i sjukvårdsorganisationen och existerar nu sida vid sida, ofta i kamp i stället för samverkan:

- En medicinsk professionell med en etablerad koppling till akademien. Vård ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet – arbetar utifrån sjukdomsepisoder och på individnivå.
- En politisk där demokratiskt valda företrädare har ett uppdrag att möta befolkningens behov av rättvist fördelad hälso- och sjukvård under ett rimligt skattetryck – arbetar utifrån mandatperioder och på befolkningsnivå.
- En management fokuserat på uppföljning av mätbara delar, budgetkontroll och effektivitet. likformighet, budgetkontroll och effektivitet som ledord – arbetar utifrån budgetår och på enhets/landstingsnivå.

Historik

Efter andra världskriget var den medicinska professionella kulturen helt dominerande och tillförseln av offentliga medel ganska måttlig. Utbudet av vård begränsades av tillgång till personal. Professionen drev med början på 1960-talet mot en påtaglig uppsplittring och specialisering inom medicinen och har efter hand utökats med allt

ERSÄTTNINGSSYSTEM SOM FRÄMJAR GOD VÅRDVALITET I PRIMÄRVÅRDEN

fler akademiskt utbildade yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer.

På 1960-talet tillkom en politisk kultur då behovet av medel ökade och samhällsbyggarna önskade nå ut med en fungerande hälso- och sjukvård till alla medborgare.. Öppenvården som tidigare finansierades av patientavgifter och de privata eller fackanslutna försäkringskassorna fick ändrad finansiering genom lagen om allmän sjukförsäkring (1955). Samhället fick sedan ett successivt stigande ansvar för finansieringen.

Kostnaderna sprang iväg och behovet av en bättre kostnadskontroll blev nödvändig. I detta läge försökte man dra lärdom av det privata näringslivet och nya organisationer och ersättningsmodeller togs fram. Upphandling och konkurrens blev nya begrepp liksom effektivisering, styrning, uppföljning och revision. Parallellt utvecklades också ett politiskt intresse att påverka och delvis styra innehållet i vården samt att få en återkoppling av resultat.

Nu pågår också utvecklingen av en fjärde kultur, patienternas. Detta ger upphov till begrepp som patientcentrerad vård, e-hälsa, och rättighetslagstiftning.

			Patienterna
		Management	
	Politik		
Medicin			
1945	1965	1980	2000

Figur: Kulturer

Idag existerar dessa olika kulturer samtidigt och måste kunna samarbeta inom en och samma organisation. Alla perspektiven är nödvändiga. Den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningsystem måste ske i dialog mellan företrädare för de olika kulturerna om vi ska kunna möta framtidens utmaningar.

Fördjupning

Här listas böcker, avhandlingar, vetenskapliga artiklar, debattartiklar med anknytning till innehållet i detta dokument. Listan gör inga anspråk på att vara fullständig.

Rapporter/böcker

Lindgren, Peter, Ersättning i sjukvården – modeller, effekter, rekommendationer ISBN 978-91-86949-56-3, april 2014

Anell, A., Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Expertgruppen för studier i offentlig ekonom 2010, Regeringskansliet: Stockholm.

Socialstyrelsen, Komma fram och känna förtroende- Befolkningens syn på tillgänglighet och fast läkarkontakt i primärvård. . 2002.

SFAM,

[Golden Standard - för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem.](#)

[Allmänmedicinsk forskning och vårdval](#)

Riksrevisionsverket,

[Statens satsningar på nationella kvalitetsregister - leder de i rätt riktning?](#) Riksrevisionsverket

2013:20

vårdanalys,

[Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning](#) Vårdanalys 2013:8

[Vem har vårdvalet gynnat?](#) Vårdanalys 2013:1

[Satsningen på nationella kvalitetsregister](#) Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013 Vårdanalys PM 201

SKL,

[Sex röster om uppföljning och utvärdering](#) SKL 2013

Forum för Health Policy,

[Variationer i hälso- och sjukvården och Öppna jämförelser ur ett nationellt policyperspektiv - vad bör göras?](#) Fredrik Westander, workshop 5.3.2013, Forum för Health Policy

Avhandlingar

Häger Glenngård, Anna, Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care, 2013

[Zielinski, Andrzej, Analysing performance of primary health care using the ACG Case-Mix System, 2011](#)

Föredrag

SLS tisdagssammankomst, Soki Choi m.fl.,

[Om alternativa styrsystem i dagens sjukvård](#) SLS tisdagssammankomst 15.10.2013

Leading Health Care och IFL,

[Hur får vi en bättre sjukvård?](#) Handelshögskolan 1.2.2014

Vetenskapliga artiklar/reviews

ERSÄTTNINGSSYSTEM SOM FRÄMJAR GOD VÅRDVALITET I PRIMÄRVÅRDEN

Thomson O'Brien, M.A., et al., Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001(2): p. CD003030.

Farmer, A.P., et al., Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008(3): p. CD004398.

Ivers, N., et al., Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 6: p. CD000259.

Hysong, S.J., Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Med Care*, 2009. 47 (3): p. 356-63.

Engstrom, S. and K. Lindstrom, Förbättrad hjärtsviktsbehandling utan P4P. *Lakartidningen*. 107 (41): p. 2492; author reply 2492-3.

Lindstrom, M. and K. Sundquist, The impact of country of birth and time in Sweden on overweight and obesity: a population-based study. *Scand J Public Health*, 2005. 33 (4): p. 276-84.

Ohlander, E., et al., Neighbourhood non-employment and daily smoking: a population-based study of women and men in Sweden. *Eur J Public Health*, 2006. 16 (1): p. 78-84.

Sundquist, J., M. Malmstrom, and S.E. Johansson, Cardiovascular risk factors and the neighbourhood environment: a multilevel analysis. *Int J Epidemiol*, 1999. 28 (5): p. 841-5.

Flodgren, G., et al., An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, (7): p. CD009255.

Scott, A., et al., The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(9): p. CD008451.

Serumaga, B., et al., Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *Bmj*. 342: p. d108.

Kontopantelis, E., et al., Recorded quality of primary care for patients with diabetes in England before and after the introduction of a financial incentive scheme: a longitudinal observational study. *BMJ Qual Saf*. 22 (1): p. 53-64.

Lester, H., et al., The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *Bmj*. 340: p. c1898.

Doran, T., et al., Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *Bmj*, 2011. 342: p. d3590.

Shen, Y., Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res*, 2003. 38 (2): p. 535-52.

Ryan, R.M. and E.L. Deci, Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 2000. 55 (1): p. 68-78.

Deci, E.L., R. Koestner, and R.M. Ryan, A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull.*, 1999. 125 (6): p. 627-68; discussion 692-700.

ERSÄTTNINGSSYSTEM SOM FRÄMJAR GOD VÅRDVALITET I PRIMÄRVÅRDEN

Greenfield, S., et al., Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. JAMA, 1992. 267 (12): p. 1624-30.

Selby, J.V., et al., Differences in resource use and costs of primary care in a large HMO according to physician specialty. Health Serv Res, 1999. 34 (2): p. 503-18.

Kravitz, R.L. and S. Greenfield, Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Annu Rev Public Health, 1995. 16: p. 431-45.

Jägestedt, M., et al., Rationell läkemedelsförskrivning: en kunskaps- och linjefraga. Kvalitativ intervjustudie på tio vårdcentraler i Stockholms län landsting. Lakartidningen, 2008. 105 (42): p. 2924-9.

Shojania, K.G. and J.M. Grimshaw, Evidence-based quality improvement: the state of the science. Health Aff (Millwood), 2005. 24(1): p. 138-50.

Griffin, S. and A.L. Kinmonth. Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. Cochrane Database Syst Rev 2000 [cited 2; Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/cgi-bin/Entrez/referer? http://www.update-software.com/abstracts/ab000541.htm](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/cgi-bin/Entrez/referer?http://www.update-software.com/abstracts/ab000541.htm)

Renders, C.M., et al., Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database Syst Rev, 2001(1): p. CD001481.

Wagner, E.H. and G.E. Simon, Managing depression in primary care 10.1136/bmj.322.7289.746. BMJ, 2001. 322 (7289): p. 746-747.

Wensing, M., et al., Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. Health Expect., 2008. 11 (4): p. 384-90.

Borgquist m.fl,
[Primärvård ersättning efter socioekonomi eller sjukdomsbörda](#) Lakartidningen 37/2010

Debatt

[Distriktsläkarföreningens åsikter](#) Dagens Medicin 14.3.2014

[Dagen det visade sig att luften gått ur ballongen](#) Sjukhusläkaren 17.2.2014

[Issues in health care IT. Lecture notes](#) Martin Wehlou 16.12.2013

[Förbättringsfrukost](#) Forum för Health policy 8.10.2013

[Hur ska primärvårdens kvalitet mätas - och av vem?](#) Ingrid Eckerman 2012

[AllmänMedicin 3/2013](#) Tema: Register och kvalitet

Protos

[Protos politiska mottagande](#)

[Mera Protos och Ännu mera Protos](#) 15.7.2005

[Bengt Dahlin](#) skriver om olika primärvårdssystem

