

Uppföljning av primärvård i vårdvalssystem

Svensk förening för allmänmedicins (SFAMs) rekommendationer avseende mätetal.

Antaget av SFAMs styrelse 2010-02-09

Sammanfattning

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) anser att huvudmännen i ett vårdvalssystem har ett ansvar att kontrollera att vårdcentralerna/enheterna inför starten har förutsättningar och kompetens att bedriva en god primärvård samt att enheternas fortlöpande verksamhet bedrivs med hög kvalitet.

Detta dokument har som syfte att ge underbyggda förslag på vad sådana kontroller kan innehålla och hur de bör mätas.

Primärvården har ett mycket brett åtagande och många av de mål, värden och uppgifter som hanteras inom primärvården tillhör områden som svårligen är mätbara. Det som mäts uppmärksammas och får resurser. Mäter man bara enkla, lätt specificerbara variabler, så riskerar man att sammansatta medicinska problem, multisjuklighet och socialmedicinskt grundad sjuklighet trängs undan.

Primärvårdens enheter verkar i områden med vitt skilda geografiska och sociala förutsättningar. På vårdcentralsnivå blir grupperna av patienter med likartade sjukdomstillstånd ofta så små att slumpens inverkan blir stor och kvalitetsjämförelser blir därför inte tillförlitliga.

I svensk primärvård finns en kunnig personal med ett personligt engagemang att ge en bra vård till sina patienter. Det är viktigt att ta tillvara den professionella ambitionen och inte minska motivationen genom mätetal och ersättningar som inkräktar på personalens behov av autonomi och kompetens. Fokusering enbart på enstaka medicinska kvalitetsparametrar, riskerar att minska ansvaret för det egna kritiska tänkandet.

Centralt för primärvårdens kvalitet är personalens kompetens samt att det finns tillräcklig tid vid patientens besök. Evidens tyder på att bred generalistkompetens är effektivare både samhällsekonomiskt och ur hälsosynpunkt, varför enhetens bemanning av specialister i allmänmedicin samt distriktssköterskor är ett mycket viktigt kvalitetsmått.

Fem väsentliga områden anser vi har särskild tyngd i en kvalitetsuppföljning

1. Kontinuitet
2. Utbildning och kompetens
3. Telefontillgänglighet
4. Tillgodoseende av de listades behov av öppenvård
5. Kallelsesystem för personer med kroniska sjukdomar.

Som övergripande kvalitetskontroll rekommenderar vi en revision i linje med Medicinska kvalitetsrådets (MKR:s) medicinska kvalitetsrevision.

Att mäta är centralt i allt förbättringsarbete och bör därför uppmuntras och underlättas, Primärvårdsenheter är ofta små och saknar ofta medarbetare som är meriterade inom vetenskap och förbättringskunskap. I varje sjukvårdsområde behövs därför stödresurser som stimulerar och underlättar enheternas eget förbättringsarbete med t.ex kvalitetsmätningar.

Innehåll

Sammanfattning	1
Inledning	3
Möjligheter och svårigheter med kvalitetsmått och kvalitetsregister	4
Mätningar i förbättringsarbetet	4
Det icke mätbara	4
Mäta rätt sak	5
Mätetalens begränsningar	5
Skillnader i socioekonomi	6
Att inte skada	6
Risker med ersättningssystem	7
Kvalitetsregister	8
SFAMs rekommenderade uppföljningsmått för primärvård i vårdvalssystem	9
Ackreditering	9
Uppföljning och utveckling av kvalitet	9
Huvudmännens styrning mot önskade mål	11
Utbildning	13
Kompetensutveckling	13
Patientsäkerhet	14
Hälsobefrämjande insatser	15
Referenslista	16

Inledning

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) anser att huvudmännen i ett vårdvalssystem har ett ansvar att kontrollera att vårdcentralerna/enheterna inför starten har förutsättningar och kompetens att bedriva en god primärvård samt att enheternas fortlöpande verksamhet bedrivs med hög kvalitet

Detta dokument innehåller förslag på mått som sådana kontroller kan innehålla och ger även förslag på hur mätningarna bör ske.

SFAM vill också klargöra vad vi anser avspeglar kvalitet i primärvård och ge förslag från svensk allmänläkarprofession på hur kvalitet kan/bör mätas och följas inom primärvård. Vår målgrupp är framförallt kollegor, men också andra t. ex de som medverkar vid, och är ansvariga för, utformningen av vårdvalssystem i landet.

Huvudmannens ansvar för en kvalitetssäkrad primärvård rymmer olika nivåer och olika målområden. Inom varje område behövs ett antal relevanta, evidensbaserade och tillförlitliga mätetal som avspeglar vårdens verkliga kvalitet. Detta låter sig enkelt konstateras men, som vi utvecklar nedan, det är betydligt svårare att hitta sådana mätetal.

Några viktiga områden är:

1. ackreditering av enheter
2. uppföljning och utveckling av kvalitet
3. huvudmännens styrning mot önskade mål
4. utbildning
5. kompetensutveckling
6. patientsäkerhet
7. hälsofrämjande insatser

Definition av kvalitet

Med kvalitet avses här uppnådda resultat i relation till uppsatta mål. Definition av relevanta och mätbara mål är därmed centralt. Här uppstår en av svårigheterna med mätning av kvalitet i primärvård eftersom många av de mål, värden och uppgifter som hanteras inom primärvården tillhör områden som svårligen är mätbara.

Socialstyrelsens föreskrift 2005: 12 "God Vård" är central. Primärvården skall vara säker, kunskapsbaserad, ändamålsenlig, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

Varje enhet inom primärvården skall ha ett ledningssystem som främjar detta samt tydliggör mål och måluppfyllelse för personalen.

Primärvårdens kvalitet bör relateras till nationellt framtagna riktlinjer och mål. Mätningar av tillämpning av riktlinjer åskådliggör inte vårdens medicinska kvalitet som helhet utan just följsamheten till nämnda riktlinjer. Medicinsk kvalitet som helhet granskas bäst genom professionell medicinsk revision.

Möjligheter och svårigheter med kvalitetsmått och kvalitetsregister

Mätningar i förbättringsarbetet

Mätningar kan belysa aktuell vårdkvalitet i primärvården i relation till evidensbaserade rekommendationer. Regelbunden resultatmätning, jämförelse med andra och över tid samt regelbunden återkoppling till personalen som bedriver vården kan stimulera till en förbättrad handläggning av folksjukdomar och andra vanliga och viktiga sjukdomar. SFAM har genom sitt kvalitetsråd sedan början av 1990-talet utvecklat indikatorer och metoder för att underlätta mätningar av den egna praktiken. Mätningar med efterföljande kollegial diskussion kring mätningarnas resultat skapar en grund för enhetens och individernas förbättringsarbete. Kvalitetsregister är skapade i samma syfte och innehåller ofta bra kvalitetsindikatorer som ger goda möjligheter till jämförelser med andra. Att mäta och jämföra med sig själv och andra är grunden i allt förbättringsarbete. Mätningar bör därför genomföras, uppmuntras och underlättas, men man måste vara medveten om att mätresultat som fungerar utmärkt i förbättringsarbete sällan duger för att rangordna prestationer eller att fastställa vårdkvalitet. Resultatet av en mätning är alltid en av flera möjliga spegelbilder - en skärva av det vi gör i vårt arbete.

Det icke mätbara

Det är sällan möjligt att sätta poäng på läkekonst, etik och humanism i patientmöten och prioriteringar i vardagen. Verklig kvalitet för patienten och organisationen är:

- att patientens egen förmåga att hantera sjukdom, vardag och hälsa stärks (empowerment)
- att läkaren har tid att uppfatta patientens föreställningar och farhågor kring sitt hälsotillstånd samt patientens förväntningar på vården
- att det inte görs överflödiga utredningar och skapas oro i onödan, men att det inte heller görs för lite

- att patient och läkare tillsammans diskuterar och överenskommer om vård och behandling
- att patienten får tid och empati efter behov
- att patienten får värdig vård i livets slutskede
- att även anhöriga har möjlighet att få stöd i svåra situationer
- att det finns ett genomtänkt och fungerande stöd till, och handledning av, alla slags vårddyrkeslever

Mäta rätt sak

Det vardagliga handlandet styrs i viss mån av vad som mäts och i hög grad av vad som ersätts. Mäter man bara enbart lätt specificerbara variabler så riskerar man att sammansatta medicinska problem, multisjuklighet och socialmedicinskt grundad sjuklighet trängs undan. Det enkla tas om hand, det komplicerade får vänta eller utförs inte alls.

Val av mått måste vara i överensstämmelse med nationellt givna prioriteringar och verksamhetens uppdrag. Mått och ersättning får inte leda till att vården börjar göra onödiga saker eller avstår från att göra viktiga saker i syfte att nå ekonomiska fördelar.

Mätetalens begränsningar

I primärvården sker ett mycket stort antal vårdkontakter och inte sällan är symtombilden oklar. Många av de äldre patienter som har någon av de stora folksjukdomarna behandlas samtidigt för ett flertal andra sjukdomar. Detta gör att grupperna av likartade patienter blir små.

Exempel: Det gjordes en kvalitetsjämförelse år 2007 av hur de 32 vårdcentralerna i Jönköpings landsting behandlade förmaksflimmer hos patienter mellan 60 och 84 år. Enligt då gällande riktlinjer skulle nästan alla flimmerpatienter ordinerats Waran för att förebygga blodproppar. På en av vårdcentralerna (8300 invånare) var det "bara" 50 % som hade Waran. Det visade sig att materialet bestod av 18 patienter, varav nio saknade Waranbehandling. Vid en noggrann journalgenomgång hittade man kontraindikationer, eller att patienten aktivt valt att avstå från Waranbehandling, hos alla utom en av dessa nio patienter. Det som såg ut att vara diskutabelt var i själva verket god kvalitet ¹.

Exemplet visar att när man kommer ner på vårdcentralsnivå blir patientgrupperna ofta så små att enkla kvalitetsjämförelser inte går att genomföra. Detta betyder att även de flesta evidensbaserade och kliniskt väl förankrade mått inte kan användas för

rangordning på vårdcentralnivå, och framförallt inte utgöra grund för ekonomisk ersättning².

Skillnader i socioekonomi

Skillnader i socioekonomisk status mellan olika enheters listade patienter kan vara mycket stora. Det kan innebära betydande variationer i bl.a. kunskapsnivå, ekonomiska möjligheter och levnadsvanor. Detta i sin tur påverkar motivationen för livsstilsförändringar, möjlighet att betala för dyra mediciner mm. Allt detta påverkar data som HbA1c-nivå, andel rökare och följsamhet till medicinering.³⁻⁵ Rättvisande jämförelser mellan vårdcentraler vars listade har skilda socioekonomiska förutsättningar skulle kräva komplicerade system för att justera mätningarna för dessa skillnader.

Att inte skada

Prestationsersättning i komplexa miljöer är något man i näringslivet är försiktig med⁶. Den miljö som hälso- och sjukvårdspersonal arbetar i är högsta grad komplex. Om vårdenhetens ekonomiska ersättning baseras på mått som mer avspeglar socioekonomi och slumpvariation än de egna insatserna för vården, så kommer ersättningen att uppfattas som orättvis och minska lojaliteten med ersättningssystemet och med huvudmannens mål.

Styrning genom ekonomiska incitament utgår från att individen vill maximera sin egen nytta, i detta fall i form av ekonomisk ersättning till mottagningen eller läkaren. Individens handlande styrs också av andra incitament som t.ex. möjlighet till kontroll och ökad social status. Målen kan också vara altruistiska, dvs. handla om att andra människor ska må bra.⁷ Handlandet påverkas vidare av marknadsföring, utbildning, erfarenheter, kollegor och etiska överväganden – och av möjligheten att känna en professionell stolthet över ett väl utfört arbete. Den interna motivationen styrs av individens behov av autonomi och kompetens, och kan minskas av ersättningar som inkräktar på dessa behov⁸.

Om man fokuserar enbart på vissa medicinska kvalitetsparametrar, riskerar man att minska läkarens ansvar för det egna kritiska tänkandet. Det kan vara till skada för patienten om läkaren uppmuntras till att istället »räkna pinnar« eller att nå upp till vissa tröskelvärden för att uppnå en viss inkomst.⁹⁻¹¹ Ersättning för vissa mätetal leder inte bara till att man gör mer av det som ersätts och mindre av det som inte ersätts eller inte går att mäta. Det kan också handla om att undvika patienter som skulle kunna antas ha lägre följsamhet till medicinska råd och därför svara sämre på behandling, till exempel patienter som uppfattas ha en lägre kunskapsnivå eller lägre motivation.

Det finns en påtaglig risk att fokusering på vissa specifika mått kan avleda läkarens uppmärksamhet från det som patienten önskar och behöver hjälp med. Detta kan direkt inverka på kliniska beslut.

Exempel: när en person med diabetes i telefon uppger för sköterskan att anledningen till besöket är grundsjukdomen, men i själva verket söker för något som är svårt att prata om. Har då läkaren direktiv på att vid besök för diabetes fylla i vissa variabler i olika dokument (ex vis Nationella diabetesregistret) kan lyhördheten för patientens övriga önskemål minska.

Risker med ersättningssystem

Ekonomisk ersättning för kvalitetsresultat riskerar att skapa incitament till att dölja de egna svagheterna i stället för att efterforska dem. Systemet riskerar därigenom att bli kontraproduktivt. Exempel på detta är när sjukvården sökt maximera sina ersättningar, genom att läkarbesök redovisats som mer komplicerade än de varit. DRG-inflation finns visad på sjukhus ersatta enligt denna princip¹². (DRG = Diagnosis Related Groups, system för beskrivning av medicinsk verksamhet)

Exempel: När det i Storbritannien infördes att allmänläkarna (GPs, general practitioners) skulle få 25 procent av sin ersättning via kvalitetsmål (Quality and Outcomes Framework, QOF, med ungefär 150 olika indikatorer). I systemet är ersättningen relaterad till uppnådd andel patienter som behandlats enligt vissa riktlinjer. Det finns möjlighet för GPs att göra undantag för vissa patienter som då inte räknas med när man beräknar andelen som nått målet. Därigenom kan verksamheten förbättra sin ersättning. Efter ett år uppnådde GPs i genomsnitt 91 procent av alla mål. Från år två var genomsnittlig målluppfyllnad mer än 96 procent¹³. Det har i studier visats att borttagning av patienter från underlaget är det som bidrar mest till storleken på ersättningen. Patienter där man borde ta i extra för att i högre grad följa riktlinjerna plockas undan och uppmärksamheten riktas på de "lyckade" fallen.¹⁴ En sådan frisering ser bra ut på papperet, men resultatet blir inte en högre kvalitet på den vård som befolkningen får

Kvalitetsregister

Att mäta är grunden i allt förbättringsarbete. Kvalitetsregister innehåller bra kvalitetsindikatorer och de ger möjligheter till jämförelser med andra. Evidens saknas emellertid för att enbart deltagande i kvalitetsregister leder till bättre kvalitet i vården. Man bör därför avstå från att lägga resurser på registrering i kvalitetsregister om man inte samtidigt arbetar aktivt med förbättringar inom området.

Det är heller inte visat att kvalitetsregister kan bedöma vårdens kvalitet på vårdcentralsnivå. Kvalitetsregister kan inte användas för rangordning/betygsättning av vårdcentraler ^{2 15} på grund av för små tal, olikheter i diagnossättande, varierande patientmaterial och en låg och varierande täckningsgrad med stora och okontrollerade bortfall. Kvalitetsregister lämpar sig däremot väl för forskningsändamål, för att följa trender och behandlingsutfall under lång tid eller inom större områden samt för att definiera områden där praxis behöver förbättras.

Förutsättning för ett meningsfullt deltagande av primärvården i kvalitetsregister är

- att registret är anpassat för den verksamhet som bedrivs, både avseende val av patientgrupp och av indikatorer
- att resultaten enkelt används aktivt i förbättringsarbetet på enheterna
- att resultaten **inte** används för att betygsätta vårdkvalitet eller som underlag för resursfördelning
- att registreringen (datafångsten) kräver rimlig arbetsinsats.

Även automatisk datafångst kräver att de tre första villkoren är uppfyllda.

Innan nya register accepteras i primärvården måste det visas att de leder till förbättring. Det bör ske genom att ett antal pilotvårdcentraler testar registret och att dess lämplighet och förbättringsnytta utvärderas innan registret införs i stor skala.

SFAMs rekommenderade uppföljningsmått för primärvård i vårdvalssystem

Ackreditering

Ackreditering avser i detta sammanhang det som krävs av en enhet för att den ska få ta på sig ett visst uppdrag. Kraven måste vara avpassade efter uppdragets innehåll. Den viktigaste enskilda parametern i vården är kompetensen hos de anställda.

Primärvården har ett mycket brett åtagande. Här söker och behandlas patienter med allt från förkylning och oro över diffusa symptom till depression, hjärtsvikt och odiagnostiserad cancer. För betydande delar av verksamheten saknas nationella riktlinjer eller egentlig evidensbas. Omdömet och kunskapen hos de anställda blir här avgörande för kvaliteten.

Det finns evidens att inom primärvård ger generalistkompetens högre kvalitet till lägre kostnad¹⁶⁻¹⁸. Optimalt i primärvården är att patienter alltid tas om hand av läkare som är specialister i allmänmedicin samt av sjuksköterskor med distriktssköterskekompetens. För varje personalkategori är generalistkunskap och tillämpandet av ett allmänmedicinskt arbetssätt av stor vikt.

Uppföljning och utveckling av kvalitet

Det är svårt att definiera primärvårdskvalitet i entydiga och pålitligt mätbara termer. Det finns emellertid ofta en stark professionell samstämmighet i vad som är god praxis, även inom områden som svårligen låter sig mätas. Det som därför sannolikt har bäst effekt är en kvalitetsuppföljning som är kopplad till den professionella prestige och stoltheten.

SFAM rekommenderar som indikatorer

- antal fast anställda specialistkompetenta allmänläkare (omräknat till heltider)/1500 invånare
- antal övriga fast anställda specialistkompetenta läkare/1500 invånare
- antal sjuksköterskor med distriktssköterskekompetens/1500 invånare
- antal övriga sjuksköterskor samt antal undersköterskor/1500 invånare
- antal besök till specialist i allmänmedicin/totala antalet läkarbesök
- antal besök till annan specialistkompetent läkare/totala antalet läkarbesök
- listade patienters öppenvårdsbesök hos läkare utanför vårdcentralen
- andel diagnossatta läkarbesök (ICD10, såväl symptom- som sjukdomsdiagnos)
- deltagande i systematiskt förbättringsarbete, inkluderande t.ex. pvkvalitet.se

Som övergripande kvalitetskontroll rekommenderar vi en revision gällande basuppdraget, utfört som kollegial inspektion, -certifiering (av alla yrkesgrupper). Den medicinska kvalitetsrevision som genomförts bland annat i Medicinska Kvalitetsrådets (MKRs) regi kan vara en modell för utformningen av denna ^{19 20}.

En genomsnittlig vårdcentral använder 500-700 olika diagnoskoder under ett år enligt datajournalutsökningar i Jönköping och Kalmar. Det finns bland dessa diagnoser ett antal centrala områden där man på enheterna med några års mellanrum behöver följa upp sin handläggning.

Exempelvis: diagnostik av tumörsjukdomar, anemiutredning, astma, kol, luftvägsinfektioner, tyroideasjukdomar, diabetes, demens, depression, ångest beroendesjukdomar, huvudvärk, cerebrovaskulär sjukdom, hypertoni, förmaksflimmer, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom, mag-tarmsjukdomar, ryggbesvär, ledsjukdomar, långvariga smärttillstånd, urinvägsinfektioner, inkontinens, prostatabesvär, sjukskrivning-rehabilitering mm.

Därför kan kontinuerlig registrering i kvalitetsregister för enskilda sjukdomar inte vara lösningen för att utveckla kvaliteten i primärvården. Bättre är att man på enheten växlar områden/diagnoser där man under en tid mäter och tolkar resultaten, planerar och genomför förbättring, och nästa gång mäter inom något annat område. Kontinuerlig registrering av patienter med en enda sjukdom, t.ex. diabetes kan ta så mycket kraft att utvecklingen av övriga områden försämras.

Genom att använda SFAMs Mål & Mått, enklast med hjälp av Internetsidan www.pvkvalitet.se, kan man med en måttlig tidsinsats få en bild av sina resultat för att därefter kunna ägna huvuddelen av förbättringsarbetet åt analys av bakomliggande orsaker, planering och genomförande av förändring. Den övergripande medicinska revisionen blir en viktig genomgång av starka och svaga sidor och en bra grund för val av förbättringsområden.

Diagnossättning enligt ICD10- KSH 97P är en grund för nästan allt systematiskt förbättringsarbete i primärvården.

Inom varje sjukvårdsområde behövs stödresurser för enheternas eget förbättringsarbete, detta eftersom varje enhet i regel är liten och inte sällan saknar vetenskapligt erfarna medarbetare.

Huvudmännens styrning mot önskade mål

SFAM rekommenderar som indikatorer

- kontinuitet, andelen icke-akuta besök/år i öppenvård som skett hos samma person (uppdelat per profession)
- telefontillgänglighet, antal av person besvarade samtal inom 3 min alt. plats i telefonkö kompletterat med andel uppringda samtal inom 1,5 tim
- patientenkäter
- de listades öppenvårdsbesök på annan vårdenhet
- minst ett årligt hembesök av allmänläkare och distriktssköterska till hemsjukvårdspatienter som så önskar
- följsamhet till rekommenderad läkemedelslista
- total antibiotikaförskrivning /1000 listade.
- andel pcV/barn 0-6år med luftvägsinfektion (/antalet listade barn)

Tillgänglighet och kontinuitet

Det som patienter oavsett ålder och sjuklighet framför allt värdesätter är telefontillgänglighet samt att träffa samma person vid sina besök på vårdenheten (gäller samtliga professioner).^{21 22 23} Det finns även visat att en ökad kontinuitet innebär en minskad tids- och resursåtgång vid besöken på vårdcentralen samt en minskad risk för besök på akutmottagningen och inläggningar på sjukhus.²⁴⁻²⁶ Listning per läkare har visats ge nöjdare patienter²⁷ och skapar bättre organisatoriska förutsättningar för kontinuitet. Man kan då som kontinuitetsmått mäta andel patienter som träffar sin egen listade läkare. Om man inte har listning per läkare föreslår vi en modell där man mäter andelen av de patienter som varit på tre eller fler planerade besök under året och då träffat en, två resp. tre eller flera läkare.

Patientenkäter

Resultaten av patientenkäter, speciellt utvecklingen över tid, kan användas för vårdcentralernas interna utvecklingsarbete. Däremot kan patientenkäter inte användas för jämförelser mellan vårdcentraler, beroende på att benägenheten att ge positiva svar varierar i betydande grad med ålder, socioekonomi och urbanitet^{28 29}. Dessutom är bortfallet vanligen stort och omöjligt att kontrollera för. En nationell patientenkät bör dock kunna ge underlag för intressanta jämförelser mellan större områden/regioner.

Tillgodoseende av invånarnas vårdbehov

Det är viktigt att en mottagning inte undviker vissa befolknings- eller patientgrupper exempelvis genom remittering eller annan form av hänvisning. Enhetens andel av total

öppenvårdskonsumtion kan tyckas vara ett bra mått, men påverkas av hur enheten organiserar sitt arbete. Många korta besök för ett problem i taget medför då bättre utfall än färre längre besök. De listades öppenvårdskonsumtion utom enheten avspeglar på ett säkrare sätt resultatet av enhetens arbete, Vi föreslår därför som måttetal de på enheten listade patienternas öppenvårdsbesök utanför vårdenheten. Mått:antal besök/1000 listade viktat efter ålder och socioekonomi.

Hemsjukvård

Hur tar mottagningen hand om sina svårast sjuka? Som ett enkelt mått på denna verksamhet föreslår vi andelen hemsjukvårdspatienter där patientansvarig distriktsläkare och distriktssköterska gjort minst ett årligt hembesök.

Följsamhet till rekommenderad läkemedelslista

Mått på följsamhet till rekommenderad läkemedelslista är bra som underlag för internt uppföljnings- och kvalitetsarbete. Detta gäller även mera specifika men ändå övergripande mått som enhetens antibiotikaanvändning. Måtten är likväl inte lämpliga som grund för ekonomisk ersättning

Olämpliga mått

Följande mått bör inte förekomma som grund för jämförelser mellan vårdcentraler eller som grund för ekonomisk ersättning: HbA1c-nivå, blodtrycksnivå, andelen patienter med ACE-hämmare och betablockad vid hjärtsvikt, Waranbehandling vid förmaksflimmer, användning av inhalationssteroider vid astma samt ekokardiografi vid hjärtsvikt och spirometri vid astma/KOL samt liknande. Små material, skillnader i socioekonomi och bortfall gör det omöjligt att värdera detta på vårdcentralsnivå. Vidare innebär ersättning för mått av denna typ en risk för skadlig påverkan på konsultationens innehåll och de medicinska besluten. Måtten kan däremot användas som led i en intern kvalitetsutveckling, till forskningsändamål samt för att följa trender under längre tid inom större geografiska områden.

Besökstillgänglighet

I SKL:s öppna jämförelser har man årligen under ett par enstaka veckor mätt hur länge patienter som fått en läkartid har fått vänta på sin tid. Ett sådant mått är utan egentligt värde. Exempel: de tre vårdcentraler i Jönköping som hade bäst resultat i tillgänglighet enligt öppna jämförelser hade den klart största andelen patienter som av rådgivande sjuksköterska måste hänvisas till att ringa igen för att få en läkartid³⁰. Mätning av andelen patienter som måste uppmanas återkomma för att kunna få en läkartid ger

betydligt bättre uppfattning om faktiska väntetider, och om balansen mellan tillgång till läkartider och behov, än nuvarande väntetidsmätning.

Utbildning

SFAM rekommenderar som indikatorer

- andelen AT- och ST-handledare med adekvat handledarutbildning
- andelen nästan färdiga ST-läkare som genomgått mitt-i-ST
- resultat på genomförd SPUR-inspektion (eller motsvarande) samt andelen av de vid inspektionen påvisade förbättringsbehoven som åtgärdats,

Det är avgörande för primärvårdens framtid att det finns bra utbildning för blivande specialister i allmänmedicin. Socialstyrelsen har 2008 utfärdat nya föreskrifter och råd för ST-utbildningen, och specialitetsföreningarna har utformat kompletterande rekommendationer. God kvalitet i ST-utbildningen förutsätter att dessa föreskrifter och råd kan följas, vilket kräver både ekonomiska och personella resurser. Lämplig uppföljning är resultaten av de externa inspektioner (ex vis enl. SPUR-modellen^{31 32}) som Socialstyrelsen kräver.

Mitt-i-ST (se SFAMs hemsida, [Mitt-i-ST](#)), innebär att en erfaren och särskilt utbildad allmänläkare granskar ST-läkarens sätt att arbeta efter ungefär hälften av den femåriga utbildningstiden, ställer det i relation till utbildningsplanen och ger ST-läkaren stöd inför den fortsatta specialistutbildningen.

Utbildning av AT-läkare är också viktigt för primärvårdens framtid. Alla läkare behöver god kännedom om primärvårdens arbetssätt och villkor. Därför är det viktigt att AT-läkarna får god utbildning och god handledning under sin tid i primärvården.

Kompetensutveckling

SFAM rekommenderar som indikatorer

- andelen fast anställd personal som i rekommenderad omfattning deltagit i för respektive profession anordnad fortbildning. För läkare bör denna omfatta minst tio dagar/år (80 tim).
- andelen icke specialistkompetenta långtidsvikarier som ges samma form av handledning som ST-läkare eller annan motsvarande utbildningsgrupp
- Förekomst av regelbunden, enhetsbaserad fortbildning för erfarenhetsutbyte (ex inomprofessionella vårdcentralsmöten där patientfall och/eller diagnostik och behandling relateras).

- Förekomst av regelbundna, inomprofessionella möten för erfarenhetsutbyte (ex FQ-grupper, Balintgrupper)
- Deltagande i nationellt/regionalt kvalitetsarbete eller forskning. Redovisning av nedlagd arbetstid, finansierad av annan respektive finansierad av enheten.

Utvecklingsbefrämjande

Hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv verksamhet och dess kvalitet står och faller med personalens kompetens och möjligheterna att behålla och utveckla densamma. Det gäller såväl intern som extern fortbildning. Professioner bygger i daglig verksamhet upp erfarenhetsbanker. För att de professionella drivkrafterna till utveckling ska tillvaratas krävs, både på den egna arbetsplatsen och i större sammanhang, kollegiala mötesplatser för kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Dessa möten måste vara interaktiva (ex FQ-grupp, workshops) och ingå som en naturlig del i arbetet.

SFAM vill understryka vikten av att inomprofessionella möten för kunskaps- och erfarenhetsutbyte blir möjliga i ett vårdvalssystem och att man följer upp i vilken utsträckning sådana möten förekommer.

Andra exempel på kvalitetshöjande kompetensutveckling som bör underlättas och premieras, är deltagande i nationella eller regionala kvalitets-/utvecklingsarbeten (exempelvis läkemedelskommitté, arbetsgrupper arrangerade centralt i regionen eller av Socialstyrelsen/Läkemedelsverket/SBU el motsvarande) samt egen forskning. Studier tyder på att vårdcentraler där personalen deltar i något av detta i högre grad följer riktlinjer³³.

Sammanställningar av lämpliga uppföljningsmått (förskrivnings- och remitteringsstatistik, variabler från hemsjukvården, etc.) kan ge underlag till diskussioner i läkargruppen eller det tvärprofessionella teamet och därigenom främja förbättringsarbete och vårdkvalitet. Det bör ligga i huvudmännens intresse att förse enheterna med dessa data.

Patientsäkerhet

SFAM rekommenderar som indikatorer

- rutiner för bevakning av inkommande provsvar/remissvar vid läkarens frånvaro
- rutiner för regelbunden bevakning av obesvarade remisser
- kallelsesystem för de patienter som av medicinska skäl behöver komma på återbesök och som vill bli kallade

- system för läkemedelsrevision på patienter på särskilda boenden (SÄBO) och i hemsjukvården
- system för avvikelshantering (rapportering samt uppföljning/åtgärd)

Remisser som hamnar hos fel läkare, provsvar som kommer bort eller journalanteckningar som inte skrivs ut i tid innebär väl kända risker och kan leda till fördröjd, felaktig eller utebliven vård. Tydliga rutiner har visat sig vara viktiga faktorer för en säker hantering³⁴.

Personer med kroniska sjukdomar och framförallt äldre multisjuka är grupper som har extra stort behov av en god primärvård. Det finns god evidens för att kallelesystem är viktigt för kvaliteten i vården av kroniska sjukdomar.³⁵⁻³⁸

Att lära av sina mindre lyckade insatser är värdefullt för verksamhetens utveckling. Vi föreslår att man följer antalet avvikelserapporter per 1000 listade. Detta är dock inte ett mått som kan vara grund för ersättning (jfr avsnittet om Olämpliga mått).

Hälsobefrämjande insatser

SFAM rekommenderar som indikatorer

- andel patienter som tillfrågats om rökning (vid relevanta besökssymtom/besvär)
- antal rökare/1000 listade som fått rökavvänjningsstöd samt andel av dessa som är rökfria vid avslut

Patientcentrering är en evidensbaserad metod som lämpar sig väl för sekundärpreventivt arbete inom allmänmedicin. Det kan definieras som individorienterad, situationsanpassad och symptomrelaterad intervention.

Rökning är en stor hälsorisk. Det är också den riskfaktor där befolkningen upplever störst behov av hjälp att sluta och där primärvårdens insatser har visats ha mycket god effekt.³⁹⁻⁴¹ Med lyhördhet patientens behov kan det också vara av värde att andra levnadsvanor som alkoholbruk, fysisk aktivitet och matvanor dryftas samt dokumenteras i journalen.

Referenslista

1. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet. *Läkartidningen* 2008;105(47):3452-5.
2. Ohlin E. Ranka efter register kan bli missvisande *Läkartidningen* 2008(22):1640.
3. Lindstrom M, Sundquist K. 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):276-84.
4. Ohlander E, Vikstrom M, Lindstrom M, Sundquist K. Neighbourhood non-employment and daily smoking: a population-based study of women and men in Sweden. *Eur J Public Health* 2006;16(1):78-84.
5. Sundquist J, Malmstrom M, Johansson SE. Cardiovascular risk factors and the neighbourhood environment: a multilevel analysis. *Int J Epidemiol* 1999;28(5):841-5.
6. Prendergast C. The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature*, 1999;37(1):7-63.
7. Rosenberg G. Plikten, profiten och konsten att vara människa. Stockholm Albert Bonniers förlag, 2004.
8. Deci ELR, R.M, editor. The empirical explanation of intrinsic motivational processes. New York: Academic Press., 1980.
9. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? *BMJ* 2007;335(7629):1075-6.
10. Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements. A review of the evidence. London: The Health Foundation, 2007.
11. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361(4):368-78.
12. Data trends. DRG assignment patterns differ with hospital ownership. *Healthc Financ Manage.* 1998;52(7):102.
13. NHS. National Quality and Outcomes Framework. Statistics for England 2007/08 *The Health and Social Care Information Centre, 2008.*
14. Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *N Engl J Med* 2008;359(3):274-84.
15. Ranstam J, Wagner P, Robertsson O, Lidgren L. Rangordning i vården leder till felaktiga slutsatser. *Läkartidningen* 2008;105(35):2313-4.
16. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1992;267(12):1624-30.

17. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330-6.
18. Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP, Jr., Schmittdiel JA, Truman AF. Differences in resource use and costs of primary care in a large HMO according to physician specialty. *Health Serv Res* 1999;34(2):503-18.
19. Lennholm B. Ny modell för klinisk revision i primärvård. Vårdcentraler granskas genom kvalitetsronder. . *Läkartidningen* 1996;93(12):1093-4, 99.
20. Lindström K, Wargert G. Kvalitetsrevisioner på vårdcentraler stimulerar kvalitetsarbetet. *Läkartidningen* 1999;96(8):918-9, 22.
21. Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expect.* 2008;11(4):384-90.
22. Socialstyrelsen. Komma fram och känna förtroende- Befolkningens syn på tillgänglighet och fast läkarkontakt i primärvård. , 2002.
23. LJ. Vårddialog 2008 Landstinget i Jönköpings län 2009 http://www.lj.se/newsdoc_files/upl_1338.pdf.
24. Mainous AG,3rd, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health* 1998;88(10):1539-41.
25. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000;90(1):97-102.
26. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727-34.
27. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract.* 1995;45(401):654-9.
28. Khayat K, Salter B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract.* 1994;44(382):215-9.
29. Mead N, Roland M. Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ* 2009;339:b3450.
30. Lindström K. Tillgänglighet till primärvård är mera än väntetider. *Allmänmedicin* 2009(5).
31. SPUR. SPUR-inspektion – Hur går det till?
32. Eliasson G. Ny modell för allmänmedicinska Spur-inspektioner i pilotprojekt; Kriterier för att få maximala 3 poäng vid inspektion; Rapport från 2001-2002 års inspektion. *Läkartidningen* 2002;99(45):4500-8.
33. Jägestedt M, Ronge S, Wettermark B, Karlsson EA. Rationell läkemedelsförskrivning: en kunskaps- och linjefraga. Kvalitativ intervjustudie pa tio vårdcentraler i Stockholms lans landsting. *Läkartidningen* 2008;105(42):2924-9.
34. Socialstyrelsen. Patient- och klientsäkerhet - Informationsöverföring och kommunikation 2009.

35. Griffin S, Kinmonth AL. Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000.
36. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(1):CD001481.
37. Carljford S, Lindberg M. Astma- och KOL- vården i Östergötland. Linköping: Forsknings och utvecklingsenheten för Närsjukvården i Östergötland, 2006.
38. Wagner EH, Simon GE. Managing depression in primary care *BMJ* 2001;322(7289):746-47.
39. Bennett K, Jennings S, Collins C, Boland M, Leahy J, Bedford D, et al. Heartwatch: a secondary prevention programme in primary care in Ireland. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15(6):651-6.
40. Persson LG, Hjalmarson A. Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scand. J. Prim. Health Care* 2006;24(2):75-80.
41. Milch CE, Edmunson JM, Beshansky JR, Griffith JL, Selker HP. Smoking cessation in primary care: a clinical effectiveness trial of two simple interventions. *Prev. Med.* 2004;38(3):284-94.