

SFAM Q:S förslag till SFAMs Policy för uppföljning och ersättning av primärvård i vårdvalssystem

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

Mätningar

SFAM är mycket positivt till mätningar och återkoppling eftersom dessa är grundläggande i arbetet att åstadkomma förbättringar. Primärvården har ett mycket brett åtagande. Många av de mål, värden och uppgifter som hanteras inom primärvården är inte mätbara. Det som mäts uppmärksammas och får resurser medan icke kvantifierbart lidande, sammansatta medicinska problem, multisjuklighet och socialmedicinskt grundad sjuklighet trängs undan. Primärvårdens kvalitet bör relateras till nationellt framtagna riktlinjer. Mätningar av följsamhet till riktlinjer åskådliggör dock vare sig vårdens medicinska kvalitet som helhet eller utfallet för befolkningen eller patienternas hälsa utan bara just följsamheten till dessa riktlinjer.

Personalens kompetens och tillräcklig tid vid patientens besök är avgörande för primärvårdens kvalitet. Evidens talar för att primärvård med bred generalistkompetens är det mest effektiva både samhällsekonomiskt och ur hälsosynpunkt. Därför är bemanning med specialister i allmänmedicin, distriktssköterskor och sjukgymnaster med specialistkompetens i primärvård viktiga kvalitetsmått. I svensk primärvård finns det kunnig och välutbildad personal med stort personligt engagemang för att ge en bra vård. Det är viktigt att ta tillvara denna professionella ambition och inte minska personalens inre motivation genom yttre drivkrafter i form av ekonomiska prestationsersättningar.

Målrelaterade ersättningar:

Forskningen visar att målrelaterad ersättning:

- inte ger bättre vård för patienterna.
- när den upphör får följden att resultaten blir sämre än innan ersättningen infördes.
- leder till undanträngning av icke ersatta delar av verksamheten.
- kan göra att vårdgivare undviker de sjukaste patienterna för vilka det är svårt att uppnå målen
- minskar personalens egen inre motivation att utföra ett gott arbete.
- inte sällan orsakar snedvridning av rapporterade data, vilket, utöver att fel enheter belönas, även medför att forskning kring primärvårdens patienter allvarligt störs.

Primärvårdsenheter är ofta små och saknar ofta medarbetare som är meriterade inom vetenskap och förbättringskunskap. Därför behövs det inom varje sjukvårdsområde stödresurser som stimulerar och underlättar enheternas eget förbättringsarbete. SFAM rekommenderar ett omedelbart stopp för att införa nya målrelaterade ersättningar och att befintliga målrelaterade ersättningar fasas ut. Istället bör huvudmännen satsa dessa ekonomiska resurser på stöd och hjälp till vårdcentralernas förbättringsarbete genom:

(system/struktur för) insamling av (kvalitets)data och

1. återkoppling av resultat på vårdcentralsnivå.
2. återkoppling av resultat till primärvårdens personal på individuell nivå.
3. att förbättringshandledare, med egen erfarenhet av att arbeta på vårdcentral, besöker vårdcentralerna och presenterar resultat och ger råd samt stödjer de lokala förbättringsprocesserna.

Dessa områden har avgörande betydelse för primärvårdens kvalitet:

1. Kompetens och fortbildning
2. Förbättringsarbete
3. Patientsäkerhet
4. Tillgänglighet
5. Kontinuitet

Bakgrund

Mätningar och stöd till förbättring

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. Mätresultat som fungerar utmärkt i förbättringsarbete duger dock sällan för att rangordna prestationer eller att fastställa vårdkvalitet.

Primärvården har ett mycket brett åtagande och många av de mål, värden och uppgifter som hanteras inom primärvården tillhör områden som svårligen kan mätas, men likväl är mycket viktiga delar i en väl fungerande primärvård.

Det icke mätbara

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

- att patientens egen förmåga att hantera sjukdom, vardag och hälsa stärks (empowerment)
- att patientens får möjlighet att uttrycka sina föreställningar och farhågor kring sitt hälsotillstånd samt sina förväntningar på vården
- att det inte görs överflödiga utredningar som leder till oro och ökade kostnader, 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 patientens sociala sammanhang och aktuella situation beaktas och 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 vårdyrkeslever

Det mätbara

Att mäta och åter mäta är grunden i förbättringsarbetet. Det finns många delar av vårdcentralers verksamhet där mätning och återkoppling kan inspirera till utveckling och ge verklig förbättring. Mätning och personlig återkoppling på den egna handläggningen kan, till skillnad från enbart undervisning [1] och distribution av skriftliga riktlinjer [2], medföra förbättringar av verksamheten [3]. Motivationen till förändring ökar om återkopplingen innehåller jämförelser med andra enheter [4]. Återkopplingen får störst effekt om den som ger återkoppling är en respekterad kollega, om återkopplingen upprepas, och om den ges både skriftligt och muntligt samt inkluderar en handlingsplan [3].

I Jönköpings landsting får alla vårdcentraler varje år besök av kollegor från Primärvårdens FoU-enhet. De presenterar resultaten för fler än 150 olika mätetal, och erbjuder även vårdcentralen FoU-enhetens hjälp i det lokala förbättringsarbetet. Denna modell har för t.ex. hjärtsvikt visats ge större förbättringseffekt än en för denna enstaka sjukdom specialinriktad satsning inkluderande målrelaterad ersättning [5].

Det gäller dock att förstå att det som mäts får uppmärksamhet och därigenom även mera resurser. Det finns en risk att sammansatta medicinska problem, multisjuklighet och socialmedicinskt grundad sjuklighet trängs undan. Om målrelaterade ersättningar införs för mätetal blir denna risk mångfalt större. Mått och ersättning får inte leda till att vården börjar göra onödiga saker eller avstår från att göra viktiga saker.

Primärvårdens enheter är små och verkar i områden med vitt skilda geografiska och sociala förutsättningar. Det kan innebära betydande variationer i de listades kunskapsnivå, ekonomiska möjligheter och levnadsvanor. Detta inverkar på motivation/möjlighet för livsstilsförändringar, förmåga att betala för dyra mediciner, vilket i sin tur påverkar data som HbA1c-nivå, andel rökare och följsamhet till medicinering [6] [7] [8]. Många av de äldre patienter som har någon av de stora folksjukdomarna behandlas samtidigt för en eller flera andra sjukdomar. Detta gör att på vårdcentralsnivå blir ofta grupperna av likartade patienter så små att sluppens inverkan blir stor och jämförelser inte tillförlitliga.

Mätetal för att underlätta befolkningens val av vårdcentral

Primärvård är en mycket komplex verksamhet innefattande såväl medicinska, psykologiska, sociala uppgifter. Dessa utförs av personal med skilda kompetenser som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer mm. I Jönköping har man funnit att ett underlag i form av mera än 100 mätetal, även inkluderande att särskilt utbildade sjuksköterskor årligen granskar 8000 journalanteckningar, inte räcker för att bedöma vilken vårdcentral som totalt sett ger bästa vården[9]. Än mindre att kunna ge råd om val av vårdcentral till olika patienter då många av de för patienten verkligt viktiga kvaliteterna tillhör det icke mätbara. Det är en chimär att tro att befolkningen med hjälp av några enkelt överblickbara mätetal ska kunna jämföra kvalitet mellan de olika vårdenheterna och därefter göra sitt medvetna val. Vi måste inse att likaväl som att mätetal inte kan hjälpa oss i valet av frisör så gäller även för den långt mer komplexa vårdcentralen att valet får styras av vänners rekommendationer och egen erfarenhet.

Mätetal för huvudmännens kontroll av verksamhetens kvalitet.

Huvudmännen bör löpande följa så många olika mätetal som möjligt. När man får indikationer på bristande kvalitet/följsamhet till riktlinjer inom något område måste en närmare revision genomföras inkluderande kvalificerad granskning av journaler och andra handlingar samt inspektionsbesök på vårdcentralen.

Kvalitetsregister

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. Kvalitetsregister kan inte användas för rangordning/betygsättning av vårdcentraler på grund av för små tal, olikheter i diagnossättande, varierande patientmaterial och en låg och varierande täckningsgrad med stora och okontrollerade bortfall [10] [11]. 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 primärvård, 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 kan godtas i primärvården måste det visas att de leder till förbättring. Det bör ske genom att ett antal pilotvårdcentraler testat registret och att dess lämplighet och förbättringsnytta utvärderas innan registret införs i stor skala.

Målrelaterade ersättningar

Dessa benämns på engelska "payment for performance" förkortat P4P, och innebär vanligen, när det gäller följsamhet till riktlinjer, att man i vården måste uppnå förutbestämda procentandelar av patienter där man genomfört rekommenderade kontroller eller uppnått bestämda målvärden.

Det har, trots att man t.ex. inom det engelska Quality and Outcomes Framework (QOF) satsat mycket stora resurser på framtagandet av goda indikatorer och enorma summor i ersättningar (motsvarande 25 procent ökning av kostnaderna för allmänpraktikerna i Storbritannien), inte gått att visa att man uppnått bättre resultat för patienterna. Anell och medarbetare konstaterar i sin ESO rapport [12]: "Trots skillnader i utformning av program, och i förutsättningarna, är erfarenheterna av målbaserad ersättning i USA och Storbritannien på en övergripande nivå ganska samstämmiga. Hittills finns litet stöd för att ersättningen haft någon större effekt på verksamhetens kvalitet och för patientnyttan". Dessa fynd har bekräftats i två senare Cochraneöversikter. Flodgren et al [13] konkluderar: "Ekonomiska incitament har kunnat påverka vårdpersonalens beteendemönster, dock finns det ingen evidens att detta har medfört förbättringar av vården för patienter". Medan Scott et al [14] konkluderar: "Trots att ekonomiska incitament ofta används finns det för närvarande mycket lite evidens för att de förbättrar primärvårdens kvalitet". Efter ESO-rapporten och dessa Cochrane-översikter har några ytterligare undersökningar publicerats. Serumaga et al som undersökte QOF programmets effekter på hypertoni-vård fann att ekonomiska incitament inte

förbättrade vårdens kvalitet och inte heller de kliniska resultaten för patienterna [15]. Kontopantelis et al fann att ekonomiska incitament förbättrade dokumentationen i vården av diabetespatienter men inte handläggning av patienter eller vårdens resultat [16].

Det måste således konstateras att det för P4P inte kunnat visas några för patienter positiva effekter.

Vad händer om man avvecklar en redan införd målstyrd ekonomisk ersättning?

Här tyder en studie från Kaiser Permanente av Lester et al. på att resultaten efter avvecklingen blir sämre än innan ersättningen infördes [17]. Samma tendens har setts i Östergötland beträffande ersättningar för en hög andel diagnossatta läkarbesök (pers med. Fredric Jacobsson). Liknande erfarenheter som dessa från sjukvården finns även från näringslivet, vilket understryker vikten av avhållsamhet från målrelaterade ersättningar.

Om nu det saknas evidens för positiva effekter för patienterna av P4P hur ser då evidensen beträffande eventuella negativa effekter?

Den så kallade undanträngningseffekten innebär att personalen ägnar mera tid åt de sjukdomar och uppgifter som ersätts och mindre tid och engagemang för arbetsuppgifter, möjligen väl så viktiga, som inte genererar någon ersättning [18]. Det finns en påtaglig risk att fokusering på vissa specifika mått kan avleda läkarens uppmärksamhet från det som patienten önskar och behöver hjälp med. Det kan också innebära att man, som visats i en studie av Shen [19], undviker patienter för vilka det är svårt att uppnå målen och få ersättning.

En annan väl så viktig effekt är att personalens egen motivation till ett gott arbete minskas av målrelaterade ersättningar vilket har visats av bl.a. Ryan & Deci [20, 21]. När man introducerar en belöning för ett visst beteende förändras hela kontraktet mellan uppdragsgivare och anställd, från att den anställde uppfattat sig som en professionell expert till att bli en utförare av vård enligt instruktioner [22, 23].

Det finns vidare visat att målrelaterade ekonomiska ersättningar kan medföra att de anställda förändrar sitt sätt att journalföra eller registrera i syfte att generera maximal ersättning. Detta innebär att de ekonomiska ersättningarna snarare skapar förändrade dokumentationsvanor än förbättrad vård för patienterna [24].

De ekonomiska incitamenten kan resultera i beteende som grundligt snedvrider rapporteringen så att belöningar blir frikopplade från prestationer [24]. Ett exempel på detta är att när ACG infördes i Jönköpings vårdval fördubblades antalet satta diagnoser. Mellan 2011 och 2012 ökade antalet individer som fått depressionsdiagnos med 34,1% , ångestdiagnos 49 % och antalet personer med astmadiagnos med 37 %. (opublicerade data Primärvårdens FoU enhet i Jönköping). Det är självklart att denna kraftiga ekonomiskt inducerade ökning i sjuklighet allvarligt försvårar forskning rörande utveckling av prevalensen av olika sjukdomar.

Kompetens, fortbildning och förbättringsarbete

Det finns evidens att inom primärvård ger generalistkompetens högre kvalitet till lägre kostnad [25-27] än vård given av personal som är specialiserad inom vissa områden. Optimalt i primärvården är att patienter tas om hand av läkare som är specialister i allmänmedicin, av sjuksköterskor med distriktssköterskekompetens och sjukgymnaster med primärvårdsspecialitet. För varje personalkategori är generalistkunskap och tillämpandet av ett allmänmedicinskt arbetssätt av stor vikt.

Hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv verksamhet och dess kvalitet står och faller med personalens kompetens och möjligheterna att behålla och utveckla densamma. 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. Andra exempel på kvalitetshöjande kompetensutveckling som bör underlättas och premieras är deltagande i nationella eller regionala kvalitets-/utvecklingsarbeten såsom läkemedelkommitté, arbetsgrupper arrangerade centralt i regionen eller av Socialstyrelsen/Läkemedelsverket/SBU el motsvarande, samt egen forskning. Vårdcentraler där personalen deltar i något av detta i tenderar att i högre grad än andra följa riktlinjer [28].

Det har många gånger konstaterats att det finns ett stort gap mellan evidens och hur vården bedrivs. I försöken att snabbt överbrygga detta, har trots att det saknas evidens för kostnadseffektivitet [29], stora resurser lagts på olika former av från USA och näringslivet importerade program och metoder.

I en översikt " Building Quality Improvement Capacity in Primary Care"[29] från Agency for Research and Quality inom US Department for Health and Human Services görs en välgrundad analys av nödvändiga omständigheter för en primärvård med ökande kvalitet:

"Det måste finnas en organisation -infrastruktur för förbättringsarbete med personal och resurser som hjälper vårdcentraler att identifiera förbättringsbehov, att utveckla färdigheter i förbättring och som stödjer till kontinuerligt förbättringsarbete. De flesta vårdcentraler har, bl.a. pga. bristen på allmänmedicinska specialister, inte resurser eller kompetens att fokusera på kontinuerliga förbättringar av praxis. Man måste fokusera på att lösa de kortsiktiga behoven och driva av detaljerade ekonomiska incitament och saknar därmed drivkrafter för att långsiktigt förbättra vården. Därför behövs ett robust stöd för att skapa en stark systematisk förbättring av primärvårdens praxis. Detta bör innefatta:

1. Återkoppling med jämförelser med riktlinjer och andra enheter motiverar till att förändring och hjälper vårdcentraler att veta var de befinner sig och inom vilka områden de behöver förbättra sig. Data till jämförelser kan hämtas ur journalsystem, ekonomisystem eller genom medicinsk revision.

2. Externa förbättringsstödjare som utvecklar en förtroendefull relation genom att under längre tid stötta vårdcentralen i konkreta förbättringsprojekt och i att, internt i vårdcentralen, utveckla kapacitet till kontinuerlig systematisk förbättring. I denna process väljer vårdcentralen områden för förbättring medan förbättringsstödjaren hjälper dem finna metoder att nå målen, att själva initiera nya förbättringsprojekt samt att vidmakthålla uppnådda förbättringar.

3. Information om vetenskaplig evidens och behandlingsriktlinjer av kollegor med särskilda kunskaper inom speciella områden Detta bör ske som ett utbyte mellan jämbördiga kollegor. Dessa utbildare kan vara t.ex. läkare, sjuksköterska eller sjukgymnast och riktar sitt arbete mot vårdcentralens medarbetare med samma yrke.

4. Delat lärande i samarbetsgrupper mellan vårdcentraler med liknande erfarenheter och behov underlättar det kontinuerliga kvalitetsarbetet och skapar ett positivt kollegialt klimat som hjälper vårdcentraler att förbättra sina rutiner.

I svensk primärvård finns flera framgångsrika exempel på arbete som liknar detta t.ex. det över hela landet förekommande lokala Stramaarbetet, och, inom några landsting, våra allmänmedicinska kollegors arbete som informationsläkare för förbättrad läkemedelsanvändning.

Patientsäkerhet

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 hantering [30]

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 kallelsesystem är viktigt för kvaliteten i vården av kroniska sjukdomar [31-34].

Tillgänglighet och kontinuitet

Det som patienter oavsett ålder och sjuklighet framför allt värdesätter är telefontillgänglighet samt att träffa samma person vid sina besök på vårdcentralen (gäller samtliga professioner)[35-37]. 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[38-40]. Listning per läkare har visats ge nöjdare patienter [41]och skapar bättre organisatoriska förutsättningar för kontinuitet.

SFAMs uppföljningsmått

Kompetens, fortbildning och förbättringsarbete

Kompetens

- 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 besök till specialist i allmänmedicin/totala antalet läkarbesök

Kompetensutveckling

- Tid som använts av individen för extern och intern fortbildning. Redovisningen bör vara öppen och det bör finnas möjligheter till jämförelse mellan individer, vårdenheter, landsting och regioner.
- Andel tillsvidareanställda läkare som senaste året har upprättat en skriftlig fortbildningsplan, godkänd av verksamhetschef.

Se dokumentet: "Golden Standard - för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem" [42] där SFAMs Fortbildningsråd föreslår hur genomförande och uppföljning av fortbildning bör ske.

Förbättringsarbete

- Sammanställning av enhetens resultat avseende delområdena i "God Vård" (SOF 2005:12): Vården skall vara kunskapsbaserad & ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och i rimlig tid.
- Redovisning av enhetens analys av de egna resultaten och av dessa föranledda planerade eller genomförda förbättringsarbeten.
- Deltagande i nationellt/regionalt kvalitetsarbete eller forskning. Redovisning av innehåll och av nedlagd arbetstid.

Patientsäkerhet

- rutiner för bevakning av inkommande provsvar/remissvar vid läkarens frånvaro
- rutiner för regelbunden bevakning av obesvarade remisser
- kallese-system 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)

Tillgänglighet och kontinuitet

Tillgänglighet

Telefontillgänglighet: antal av person besvarade samtal inom 3 min alternativt andel bokade i telefonkö kompletterat med andel uppringda samtal inom 1,5 tim, och andel uppringa senast 15 min efter utlovad tid. Tillgänglighet till läkarbesök: Listade patienters öppenvårdsbesök hos läkare utanför vårdcentralen med särredovisning av jourcentral resp. akutmottagning. Antal per 1000 listade i åldersgrupper: 0-7; 8-19; 20-65; 65-

Kontinuitet

Förekomst av listning på läkare. Man kan om detta finns som kontinuitetsmått mäta andelen patienter som träffar sin egen listade läkare. Om inte listning på läkare finns speglar sannolikt resultaten i Nationella patientenkäten beträffande frågorna: *Har du för närvarande en fast läkarkontakt på den här vårdcentralen?* och *Brukar du få träffa samma läkare?* den faktiska kontinuiteten bättre än mått av typen: samma läkare vid senaste 3 läkarbesöken,. Dessa mått påverkas av förekomst av utbildningsläkare och hur väl deras utbildningsbehov tillgodoses genom bokning av även återbesök för kontroll av kronisk sjukdom..

Medicinsk kvalitet /Följsamhet till riktlinjer

Löpande uppföljning och återkoppling bör ske av SFAMs Mått& Mål i allmänmedicin [43] och de mätetal som finns i Läke-medelsverkets och Stramas rekommendationer[44].

Referenser

1. 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.
2. Farmer, A.P., et al., Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008(3): p. CD004398.
3. Ivers, N., et al., Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 6: p. CD000259.
4. Hysong, S.J., Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Med Care*, 2009. 47(3): p. 356-63.
5. Engstrom, S. and K. Lindstrom, Förbättrad hjärtsviktsbehandling utan P4P. *Lakartidningen*. 107(41): p. 2492; author reply 2492-3.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Lindstrom, K. and S. Engstrom, Kvalitetsmätning är nödvändig - men kan ej värdera vårdkvalitet. *Lakartidningen*, 2009. 106(34): p. 2067-8.
10. Ohlin, E., Ranka efter register kan bli missvisande *Lakartidningen*, 2008(22): p. 1640.
11. Ranstam, J., et al., Rangordning i vården leder till felaktiga slutsatser. *Lakartidningen*, 2008. 105(35): p. 2313-4.
12. Anell, A., Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården in Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2010, Regeringskansliet: Stockholm.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Shen, Y., Selection incentives – in a performance-based contracting system. *Health Serv Res*, 2003. 38(2): p. 535-52.
20. 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.
21. 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.
22. Gneezy, U. and A. Rustichini, Pay enough or don't pay at all. *The Quarterly Journal of Economics*, 2000 (August).
23. Falk, A. and M. Kosfeld, The Hidden Costs of Control. *American Economic Review*, 2006., vol. 96(5), pages 1611-1630, , 2006. 96(5): p. 1611-1630.
24. Woolhandler, S., D. Ariely, and D.U. Himmelstein, Why pay for performance may be incompatible with quality improvement. *Bmj*. 345: p. e5015.
25. 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.
26. 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.
27. 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.

28. Jägestedt, M., et al., Rationell läkemedelsförskrivning: en kunskaps- och linjefraga. Kvalitativ intervjustudie på tio vårdcentraler i Stockholms läns landsting. *Läkartidningen*, 2008. 105(42): p. 2924-9.
29. 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.
30. Socialstyrelsen. Patient- och klientsäkerhet - Informationsöverföring och kommunikation 2009 [cited 2009 1 sept]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Risker/informationsoverforing_kommunikation.htm.
31. 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>].
32. 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.
33. Carlfjord, S. and M. Lindberg, Astma- och KOL- vården i Östergötland. 2006, Forsknings och utvecklingsenheten för Närsjukvården i Östergötland: Linköping.
34. 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.
35. Wensing, M., et al., Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expect.*, 2008. 11(4): p. 384-90.
36. Socialstyrelsen, Komma fram och känna förtroende- Befolkningens syn på tillgänglighet och fast läkarkontakt i primärvård. . 2002.
37. LJ, Vårddialog 2008 2009 http://www.lj.se/newsdoc_files/upl_1338.pdf, Landstinget i Jönköpings län
38. Mainous, A.G., 3rd and J.M. Gill, 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): p. 1539-41.
39. Rosenblatt, R.A., et al., The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health*, 2000. 90(1): p. 97-102.
40. Raddish, M., S.D. Horn, and P.D. Sharkey, Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*, 1999. 5(6): p. 727-34.
41. Baker, R. and J. Streatfield, What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract.*, 1995. 45(401): p. 654-9.
42. Fortbildningsråd, S. Golden Standard - för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem. 2012; Available from: http://www.sfam.se/media/documents/Policydokument/Golden_standard_2012_05.pdf.
43. SFAM. Mål & Mått i Allmänmedicin. Available from: http://www.sfam.se/index.php?option=com_content&view=article&id=111%3Akvalitetsindikatorer&catid=60%3Asfams-raddokument&Itemid=70.
44. Strama. Vårdprogram. Available from: <http://www.strama.se/dyn//,46,60,36.html>.