

Att ekonomiskt stimulera till bättre kvalitet i vården – några förslag

Vilken invånare vill inte lista sig på en vårdenhet som har god telefontillgänglighet, erbjuder fast läkarkontakt, kallelse-system, insatser för att förebygga sjukdom och polyfarmaci och gör systematiska ansträngningar att bli bättre?

I en debattartikel i höstas [1] pekade vi på några problem med att mäta kvalitet i primärvård och med att koppla ekonomiska ersättningar till kvalitetsmått. Vi har fått mycket positiv respons på vårt inlägg men också kommentaren att vi borde bidra med konstruktiva förslag till hur man ekonomiskt kan stimulera till bättre kvalitet. Vi återkommer därför nu med några förslag som vi menar skulle höja kvaliteten i svensk primärvård.

Idén med ekonomisk ersättning för kvalitet bygger på antagandet att ekonomiska incitament ger förändringar av beteende och att dessa beteendeförändringar i sin tur ger bättre kvalitet.

Det empiriska underlaget för detta antagande är mycket svagt när det gäller komplexa system. Primärvård är ett mycket komplext system som inom sig rymmer ett antal konkurrerande mål. Det innebär bland annat att ersättning för enstaka mätvärden riskerar att påverka kliniska beslut för enskilda pa-

tienter och även prioritering av arbetsuppgifter, vilket därigenom kan leda till undanträngning av resurser från de områden som inte mäts/ersätts [2, 3].

Det finns indikationer på att den medicinska professionen upplever minskad autonomi, minskad möjlighet att påverka och minskad tillfredsställelse med sitt jobb som en följd av att de känner sig kontrollerade av ekonomiska faktorer [4]. Det första målet för kvalitetsersättning bör därför vara att inte skada verksamhetens innehåll eller medarbetarnas motivation samt att inte konsumera mycket tid på omfattande registreringar. Man bör undvika områden där den professionella ambitionen riskerar att störas eller påverkas negativt. Man bör också undvika områden där det man vill stimulera inte kan mätas på ett tillförlitligt sätt eller där måtten kan falsifieras [1].

När det gäller »kvalitetsbonus«, dvs ekonomisk styrning mot »bättre kvalitet«, menar vi att en sådan ska vara enkel att förstå av både personal och patienter, vara långsiktigt stabil och att den bör leda till insatser som befolkningen märker. Det är dessutom bra om man stimulerar vårdgivaren till extra ansträngningar/kostnader i syfte att förbättra kvaliteten. Målet bör vara att en kvalitetsbonus ska leda till bättre

vård för patienten, lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader och dessutom vara till nytta för vårdgivaren. Detta bör så långt som det är möjligt vara evidensbaserat.

Här följer några förslag:

1. God telefontillgänglighet till vårdenheten. Prioriteras högt i befolkningen [5, 6]; leder till ett effektivare resursutnyttjande i sjukvårdssystemet [7]; kan mätas på ett tillförlitligt sätt; ger vårdgivaren möjlighet att planera vårdinsatser; kräver extra resurser/ansträngningar av vårdgivaren.

2. Hög kontinuitet vid läkarbesök. Prioriteras högt i befolkningen [6]; leder till lägre kostnader i sjukvårdssystemet [8]; framhålls i styrdokument (Hälso- och sjukvårdslagen, God Vård); kan mätas på ett tillförlitligt sätt om metoden definieras; kräver extra ansträngning.

3. Att kallelse-system finns för patienter med kronisk sjukdom som vill bli kallade. En stor majoritet av patienter vill bli kallade; leder till förbättrad medicinsk kvalitet [9]; kan mätas enkelt och tillförlitligt; ger vårdgivaren möjlighet att planera vårdinsatser; kräver extra ansträngning.

4. Tillgång till rökavvänjning. Mer än 30 procent av rökarna önskar hjälp att sluta [10]; att hjälpa en patient att sluta röka är en av de mest kostnadseffektiva åtgärderna i hälso- och sjukvården [11]; kan mätas/redovisas tillförlitligt; kräver extra resurser.

5. Tillgång till årlig läkemedelsrevision för patienter boende på särskilt boende (säbo). Polyfarmaci är ett växande problem framför allt hos äldre. Boende på särskilt boende har i genomsnitt mer än tio stående läkemedel [12];

20–30 procent av inläggningarna på en medicinklinik beror på läkemedelsrelaterade problem [13]; om begreppet »läkemedelsrevision« definieras kan genomförandet mätas/redovisas tillförlitligt; kräver extra resurser.

6. Tillgång till årligt hembesök av läkare/distriktssköterska för patienter i hemsjukvården. I hemsjukvården vårdas äldre, multisjuka patienter som konsumerar stora resurser från landsting och kommun [14]; läkarmedverkan och teamsamverkan är viktigt för optimal och kostnadseffektiv vård; om innehållet i hembesöket definieras kan det mätas/redovisas tillförlitligt; kräver extra resurser.

7. Tillgång till teambedömning av långtidssjukskrivna. Viktigt för patienten från rättsäkerhetssynpunkt att få rätt ersättning/åtgärd; om »teambedömning« definieras kan det mätas/redovisas tillförlitligt; kräver extra resurser.

8. Vårdenheten deltar i systematiskt förbättringsarbete. Detta inkluderar patientsäkerhetsarbete och systematisk avvikelshantering. Framhålls i styrdokument (Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, God Vård); leder till kostnadseffektiv vård av hög kvalitet; om begreppet »systematiskt förbättringsarbete« definieras kan genomförandet mätas/redovisas tillförlitligt; kräver extra resurser.

Den ekonomiska stimulan- sen, som föreslås uppgå till några (2–3) procent av den totala budgeten, kan för de tre första förslagen betalas efter målpuffyllelse, t ex 100 procents ersättning om man klarar målet och 50 procents ersättning om man klarar en



KJELL LINDSTRÖM
distriktsläkare, MD,
Primärvårdens
FoU-enhet
i Jönköping
kjell.lindstrom@lj.se



SVEN ENGSTRÖM
distriktsläkare, MD,
Primärvårdens
FoU-enhet
i Jönköping

minimivård. För de övriga fem förslagen kan ersättning betalas ut på det sätt som Försäkringskassan i dag ersätter för »avstämningssmöte«, dvs man fyller i en enkel blankett för varje insats.

Om man har en öppen redovisning av i vilken grad olika enheter genomför dessa förslag uppnår man att enheter med hög följsamhet och goda resultat inte bara får en ekonomisk belöning utan också god reklam.

Vilken invånare vill inte lista sig på en vårdenhet som har god telefontillgänglighet, erbjuder fast läkarkontakt, erbjuder kallelsesystem, gör insatser för att förebygga sjukdom och skadlig polyfarmaci och gör systematiska ansträngningar för att bli bättre?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera

vårdkvalitet? *Läkartidningen*. 2008;105:3452-5.

2. Mannion R, Davies H. Payment for performance in health care. *BMJ*. 2008;336:306-8.
3. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? *BMJ*. 2007;335:1075-6.
5. Problem Detection Study. *Patienter 2003*. Rapport. Stockholm: Familjemedicinska institutet (Fammi); 2003.
7. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomized controlled trial. *BMJ*. 2000;320:1053-7.
8. Mainous AG, 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;88:1539-41.
9. Engström S. Att kalla eller inte kalla sina patienter – en fråga om medicinsk kvalitet snarare än fräntagande av ansvar. *Allmän-Medicin*. 2007;(5):20-1.
11. Tomson T, Helgason AR, Gilljam H. Quitline in smoking cessation: a cost-effectiveness analysis. *Int J Technol Assess Care*. 2004;20:469-74.

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://larkiv.lakartidningen.se>

Elevvården i stöpsleven

■ Många vittnar om skolhälsovård som inte fungerar optimalt. Rektor ansvarar för skolbudgeten, där även elevhälsan ingår. Allt fler elever per skolsköterska har rapporterats. Alla elever får inte den undervisning i ämnet »sex och samlevnad« som enligt svensk lag ska ges.

Ungdomsmottagningarna når inte ut till alla och handlägger då det redan uppstått problem. De startades 1975 och finns över hela landet och föregicks då av en ny abortlagstiftning. Vägledande för verksamheten var direktiv från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM), och arbetet skulle främja minskat antal sexuellt överförda sjukdomar och förhindra oönskade graviditeter. Dessa mål har inte uppnåtts, som vi sett i all statistik.

Dr Anders Milton har fått uppdraget att se över abortverksamheten men ännu inte kommit med en genomlysning, som skulle ha varit färdig i slutet av 2008. När får vi dessa synpunkter?

För att ge eleverna bättre kunskap i skolan borde budgeten vara öronmärkt för ändamålet, och eftersom ungdomsmottagningarna inte har kunnat bemästra vare sig abortproblematiken eller antalet sexuellt överförda infektioner borde en genomlysning av dess verksamhet vara rimlig efter över 30 års verksamhet – kanske också slås samman med skolhälsovården där skolläkare/skolsköterska ska ha budgetansvar.

Ewa Måre
gynekolog, Stockholm