

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård

Ett förslag på indikatorer

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2020-6-6760
Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2020

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Uppdraget består av tre delar och sträcker sig fram till år 2022.

Rapporten utgör en delredovisning till regeringen av deluppdrag II, vilket handlar om att undersöka möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen. Rapporten är tänkt att utgöra en utgångspunkt för det fortsatta arbetet med att utveckla indikatorer för uppföljning av omställningen till en god och nära vård.

Arbetet med rapporten har genomförts av en arbetsgrupp bestående av Camilla Salomonsson (projektledare), Max Köster, Mikaela Svensson och Martin Lindblom från Socialstyrelsens analysavdelning. Den juridiska genomlysningen har genomförts av Sara Land, Annica Gulliksson och Carina Carmona på myndighetens rättsavdelning. Björn Nilsson har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Bakgrund	8
Uppdraget	8
Rapportens upplägg och inriktning	9
En stegvis process	9
Utgångspunkter för arbetet med deluppdrag II	10
Samråd	11
Avgränsningar	12
Definition av indikatorer	13
Juridiska förutsättningar för att inhämta aggregerade resultat från huvudmännen	15
Inledning	15
Socialstyrelsens bedömning	15
Uppföljningsområden och urval av indikatorer för att följa omställningen	17
Urvalskriterier	17
Förslag på uppföljningsområden	18
Indikatorer för att följa omställningen – ett första förslag	21
Läsanvisning	21
Förutsättningar för god och nära vård	23
Ekonomiska resurser	23
Bemanning, kompetens och utbildning	26
E-hälsa och digitala förutsättningar	30
Övriga förutsättningar	32
Nära vård – var sker vården?	34
Andel av vården som utförs inom primärvården	34
Vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning	37
God och nära vård – fokus primärvård	44
Personcentrering	44
Kontinuitet och samordning	45
Hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande åtgärder	47
Tillgänglighet	49
Medicinsk kvalitet	53
God och nära vård – systemeffekter	60

Förtroende för hälso- och sjukvården	60
Tillgänglighet	61
Påverkbar specialistvård	64
Effektivitet	70
Det fortsatta arbetet.....	71
Referenser	72
Bilaga 1: Myndighetens förhållningssätt till utredningens förslag till indikatorer	75
Förtroende för hälso- och sjukvården	75
Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.....	76
Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis	77
Primärvårdens andel av samtliga hälso- och sjukvårdskostnader	77
Bilaga 2. Uppdaterad information om datakällor	79
Utveckling av befintliga och planerade datakällor.....	79
Väntetidsdatabasen för primärvården	79
Primärvårdskvalitet	81
Nationell patientenkät och andra källor till patientrapporterade erfarenheter	82
Datakällor och utvecklingsprojekt om kommunal hälso- och sjukvård	83
Deluppdrag I och möjligheter med ett eventuellt framtida primärvårdsregister	83
Nya datakällor att överväga.....	84
Bilaga 3: Urval av patientpopulationer med kronisk sjukdom	86
Bilaga 4: Angränsande projekt och uppdrag som konsulterats och/eller beaktats i arbetet.....	89

Sammanfattning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Uppdraget består av tre delar och sträcker sig fram till år 2022. Deluppdrag II handlar om att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen.

I denna delrapport presenteras förslag på uppföljningsområden samt ett första förslag på indikatorer. Uppföljningsområdena utgörs av 1) *Förutsättningar för god och nära vård*, vilket inkluderar exempelvis bemanning, kompetensutveckling, ekonomiska resurser och e-hälsa; 2) *Nära vård – var sker vården?* vilket inkluderar mått/indikatorer som är tänkta att belysa omfattningen och fördelningen av olika insatser inom hälso- och sjukvårdssystemet; 3) *God och nära vård – fokus primärvård* är tänkt att spegla resultat för invånare och patienter och inkluderar exempelvis personcentrering, kontinuitet och medicinsk kvalitet; och 4) *Systemeffekter* som samlar indikatorer vilka indirekt säger något om hur vården som helhet fungerar och inkluderar exempelvis förtroende för hälso- och sjukvården, tillgänglighet i den specialiserade vården och omfattning av påverkbar specialiserad vård.

Förslaget på områden och indikatorer utgör ett underlag för dialog med olika intressenter och behöver på flertalet områden utvecklas, kompletteras och nyanseras. Detta i takt med att kommuner och regioner utvecklar sina målbilder och strategier för nära vård, utredningsförslag konkretiseras och datakällor utvecklas. I nästa steg av arbetet kommer en dialog om uppföljningsområden och indikatorer att ske med ett antal intressenter inklusive regioner, kommuner, företrädare för hälso- och sjukvårdens professioner samt för patient- och brukarföreningar.

Merparten av de föreslagna måtten utgörs av befintliga indikatorer vilka är möjliga att följa via tillgängliga datakällor. Bristen på uppgifter om framför allt primärvården på nationell nivå innebär en begränsning vad gäller möjligheterna att följa effekterna av omställningen. I nästa steg planerar deluppdrag II att arbeta vidare med utvecklingsindikatorer vilka är önskvärda att följa i framtiden men där tillförlitliga datakällor för närvarande saknas.

I rapporten görs ett förtydligande vad gäller de juridiska förutsättningarna för myndigheten att inhämta resultat på aggregerad nivå från huvudmännen. Socialstyrelsen bedömer att det i huvudsak inte är möjligt för myndigheten att samla in aggregerade uppgifter om den primärvård som bedrivs i privat regi via befintliga regionala datalager/databaser. Detta då den insamling och behandling av personuppgifter som skulle behöva utföras i regionerna bedöms sakna lagstöd. Innebörden av den juridiska bedömningen är att det inte på ett tillfredsställande sätt går att följa patientgruppers samlade vårdkonsumtion/-utnyttjande eller vårdförlopp via sådana aggregerade uppgifter från regionerna.

Inledning

Bakgrund

I mars 2017 tillsatte regeringen utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:24). Uppdraget handlade om att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Utredningen har lämnat tre delbetänkanden och den 1 april 2020 presenterades huvudbetänkandet God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Ett tilläggsuppdrag om att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Uppdraget

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården och omställningen till en mer nära vård. Uppdraget består av tre delar och sträcker sig fram till år 2022.

Deluppdrag I handlar om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Uppdraget ska ge förslag på variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän.

Deluppdrag III handlar om uppföljning och stöd till regionernas och kommunernas omställningsarbete till en mer nära vård. Socialstyrelsen ska årligen följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas.

Deluppdrag II, som denna rapport avser, handlar om att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen. Analysen av möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå ska inkludera de organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna för Socialstyrelsen, regionerna och kommunerna för inrapportering av aggregerade data samt att analysera hur flexibelt huvudmännen kan anpassa sin rapportering vid eventuell justering av indikatorerna. Under arbetets gång ska Socialstyrelsen löpande utvärdera förutsättningarna att inhämta resultat, till en början genom att i en pilotstudie i en eller flera regioner samla in och rapportera resultat för en eller flera indikatorer. Arbetet med deluppdrag II ska rapporteras årligen till Socialdepartementet senast den 30 augusti under perioden 2020-2022¹.

Uppdraget ska utföras med utgångspunkt i den målbild och färdplan som har presenterats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård

¹ Rapporteringsdatumet ändrades från 1 juni till 30 augusti genom regeringsbeslut den 16 april 2020 (S2020/03319/FS (delvis)).

(S 2017:01) [1, 2] och utifrån överenskommelse om God och nära vård mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, (S2019/02858/FS).

Rapportens upplägg och inriktning

Socialstyrelsen presenterade en första delredovisning av deluppdrag II i november 2019. Rapporten redogjorde för rättsliga och i viss mån organisatoriska förutsättningar för att inhämta resultat från huvudmännen på aggregerad nivå och presenterade ett första förslag på uppföljningsområden och aspekter att följa. Dessutom innehöll rapporten en inventering av möjliga datakällor som skulle kunna användas för att följa omställningen.

I denna delrapport presenterar myndigheten ett första förslag på indikatorer och indikatorområden för att följa omställningen. Indikatorerna är främst avsedda för uppföljning på nationell nivå och på huvudmannanivå. Förslaget tar sin utgångspunkt i befintliga indikatorer som bedömts ha särskild relevans för nära vård. De befintliga indikatorerna har kompletterats med vissa förslag på nya mått och/eller nya aspekter att följa upp, där det i vissa fall inte finns data att tillgå i dagsläget. Förslaget på indikatorer ska ses som ett underlag för diskussion och kommer att vidareutvecklas i dialog med relevanta intressenter under kommande två år.

Utöver förslag på mått/indikatorer presenterar myndigheten också ett förtydligande avseende de rättsliga förutsättningarna för att inhämta resultat på aggregerad nivå från huvudmännen. Då myndigheten bedömer att möjligheten att samla in sådana uppgifter från befintliga regionala datalager/-baser är mycket begränsad, har arbetet i huvudsak fokuserat på urval och utveckling av indikatorer som kan tas fram med hjälp av befintliga datakällor såsom nationella hälsodataregister och kvalitetsregister. I några fall lämnar myndigheten förslag på indikatorer som förhoppningsvis kan användas när validerade uppgifter från datakällor som nationella väntetidsdatabasen och PrimärvårdsKvalitet finns tillgängliga på regional och nationell nivå.

Givet ovan nämnda juridiska begränsningar samt det faktum att arbetet med att identifiera relevanta indikatorer ännu är i sin linda, bedömer myndigheten att det för närvarande inte är relevant att utreda de organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av insamling av aggregerade data från huvudmännen. Detsamma bedöms gälla den pilotinsamling av uppgifter som ingår i uppdraget. Myndigheten måste först i dialog med aktuella intressenter avgöra vad som är relevant att följa upp, och först därefter pröva om det är möjligt och önskvärt att samla in aggregerade uppgifter i någon form.

En stegvis process

Som nämns ovan och i tidigare rapport kommer arbetet med att föreslå indikatorer för att följa omställningen att ske stegvis och förankras med olika intressenter under arbetets gång. Det förslag till indikatorer som presenteras är långt ifrån fullständigt och täcker inte alla identifierade områden i samma utsträckning. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), hädanefter kallad utredningen, presenterade sitt huvudbetänkande i början av april, vilket skickats till ett antal remissinstanser för yttrande senast

31 augusti 2020. Den 16 april 2020 fattade regeringen beslut om lagrådsremiss baserad på utredningens delbetänkande från 2018 [2, 3]. Utredningsförslag, remissvar och kommande lag behöver beaktas i arbetet.

I regioner och kommuner pågår arbete med att definiera gemensamma målbilder och former för uppföljning av omställningen vars resultat behöver beaktas. Detsamma gäller planerade eller pågående arbeten på myndigheten om utveckling av nyckeltal för exempelvis kommunal hälso- och sjukvård, patientsäkerhet och e-hälsa, samt arbeten som bedrivs inom de nationella programområdena med bäring på god och nära vård.

Vissa av de föreslagna uppföljningsområdena är redan föremål för omfattande kvantitativ uppföljning medan andra kräver mer dedikerat utvecklingsarbete. På centrala områden som personcentrering och kontinuitet/samordning behöver den samlade uppföljningen belysa mjuka värden såsom förändrade förhållningssätt, attityder, relation mellan patient och vårdgivare, arbetssätt och former för samverkan. Dessa frågor är ofta svåra att fånga via registeruppgifter men kan i viss mån belysas via systematisk undersökning av patientrapporterade erfarenheter². Nationell patientenkät utgör ett exempel på regelbundet återkommande enkäter som mäter patienters erfarenheter av vården. Som nämns i bilaga 3 om datakällor kan systematiskt återkommande undersökningar till medarbetare och/eller verksamheter inom hälso- och sjukvården utgöra ett annat sätt att belysa verksamheternas förutsättningar för att exempelvis arbeta personcentrerat.

Vissa viktiga aspekter av omställningen kommer sannolikt inte vara möjliga eller önskvärda att mäta kvantitativt. Den samlade uppföljningen av omställningen till en nära vård behöver genomföras med en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder där dessa uppföljningsformer kompletterar varandra. Den information som framkommer i den kvalitativa uppföljningen inom deluppdrag III, liksom inom den följeforskning³ som genomförs i vissa regioner, är viktig för att skapa en mer fullständig bild av omställningen. Därutöver finns sannolikt viktiga aspekter av omställningen som inte på ett meningsfullt sätt går att mäta på nationell nivå. Detta då förutsättningar och inriktning för omställningen skiljer sig åt mellan olika regioner och kommuner. Dessutom skiljer sig behoven av uppföljningsinformation mellan olika beslutsnivåer.

Utgångspunkter för arbetet med deluppdrag II

Enligt uppdraget ska arbetet med deluppdrag II utföras med utgångspunkt i den målbild och färdplan som har presenterats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och utifrån överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården mellan staten och SKR (S2019/02858/FS). Innehållet i dessa redogörs för i uppdragets delrapport från november 2019 [4]. Den 16 april

² Patientrapporterade erfarenhetsmått kallas också PREM (Patient Reported Experience Measures).

³ Följeforskning innebär en forskningsbaserad löpande utvärdering av ett projekt eller en process inom en organisation, företag eller myndighet. Utvärderingen görs oftast av en extern utredare och förväntas utöver en slutrapport ge kontinuerlig återkoppling till organisationen.

2020 fattade regeringen beslut om uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2020/03319/FS (delvis))⁴. För deluppdrag II innebär beslutet ett kompletterande uppdrag att föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå. Socialstyrelsen ska mot bakgrund av lagrådsremissen utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur myndigheten löpande kan följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter, t.ex. när det gäller hur många och vilka patienter som får fast läkarkontakt. Särskilt fokus ska ligga på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov, och även hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för. Detta deluppdrag ska redovisas till regeringskansliet senast den 15 december 2020.

Andra viktiga utgångspunkter för arbetet utgörs av SKRs arbete kring mål och indikatorer för att följa omställningen, regioners och kommuners målbilder och modeller för att följa omställningen, samt de underlag från regioner och kommuner om omställningen som inhämtats inom ramen för deluppdrag III. Genom de intervjuer och fallstudier som Socialstyrelsen genomfört inom deluppdrag III har regionerna bland annat framfört önskemål om stöd i uppföljningen från nationell nivå. Regionernas önskemål om stöd från den nationella nivån kommer att redovisas översiktligt inom deluppdrag III och analyseras inför det fortsatta arbetet med att följa upp omställningen.

Samråd

Deluppdrag II har tagit del av de underlag som samlats in från regioner, kommuner och SKR inom ramen för deluppdrag I och III och deltagit i vissa intervjuer respektive konsultationsmöten som genomförts inom övriga deluppdrag, exempelvis med professionsföreträdare inom hälso- och sjukvården. I dessa underlag har regioner och vissa kommuner gjort inspel om vad de ser som relevant att följa upp när det gäller omställningen, samt vilket nationellt stöd som huvudmännen önskar i denna uppföljning. Inspelen har beaktats i arbetet. Det har dock ännu inte varit möjligt att föra dialog med huvudmännen, professionsföreträdare och andra intressenter om specifika indikatorer. Det finns behov av mer dialog kring specifika områden och indikatorer i det fortsatta arbetet.

Inom ramen för uppdraget har viss dialog också genomförts med ett urval av relevanta intressenter inom SKR, regioner och kommuner, däribland SKRs grupp för nära vård, nationella primärvårdsrådet och PrimärvårdsKvalitet. Tillsammans med övriga deluppdrag om uppföljning av nära vård, har deluppdrag II löpande avstämningsmöten med ansvariga för arbetet med Nära vård inom SKR. Myndigheten har nyligen etablerat en referensgrupp med representanter från SKR, regioner och kommuner för arbetet med uppföljning av omställningen, vilken omfattar såväl kvantitativ som kvalitativ

⁴ Beslutet innebär att uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård (S2019/03056/FS) samt uppdraget att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (S2019/01225/FS) samlas i ett uppdrag tillsammans med uppdraget att genomföra insatser för att stärka omställningen till en god och nära vård (S2019/02110/FS).

uppföljning. Via denna referensgrupp kommer indikatorarbetet att förankras i relevanta fora inom regioner, kommuner och SKR.

I det fortsatta arbetet planerar Socialstyrelsen att skapa referensgrupper med företrädare för ett urval av hälso- och sjukvårdens professionsorganisationer respektive med företrädare för patientorganisationer.

En lista över angränsande uppdrag, utredningar och grupperingar som konsulterats och/eller beaktats i arbetet återfinns i bilaga 4.

Avgränsningar

Enligt uppdraget ska huvudfokus i uppföljningen vara på primärvården.

I hälso- och sjukvårdslagen definieras primärvård som ”hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper”⁵. Vidare står att ”Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. I den lagrådsremiss [3] som beslutades av regeringen den 16 april 2020 föreslås vissa ändringar av denna skrivning⁶. Det föreslås också en reglering av primärvårdens grunduppdrag där regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska: 1) tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov; 2) se till att vården är lätt tillgänglig, 3) tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar; 4) samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården; och 5) möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Såväl utredningen som lagrådsremissen tydliggör att primärvård är ett ansvar för både regioner och kommuner, och detta utgör också utgångspunkten för deluppdrag II. Emellertid skiljer sig i dagsläget förutsättningarna för kvantitativ uppföljning mellan olika delar av primärvården. Till en början kommer därför tyngdpunkten för indikatorarbetet sannolikt att ligga på den primärvård som utförs på hälso- eller vårdcentraler. Ambitionen är dock att på sikt bredda förslaget på uppföljningsindikatorer till att i högre grad omfatta såväl olika delar av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, liksom rehabilitering (oavsett om den bedrivs på vårdcentral eller inte), barn- och mödrahälsovård och exempelvis digital primärvård som tillhandahålls av privata aktörer.

I syfte att följa utvecklingen av vårdkonsumtionen mellan olika vårdnivåer har myndigheten valt ut nio patientgrupper⁷ med primärvårdsrelevanta kro-

⁵ 2 kap 6 § HSL.

⁶ Förslaget i lagrådsremissen lyder: ”Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan kompetens”.

⁷ Det utvalda grupperna eller populationerna utgörs av patienter som fått specialiserad vård under den senaste sjuårsperioden med någon av följande diagnoser som huvuddiagnos: diabetes, hjärtsvikt, förmaksflimmer, kranskärlssjukdom,

niska sjukdomar och följt deras konsumtion av öppen och sluten specialistvård samt läkemedelsuttag i öppen specialistvård respektive primärvård. Därutöver planerar myndigheten att följa ett antal befintliga indikatorer och patientrapporterade mått specifikt för gruppen äldre⁸. Argumentet för att följa patienter med kronisk sjukdom samt äldre är att de utgör stora patientgrupper där omställningen till en nära vård, med exempelvis förbättrad samordning och kontinuitet, är särskilt viktig. I rapporten definieras gruppen äldre som personer 65 år eller äldre om inget annat anges. För specifika indikatorer där en åldersgrupp redan definierats används dock den aktuella indikatorns åldersindelning. Det kan finnas anledning att i det framtida arbetet se över hur urval görs baserat på ålder⁹. Det är dock viktigt att framhålla att omställningen inte enbart handlar om samordnad vård för vissa grupper. Exempelvis är en god tillgänglighet i primärvården generellt viktig för befolkningens förtroende och benägenheten att i första hand söka sig till denna vårdnivå.

Bland de nio patientgrupperna återfinns diagnoser avseende depression och ångest. Utöver dessa diagnosgruppers vårdkonsumtion ägnar rapporten också viss uppmärksamhet åt besök och tillgänglighet i primärvården respektive specialiserad vård relaterat till psykisk ohälsa. Detta i syfte att spegla primärvårdens arbete med att förebygga och behandla psykisk ohälsa. I ett senare skede behöver arbetet med indikatorer omfatta fler grupper för vilka omställningen är särskilt viktig såsom exempelvis personer med beroendeproblematik eller missbruksdiagnos, personer med funktionsnedsättning, andra grupper med högre risk för ohälsa samt barn.

Utredningen [2] föreslår att år 2013 ska användas som basår vid uppföljningen av omställningen, då direktiven för Effektiv vård (S 2013:14) beslutades. Socialstyrelsen menar att det är relevant att presentera tidsserier som sträcker sig ytterligare några år bakåt i tiden, för att få en uppfattning om hur utvecklingen såg ut före detta föreslagna basår. Där så är möjligt givet data-tillgång och -kvalitet presenterar rapporten därför uppgifter från år 2010 och så långt fram i tiden som det funnits tillgängliga data.

Definition av indikatorer

I arbetet med att identifiera indikatorer för god och nära vård utgår Socialstyrelsens från de krav som myndigheten formulerat i Handbok för utveckling av indikatorer [5]:

- Indikatorn ska ange *riktning*, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet eller resultat;
- Indikatorn ska vara *relevant* och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet;

KOL, astma, akut hjärtinfarkt (AMI), stroke, ångest och depression. Mer detaljer om utvalda populationer finns i Bilaga 3.

⁸ Socialstyrelsen har beställt data från Nationell patientenkät för primärvård respektive specialiserad öppenvård för åren 2015-2019. Planen är att bland annat följa olika åldersgrupper över 65 år över tid. Uppgifterna kommer att sammanställas och användas som underlag i kommande dialog med intressenter kring uppföljningsområden och indikatorer.

⁹ Vid användning av datakällor där diagnosinformation saknas utgör ålder en viktig faktor för att på gruppnivå uppskatta graden av hälso- och sjukvårdsbehov.

- Indikatoren ska vara *valid*, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år;
- Indikatoren ska vara *vedertagen* och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patient eller person med exempelvis socialtjänstinsats);
- Indikatoren ska vara *påverkbar* så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall;
- Indikatoren ska vara *mätbar* och kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data;

Indikatorer skiljer sig från andra typer av mått på grund av de krav eller kriterier som ställs på en indikator. Mått eller nyckeltal har oftast inte någon angiven riktning men kan ändå vara viktiga att följa upp och bevaka över tid. Befolkningsstruktur och geografiska förutsättningar är exempel på bakgrundsmått som kan vara viktiga att följa men svåra att påverka. Bakgrundsmått och nyckeltal kan i vissa fall användas för att ge ytterligare förklaring till en indikatorns utfall.

Många av de mått som föreslås i rapporten lever upp till kraven på en indikator. Emellertid finns ett antal mått där inte samtliga krav är uppfyllda men som ändå ingår i förslaget då de bedöms vara viktiga att följa. Vissa indikatorer behöver granskas närmare och/eller justeras för att säkerställa att de är relevanta för att följa nära vård. I det fortsatta arbetet är ambitionen att utöver indikatorer också presentera relevanta bakgrundsmått för att sätta utvecklingen mot en nära vård i ett sammanhang och underlätta bedömningen av de resultat som indikatorerna är tänkta att belysa.

Juridiska förutsättningar för att inhämta aggregerade resultat från huvudmännen

Inledning

Inom ramen för deluppdrag II har Socialstyrelsen i uppdrag att utreda de rättsliga förutsättningarna för huvudmännen att samla in och behandla personuppgifter samt sammanställa uppgifterna till resultat på aggregerad nivå i syfte att åstadkomma en nationell redovisning av uppgifter från vården, med fokus på primärvården, som inte utgör personuppgifter. I uppdragets delrapport från november 2019 redogjordes för dessa rättsliga förutsättningar [4]. Bland annat bedömdes att det finns ytterst begränsade möjligheter att behandla, och därmed också att sambearbeta, personuppgifter från patientjournaler över vårdgivargränser. Vissa skrivningar i novemberrapportens sammanfattning har dock visat sig kunna tolkas på olika sätt. Därför gör myndigheten nedan vissa förtydliganden.

I delrapporten från november 2019 beskrivs att det finns sekretessbrytande bestämmelser som gör det möjligt för regioner och kommuner att organisera sin verksamhet i olika myndigheter, exempelvis olika hälso- och sjukvårdsnämnder, utan att det uppstår sekretessgränser dem emellan (se 25 kap. 11-14 §§ offentlighets- och sekretesslagen [2009:400]). Socialstyrelsen vill understryka att de sekretessbrytande bestämmelserna som avser hälso- och sjukvården endast gäller för olika myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård inom en region eller i en kommun. Detta innebär att hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar att en uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden lämnas ut från en privat vårdgivare till en region, eftersom motsvarande sekretessbrytande bestämmelse enligt ovan inte finns avseende de privata vårdgivarna för att möjliggöra ett utlämnande till regionerna. Av det följer också att regionerna inte får behandla sådana uppgifter från privata vårdgivare.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att det i huvudsak inte är möjligt för myndigheten att samla in aggregerade uppgifter om primärvården som bedrivs i privat regi via befintliga regionala datalager/databaser. Detta då den insamling och behandling av personuppgifter som skulle behöva utföras i regionerna i huvudsak bedöms sakna lagstöd.

Detta innebär att två möjliga alternativ återstår för att Socialstyrelsen ska kunna inhämta resultat på aggregerad nivå om regionernas primärvård:

Alternativ 1: Socialstyrelsen samlar in aggregerade data direkt från varje enskild vårdgivare. Detta skulle i praktiken innebära insamling av aggregerade uppgifter dels från 21 regioner avseende den vård som bedrivs i egen

regi, dels från varje enskild privat vårdgivare. Något som sannolikt skulle innebära omfattande administrativt merarbete¹⁰.

Alternativ 2: Socialstyrelsen samlar in aggregerade data från respektive region avseende samtliga vårdgivare. Insamlingen förutsätter att underliggande inrapportering av uppgifter från privata vårdgivare till respektive region utgjorts av aggregerade data (inte personuppgifter). Detta skulle kunna handla om mängduppgifter som vårdgivare redan idag rapporterar in till regionen eller om ny inrapportering. För eventuell ny insamling av sådana uppgifter behöver nyttan ställas mot kostnaden i form av merarbete för respektive vårdgivare och region.

Inget av ovanstående alternativ bedöms dock ge möjlighet att följa vårdutnyttjande, vårdförlopp eller -kvalitet på ett samlat sätt för specifika patient- eller diagnosgrupper.

¹⁰ Knappt hälften av de över 1000 vårdcentralerna i landet bedrivs i privat regi.

Uppföljningsområden och urval av indikatorer för att följa omställningen

Urvalskriterier

Enligt uppdraget ska huvudfokus för uppföljningsuppdragen vara på primärvården vilket inkluderar den kommunala hälso- och sjukvården. Omställningen berör dock hela vårdssystemet och Socialstyrelsen anser därför att det är viktigt att även följa utvecklingen inom den specialiserade vården och hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.

Enligt deluppdrag III ska Socialstyrelsen beskriva effekter av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akutsjukvården samt övrig specialiserad vård. Dessa delar som tillhör deluppdrag III kommer emellertid att redovisas inom deluppdrag II. I lagrådsremissen den 16 april [3] betonas att omställningen inte får ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården, varför indikatorer som speglar effekter avseende kvalitet och tillgänglighet inom akutsjukvården behöver inkluderas i uppföljningen. Socialstyrelsen har hittills i viss mån beaktat behovet av uppföljning av effekter inom den specialiserade vården. I det fortsatta arbetet kommer fler förslag om hur man kan följa exempelvis utvecklingen av kvaliteten i den akuta sjukvården att inkluderas.

Det framtida indikatorsetet är tänkt att skapa en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens utveckling och belysa omställningens centrala dimensioner. En strävan har varit att identifiera ett antal breda indikatorer vilka kan spegla flera viktiga aspekter av vårdens utveckling samtidigt.

Det finns potentiellt ett stort antal indikatorer som är relevanta för att följa omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen begränsar inte antalet relevanta mått eller indikatorer antalsmässigt men har försökt att bland relevanta mått identifiera ett begränsat antal ”huvudindikatorer” som kan användas för att på övergripande nivå följa omställningen. Myndigheten bedömer att det ligger i linje med utredningens förslag om att på övergripande nivå följa fyra storheter, samt regeringens uppdrag 2019 till Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården [6]. Det finns också goda argument för att i en uppföljningsmodell begränsa antalet övergripande indikatorer som vänder sig till beslutsfattare på nationell och regional nivå, samtidigt som fler och mer detaljerade indikatorer sannolikt behövs på andra nivåer av hälso- och sjukvårdssystemet [7].

Som nämnts tidigare har uppdraget i första hand utgått från befintliga datakällor. Detta bland annat i syfte att minimera det administrativa merarbetet av uppföljningen för vårdgivare och huvudmän.

Förslag på uppföljningsområden

Utifrån de underlag¹¹ Socialstyrelsen tagit del av uppfattar myndigheten att kärnan i omställningen, som är gemensam för samtliga regioner och kommuner, handlar om att skapa en mer personcentrerad, sammanhållen, hälsofrämjande, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård där primärvården i regionen utgör navet. Socialstyrelsens första förslag på indikatorer för att följa omställningen har delats upp i följande fyra områden. Det är dock värt att notera att flera av indikatorerna också belyser aspekter inom andra delområden:

Förutsättningar för god och nära vård.

Här kan exempelvis bemanning och kompetensutveckling, arbetsmiljö, ledarskap/chefskap, arbetssätt och införande av ny teknik/digitalisering ingå.

Nära vård – var sker vården? Här ingår mått såsom omfattningen och fördelningen av olika hälso- och sjukvårdsinsatser, exempelvis vårdutbud, vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning mellan primärvård och specialiserad vård. Dessa mått utgörs inte främst av indikatorer utan av mått som avser att beskriva vårdens fördelning mellan olika vårdformer och -nivåer, såsom exempelvis primärvårdens andel av vårdkontakterna, andel vård som sker med hjälp av digitala kontakter, hembesök etc. I upplevelsen av närhet kan också ligga hur väl samordnade vårdinsatserna är, möjligheten att kunna få regelbunden vård i sin hemmiljö och relationella aspekter. Indikatorer som belyser patientens upplevelse av hur väl exempelvis primärvården och den specialiserade vården samspelar för en bra helhet presenteras i den här rapporten under delområdet god och nära vård – fokus primärvård.

God och nära vård – fokus primärvård. Här ingår indikatorer som mer direkt speglar resultat för invånare och patienter i enlighet med utredningens målbild, framför allt inom primärvården. Här ingår såväl tillgänglighet och medicinsk kvalitet som processer som visar på kontinuitet samt personcentrerad och sammanhållen vård.

God och nära vård – systemeffekter, som mer indirekt speglar hur vården som helhet fungerar, såsom exempelvis återläggningar, akutvårdsutnyttjande, fallskador samt väntetider inom den specialiserade vården. Systemeffekterna gör emellertid inte anspråk på att täcka hela hälso- och sjukvårdssystemet, utan speglar snarare delsystem inom detsamma.

Utöver föreslagna indikatorer och mått på ovan nämnda områden finns också behov av att presentera **bakgrundsmått** för en god och nära vård inom områden som demografi, sjuklighet/vårdbehov och tillgång till personal. Planen är att ta fram sådana relevanta bakgrundsmått i nästa fas av arbetet.

I översikten nedan presenteras de övergripande indikatorområdena, delområden och förslag på frågor som den samlade uppföljningen av omställningen till en nära vård, såväl kvantitativ som kvalitativ, är tänkt att besvara. Till

¹¹ Underlagen består av uppdrag, betänkanden och remissvar avseende utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård; överenskommelser om nära vård mellan regeringen och SKR 2019 och 2020 och tillhörande lägesrapporter från regioner; underlag från intervjuer och fallstudier från regioner och kommuner samt intervjuer med företrädare för professions- och patientorganisationer; och information som framkommit vid möten med nationella primärvårdsrådet och regionernas och kommunernas grupp för nära vård som samordnas av SKR.

merparten av delområdena finns också en förflyttning beskriven i korta ordalag, vilken beskriver den förändring som omställningen är tänkt att innebära. Dessa förflyttningar är i stor utsträckning hämtade från SKRs arbete kring mål och indikatorer för att följa omställningen [8], vilket i sin tur bygger på arbeten av bland andra Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Socialstyrelsen har sett ett värde i att använda dessa förflyttningar då de bedöms spegla en samsyn av vad som utgör kärnan i omställningen.

Samtliga presenterade områden behöver vidare arbete innan ett mer komplett indikatorset kan presenteras. På vissa områden, såsom exempelvis e-hälsa respektive övriga förutsättningar, presenteras endast resonemang om vilken typ av indikatorer som skulle vara relevanta att följa. Vad gäller området God och nära vård – fokus primärvård presenteras under hälsofrämjande endast indikatorer som handlar om levnadsvanor. Dessa behöver kompletteras med andra typer av mått avseende exempelvis befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete och sjukdomsförebyggande åtgärder.

Flera viktiga områden återfinns inte under egen rubrik. Det gäller exempelvis delområdena jämlik vård och patientsäkerhet. Aspekter som rör patientsäkerhet är tänkta att inkluderas under andra delområden såsom exempelvis medicinsk kvalitet eller systemeffekter.

Jämlik vård är ett centralt område för omställningen vilket behöver beaktas och integreras i samtliga övriga områden och delområden av omställningen. Ambitionen är att i nästa steg av arbetet mer systematiskt spegla jämlik vård genom att presentera resultat uppdelat på exempelvis kön och utbildningsnivå i samtliga fall där så är möjligt/relevant. Därutöver finns planer på att utveckla indikatorer vilka syftar till att belysa huruvida exempelvis resurser, bemanning och tillgänglighet står i proportion till uppskattat vårdbehov hos olika grupper.

Merparten av indikatorerna som presenteras utgörs av redan befintliga indikatorer eller patientrapporterade mått, men har i ett antal fall anpassats för att i högre grad belysa god och nära vård. Detta exempelvis genom att följa vårdkonsumtion för patienter med kronisk sjukdom och systemeffekter för patienter med kommunal hälso- och sjukvård.

Uppföljningsområden – god och nära vård

Förutsättningar för god och nära vård

Ekonomiska resurser	Har primärvården och andra delar av vården de resurser som behövs för sitt uppdrag?
Bemanning, kompetens och utbildning	Har primärvården och andra delar av vården de förutsättningar vad gäller bemanning, utbildning, forskning och utveckling som krävs för en god vård och en hållbar arbetsmiljö?
E-hälsa och digitala förutsättningar	Har primärvården och andra delar av vården de digitala förutsättningar som behövs för en sammanhållen, god och nära vård?
Övriga förutsättningar	Har primärvården och andra delar av vården övriga förutsättningar för att bedriva en god och nära vård?

Nära vård – var sker vården?

Delområde	Fråga	Rörelse/förflyttning
Primärvårdens verksamhetsandel	Hur stor andel av hälso- och sjukvården utgörs av primärvård?	Mot en förstärkt och mer tillgänglig primärvård
Vårdkonsumtion	Tillhandahålls hälso- och sjukvården i huvudsak nära patienten?	

God och nära vård – fokus primärvård

Delområde	Fråga	Rörelse/förflyttning
Personcentrering	Är patienterna delaktiga och medskapande i hälso- och sjukvården?	Från patienten som passiv mottagare till aktiv medskapare
Kontinuitet och samordning	Tillhandahålls hälso- och sjukvården med god kontinuitet och samordning?	Från fragmenterad till sammanhållen hälso- och sjukvård
Hälsofrämjande	Är hälso- och sjukvården hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande?	Från reaktiv till proaktiv hälso- och sjukvård
Tillgänglighet	Har invånarna tillgång till hälso- och sjukvård när, och på det sätt, de behöver?	Mot bättre tillgänglighet på invånarnas villkor, och efter behov
Medicinsk kvalitet	Är den medicinska kvaliteten i primärvården god?	Mot ökad kompetens och kvalitet i primärvården

God och nära vård – systemeffekter

Delområde	Fråga	Rörelse/förflyttning
Förtroende	Har befolkningen och patienterna förtroende för hälso- och sjukvården?	Mot ökat förtroende för primärvården och hälso- och sjukvården i stort
Påverkbar specialistvård	Hur utvecklas utnyttjandet av slutenvård och akut-sjukvård för relevanta grupper?	Mot bästa omhändertagandenivå
Tillgänglighet	Hur påverkas tillgängligheten inom specialistvården?	Mot ökad tillgänglighet efter behov i hela hälso- och sjukvården
Effektivitet	Vilka resultat når hälso- och sjukvården i förhållande till använda resurser?	Mot en effektiv och hållbar hälso- och sjukvård

Indikatorer för att följa omställningen – ett första förslag

Läsanvisning

Nedan följer Socialstyrelsens förslag på indikatorer uppdelat per område i enlighet med beskrivning i föregående kapitel. Vänligen notera att det rör sig om ett första förslag och underlag för diskussion, baserat på befintliga och i flera fall otillräckliga datakällor. Förslaget ger en struktur för arbetet med uppföljning men gör inte anspråk på att presentera ett fullständigt indikatorset för att följa omställningen. På flera delområden saknas förslag helt eller delvis och det krävs mer arbete för att kunna presentera relevanta indikatorer (se avsnitt om förutsättningar för uppdraget). Vissa av förslagen avser tydligt definierade indikatorer medan andra avser indikatorområden vilka täcker flera ”underindikatorer”.

För ett antal av indikatorerna i rapporten har resultat i form av tidsserier tagits fram och presenteras i diagram. De uppgifter som presenteras är i flera fall preliminära och en fortsatt diskussion om respektive mått samt kriterier för urval av populationer, undersökningsvariabler etc. behövs. Resultaten som presenteras i diagrammen är framtagna som underlag för diskussion och utgör inte någon resultatredovisning av omställningen till en nära vård. I ett antal fall har inte uppgifterna ålderstandardiserats utöver att urvalet avser personer över en viss ålder. I vissa fall finns också osäkerhet kring tillförlitlighet i använda datakällor vilket behöver utredas närmare (se avsnitt om datakällor).

Resultaten i rapporten presenteras i diagramform och i ett antal fall endast på nationell nivå. I framtida presentationer kommer även tabeller med exakta antals- och andelsuppgifter att inkluderas. Dessutom är planen att i nästa skede presentera resultat på regionnivå, liksom på kommun- eller kommungruppsnivå där så är möjligt. Huvudfokus kommer då vara på att följa indikatorer över tid för respektive region och kommun/kommungrupp, snarare än att jämföra huvudmän med varandra. I rapportens diagram presenteras endast vissa uppgifter könsuppdelat. I framtida arbete, när urvalet av indikatorer kommit längre, kommer samtliga uppgifter där det är möjligt att också presenteras uppdelat på kön. Därutöver finns en ambition att i nästa steg följa fler relevanta grupper än äldre och de grupper med kronisk sjukdom som hittills valts ut.

Nedan presenteras en översikt över föreslagna områden och indikatorer. I översikten har en bedömning av möjligheten att ta fram resultat för respektive indikator inkluderats.

Uppföljningsområden och indikatorer		Status*
Förutsättningar för god och nära vård		
Ekonomiska resurser	1. Kostnader för primärvården	1
	2. Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna	1
Bemanning, kompetens och utbildning	3. Allmänspecialister och distriktssköterskor i primärvården	1
	4. Andel specialister i allmänmedicin av alla specialistläkare	1
Övriga förutsättningar	5. Rutin för samverkan vid vårdplanering	1, 4
Nära vård – var sker vården?		
Primärvårdens verksamhetsandel	6. Vårdkontakter i primärvård respektive specialiserad vård	1
	7. Besök hos psykolog eller kurator i primärvården	2
Vårdkonsumtion	8. Personer och vårdkontakter i specialiserad vård	1
	9. Läkemedelsförskrivning i primärvård och specialiserad vård	1
God och nära vård – fokus primärvård		
Personcentrering	10. Patientens upplevelse av delaktighet	1
	11. Upplevelse av trygghet i äldreomsorgen	1
Kontinuitet och samordning	12. Andel patienter med fast läkarkontakt	4
	13. Kontinuitetsindex vid kronisk sjukdom eller samsjuklighet	2
	14. Patientupplevd kontinuitet	1
	15. Andel patienter med samordnad individuell plan (SIP)	2
	16. Patientens upplevelse av vårdens samordning	1
Hälsöfrämjande	17. Rådgivning vid ohälsosam levnadsvana	1, 4
	18. Diskussion om levnadsvanor (patientrapporterad)	1
Tillgänglighet	19. Kontakt med primärvården samma dag	1
	20. Patienternas upplevelse av kontaktsätt till primärvården	1
	21. Medicinsk bedömning inom tre dagar	1, 4
	22. Tillgänglighet till läkare i kommunal hälso- och sjukvård	1, 3
	23. Barn och unga som får ett besök på första linjen inom tre dagar	2
Medicinsk kvalitet	24. Patientens erfarenhet av tillgodosett vårdbehov	1
	25. Äldre med läkemedel som bör undvikas	1
	26. Blodsockervärde vid diabetes typ-2	1
	27. Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion	1
God och nära vård – systemeffekter		
Förtroende	28. Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen	1
	29. Förtroende för sin hälso-/vårdcentral	1
Tillgänglighet	30. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	1
	31. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup	1
	32. Överbeläggningar och utlokaliseringar	1
Påverkbar specialistvård	33. Oplanerade återinskrivningar bland äldre	1
	34. Utskrivningsklara patienter på sjukhus	1
	35. Fallskador bland personer 65 år eller äldre	1
	36. Besök på akutmottagning bland personer 80 år eller äldre	1, 4
* 1. Går att ta fram idag med hjälp av befintlig datakälla; 2. Går sannolikt att ta fram inom 1-2 år med hjälp av datakälla under uppbyggnad/utveckling; 3. Kräver sannolikt ny datakälla; 4. Behöver utredas närmare.		

Förutsättningar för god och nära vård

Socialstyrelsen har identifierat fyra områden av påverkbara¹² förutsättningar för omställningen som viktiga att följa: ekonomiska resurser; bemanning, kompetens och utbildning; e-hälsa; och övriga förutsättningar.

Utredningen lyfter fram bemanning och kompetens samt e-hälsa som viktiga att följa och föreslår primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna som uppföljningsmått. Därutöver finns behov av att spegla viktiga steg på vägen som tas av regioner och kommuner i omställningsarbetet, som rör exempelvis beslut eller rutiner för samverkan.

Ekonomiska resurser

De ekonomiska resurserna som tilldelas primärvården kan både ses som en förutsättning för omställningen, men också som ett mått på primärvårdens andel av verksamheten. Enligt direktivet¹³ till utredningen ”behöver det svenska hälso- och sjukvårdssystemet reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En överföring av resurser till primärvården bör ske gradvis och med en tydlig långsiktig målbild”.

I syfte att följa förutsättningarna vad gäller resurstilldelning föreslår Socialstyrelsen att kostnader för primärvården per invånare respektive per patient¹⁴, samt primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader¹⁵, liksom kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården följs. Det är emellertid idag svårt att skilja mellan kostnader för vård och kostnader för omsorg i kommunerna, varför förslaget till en början är att följa de totala kostnaderna för vård och omsorg om äldre¹⁶. Då vård och omsorg är tätt sammanknutna och beroende av varandra för en fungerande helhet kring patienten, är det även relevant att följa kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre som helhet. Detta i synnerhet vad gäller personer i särskilt boende, där över 90 procent har kommunal hälso- och sjukvård.

Presenterade kostnadsmått bör följas tillsammans med andra mått såsom bemanning och kompetens för att kunna spegla vilka resurser primärvården har tillgång till¹⁷. För att följa om uppdraget står i paritet med resurserna bör kostnaderna också ställas i relation till vårdens omfattning i olika delar av

¹² Med påverkbar menas här att det är möjligt för sjukvårdens huvudmän att påverka utfallet för måttet/indikatorn.

¹³ Kommittédirektiv 2017:24 Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

¹⁴ För att kunna följa kostnader per patient i hela vårdssystemet krävs dock att befintliga hälsodataregister kompletteras med uppgifter om patienters vårdhändelser i primärvården respektive hos andra yrkeskategorier inom den specialiserade vården än läkare.

¹⁵ I utredningen omnämns detta mått *Kostnadsandel (procent) i det som definieras som regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i regionerna*.

¹⁶ I nationalräkenskaperna görs en särredovisning av redovisade kostnader i kommunernas räkenskapsammandrag avseende kommunal häls- och sjukvård. Denna uppdelning baserar sig dock på en schablon snarare än redovisning av verkliga kostnader vilket gör uppgiften osäker.

¹⁷ Enligt utredningen en samordnad utveckling för en god och nära vård bör en resursöverföring från sjukhusvård till primärvård ske. Utredningen framhåller dock att en sådan resursöverföring inte enbart kan beskrivas i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning, och ibland om att tillgängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och/eller nya tekniska lösningar.

hälso- och sjukvårdssystemet. Uppföljning bör också göras där kostnader relateras till uppskattat vårdbehov och -kvalitet. Denna typ av uppföljning är tänkt att utvecklas inom delområdet effektivitet (se avsnitt om systemeffekter).

Det finns en rad utmaningar med att använda kostnader som mått på tilldelade resurser liksom för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling. I bilaga 1 återfinns en kort redogörelse för några av de faktorer som behöver beaktas vid uppföljning av kostnader inom hälso- och sjukvården.

1. Kostnader för primärvården

Kostnader för primärvården per invånare utgör ett nyckeltal som är väsentligt att följa över tid för att bland annat säkerställa att de resurser som tillförs står i paritet med uppdraget. Allt annat lika borde resurserna till primärvården per invånare öka över tid till följd av ett utökat åtagande. Det går dock inte att sätta ett mål för hur stora kostnaderna per invånare eller patient¹⁸ borde vara. Tabell 1.1 visar en jämförelse av kostnaderna per invånare mellan åren 2014 och 2018. Kostnaderna för regionernas primärvård och öppenvård har ökat medan kostnaderna för slutenvården minskat under perioden. Inom kommunerna har kostnaderna för vård och omsorg om äldre per invånare minskat¹⁹. Kostnaderna har under perioden minskat mer inom särskilt boende jämfört med ordinärt boende²⁰. Något som bland annat hänger samman med en strukturell förändring kopplad till färre platser på särskilt boende och fler som vårdas i ordinärt boende.

1.1. Nettokostnader per invånare för hälso- och sjukvård respektive vård och omsorg om äldre 2014-2018

Kronor per invånare i fasta priser (2018)¹.

	2014	2015	2016	2017	2018	Förändring 2014-2018
Regioner²						
Regionernas primärvård	4 511	4 616	4 551	4 624	4 654	3 %
Specialiserad vård (regionerna)	16 727	16 772	16 897	16 858	16 833	1 %
Varav öppenvård	7 268	7 336	7 569	7 588	7 584	4 %
Varav slutenvård	9 279	9 246	9 130	9 060	9 041	-3 %
Hälso- och sjukvård totalt	24 075	24 412	24 462	24 617	24 520	2 %
Kommuner						
Vård och omsorg om äldre ³	10 994	11 025	10 893	10 831	10 687	-3 %
Varav ordinärt boende äldreomsorg	4 716	4 819	4 723	4 696	4 647	-1 %
Varav särskilt boende äldreomsorg	6 126	6 054	6 024	5 991	5 898	-4 %

¹ Såväl regionernas som kommunernas kostnader har fastprisberäknats med hjälp av landstingsprisindex (LPIK exkl. läkemedel).

² Region Gotland ingår inte. För regionernas nettokostnader exkluderas kostnader för läkemedel inom förmånen.

³ Observera att denna verksamhet inkluderar såväl kostnader för kommunal hälso- och sjukvård som omsorg om äldre.

Källa: SCB:s räkenskapssammandrag.

¹⁸ Det skulle också vara relevant att följa kostnader per patient. Det är dock inte möjligt att följa inom samtliga delar av vården för närvarande.

¹⁹ Kostnaderna *per brukare* i särskilt boende respektive ordinärt boende har dock ökat något under samma period.

²⁰ Observera att kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre fastprisberäknats med hjälp av LPIK. Vid fastprisberäkning med hjälp av OPI, omsorgsprisindex, blir minskningen av kostnaderna per invånare något lägre.

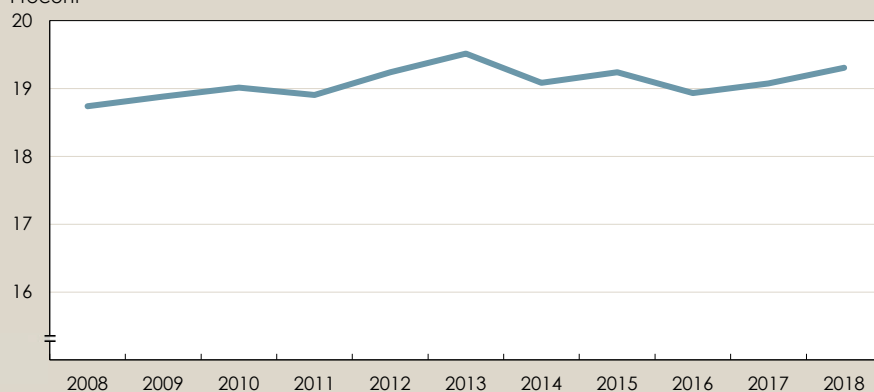
2. Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna

I diagrammet nedan presenteras primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader. I denna kan ses en svag ökning av primärvårdens kostnadsandel under perioden. I denna andel ingår inte primärvårdsansluten hemsjukvård, vilken i hög grad skiftats över från regioner till kommuner under den aktuella perioden (se diagram 2.1). I dagsläget går det inte att urskilja kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården från den övriga omsorgen. Därför går det inte att räkna ut kostnadsandelen för all primärvård (kommunal och regional) i relation till totala hälso- och sjukvårdskostnader. Möjligheten att presentera sådana uppgifter kommer dock att undersökas i det fortsatta arbetet.

2.1. Kostnadsandel regionernas primärvård

Primärvårdens kostnader som andel av de totala kostnaderna för regionernas hälso- och sjukvård (exklusive primärvårdsansluten hemsjukvård, läkemedel inom förmånen och tandvård)

Procent

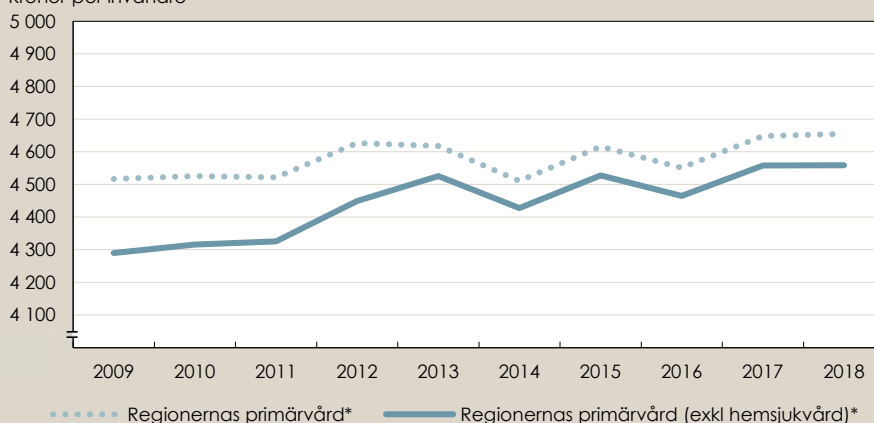


Källa: Räkenskapssammandrag, Statistiska Centralbyrån.

2.2. Nettokostnad regionernas primärvård

Nettokostnad kronor per invånare, 2018 års priser enligt LPIK

Kronor per invånare



* exkl läkemedel inom förmånen.

Källa: Räkenskapssammandrag, Statistiska Centralbyrån.

Bemanning, kompetens och utbildning

Utredningens förslag skiljer sig från nuvarande lagstiftning i att primärvården föreslås ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer avancerad vård behöver utföras i primärvården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser [2]. Utvecklingen av bemanning, kompetens, utbildning, forskning och utveckling är alla viktiga att följa såväl för vårdens utveckling i sig som ur ett arbetsmiljöperspektiv. Arbetet med att utveckla indikatorer på dessa områden kommer att genomföras i samverkan med bland andra Socialstyrelsens uppdrag att redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården, liksom det arbete som bedrivs inom ramen för det nyinrättade Nationella vårdkompetensrådet²¹.

3. Allmänspecialister och distriktssköterskor i primärvården

Nedan presenteras förslag på bemanningstal som kan vara relevanta att följa givet behovet av att förstärka primärvården med viss specialistkompetens. Då uppgifter saknas om hur många inom olika legitimerade yrkesgrupper som är sysselsatta specifikt i primärvården har myndigheten valt att inledningsvis följa två nyckeltal avseende legitimerade yrkesgrupper som företrädesvis bedöms vara verksamma inom primärvården: Antal sysselsatta²² specialistläkare i allmänmedicin respektive distriktssköterskor per 100 000 invånare²³. Dessa utgör båda centrala yrkeskategorier för en väl fungerande primärvård, inte minst vad gäller möjligheterna till en sammanhållen vård med god kontinuitet och hälsofrämjande arbete på hälso- och vårdcentraler. Enligt Nationella planeringsstödet 2020 [9] bedömer samtliga regioner att efterfrågan på specialistsjuksköterskor är större än tillgången och flera nämner specifikt brist på distriktssköterskor. Enligt samma rapport bedömer 19 av 21 regioner att det är brist på specialistläkare och flera uppger att det bland annat gäller specialister i allmänmedicin.

Av diagram 3.1 framgår att antalet specialistläkare i allmänmedicin i förhållande till befolkningens mängd i princip varit konstant under de senaste 10 åren medan antalet distriktssköterskor förefaller ha minskat²⁴. För att få en rättvisande bild av utvecklingen är det relevant att ta fram motsvarande uppgifter om antalet verksamma inom primärvården för såväl andra typer av specialistläkare som för specialistsjuksköterskor, liksom för andra legitimerade yrkesgrupper såsom fysioterapeut, arbetsterapeut, psykologer, kurator och dietist. Detta för såväl regionernas primärvård som för den kommunala hälso- och sjukvården. Då krävs emellertid att det går att urskilja hur många som är sysselsatta inom just primärvården²⁵.

²¹ Nationella vårdkompetensrådet är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Nationella vårdkompetensrådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Rådet är placerat på Socialstyrelsen med ett tillhörande kansli

²² Sysselsatt är ett relativt grovt mått. Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas definieras det som att personen i fråga utfört lönearbete minst fyra timmar under en november månad aktuellt år.

²³ Observera att nyckeltalen avser sysselsatta inom samtliga näringsgrenar vilket sannolikt innebär en viss överskattning i relation till det antal som faktiskt arbetar med hälso- och sjukvård på vårdcentral, klinik eller annan vårdgivare.

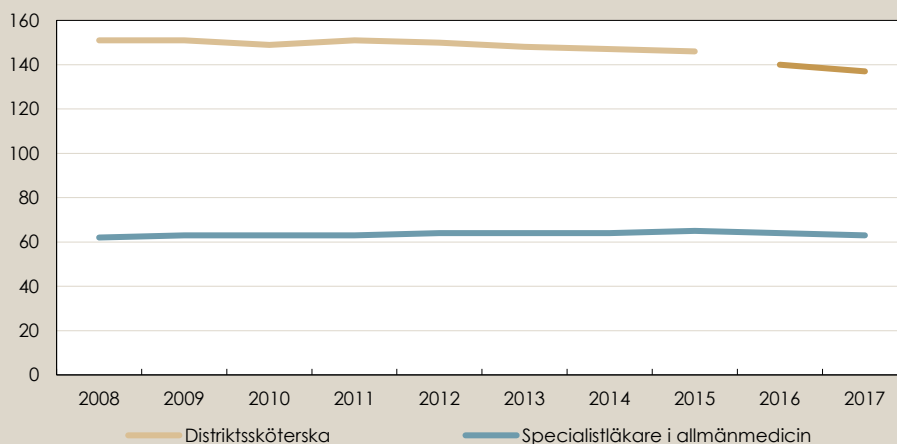
²⁴ Då tidsserien är bruten går det inte att med säkerhet säga att antalet distriktssköterskor har minskat.

²⁵ Möjligheten att göra detta med hjälp av befintliga datakällor på Socialstyrelsen undersöks för närvarande.

Statistiken behöver också kompletteras med uppgifter om ålderssammansättning och uppskattning av vårdbehov hos befolkningen. Parallellt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan det också vara relevant att följa utvecklingen för andra yrkesgrupper såsom exempelvis administrativ personal.

3.1. Allmänspecialister och distriktssköterskor

Antal allmänspecialister och distriktssköterskor* sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, samtliga näringsgrenar.



* Från och med 2016 består urvalet av en delvis annan grupp specialistsjuksköterskor vilket gör att jämförelse med uppgifter före detta år riskerar att bli missvisande.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas

4. Andel specialister i allmänmedicin av alla specialistläkare

Nyckeltalet utgör en vidareutveckling av utredningens förslag att följa andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin som andel av totalt antal utfärdade specialistbevis. Emellertid fokuserar måttet på specialistläkare i allmänmedicin som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård. Andel sysselsatta allmänspecialister respektive andra specialister är variabler som regioner har viss möjlighet att påverka.

Nyckeltalet ger en indikation på hur den faktiska tillgången på relevanta specialister som sannolikt är sysselsatta i primärvården förhåller sig till totalt antal sysselsatta specialistläkare och kan spegla i vilken grad primärvården prioriteras vad gäller specialistresurser visavi andra delar av vården. Mellan år 2008 och 2017 sjönk andelen sysselsatta specialistläkare i allmänspecialister av totalt antal specialistläkare med en dryg procentenhet²⁶. Nyckeltalet kan påverkas av om aktuell region har regionsjukhus/universitetssjukvård²⁷

²⁶ Andelen specialister i allmänmedicin av alla specialister som är yrkesverksamma i hälso- och sjukvården minskade under perioden från 23,6 procent till 22,0 procent.

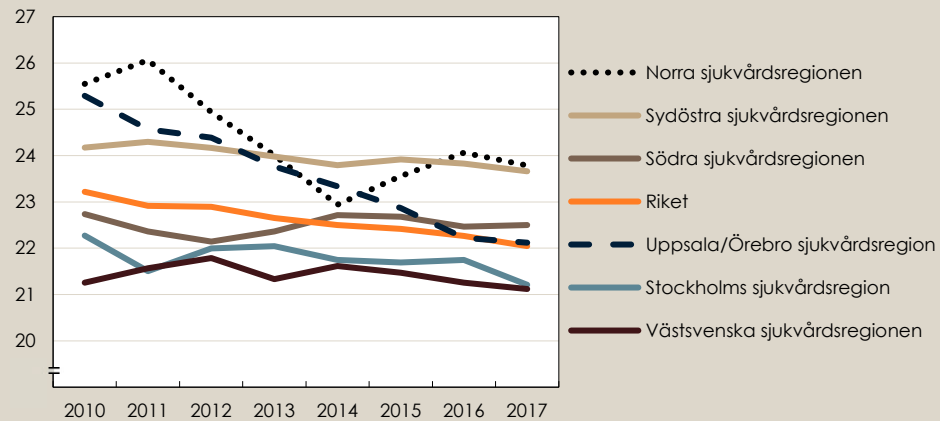
²⁷ Vid ett universitetssjukhus bedrivs förutom sjukvård också medicinsk forskning och utbildning av olika yrkesgrupper inom sjukvård såsom läkare. Regionsjukvård bedrivs vid Sveriges sju regionsjukhus, vilka har mer högspecialiserad vård än länssjukhus och länsdelssjukhus.

eller inte²⁸. I diagram 4.1 visas utvecklingen av andelen allmänläkare i respektive sjukvårdsregion.

4.1. Andel allmänläkare per sjukvårdsregion

Andel specialistläkare i allmänmedicin av alla specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård.

Procent



Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen.

När mer specifik information förhoppningsvis i framtiden finns att tillgå om vilka specialistläkare som är verksamma inom primärvården, går det att ytterligare precisera detta nyckeltal, samt att inkludera andra specialistläkare utöver specialister i allmänmedicin, såsom exempelvis specialister i geriatrik och barn- och ungdomsmedicin. Därutöver är det relevant att i framtiden på motsvarande sätt kunna följa både antal och andel specialistsjuksköterskor i såväl regionernas primärvård som inom kommunal hälso- och sjukvård med relevanta specialistinriktningar såsom exempelvis vård av äldre (gerontologi/geriatrik), psykiatri, palliativ vård och onkologi. Denna kompetens är nödvändig såväl för vårdens kvalitet i sig som för möjligheten att kunna tillhandahålla utbildnings- och praktikplatser och därmed bidra till kompetensförsörjningen på sikt.

I framtiden kan primärvården i ökad grad komma att bemannas med specialister vilka fortsätter att ha sin anställning i sjukhusvården, men som tjänstgör på deltid primärvården. Detta kan vara svårt att följa via befintliga datakällor, men kan möjligen följas på andra sätt, exempelvis via återkommande undersökningar till verksamheter i primärvården.

Övriga bemanningsrelaterade mått

Utöver ovan presenterade mått bedömer Socialstyrelsen att det är relevant att följa hur tillgången till olika legitimerade yrkeskategorier inom primärvården såsom fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog, kurator och dietist fördelar sig geografiskt över landet. Det skulle därför vara relevant att följa andel kommuner och/eller invånare där det finns tillgång till relevanta yrkeskategorier inom primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. Tillgången till olika yrkeskategorier är viktig för att säkerställa att patienterna i

²⁸ Regioner med universitetssjukvård har sannolikt fler specialister inom övriga specialitetsområden vilket påverkar andelstalet.

primärvården får tillgång till den specifika hälso- och sjukvårdskompetens som de behöver, och möjligheten att arbeta teambaserat utifrån den enskilda patientens behov. I dagsläget kan denna statistik avseende regionernas primärvård endast tas fram via väntetidsdatabasen, vilket innebär vissa begränsningar²⁹.

Socialstyrelsens enhetsundersökning inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård³⁰ utgör en möjlighet att följa bemanning av sjuksköterskor respektive omsorgspersonal per boende/brukare i särskilt boende. Socialstyrelsen har också inlett en förstudie om möjligheten att ta fram en motsvarande enhetsundersökning bland vårdgivare med inriktning mot hemsjukvård, vilken skulle kunna bidra till ökad kunskap om bemanning och kompetens i denna del av primärvården.

Slutligen kan nämnas att uppgifter från personalenkäter om *hållbart medarbetarengagemang*³¹ liksom *sjukskrivningar* och olika mått på *personalomsättning/-rörlighet* inom olika yrkesgrupper i primärvården kan utgöra viktiga indikatorer på förutsättningarna att rekrytera och behålla personal inom bland annat primärvården. Socialstyrelsen undersöker för närvarande möjligheterna att följa sjukskrivningar specifikt för hälso- och sjukvårdspersonal sysselsatt inom primärvården.

Indikatorer avseende utbildning, forskning och utveckling

Utöver nyckeltal för bemanning behöver också indikatorer som speglar förutsättningar för utbildning, forskning och utveckling tas fram. Detta arbete har ännu inte inletts men några tänkbara typer av mått skulle kunna utgöras av tillgång på utbildningsplatser, handledare, omfattning av fortbildning, tillgång till verktyg i metoder för delaktighet och hälsofrämjande arbete, liksom förutsättningar för och omfattning av forskning och utvecklingsarbete. Även organisatoriska strukturer för forskning bedöms som relevant att följa. Exempelvis kan det handla om att mäta hur mycket arbetstid läkare, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier lägger på forskning, andelen resurser som tilldelas forskning i primärvården samt initiativ såsom den nationella forskarskolan i allmänmedicin³².

Socialstyrelsens årliga enkätundersökning till huvudmännen om kommunal hälso- och sjukvård inkluderar från 2020 frågor om förekomst av överenskommelser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), erbjudande om

²⁹ Då insamlingen av data till väntetidsdatabasen enligt den nya uppföljningsmodellen relativt nyligen påbörjats återstår arbete med att validera uppgifterna. Uppgifter om tillgång till, och besök hos, olika personalkategorier bör dock omfatta samtliga besök som genomförts inom ramen för en viss vårdgivares verksamhet, oavsett om besöket skett genomförts hos en person som är anställd av vårdgivare eller är inhyrd eller på annat sätt kontrakterad av rapporterande vårdgivare.

³⁰ Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en undersökning som genomförs årligen av Socialstyrelsen där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden besvarar frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre.

³¹ SKR och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) erbjuder en modell och en enkät för att kontinuerligt utvärdera och följa upp arbetsgivarpolitiken i kommuner och regioner med fokus på hållbart medarbetarengagemang (HME). Enkäten består av nio frågor om motivation, ledarskap och styrning och gör det möjligt att jämföra resultat mellan huvudmän. Undersökningarna omfattar dock i förekommande fall endast personal som är anställd av respektive huvudman.

³² Nationella forskarskolan i allmänmedicin startade 2009 och syftar bland annat till att skapa livskraftiga kliniska forskningsmiljöer och att stimulera och förstärka forskarutbildning och därigenom främja rekrytering inom det kliniska forskningsområdet. <http://www.forsarskolanallmanmedicin.se/>

VFU-platser, tillgång till huvudhandledare eller adjungerad klinisk adjunkt (AKA), samt förekomst av kompetensutvecklingsplaner för fortbildning i palliativ vård respektive stroke³³. Frågorna som kommer att vidareutvecklas i kommande undersökningar.

I Socialstyrelsens rapport Utvärdering av universitetssjukvård [10] finns ett avsnitt om universitetssjukvårdsenheter inom allmänmedicin/primärvård. I granskningen uppmärksammas att ALF-medel³⁴ för forskning som erhållits av enheter inom allmänmedicin/primärvård utgör omkring 1–2 procent av totala forsknings-ALF i regionerna.

I ovan nämnda rapport presenteras en rad mått avseende utbildning, forskning och utveckling som kan vara relevanta att följa ur ett nära vård-perspektiv. De inkluderar fördelning av det totala antalet forskare inom primärvården som bedriver klinisk forskning per yrkesgrupp; andelen primärvårdsenheter som har minst en forskare/lärare anställd eller anknuten; andelen forskare respektive handledare i verksamhetsförlagd utbildning av det totala antalet tillsvidareanställda; och andelen forskare/lärare med minst 20 procent av sin arbetstid avsatt till forskning. Vidare följs förekomst av handlingsplan för systematisk implementering av kunskapsstöd liksom arbetsformer för ökad patientdelaktighet i forsknings- och utvecklingsarbetet³⁵.

Indikatorer och andra mått avseende utbildning, forskning och utveckling kommer att utvecklas i senare faser av arbetet. Detta arbete kommer att genomföras i samverkan med bland andra Socialstyrelsens uppdrag att redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården, liksom det arbete som bedrivs inom ramen för det nyinrättade Nationella vårdkompetensrådet³⁶.

E-hälsa och digitala förutsättningar

Utredningen lyfter fram utvecklingen av digitalisering kopplat till Vision E-hälsa 2025 [11] som en viktig förutsättning för omställningen. Enligt vision e-hälsa ska individen bland annat ha tillgång till lättillgänglig och kvalitets-säkrad information om hälsa, vård och omsorg samt åtkomst till dokumentation från sina tidigare insatser och behandlingar. Vidare ska medarbetare ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete. Slutligen ska beslutsfattare inom socialtjänst och hälso- och

³³ Frågorna handlar om 1) Förekomst av överenskommelser för samverkan om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) med universitet eller högskola för studenter inom hälso- och sjukvårdsprogram; 2) Huruvida kommunerna erbjuder VFU-platser till sjuksköterske-, arbetsterapeut-, fysioterapeut- och dietistprogram; 3) Förekomst av huvudhandledare eller adjungerad klinisk adjunkt (AKA); 4) Förekomst av övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård; samt 5) Förekomst av övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke.

³⁴ ALF är förkortningen av ett avtal mellan staten och sju regioner. Avtalet reglerar bland annat hur mycket statliga medel regionerna ska få för att medverka i utbildningen av läkare, bedriva klinisk forskning och utveckla hälso- och sjukvården. Det är Utbildningsdepartementet som betalar ut medlen.

³⁵ I det framtida arbetet behöver uppräknade indikatorer sannolikt anpassas så att de fokuserar på omställningen till en nära vård.

³⁶ Nationella vårdkompetensrådet är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Nationella vårdkompetensrådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Rådet är placerat på Socialstyrelsen med ett tillhörande kansli

sjukvård ha ändamålsenliga verktyg uppföljning av verksamheter och underlag för verksamhetsstyrning³⁷.

Vad gäller digitala vårdtjänster föreslog myndigheten i en rapport 2019 [12] att utvecklingen skulle följas med bland annat följande två indikatorer i hälso- och sjukvårdsbarometern: Andelen personer i befolkningen som har stort förtroende för digitala vårdbesök respektive andelen personer i befolkningen som har stort förtroende för 1177/Vårdguidens e-tjänster.

Myndigheten har ännu inte tagit fram något konkret förslag på nya indikatorer på området e-hälsa. Omfattningen av gemensam journalföring har dock identifierats som en viktig aspekt att följa. Här skulle utvecklingen av Nationell patientöversikt (NPÖ) kunna utgöra ett exempel³⁸. Detsamma gäller utvecklingen av digitala förutsättningar för att genomföra patientkontrakt. Implementeringen av patientkontrakt följs kvalitativt inom deluppdrag III.

Andra tänkbara mått att följa kan handla om hur stor andel av vårdcentralerna, respektive andra vårdnivåer, som erbjuder digitala vårdmöten, andel av besöken som genomförs i digital form samt vilka yrkesgrupper utöver läkare som omfattas av dessa besök. Andelen vårdcentraler respektive specialistvårdsmottagningar som är anslutna till webbtidbok utgör ett annat mått att följa. Deluppdrag III följer upp regionernas arbete med webbtidbok.

Därutöver skulle andel vårdcentraler som har tillgång till PrimärvårdsKvalitet samt andel verksamheter inom kommunal hälso- och sjukvård där Senior Alert³⁹ används som uppföljnings- och utvecklingsverktyg kunna utgöra tänkbara mått.

Socialstyrelsen genomför årligen en uppföljning av utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna [13], vilken inkluderar den kommunala hälso- och sjukvården. I denna uppföljning presenteras ett antal mått som kan vara intressanta att följa ur nära vård-perspektiv. Dessa inkluderar bland annat omfattning av digitala trygghetslarm, (samordnad) vårdplanering med stöd av video och möjlighet att dokumentera mobila besök digitalt. Vidare följs förekomst av strukturerad dokumentation. Uppföljningen inkluderar också andel kommunala verksamheter som kan ta del av, respektive göra information om sina patienter tillgänglig via NPÖ, samt andel verksamheter som registrerar åtgärder enligt KVÅ⁴⁰.

³⁷ En viktig del i vision e-hälsa handlar om förbättrade grundförutsättningar exempelvis vad gäller informationsöverföring och -säkerhet mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården. E-hälsomyndighetens leder ett viktigt arbete på detta område, vilket är en förutsättning för att kunna bygga upp exempelvis ett hälsodataregister för primärvården. Indikatorer avseende sådana grundförutsättningar bedömer dock Socialstyrelsen hör hemma inom ramen för uppföljning av vision e-hälsa snarare än inom deluppdrag II. Arbetet med att föreslå indikatorer för e-hälsa i det här sammanhanget kommer att fokusera på de faktiska digitala stöd och e-hälsotjänster som införs i hälso- och sjukvården och hur dessa bidrar till målbilden för en nära vård.

³⁸ NPÖ är en lösning för att öka möjligheten till informationsdelning vilket kan underlätta en sammanhållen journalföring. Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonal kan ta del av journalanteckningar från andra anslutna vårdgivare om patienten samtycker till detta. Det är fortfarande många vårdgivare som inte är anslutna och mängden information som görs tillgänglig i NPÖ skiljer sig åt mellan huvudmännen.

³⁹ Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Senior alert ska användas inom alla de vård- och omsorgsenheter som möter äldre personer med behov av vårdprevention, både inom kommunal- privat- och landstingsverksamheter.

⁴⁰ Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården.

Övriga förutsättningar

Bland övriga förutsättningar för god och nära vård återfinns exempelvis förutsättningar för samverkan mellan huvudmän, mellan vårdgivare respektive mellan vård- och omsorgsgivare. Det kan exempelvis handla om beslut på region- eller kommunnivå om samverkan, förekomst av strukturer och fora för samverkan, och om förekomst av rutiner, resurser och kompetens för samverkan. Flera av dessa aspekter följs upp kvalitativt inom ramen för deluppdrag III, bland annat genom en enkät till kommuner med frågor om samverkan mellan kommuner och regioner⁴¹. Utöver resultaten av denna enkät, vilka kommer att presenteras i en separat rapport i augusti 2020, kan det finnas behov av att identifiera fler mätetal som kan beskriva hur stor andel av regioner, kommuner och/eller vårdgivare som har viktiga förutsättningar för exempelvis samverkan på plats. I nuläget presenteras endast en indikator på detta område. Möjligheten att följa andra liknande mått kommer att undersökas närmare i nästa fas av arbetet.

5. Rutin för samverkan vid vårdplanering

Indikatorn *Rutin för samverkan vid vårdplanering* mäter andel särskilda boenden som har rutiner på ledningsnivå för hur vårdplanering av den enskildes hälso- och sjukvård ska genomföras tillsammans med den enskilde och i samverkan med ansvarig läkare och personal från det särskilda boendet. Syftet med denna vårdplanering är att strukturera och samordna genomförandet av vården och omsorgen samt att så långt som möjligt utforma och genomföra vården i samråd med den enskilde. Indikatorn berör samverkan mellan kommuner och regioner, som båda är ansvariga för att tillhandahålla hälso- och sjukvård, ofta till en och samma person. Indikatorn har valts då den utgör exempel på en typ av rutin som är viktig för att personcentrering och samordning av vården utifrån patientens behov. Indikatorn mäter om enheterna har upprättat en rutin samt om den följts upp men alltså inte i vilken mån samverkan vid vårdplanering de facto förekommer på individnivå i enskilda fall. Ju högre andel av boendena som har upprättat en rutin, desto bättre. Liknande befintliga mått finns exempelvis vad gäller *rutin för samverkan vid fördjupade läkemedelsgenomgångar*. Inom ramen för Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS, respektive missbruks- och beroendevård undersöks också regelbundet olika aspekter som rör samordning mellan huvudmän respektive vård- och omsorgsgivare vilka kan vara relevanta att följa ur ett nära vård-perspektiv framöver.

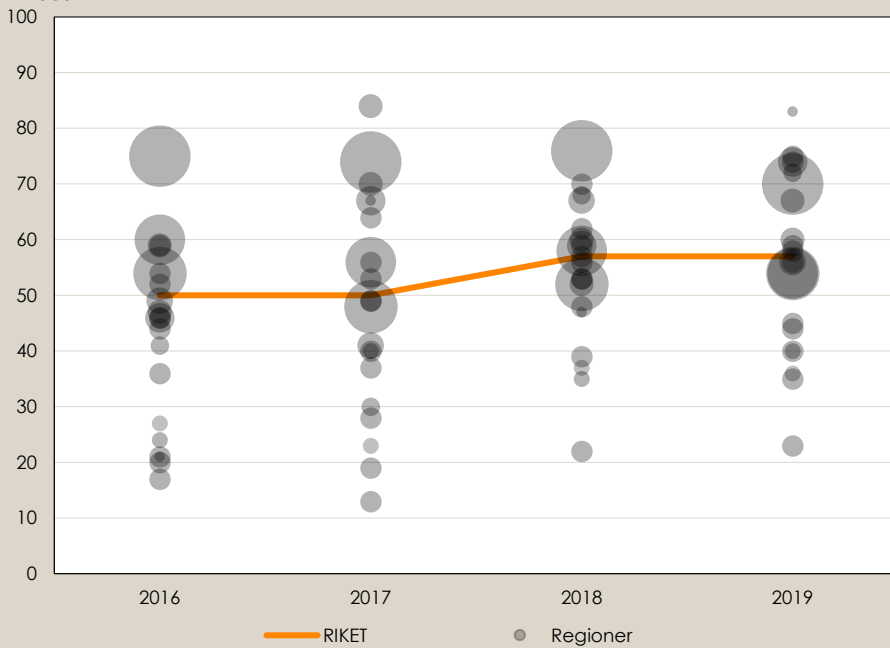
Diagram 5.1 visar att andelen särskilda boenden som uppger att de har en sådan rutin ökat från hälften till 57 procent sedan 2016.

⁴¹ Enkäten innehöll frågor om förekomst av gemensam målbild mellan kommunen och regionen avseende omställningen, samt om förekomst av formaliserad samverkan mellan kommunen och regionen när det gäller omställningen till en nära vård på politisk, tjänstemanna-, verksamhetschefs- och professionsnivå.

5.1. Rutin för vårdplanering i samverkan

Andel särskilda boenden som har rutin för vårdplanering i samverkan med ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal.

Procent



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Nära vård – var sker vården?

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att skapa en överblick över hur vårdutbudet och vårdkonsumtionen för olika patientgrupper fördelar sig mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet, liksom hur vårdkonsumtionen förändras över tid. Då det saknas nationella register för viktiga delar av vården, inte minst saknas uppgifter om merparten av primärvården⁴², är det svårt att skapa den helhetsbild av vårdsystemet som skulle behövas för att på ett önskvärt sätt kunna följa omställningen. Socialstyrelsen har ändå valt att försöka skapa en partiell bild med hjälp av befintliga nationella datakällor: patientregistret (specialiserad vård), läkemedelsregistret (specialiserad vård och primärvård) och registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård (primärvård) samt SKRs verksamhetsstatistik och den nationella väntetidsdatabasen.

Andel av vården som utförs inom primärvården

6. *Vårdkontakter i primärvård respektive specialiserad vård*

Fördelningen av det totala antalet vårdkontakter mellan olika delar av vården kan ge en övergripande bild av huruvida vården i högre utsträckning ges nära patienten och om primärvården tar ett större ansvar. Då uppgifter om antal besök endast går att ta fram via SKRs verksamhetsstatistik [14] blir måttet relativt grovt⁴³. Antal vårdkontakter är dessutom ett trubbigt mått för att följa hälso- och sjukvårdens insatser men antas ändå kunna säga något om vårdens omfattning i de olika delarna av systemet. Det går inte att definiera ett exakt mål för hur stor andel av besöken som borde ske i primärvård respektive specialiserad vård. Dock finns en uttalad ambition att slutenvården ska minska, liksom att regionernas primärvård ska ta ett större ansvar för samordningen av vården för de patienter som får vård där, varför ett antagande är att antalet vårdkontakter i primärvården i princip borde öka.

Diagram 6.1 visar antal vårdkontakter per invånare mellan olika delar av vården 2018 och diagram 6.2 visar motsvarande utveckling över tid. Diagram 6.3 visar utvecklingen över tid uttryckt som index. Besöken i öppen specialiserad vård respektive hos övriga yrkeskategorier⁴⁴ i primärvården har ökat under perioden, medan antalet vårdtillfällen i specialiserad vård respektive läkarbesök i primärvården har minskat.

Utvecklingen av antalet vårdhändelser inom olika delar av vården på regional och kommunal nivå är viktiga också ur ett jämlikhetsperspektiv, exempelvis vad gäller geografisk tillgång till specialist- respektive primärvård över landet. I nästa steg är planen att presentera uppgifter om tillgång till och

⁴² Idag finns inget hälsodataregister över primärvården och dessutom omfattar patientregistrets uppgifter om den öppna specialiserade somatiska vården endast läkarkontakter. För den öppna specialiserade psykiatriska vården pågår emellertid arbete med föreskrifter för att samla in data från andra personalkategorier än läkare.

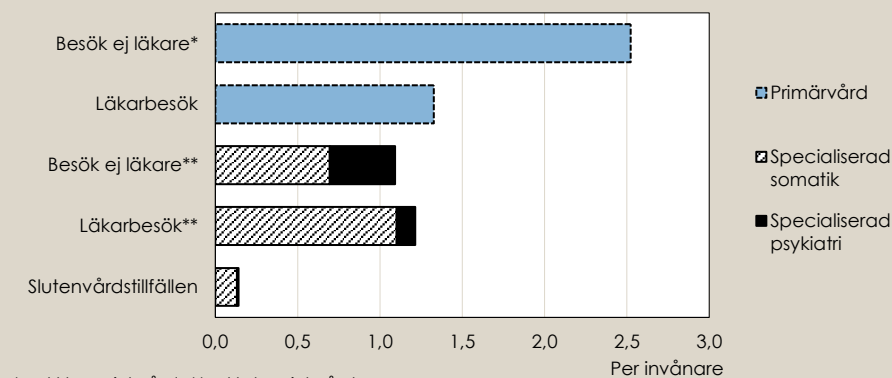
⁴³ Verksamhetsstatistiken presenterar endast besök hos olika yrkeskategorier men saknar information om exempelvis diagnos och åtgärder. Fördelningen av verksamhet mellan olika vårdnivåer skulle gå att följa med högre precision om ett primärvårdsregister skulle upprättas.

⁴⁴ Övriga yrkeskategorier utgörs i väntetidsdatabasen av övriga legitimerade yrkesgrupper samt undersköterska, skötare samt övriga (ospecificerat).

utnyttjande av specialist- respektive primärvård på regional (respektive kommunal) nivå, totalt och även ställt mot något mått på uppskattat vårdbehov såsom exempelvis CNI⁴⁵.

6.1. Vårdkontakter i primärvård och specialiserad vård 2018

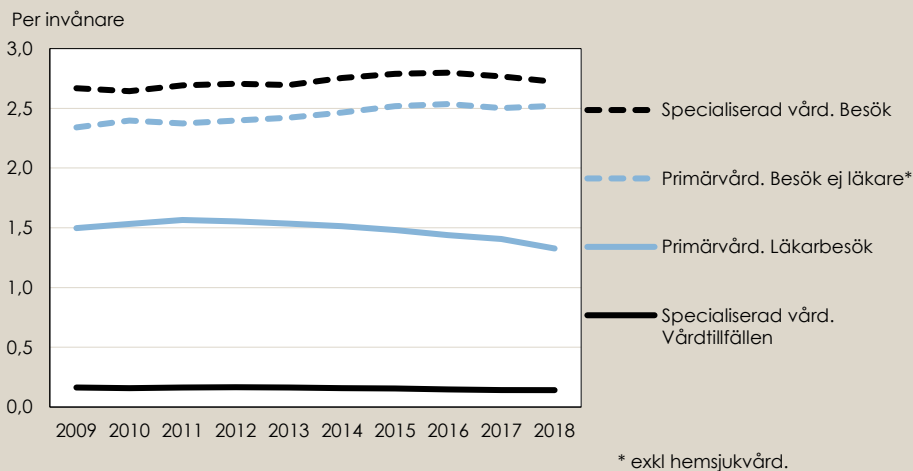
Besök och vårdtillfällen per invånare 2018.



Källa: Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner.

6.2. Vårdkontakter i primärvård och specialiserad vård, utveckling

Samtliga besök och vårdtillfällen per invånare.



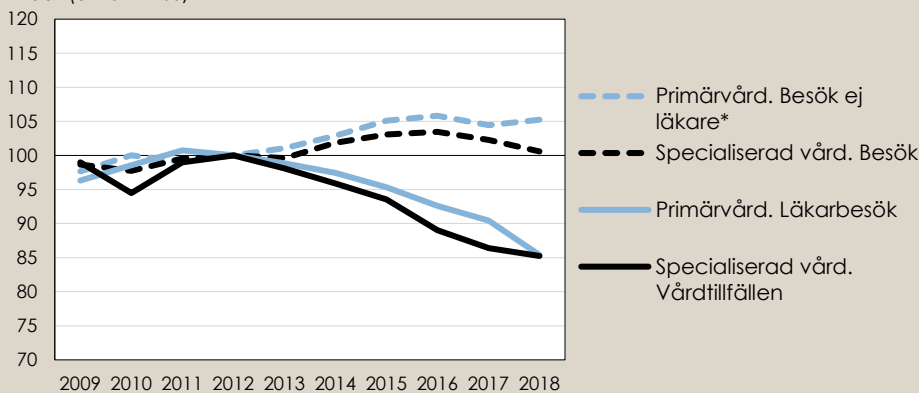
Källa: Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner.

⁴⁵ Care Need Index, CNI, är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa.

6.3. Vårdkontakter i primärvård och specialiserad vård, utveckling. Index år 2012=100

Samtliga besök och vårdtillfällen per invånare.

Index (år 2012=100)



* exkl hemsjukvård.

Källa: Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner.

I det framtida arbetet kan det vara intressant att komplettera uppföljningen med information om digitala besök eller andra distanskontakter inom såväl specialiserad vård som olika delar av primärvården.

7. Besök hos psykolog eller kurator i primärvården

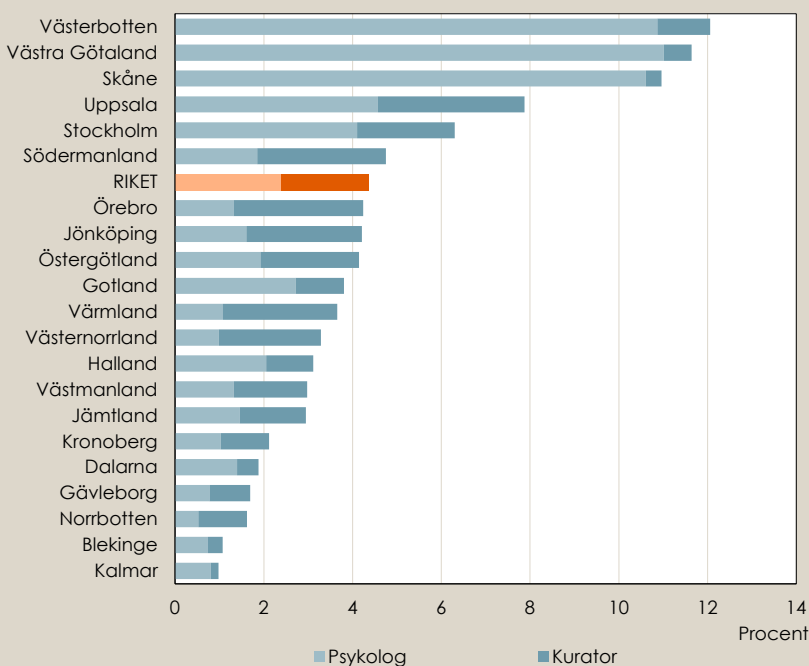
Primärvården spelar en viktig roll som första vårdinstans vid psykisk ohälsa. Därför menar Socialstyrelsen att det är relevant att följa de faktiska besöken hos yrkesgrupperna psykolog och kurator, i synnerhet i kombination med utbud och väntetider till första linjens psykiatri respektive barn och ungdomspsykiatri (BUP). Därför föreslår Socialstyrelsen att antalet besök per invånare, respektive andelen av besöken inom primärvården som sker hos psykolog eller kurator följs. Såväl antalet som andelen besök hos dessa yrkeskategorier kan väntas öka i takt med att primärvården tar ett större ansvar för framför allt lättare psykisk ohälsa. Det är viktigt att sätta antalet besök för psykisk ohälsa i primärvården i relation till antalet besök i den specialiserade psykiatriska öppenvården.

Diagram 7.1 utgör ett exempel på hur omfattningen av besök hos psykolog eller kurator kan illustreras. Andelen skiljer sig mycket mellan regioner, vilket bland annat kan bero på olika organisering av primärvården och psykiatri i respektive region. Uppgifterna är hämtade från väntetidsdatabasen, vars uppgifter ännu inte fullt ut validerats och används här endast som ett exempel på hur detta mätetal kan illustreras i framtiden⁴⁶.

⁴⁶ I dagsläget finns endast uppgifter för 2019 tillgängliga men planen är framför allt att kunna följa utvecklingen i respektive region över tid.

7.1. Andel av primärvårdsbesöken hos psykolog eller kurator

Andel av besöken i primärvård som genomfördes med psykolog eller kurator (mottagnings-, hem- och distansbesök), 2019.



Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning

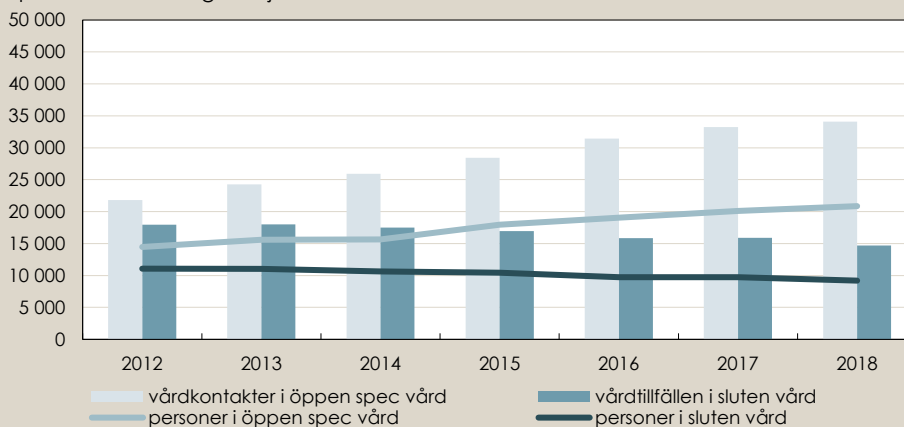
8. Personer och vårdkontakter i specialiserad vård

Utvecklingen av antal personer och vårdkontakter inom den specialiserade vården, sluten- respektive öppen vård, kan utgöra en indirekt indikator på omställningen till en mer nära vård. Detta framför allt vad gäller rörelsen från sluten till öppen vård. Utan motsvarande information vad gäller primärvården är det dock svårt att tolka eventuella förändringar avseende den öppna specialiserade vården.

Patienter med hjärtsvikt utgör en av de nio utvalda ”primärvårdsintensiva” patientgrupperna för vilka primärvården över tid kan förväntas ta ett allt större ansvar och vars slutenvårdensutnyttjande bedöms kunna påverkas av vilket omhändertagande de får i primärvården respektive den öppna specialiserade vården. Genom att följa utvecklingen av gruppens specialistvårdsutnyttjande kan vi därför delvis få en indirekt bild av hur vården för denna patientgrupp fungerar. I diagram 8.1 kan man se en minskning av sluten vård och en ökning av den öppna specialiserade vården för denna patientgrupp. Uppföljningen avser vårdkontakter där hjärtsvikt utgör huvuddiagnos.

8.1. Personer med hjärtsvikt och deras vårdkontakter i sluten och öppen specialiserad vård

Personer med någon vårdkontakt för hjärtsvikt samt antalet vårdkontakter, per 100 000 personer med tidigare hjärtsvikt.

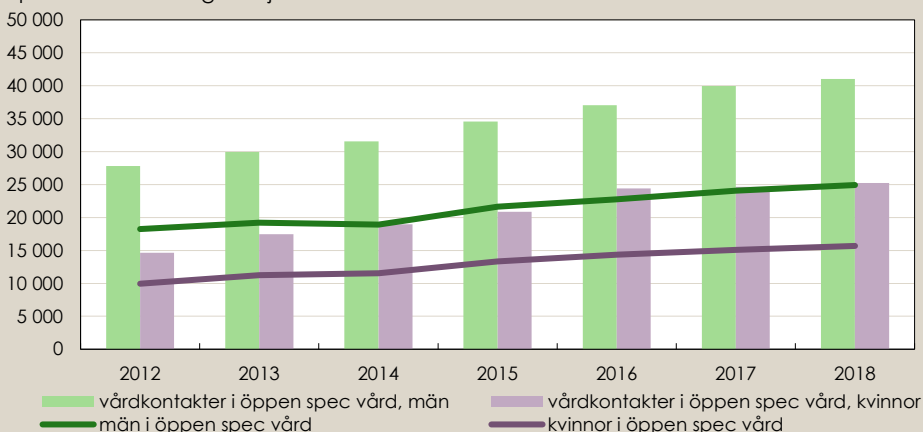


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

När motsvarande utveckling av vårdkontakter redovisas uppdelat på kön noteras en mindre skillnad mellan kvinnor och män vad gäller slutenvårdskontakter men en större skillnad mellan grupperna vad gäller kontakter i öppen specialiserad vård med huvuddiagnos hjärtsvikt. Både andelen personer och antalet besök i den öppna specialiserade vården är högre bland män än bland kvinnor. För båda könen ses dock samma utveckling över tid, både andelen personer och antal besök i den öppna specialiserade vården ökar. Observera att uppgifterna inte är justerade för samsjuklighet eller ålder, utöver att den undersökta gruppen avser personer 65 år och äldre. Det behövs vidare arbete för att bedöma vad skillnaden beror på.

8.2. Personer med hjärtsvikt och deras vårdkontakter i öppen specialiserad vård uppdelat på kön

Personer med någon vårdkontakt för hjärtsvikt samt antalet vårdkontakter, per 100 000 personer med tidigare hjärtsvikt.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

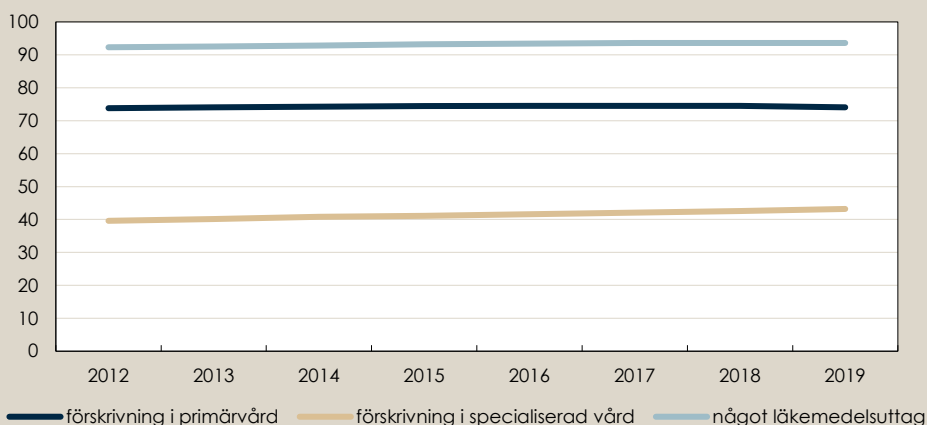
9. Läkemedelsförskrivning i primärvård och specialiserad vård

Fördelningen av läkemedelsförskrivning mellan primärvården och den specialiserade vården utgör ytterligare en indikator på rörelsen mot ett ökat omhändertagande i primärvården. Syftet med denna indikator är att följa i vilken utsträckning primärvården tar ett ökat ansvar för denna patientgrupp över tid, i form av förskrivning av rekommenderat läkemedel för behandling vid aktuell kronisk diagnos⁴⁷.

I diagram 9.1 och 9.2 visas fördelningen av läkemedelsförskrivning mellan primärvård och specialiserad vård för patienter med hjärtsvikt. De läkemedel som har följts upp är sådana som ingår i basbehandlingen för hjärtsvikt, dvs. betablockerare och RAAS-hämmare. Drygt 70 procent av dessa patienter får läkemedel för hjärtsviktsbehandling förskrivna inom primärvården och cirka 40 procent får läkemedel förskrivna inom specialistvården. Den senare förskrivningen har ökat något. Antal läkemedelsförskrivningar per patient har ökat något inom såväl primärvård som specialistvård men något mer inom specialistvården.

9.1. Personer med förskrivning av läkemedel för hjärtsvikt

Andel personer med något läkemedelsuttag av betablockerare eller RAAS-hämmare samt andel med förskrivning i primärvård eller specialiseradvård under uppföljningsåret bland personer med tidigare hjärtsvikt. Procent.



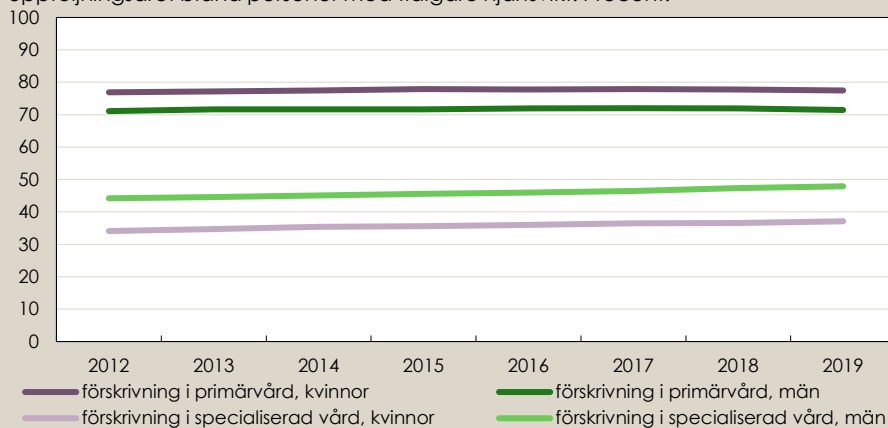
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Då motsvarande uppgifter presenteras könsuppdelat framgår att en högre andel män får sina läkemedel förskrivna i den specialiserade vården jämfört med kvinnor. Den totala andelen män respektive kvinnor i populationen med läkemedelsförskrivning ligger dock på samma nivå.

⁴⁷ Observera att uppgifter om läkemedelsuttag används som indirekt mått för förskrivning.

9.2. Personer med förskrivning av läkemedel för hjärtsvikt uppdelat på kön

Andel personer med något läkemedelsuttag av betablockerare eller RAAS-hämmare samt andel med förskrivning i primärvård eller specialiseradvård under uppföljningsåret bland personer med tidigare hjärtsvikt. Procent.

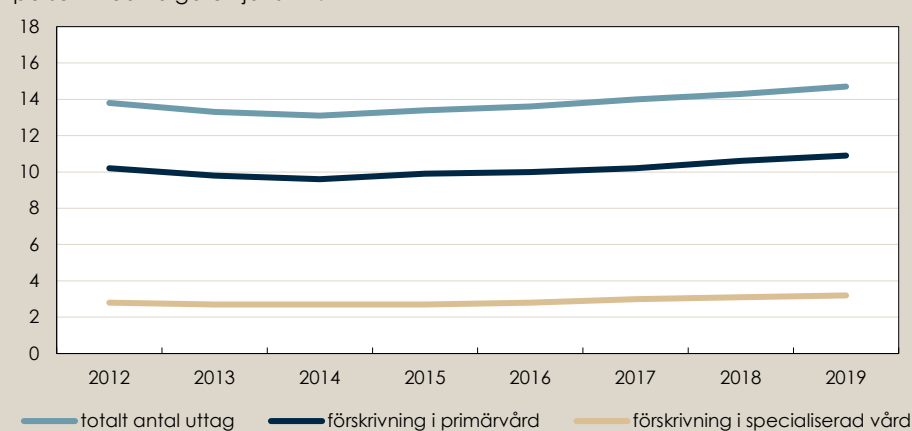


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det kan vara relevant att utöver personer med förskrivning även följa antalet förskrivningar mellan olika vårdnivåer. I diagram 9.3 presenteras fördelningen av antalet förskrivna läkemedel vid hjärtsvikt. Där framgår att antalet förskrivningar av aktuella läkemedel i primärvården är betydligt högre än i specialistvården och att man kan se en viss ökning av antalet förskrivningar i såväl primärvård som specialiserad vård. Det kan dock finnas skillnader i förskrivningsmönster mellan specialistvård och primärvård som påverkar jämförbarheten i antal förskrivningar mellan aktuella vårdnivåer. I framtida arbete behöver sådana faktorer granskas närmare för respektive diagnosgrupp för att se om, och i så fall hur, fördelningen av förskrivningar mellan vårdnivåer skulle kunna användas för att följa utvecklingen mot nära vård.

9.3. Antal uttag av läkemedel för hjärtsvikt

Antal läkemedelsuttag av betablockerare eller RAAS-hämmare under uppföljningsåret förskrivet i primärvård, specialiserad vård samt överhuvudtaget per person med tidigare hjärtsvikt.

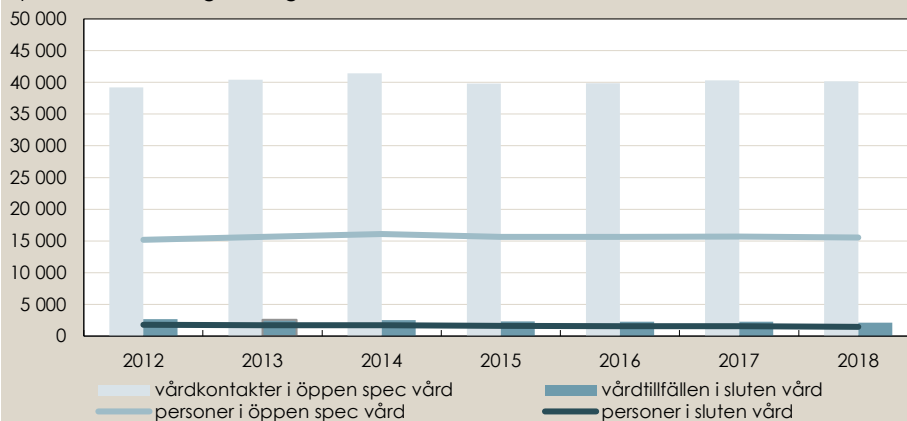


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vårdkonsumtion och läkemedelsuttag vid ångestdiagnos
Nedan visas motsvarande diagram avseende vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning för diagnosgruppen ångest. Andelen i denna diagnosgrupp som slutenvårdats har minskat något medan konsumtionen av specialiserad vård varit relativt konstant under perioden.

8.3. Personer med ångest och deras vårdkontakter i sluten och öppen specialiserad vård

Personer med någon vårdkontakt för ångest samt antalet vårdkontakter, per 100 000 personer med tidigare ångest.

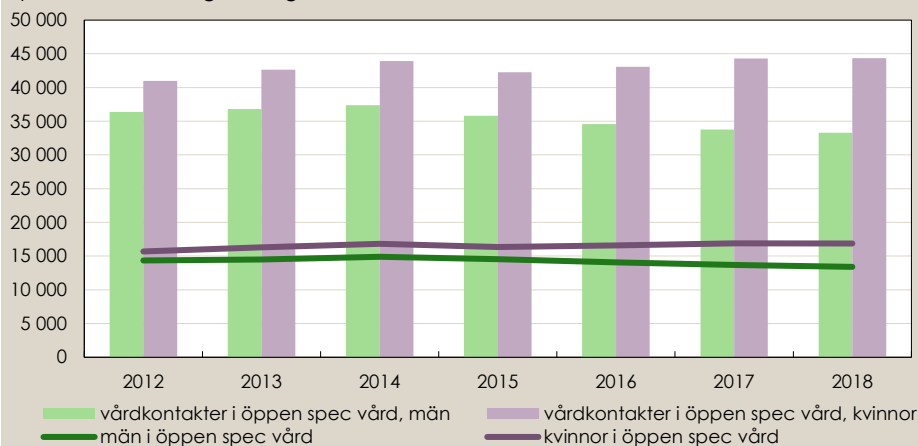


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Motsvarande uppgifter uppdelat på kön ger en delvis annan bild, där såväl antalet slutenvårdstillfällen som antalet öppenvårdsbesök ökat bland kvinnor medan motsvarande vårdkontakter minskar bland män. Kvinnor har också en något högre andel totalt av populationen som haft ett specialistbesök eller ett slutenvårdstillfälle under respektive uppföljningsår.

8.4. Personer med ångest och deras vårdkontakter i öppen specialiserad vård uppdelat på kön

Personer med någon vårdkontakt för ångest samt antalet vårdkontakter, per 100 000 personer med tidigare ångest.

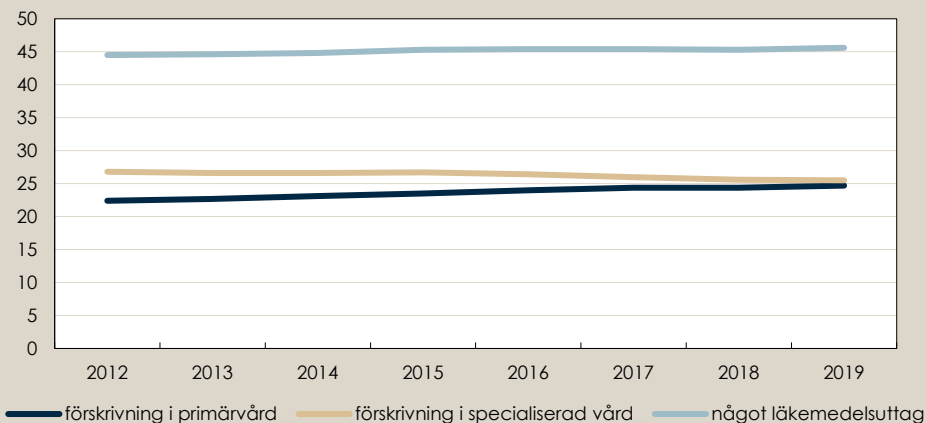


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

För gruppen med ångestdiagnos har såväl andelen personer som andelen förskrivna läkemedel ökat något i primärvården samtidigt som motsvarande andelar minskat något i specialistvården.

9.4. Personer med uttag av läkemedel för ångest

Andel personer med något läkemedelsuttag av antidepressiva under uppföljningsåret samt andel med förskrivning i primärvård eller specialiserad vård bland personer med tidigare ångest. Procent.

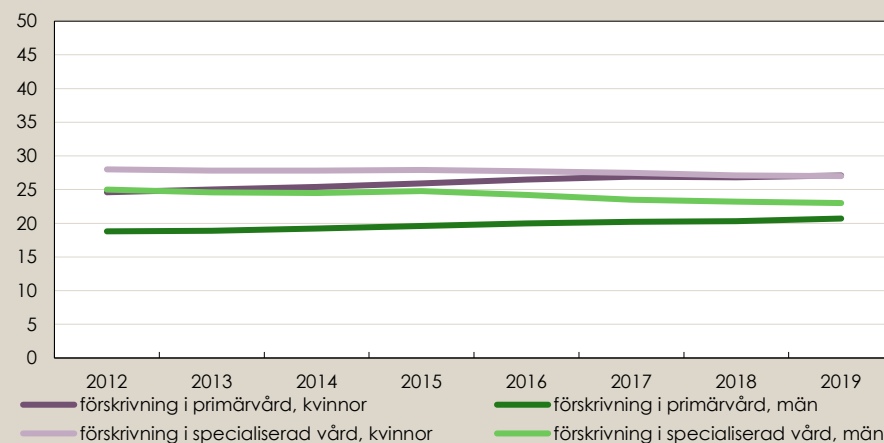


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Då uppgifterna delas upp på kön noteras en liknande utveckling över tid för såväl kvinnor som män, samt att kvinnor har en högre andel förskrivning i såväl primärvård som specialiserad vård.

9.5. Personer med uttag av läkemedel för ångest uppdelat på kön

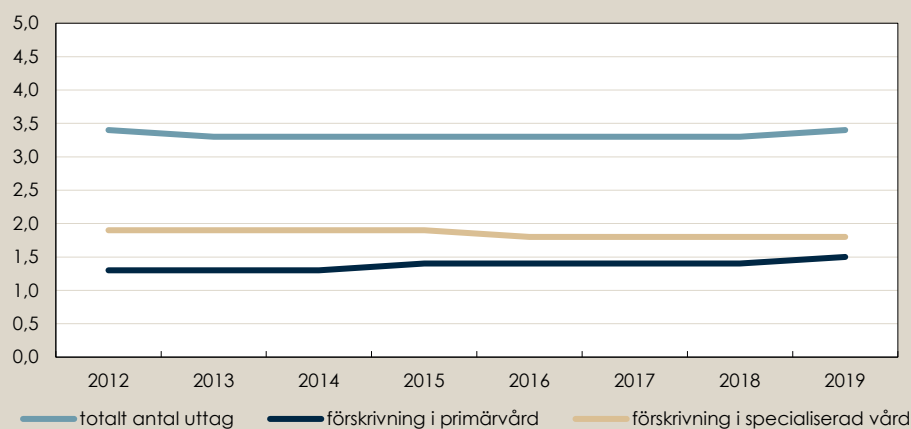
Andel personer med något läkemedelsuttag av antidepressiva under uppföljningsåret samt andel med förskrivning i primärvård eller specialiserad vård bland personer med tidigare ångest. Procent.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

9.6. Antal uttag av läkemedel för ångest

Antal läkemedelsuttag av antidepressiva under uppföljningsåret förskrivet i primärvård, specialiserad vård samt överhuvudtaget per person med tidigare ångest.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Motsvarande uppgifter avseende vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning för övriga sju utvalda patientgrupper kommer att göras tillgängliga i ett senare skede. Det kan också bli aktuellt att följa en större samlad patientpopulation bestående av patienter med olika kroniska sjukdomar, för att se hur vården utvecklas och fördelar sig för denna grupp som helhet. Det är dock viktigt att komma ihåg att detta framför allt handlar om att beskriva vårdens fördelning mellan vårdnivåer, snarare än att definiera mål för hur stor andel av den totala vården som borde utgöras av exempelvis primärvård.

God och nära vård – fokus primärvård

Personcentrering

Enligt Patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens medverkan i vården ska utgå från patientens önskemål och egna förutsättningar. Enligt lagen ska också närstående få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och möjligt. Utredningen lyfter fram att hälso- och sjukvården behöver gå från att se patienten som mottagare, till en situation där patienten ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och omsorg.

Graden av personcentrering är svår att fånga via register. Därför utgör olika typer av patientrapporterade mått i dagsläget den bästa källan till information. Det kan dock finnas svårigheter att jämföra enkätbaserade indikatorer över tid bland annat till följd av låga svarsfrekvenser i framför allt yngre åldersgrupper. Som nämns i avsnittet om datakällor kan en tänkbar framtida källa till information om förutsättningar för att arbeta personcentrerat utgöras av någon form av återkommande personal- och/eller verksamhetsenkäter. Förutsättningarna för detta behöver dock utredas.

10. Patientens upplevelse av delaktighet

Socialstyrelsen har valt ut flera frågor ur nationell patientenkät som bedöms belysa personcentrering och delaktighet. Frågan *Var du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskade?* är central då den dels bedöms belysa i vilken grad patienten des möjlighet att vara medskapande i vården, dels ställs relation till patientens önskemål om sådan delaktighet. Indikatorn mäts som andelen patienter som besvarat frågan positivt av samtliga som besvarat frågan och andelen positiva bör vara hög. Frågan bör belysas för såväl primärvård som exempelvis öppen specialiserad vård.

Utöver patientens upplevelse av delaktighet har Socialstyrelsen bedömt att följande frågor i nationell patientenkät är relevanta att följa: *Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd? Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa? Fick du tillräckligt med information om din vård och behandling? och Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?*

11. Upplevelse av trygghet i äldreomsorgen

Behovet av trygghet lyfts fram såväl av utredningen som av regioner och kommuner i relation till omställningen. Trygghet mäts inte i nationell patientenkät men däremot i den årliga enkätundersökningen *Vad tycker de äldre*

om äldreomsorgen, vilken i viss utsträckning också belyser kommunal hälso- och sjukvård. Följande fråga som ställs till personer i särskilt boende är relevant att följa: *Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?* Andelen som svarar att det känns tryggt ska vara högt. Då det inte går att urskilja vilka av de svarande patienterna med hemtjänst som har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser är det i dagsläget endast relevant att följa indikatorn för personer i särskilt boende. I framtiden skulle det vara önskvärt att på ett tydligare sätt belysa just brukarnas erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård genom denna undersökning.

Det kan finnas anledning att se över nationell patientenkät vad gäller möjligheten att följa patienternas upplevelse av trygghet även inom den hälso- och sjukvård som bedrivs med regionerna som huvudman.

Utöver trygghet kan det också finnas anledning att följa utvecklingen vad gäller andra aspekter som inkluderas i undersökningen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Kontinuitet och samordning

Enligt utredningen är kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare, samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter, central för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Därför föreslås två indikatorer som rör kontinuitet. Ingen av dessa indikatorer är dock möjlig att ta fram uppgifter för i dagsläget.

12. Andel patienter med fast läkarkontakt

Enligt Patientlagen (2014:821) ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården samt få information om denna möjlighet. Utredningen föreslår ett förtydligande av patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt. Indikatorn speglar såväl kontinuitet som förutsättningar för en god och sammanhållen vård inom primärvården och är därför relevant ur ett god och nära vård-perspektiv. Andelen patienter med fast läkarkontakt bör öka.

Indikatorn går dock inte att följa på nationell nivå i dagsläget och det är oklart hur förutsättningarna för detta ser ut i regionerna. I beslut S2020/03319/FS har Socialstyrelsen uppdrag kompletterats med uppgiften att utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur myndigheten löpande kan följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter. Särskilt fokus ska enligt uppdraget ligga på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för.

Parallellt med fast läkarkontakt är det också relevant att följa utvecklingen av fast vårdkontakt.

13. Kontinuitetsindex vid kronisk sjukdom eller samsjuklighet
Socialstyrelsen föreslår att indikatorn kontinuitetsindex som tagits fram av PrimärvårdsKvalitet följs i syfte att spegla personkontinuiteten i primärvården. Detta index väger både hur många olika läkare (eller den yrkesgrupp som mätningen gäller) patienten träffar och frekvensen av besök till de olika läkarna. Indexvärdet blir 1 om alla besök görs hos samma läkare och sedan lägre ju fler olika läkare patienten träffar samt ju lägre andel besök hos den patienten träffat oftast. En fördel med indikatorn är att den tas fram för sådana patientgrupper där kontinuitet bedöms vara extra viktigt såsom patienter med kronisk sjukdom eller samsjuklighet. Kontinuitet beräknas för listade patienter som gjort minst tre besök hos den aktuella personalkategorin de senaste 18 månaderna. Beräkningen sker på besök utförda på den enhet där patienten är listad. Strävan är att ha ett högt kontinuitetsindex för aktuella patientgrupper. Från 1 januari 2021 kommer även distanskontakter räknas in i kontinuitetsberäkningen. Det kommer även tillkomma indikatorer som speglar kontinuiteten de senaste 3 åren.

Indikatorn går ännu inte presentera på nationell nivå, men förhoppningen är att det ska vara möjligt inom en relativt snar framtid (se avsnitt om datakällor). Kontinuitetsindex bedöms vara relevant att följa för såväl läkare som andra personalkategorier.

14. Patientupplevd kontinuitet

Förutom faktisk kontinuitet är det också viktigt att följa patienternas upplevelse av kontinuiteten i kontakterna med hälso- och sjukvården. Här är såväl kontinuiteten i kontakt med läkare eller andra yrkesgrupper som kontinuiteten avseende information viktiga. Det senare är också en viktig patientsäkerhetsfråga. För att följa den patientupplevda kontinuiteten föreslås att följande två frågor i nationell patientenkät (NPE) följs: *Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?* och *Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?*⁴⁸ Målet är att andelen positiva ska vara hög, och att den ska öka från nuvarande nivåer. Då bakgrundsinformationen om patienterna i NPE är mycket begränsad är det dock svårt att säga hur hög andelen som får träffa samma läkare bör vara. Detta då alla patientgrupper inte har samma behov eller önskemål om att träffa samma läkare vid sina besök. Andelen som bedömer att personalen var insatt i tidigare vårdkontakter bör dock vara hög för samtliga patienter, då den ställs i relation till patientens önskemål.

15. Andel patienter med samordnad individuell plan

Enligt hälso- och sjukvårdslagen⁴⁹ och socialtjänstlagen⁵⁰ gäller att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen och kommunen tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Av planen ska det bland annat framgå vilka insatser

⁴⁸ I Nationell patientenkät ställs också frågan: *Fick du träffa den läkare du ville träffa?* vilken är relevant att följa tillsammans med ovan nämnda indikatorer. Den bedöms dock i lägre grad belysa kontinuitet jämfört med ovan nämnda frågor.

⁴⁹ 16 kap 4 § HSL

⁵⁰ 2 kap 7 § SoL

som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för och vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. Enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård⁵¹ ska en samordnad individuell planering genomföras då patienten bedöms ha behov av insatser från både region och kommun efter utskrivningen⁵². Liknande bestämmelser om SIP finns för andra grupper med behov av samordnade insatser mellan huvudmännen. Då SIP utgör ett av de huvudsakliga instrumenten för samordning bedömer Socialstyrelsen att det är en viktig indikator att följa. Andelen patienter som har en SIP bör öka.

Indikatorn går inte att följa i dagsläget, då det varken finns ett nationellt primärvårdsregister eller öppen visning av PrimärvårdsKvalitets indikatorer på regional och nationell nivå. Flera regioner kan dock följa sina egna uppgifter i PrimärvårdsKvalitet. Förhoppningen är dock att det i framtiden ska gå att följa såväl andel patienter med SIP liksom andel patienter med SIP som följts upp. Detta via PrimärvårdsKvalitet och/eller via ett nationellt primärvårdsregister. I framtiden vore det önskvärt att kunna ställa antalet patienter med SIP i relation till antalet personer/patienter som bör/ska ha en sådan.

16. Patientens upplevelse av vårdens samordning

I syfte att mäta patientens upplevelse av vårdcentralens samordning av hälso- och sjukvårdsinsatserna har Socialstyrelsen valt ut följande fråga i nationell patientenkät: *Anser du att personalen på hälso-/eller vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du önskar?*⁵³ Frågan handlar om hälso-/vårdcentralens samordning av kontakter i vården generellt och ställs i relation till patientens upplevda behov och önskemål och bedöms därför vara särskilt relevant att följa ur ett omställningsperspektiv. Andelen patienter som anser att kontakterna samordnas i den utsträckning som behövs ska vara hög.

Övriga indikatorer avseende kontinuitet och samordning

Utöver ovan utvalda indikatorer har PrimärvårdsKvalitet formulerat flera andra relevanta indikatorer med bäring på kontinuitet och samordning, vilka också är relevanta att följa. Bland dessa återfinns exempelvis återbesök eller hembesök vid kronisk sjukdom och återbesök i primärvården efter slutenvårdsvistelse. Den senare är högintressant att följa ur ett samordningsperspektiv men svår att mäta på grund av juridiska begränsningar i möjligheten att dela känsliga personuppgifter över vårdgivargränser.

Hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande åtgärder

Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2018 [15] ger rekommendationer om åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor. Rekommendationerna omfattar åtgärder för att stödja personer att förändra levnadsvanor som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet, i syfte att förbättra hälsa samt förebygga och behandla sjukdom. Riktlinjerna

⁵¹ 2017:612

⁵² PrimärvårdsKvalitet följer dock endast SIP som registreras med KVÅ-koden AU124 och inte SIP vid utskrivning med KVÅ-koden AU125.

⁵³ En relevant angränsande fråga i Nationell patientenkät utgörs av frågan *Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?*

betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

17. Rådgivning vid ohälsosam levnadsvana

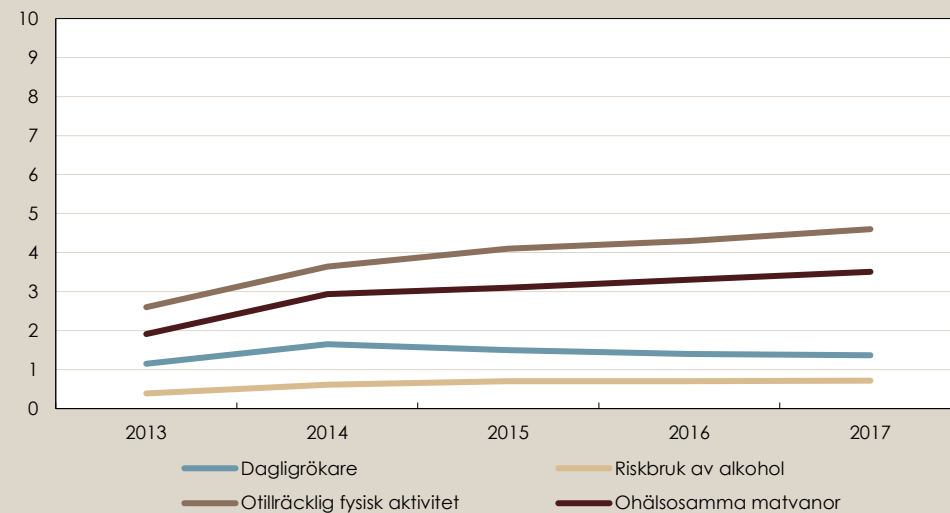
Indikatorgruppen *Patienter som fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana* baserar sig på registrerade åtgärder hos vårdgivare i form av rådgivning till personer som är dagligrökare, har riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet eller ohälsosamma matvanor. Det finns omfattande utmaningar med registreringen av åtgärder på området, vilket påverkar statistiken.

Diagram 17.1 visar utvecklingen av andelen patienter som fått dokumenterade åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor inom primärvården under perioden 2013-2018⁵⁴ [16]. Under 2018 har framförallt den registrerade rådgivningen om fysisk aktivitet ökat. Rådgivningen om rökning och riskbruk av alkohol ligger kvar på samma låga nivå som tidigare. Det är en nedåtgående trend när det gäller daglig tobaksrökning i samhället vilket kan innebära att en större andel av de som röker får rådgivning även om verksamheten inte byggs ut. Riskbruk av alkohol är betydligt vanligare och 2018 uppgav 16 procent att de hade en riskkonsumtion. Samtidigt är rådgivningen till personer med riskbruk av alkohol mindre vanlig. Det innebär sannolikt att personer med alkoholrelaterad ohälsa har mindre sannolikhet att få hjälp i vården med att ändra sina levnadsvanor än personer med tobaksrelaterad ohälsa.

17.1. Åtgärder till personer med ohälsosam levnadsvana

Andelen av primärvårdens patienter som har fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana år 2013-2017.

Procent



Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, 2014, 2015, 2016, 2017 och 2018.

⁵⁴ Det finns osäkerheter i de uppgifter som regionerna rapporterar in avseende åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor. Rutiner för registrering och inrapportering av dessa åtgärder skiljer sig mellan regioner och även över tid i vissa regioner, bland annat till följd av att sådana åtgärder periodvis utgjort underlag för ersättning till vårdgivare.

18. Diskussion om levnadsvanor (patientrapporterad)

Indikatorn har inkluderats då den bedöms kunna komplettera registerbase-
rade indikatorer på området levnadsvanor, där det finns vissa utmaningar vad
gäller exempelvis enhetlig och konsekvent registrering av åtgärder som avser
hälsosamtal. Indikatorn mäter hur stor andel av patienterna som i den nation-
ella patientenkäten som svarat ja på någon av fyra frågor som handlar om lä-
karen eller någon annan ur personalen diskuterat någon av följande levnads-
vanor med patienten: alkohol-, tobaks-, mat- eller motionsvanor. Andelen
som fått ett sådant samtal bör öka. Det finns emellertid behov av att ställa re-
sultaten i relation till andra relevanta mått på folkhälsa och levnadsvanor, på
respektive levnadsvaneområde (alkohol, tobak, mat och motion). I synnerhet
utvecklingen av diskussion om alkoholvanor kan vara värt att följa separat.

Övriga indikatorer avseende hälsofrämjande och
sjukdomsförebyggande åtgärder

Förutom att följa levnadsvanor finns behov av att följa andra mått avseende
hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, inklusive insatser och re-
sultat avseende befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete liksom arbete med
att förhindra återinsjuknande för patienter med exempelvis kronisk sjukdom.
Preventivt arbete vad gäller att förebygga fall, undernäring och trycksår inom
såväl den regionala som den kommunala hälso- och sjukvården utgör andra
viktiga aspekter att följa. PrimärvårdsKvalitet och vissa kvalitetsregister
såsom Senior Alert har redan utvecklat ett flertal indikatorer vilka kommer
att ses över i nästa steg av arbetet.

Tillgänglighet

Det finns redan väl etablerade former för att följa väntetider i vården. Den
nya modellen för uppföljning av tillgänglighet i primärvården gör det möjligt
att följa väntetiderna till en medicinsk bedömning av relevant yrkeskategori
inom primärvården inom tre dagar. Emellertid menar Socialstyrelsen att vän-
tetider också bör ställas i relation till patienternas behov. Därför har myndig-
heten gjort ett provuttag av data från väntetidsdatabasen för att undersöka
möjligheten att följa väntetider för exempelvis gruppen äldre⁵⁵. Om det i
framtiden finns tillgång till nationella validerade uppgifter om diagnoser och
åtgärder i primärvården, skulle det i högre grad vara möjligt att följa vård ef-
ter behov genom väntetider till bedömning samt vissa åtgärder för specifika
patientgrupper såsom exempelvis patienter med multisjuklighet eller vissa
kroniska diagnoser.

Utöver väntetider finns andra viktiga aspekter av tillgänglighet att följa
upp, såsom geografisk tillgänglighet, öppettider på dygnet, digital tillgänglig-
het samt fysiska och andra tillgänglighetsaspekter som handlar om anpass-
ning till den enskilda patientens behov och önskemål. Vidare arbete behövs
för att spegla tillgänglighet ur dessa perspektiv.

⁵⁵ Bedömningen är att det via väntetidsdatabasen endast går att följa väntetider kopplat till diagnos för besök hos lä-
kare i dagsläget. Detta då det förekommer stora skillnader i diagnosregistrering för besök hos andra yrkeskategorier.

19. Kontakt med primärvården samma dag

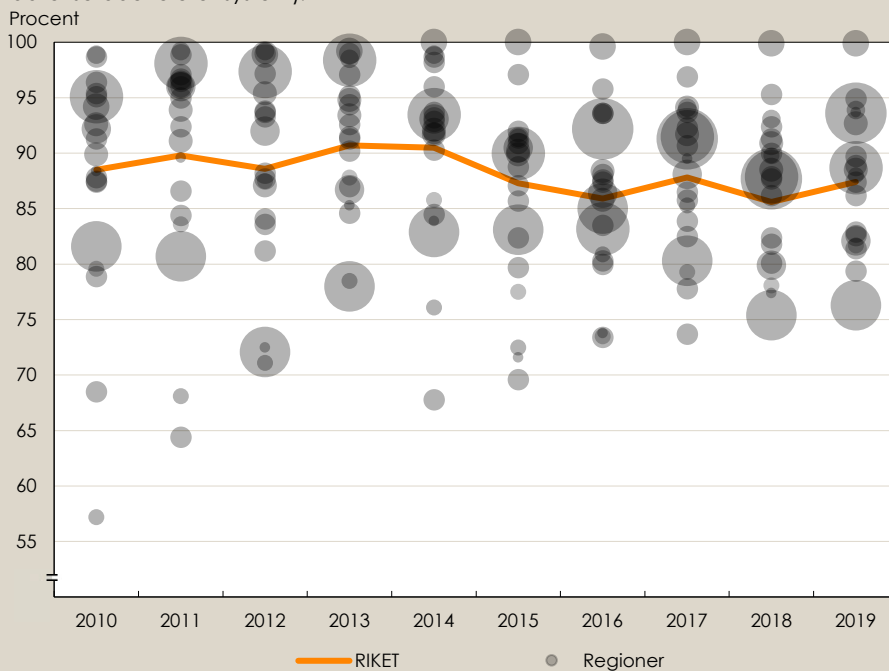
Utredningen föreslår att det ska tydliggöras att tillgängligheten i primärvården ska vara mycket god [2]. Syftet med indikatorn är att spegla möjligheten för invånarna att skyndsamt kunna komma i kontakt med vården för möjlighet till bedömning av vårdbehov. Enligt den nationella vårdgarantin, som är en del av HSL, ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. För att följa upp det mäts telefontillgängligheten två gånger per år, mars och oktober. Resultaten som redovisas här är mätningar som genomförts på våren.

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonsystem förväntas rapportera uppgifter. I riket som helhet besvarades drygt 87 procent av samtalen i mätningen våren 2019, vilket var en liten förbättring jämfört med våren 2018.

I framtiden skulle det vara önskvärt att kunna följa tillgänglighet vad gäller första kontakt även via andra kontaktvägar än telefon.

19.1. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, (vårmetningar och enbart enheter med datoriserade telefonsystem).



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

20. Patienternas upplevelse av kontaktsätt till primärvården

Denna indikator baseras på följande fråga i Nationell patientenkät för primärvården: *Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med hälso-/vårdcentralen på (t ex 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)?*

Indikatorn speglar patienternas syn på de sätt som finns att komma i kontakt med sin hälso- eller vårdcentral. Den har bland annat valts ut då den är neutral i förhållande till typ av kontaktsätt och därmed i högre grad kan spegla huruvida det finns lämpliga kontaktvägar som anpassats till individens behov

och preferenser. Andel patienter som är nöjda med kontaktsätten ska vara hög.

21. Medicinsk bedömning inom tre dagar

Indikatorn medicinsk bedömning inom tre dagar har valts då den är central för uppföljning av tillgängligheten vad gäller bland annat möjligheten att ge vård baserat på individens behov. Andelen som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar ska vara hög.

Från första januari 2019 har vårdgarantins formulering ”besöka läkare i primärvården inom 7 dagar” ersatts av ”medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom 3 dagar”. Förändringen är en del i processen att strukturera om sjukvården som bland annat beskrivs i utredningen [1]. Den ändrade formuleringen kan delas upp i tre olika förändringar:

- Vårdkontakten ska genomföras inom 3 istället för 7 dagar.
- Vårdkontakten kan vara med annan legitimerad personal än läkare.
- Vårdkontakten avgränsas inte till enbart (mottagnings-)besök utan kan innebära distansbesök eller telefon och brevkontakter.

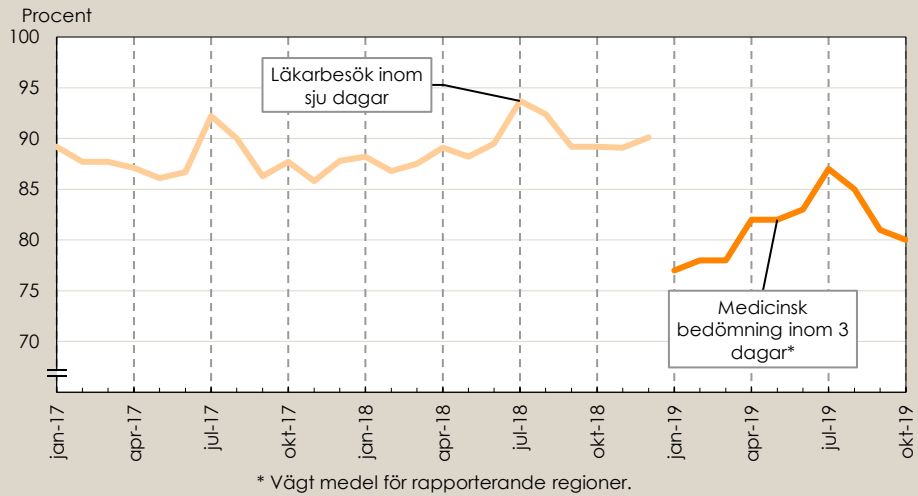
Vårdkontakter för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte i vårdgarantin och uppföljningen. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram. Denna väntetid kallas ”patientvald väntetid” och är exkluderad i redovisningen, i oktober 2019 uppgick denna andel till 5 procent av de uppföljda vårdkontaktarna. I diagram 21.1 återges utfallet för både den tidigare indikatorn samt den nya indikatorn.

Uppföljningen av den förändrade vårdgarantin har dock inte kommit helt på plats, i februari 2020 fanns uppgifter för 16 av regionerna om förhållandet i oktober 2019, som framgår i diagram 21.2.

Sammantaget för patienterna i de uppföljda regionerna under oktober så fick drygt 80 procent en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar. Mellan regionerna varierar värdet för från knappt 63 till 92 procent. Månadsvärdena kan dock variera stort för enskilda regioner.

21.1. Läkarbesök respektive medicinsk bedömning (ny vårdgaranti)

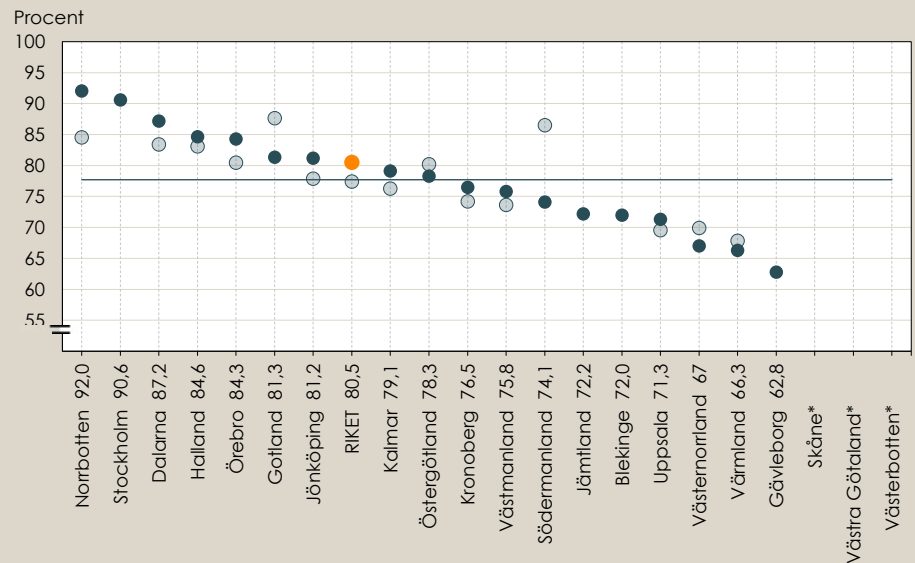
Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom 3 dagar respektive genomförda läkarbesök inom sju dagar i primärvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

21.2. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

Andel av de medicinska bedömningarna av legitimerad personal inom primärvård som gjordes inom 3 dagar.



* Uppgift saknades i den nationella rapporteringen (per 1 februari 2020).

○ Januari 2019 ● Oktober 2019 — Regionmedel Oktober 2019 ● Vägt medelvärde

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

22. *Tillgänglighet till läkare i kommunal hälso- och sjukvård*
Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende, när en kommun ansvarar för vården⁵⁶. Tillgång till läkare och läkarkontinuitet framhålls ofta som en utmaning inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta bland annat till följd av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Tillgång till såväl läkare som sjuksköterska vid behov är centralt för en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård.

Inom undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen ställs frågor om personernas upplevelse av tillgång till läkare respektive sjuksköterska vid behov. Strävan är att andelen personer i särskilt boende⁵⁷ som svarar att det är mycket eller ganska lätt att få träffa läkare respektive sjuksköterska vid behov ska vara hög.

23. *Barn och unga som får ett besök på första linjen inom tre dagar*

Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa är nivån innan barn- och ungdomspsykiatri och består av verksamheter och funktioner som tar emot barn och unga som visar tidiga tecken på att må psykiskt dåligt – oavsett vad problemen beror på.

Väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa utgör ett viktigt område att följa, då primärvården har en viktig roll i att fånga upp denna grupp tidigt och samtidigt bidra till ökad tillgänglighet inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri för barn och unga med behov av denna. Därför inkluderas detta mått vilket anger hur stor andel patienterna som får komma till ett första besök inom tidsgränsen 3 dagar i relation till antalet patienter som besöker första linjen totalt sett i respektive region. Mätningen av väntetider på området har tidigare skett inom ramen för särskild överenskommelse om ökad tillgänglighet. Från 2020 ingår första linjen i den nya vårdgarantin för primärvården och som en del i måluppfyllelsen för hela primärvården. SKR planerar dock att inom den nya modellen för uppföljning av primärvårdens tillgänglighet att fortsätta presentera resultaten för väntetider på första linjen separat. Uppgifterna i väntetidsdatabasen behöver dock valideras innan de kan användas för resultatredovisning (se avsnitt om datakällor).

Medicinsk kvalitet

Med medicinsk kvalitet avses här att den hälso- och sjukvården som ges baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygger på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Då primärvården ska ta ett större ansvar för vård och samordning exempelvis för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov, är en förutsättning att kvaliteten på primärvårdens medicinska bedömningar och

⁵⁶ 12 kap 1§ och 14 kap 1§ HSL.

⁵⁷ I enkäten till personer med hemtjänst går det inte att urskilja vilka som har kommunal hälso- och sjukvård varför det för närvarande endast går att använda indikator för personer i särskilt boende, där över 90 procent har kommunal hälso- och sjukvård.

insatser är god. De föreslagna indikatorerna nedan behöver breddas till fler aspekter i nästa steg av arbetet.

24. Patientens erfarenhet av tillgodosett vårdbehov

Patientens bedömning av huruvida dennes vårdbehov blivit tillgodosett kan ses som ett övergripande mått på patientupplevd kvalitet i vårdmötet och delvis spegla patientens upplevelse av den medicinska bedömning som gjorts och/eller behandling som getts vid den aktuella vårdkontakten. Indikatorn mäter andel som besvarat frågan *Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?* i nationell patientenkät positivt. Andelen bör vara hög.

25. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp om det inte finns särskilda skäl för behandlingen. Om de ska användas ska förskrivande läkare ha bedömt att det finns en välgrundad och aktuell indikation för att använda läkemedlet och att den förväntade nyttan står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall.

Indikatorn *Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas* föreslås då den belyser god läkemedelsbehandling hos äldre. Andelen äldre med aktuella läkemedel bör vara låg. I samband med en revidering av Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre som publicerades 2017 har läkemedlen som ingår i indikatorn setts över.^{58 59}

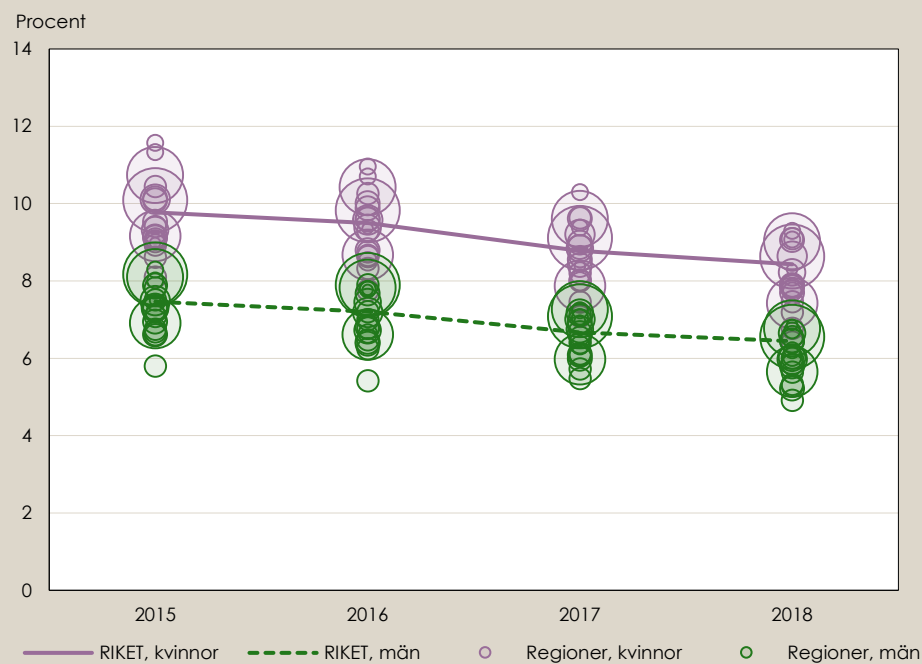
Ur diagram 25.1 kan utläsas att andelen äldre med läkemedel som bör undvikas minskat sedan 2015.

⁵⁸ I rapporten *God läkemedelsterapi hos äldre* kallas indikatorn *Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger* och i rapporten *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2020* kallas den *Olämpliga läkemedel för äldre*. Indikatorns specifikation är dock densamma för dessa.

⁵⁹ De läkemedel som ingår inkluderar i indikatorn är numera följande: Långverkande bensodiazepiner (vissa lugnande medel och sömnmedel), läkemedel med betydande antikolinerga effekter, tramadol (smärtstillande), propiomazin (sömnmedel), kodein (smärtstillande) och glibenklamid (diabetesmedel).

25.1. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

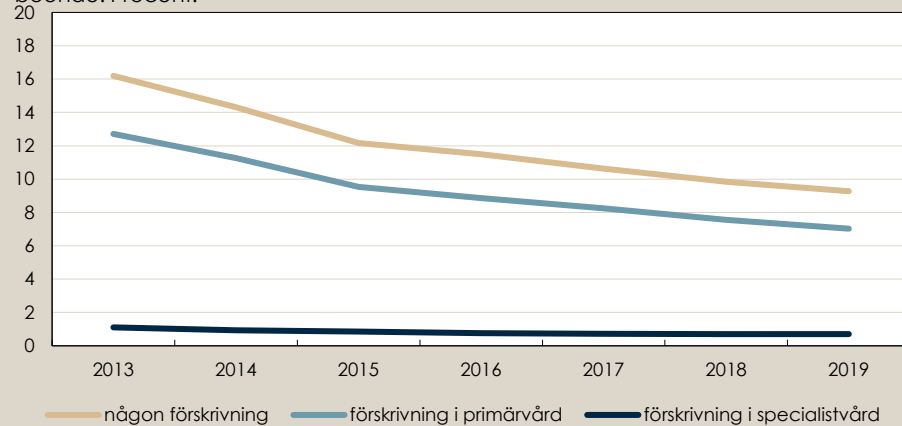


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsanvändningen hos äldre är omfattande och har ökat över tid. Detta har varit tydligt bland äldre i särskilt boende och men även bland multistjuka äldre i ordinärt boende. Det är därför av särskilt värde att följa indikatorn för patientgrupper med omfattande kommunal hälso- och sjukvård, då en stor andel av läkemedlen för dessa förskrivs av läkare i primärvården samtidigt som det kan finnas utmaningar med läkartillgång och -kontinuitet för dessa grupper. Av diagram 25.2 respektive diagram 25.3 framgår att uttag av olämpliga läkemedel är högre för patienter i särskilt boende (10 procent) respektive med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (11 procent) jämfört med andel äldre i befolkningen totalt (7 procent) år 2018. För båda grupper med kommunal hälso- och sjukvård har andelen minskat under perioden 2013-2018.

25.2. Äldre med läkemedel som bör undvikas - särskilt boende

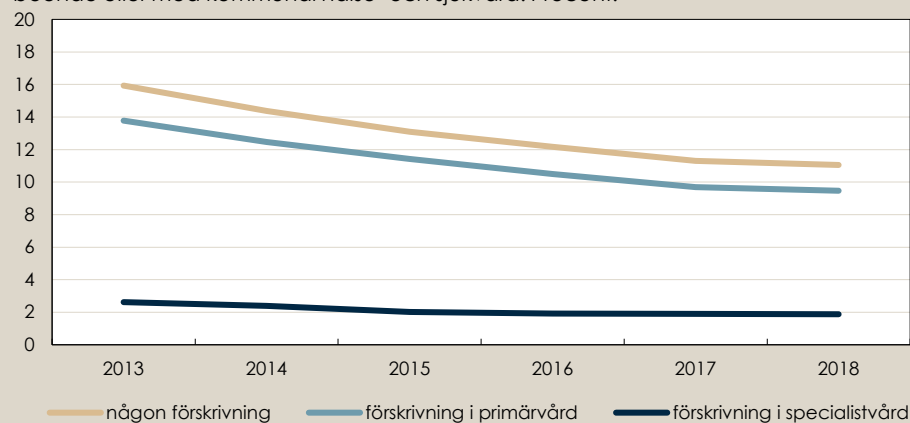
Andel med något uttag av läkemedel som bör undvikas, samt med förskrivning i primärvård respektive specialiserad vård bland personer 75 år och äldre i särskilt boende. Procent.



Källa: Läkemedelsregistret och SOL-registret, Socialstyrelsen.

25.3. Äldre med läkemedel som bör undvikas - ordinärt boende

Andel med något uttag av läkemedel som bör undvikas, samt med förskrivning i primärvård respektive specialiserad vård bland personer 75 år och äldre i ordinärt boende eller med kommunal hälso- och sjukvård. Procent.



Källa: Läkemedelsregistret och SOL-registret, Socialstyrelsen.

26. Blodsockervärde vid diabetes i primärvården

Indikatorn *Blodsockervärde, diabetes i primärvård (över 70 mmol/mol)* har valts då den speglar såväl kvalitet i insatser som resultat av behandling för en stor diagnosgrupp som i hög grad får sin vård inom primärvården. Det är främst personer med diabetes typ 2 som får sin behandling i primärvården och ingår i indikatorn.

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga blodsockerkontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla diabeteskomplikationer. HbA1c är en viktig kvalitetsindikator och det främsta måttet på hur en blodsockersänkande behandling lyckas. En god kontroll över blodsockernivån är avgörande för att minska risken för komplikationer hos personer med diabetes. Ett högt HbA1c-värde innebär en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer, och indikatorn ska synliggöra högriskgruppen med ett värde över 70 mmol/mol.

Denna grupp bör enligt Socialstyrelsens riktlinjer ges, och uppmuntras till, extra insatser som kan minska HbA1c-värdet, vilket i sin tur kan ge markanta förbättringar av prognosen och bidra till bättre hälsa och livskvalitet.

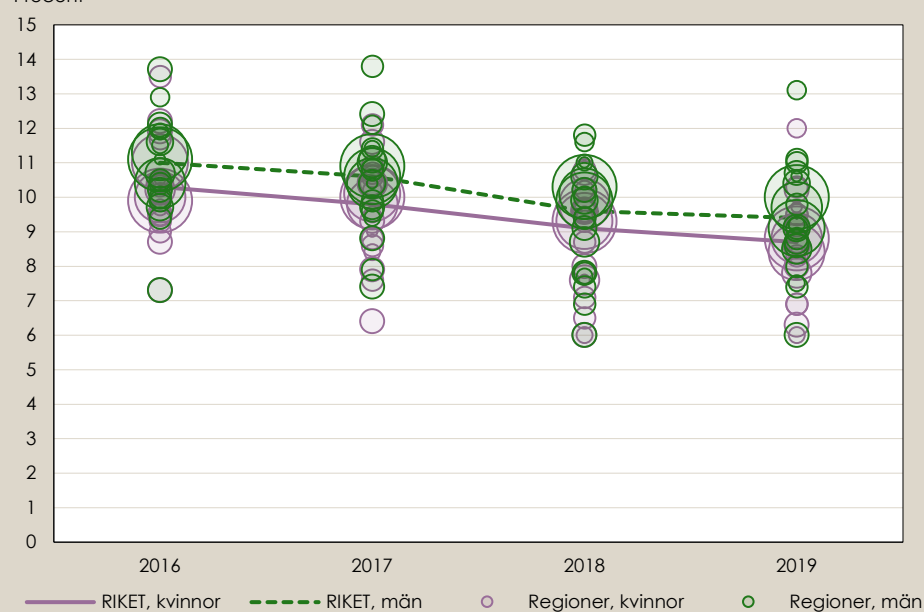
Socialstyrelsens målnivå för andelen bland personer med typ-2 diabetes är 10 procent eller lägre. I en liten, men eventuellt ökande utsträckning, ingår även personer med typ-1 diabetes som behandlas i primärvården i uppföljningen här. För personer med typ-1 diabetes är målnivån 20 procent [17].

Andelen bland både kvinnor och män har minskat under de senaste åren.

26.1. Blodsockervärde, diabetes i primärvård (över 70 mmol/mol)

Andel personer som behandlas för diabetes i primärvård med HbA1c högre än 70 mmol/mol.

Procent



Källa: Nationella Diabetesregistret.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det relevant att komplettera med indikatorn *Andel kommuner som erbjuder enkel fotundersökning till personer med diabetes i ordinärt och särskilt boende*. I enlighet med nationella riktlinjer bör personer med diabetes få sina fötter regelbundet kontrollerade med hjälp av enkel fotundersökning [17]. Indikatorn mäter också samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

27. Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion

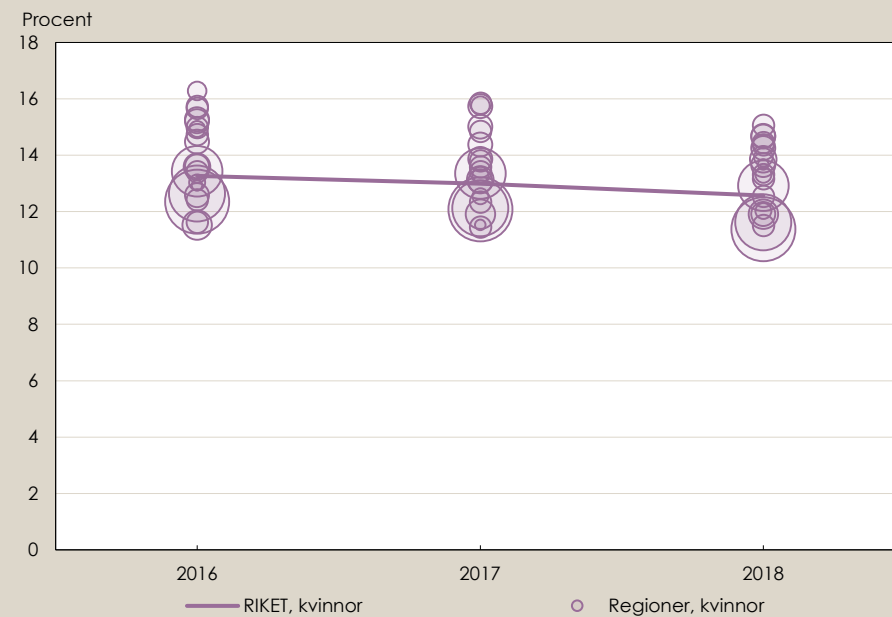
Indikatorn *Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion* mäter andel recept på bredspektrumantibiotika (kinoloner) av alla uthämtade recept på urinvägsantibiotika för kvinnor 18-79 år⁶⁰. Indikatorn har valts ut då den speglar kvalitet i läkemedelsförskrivning och följsamhet till rekommenderad antibiotikabehandling.

För att minska risken för att bakterier ska utveckla motståndskraft mot antibiotika är det viktigt att inte behandla okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor med onödigt brett verkande antibiotika. Kinoloner är rimligt att använda vid en komplicerad urinvägsinfektion, men dit räknas bara ett par procent av alla urinvägsinfektioner hos kvinnor. Därför anser Strama att kinoloner inte ska stå för mer än 10 procent av alla preparat mot urinvägsinfektioner hos vuxna kvinnor i åldern 18–79 år. I övrigt finns få indikationer för kinoloner inom den öppna vården.

Av diagram 27.1 kan utläsas att andelen bredspektrumantibiotika minskat under perioden men är högre än Stramas rekommenderade värden.

27.1. Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion (kvinnor)

Andel recept på kinoloner av uthämtade recept på urinvägsantibiotika. Avser kvinnor 18-79 år.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

⁶⁰ Det kan finnas andra orsaker till förskrivning av kinoloner än nedre urinvägsinfektion. Det är dock inte möjligt att utifrån informationen i läkemedelsregistret avgöra i vilken utsträckning förskrivningen gäller något annat infektionstillstånd och därigenom kommer kinolonernas andel att överskattas. Undantagen bedöms dock utgöra en liten del av den totala förskrivningen.

Övriga indikatorer avseende medicinsk kvalitet

Utöver ovan nämnda indikatorer finns ett stort antal indikatorer på medicinsk kvalitet i såväl nationella riktlinjer som PrimärvårdsKvalitet. Uppföljningen av omställningen på nationell nivå behöver dock identifiera ett mindre antal indikatorer som kan säga något om den övergripande utvecklingen. Det krävs ett fortsatt arbete med att identifiera sådana indikatorer.

Vad gäller kvaliteten på den kommunala hälso- och sjukvården finns idag litet information om dess innehåll vilket gör det svårt mäta kvalitet annat än indirekt. Inom ramen för Senior Alert respektive HALT⁶¹ genomförs återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning, trycksår och fall vilka kan vara relevanta för att följa utvecklingen inom denna del av den kommunala hälso- och sjukvården. Täckningsgrader och mätmetoder för dessa mätningar behöver dock genomlysas närmare innan några förslag på indikatorer på dessa områden kan lämnas.

Inom ramen för nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024 [18] finns planer på att utveckla uppföljningen för att i högre grad spegla patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är och även spegla vårdformer som primärvård inklusive kommunal hälso- och sjukvård, barnsjukvård, psykiatrisk vård och tandvård. Detta arbete bör kunna bidra med förslag på uppföljningsmått avseende patientsäkerhet vilka direkt eller indirekt belyser primärvårdens kvalitet.

⁶¹ Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet, vilken genomförs av Folkhälsomyndigheten.

God och nära vård – systemeffekter

Här redovisas ett urval indikatorer som speglar hur vården fungerar i ett bredare perspektiv än med fokus på primärvård och som kan tänkas påverkas av utredningens förslag. Systemeffekterna gör emellertid inte anspråk på täcka hela hälso- och sjukvårdssystemet, utan speglar snarare delsystem inom det samma.

Förtroende för hälso- och sjukvården

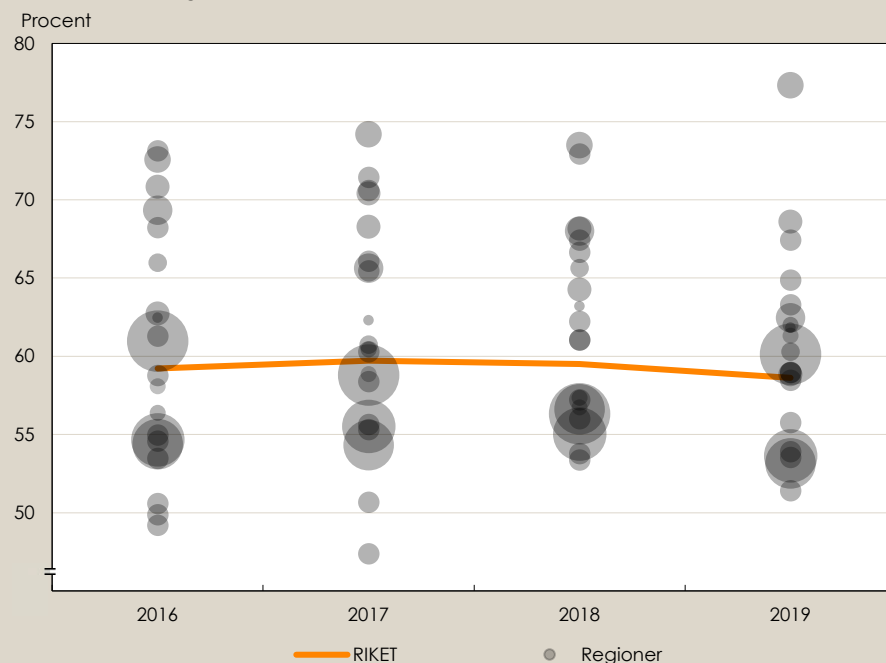
För att ett hälso- och sjukvårdssystem ska vara hållbart är det viktigt att de som bidrar till dess finansiering och använder sig av dess tjänster har förtroende för systemet, dess prestationer och dess personal.

28. Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen

Förtroendet för hälso- och sjukvården är en viktig aspekt att följa upp när övergripande förändringar görs av systemet. Indikatorn *Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet* speglar befolkningens förtroende, oavsett om invånarna nyligen varit i kontakt med hälso- och sjukvården eller inte. Indikatorn är hämtad från *Hälso- och sjukvårdsbarometern* och visar den andel som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i den egna regionen. De personer som inte har kunnat besvara frågan är exkluderade.

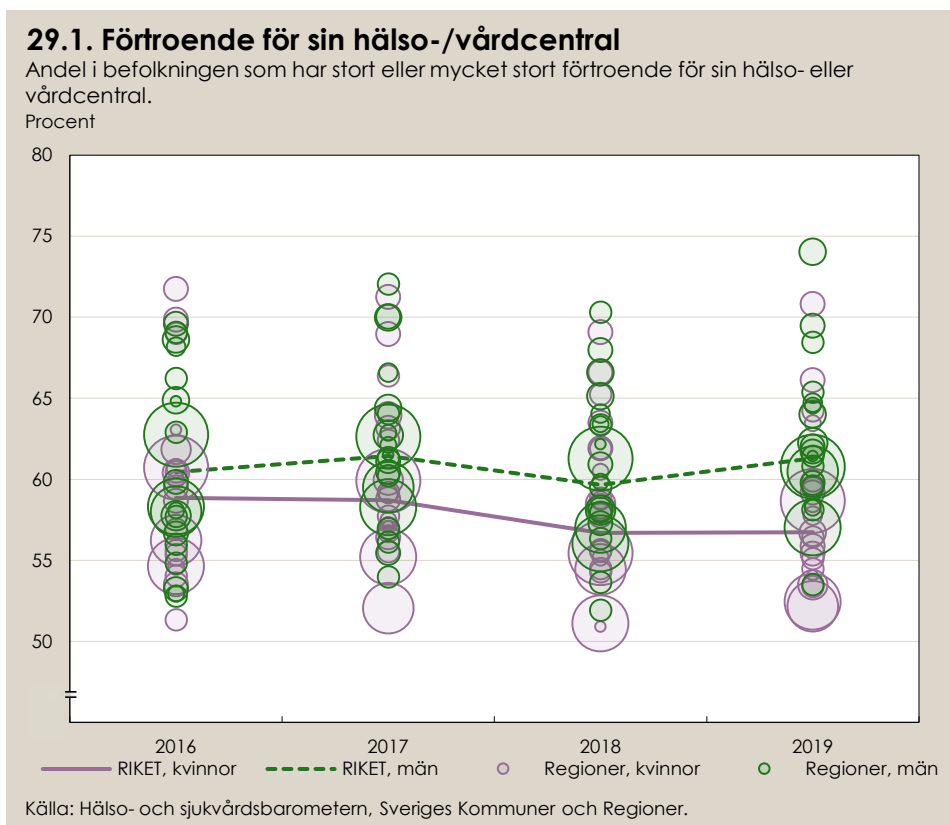
28.1. Förtroende för sjukvården i sin helhet

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region.



29. Förtroende för sin hälso-/vårdcentral

Eftersom uppdraget fokuserar på primärvård kompletteras den övergripande indikatorn med ett mått på befolkningens förtroende som avgränsar sig till vård- och hälsocentraler.



Tillgänglighet

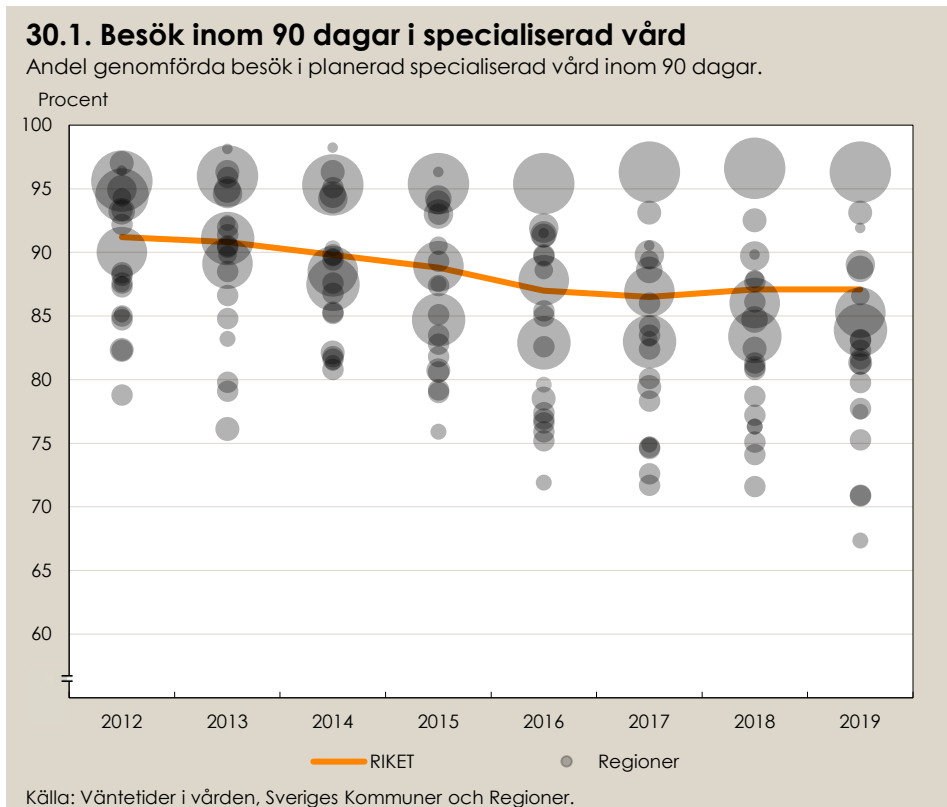
Här redovisas indikatorer som till stor del berör tillgänglighet till hälso- och sjukvård i stort. Indikatorerna mäts alla inom den specialiserade vården men antas i hög grad vara påverkbara genom en förflyttning mot en mer nära vård. Om kommunal och regional primärvård förstärks och kan arbeta mer förebyggande och koordinerat med övriga vårdnivåer bör trycket även på systemet som helhet bli lägre.

30. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

En mer koordinerad öppen vård och utbyggd primärvård antas minska trycket på den specialiserade vården så att tillgängligheten till specialiserad vård kan öka för de personer som behöver den.

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Indikatorn visar andelen besök där patienterna väntat högst 90 dagar inom specialiserad vård, av totalt antal genomförda besök, vilket fastställs i vårdgarantin. Patientvald väntetid är exkluderad. I indikatorn ingår inte patienter som tackat nej till vård eller patienter som bör vänta längre än den uppsatta gränsen på 90 dagar. Dessutom ingår inte medi-

cinsk service, utredningar och undersökningar, återbesök och hjälpmedelsförsörjning, förutom utprovning av hörapparater. Av diagram 30.1 framgår att andelen genomförda besök inom 90 dagar har sjunkit från över 90 procent 2012 till 87 procent för 2017 och ligger sedan kvar på den nivån för 2018 och 2019.



31. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – BUP

En väl fungerande första linjens arbete med psykisk hälsa hos barn och ungdomar antas minska trycket på den specialiserade barn och ungdomspsykiatrin.

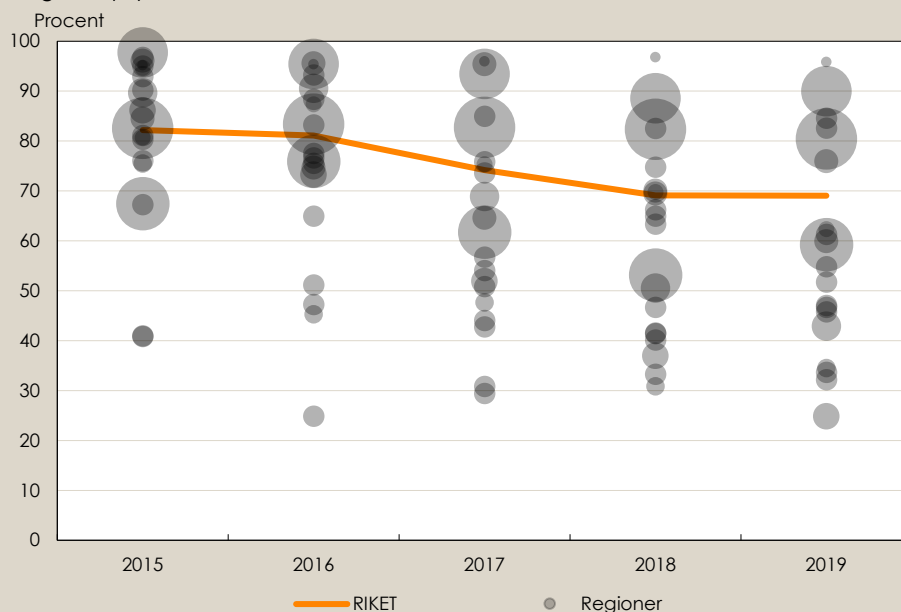
År 2009 genomfördes en särskild satsning för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa, den så kallade ”förstärkta vårdgarantin”. Målet var att minst 90 procent av patienterna skulle få en första bedömning inom 30 dagar och minst 80 procent av patienterna en påbörjad fördjupad utredning/behandling inom ytterligare 30 dagar. Detta är också indikatorn som valts här, trots att den förstärkta vårdgarantin numera tagits bort så kvarstår dessa mål för tillgängligheten [19].

Andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

Av diagram 31.1 framgår att andelen minskat varje år mellan 2015 och 2018, från drygt 80 till under 70 procent för 2019.

31.1. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

32. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

En rörelse mot en mer nära vård med mer förebyggande insatser och fortsatt omfördelning mot mer öppna vårdformer och arbetssätt antas minska belastningen på den slutna vården. Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården.

En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats [20]. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten [21]. En överbelagd vårdavdelning innebär att patienter vårdas på en plats som inte har den medicinska utrustning som kan behövas och en fysisk arbetsmiljö som ökar risken för vårdskador. Markörbaserade journalgranskningar har visat på en tydligt ökad förekomst av vårdskador i samband med utlokaliseringar av patienter [22-24].

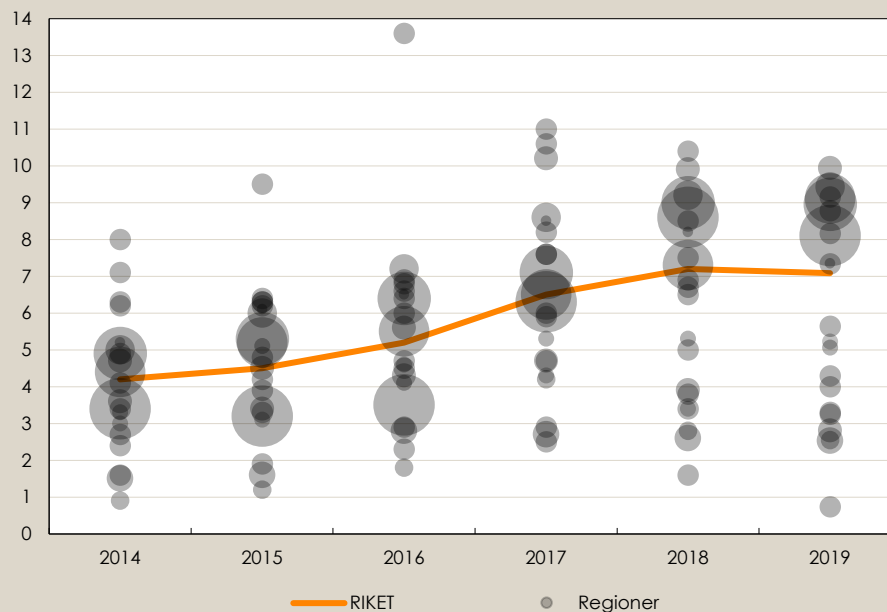
Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter i slutenvården. Dessa problem har också tilltagit under mätperioden.

Av diagram 32.1 framgår att överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat för varje år mellan 2014 och 2018. För 2019 ligger värdena på i stort sett samma nivå som 2018. För första gången sedan mätningarna startade så ses alltså ingen ökning jämfört med året innan.

32.1. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.

Per hundra disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Påverkbar specialistvård

Delområdet påverkbar specialistvård samlar ett antal indikatorer vars utfall avseende konsumtion av specialiserad vård, såsom slutenvård och akutsjukvård, bedöms kunna påverkas av primärvårdens och omsorgens insatser och förmåga till samordning.

33. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

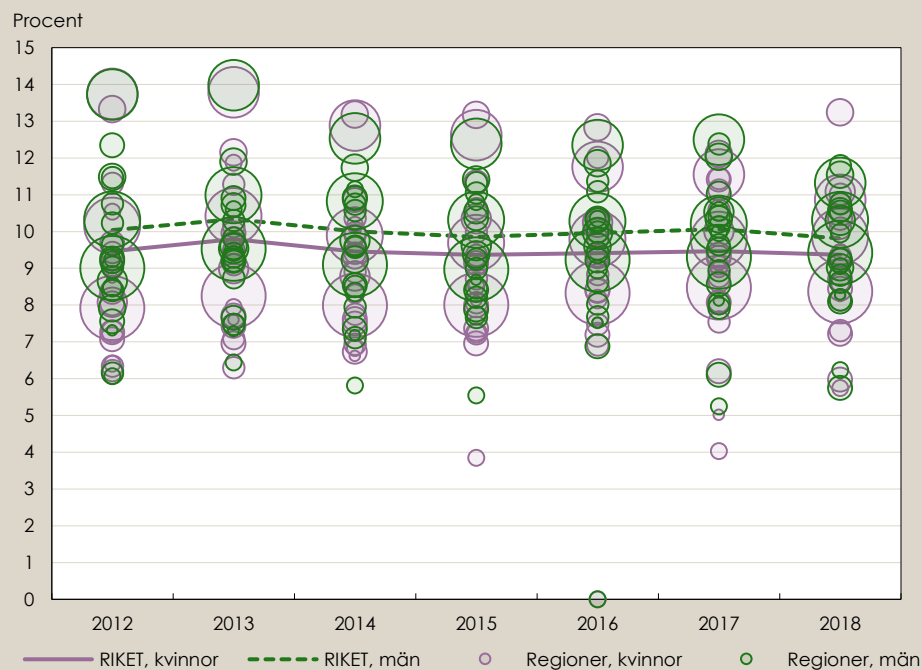
För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid vårdtillfälle ett eller genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser [25].

Indikatorn har valts då den belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Dessutom kan indikatorn påverkas av tillgängliga resurser i primärvård och socialtjänst. Även tillgänglig kompetens, exempelvis gällande demens, i socialtjänsten och primärvården kan påverka indikatorn.

Resultaten visar att skillnaderna mellan regionerna är betydligt större än mellan kvinnor och män (diagram 33.1).

33.1. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre.

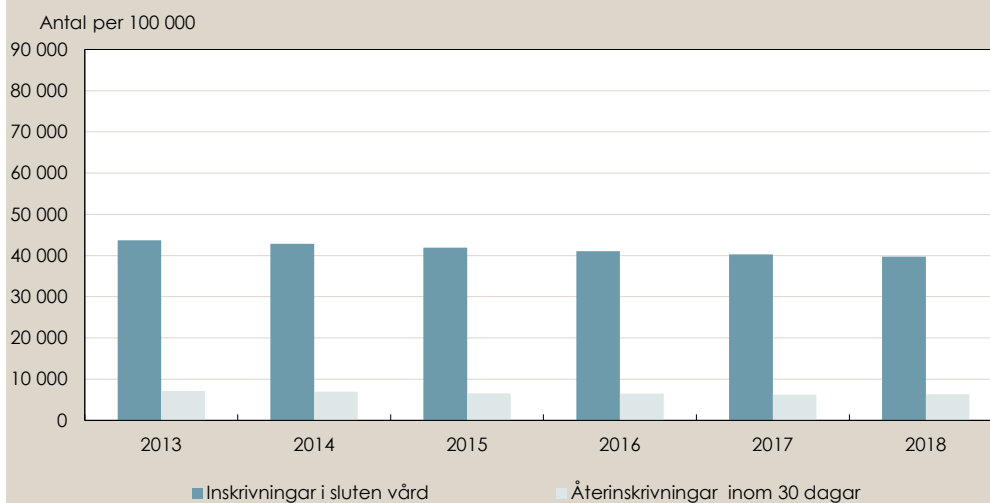


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I diagram 33.2 respektive 33.3 presenteras information om inskrivningar respektive återinskrivningar för de patientgrupper som får kommunal hälso- och sjukvård i särskilt respektive ordinärt boende. Omfattningen av inskrivningar respektive återinskrivningar speglar bland annat omhändertagandet inom primärvården för dessa grupper generellt respektive efter en slutenvårdsvistelse. Av diagrammen framgår att såväl antalet inskrivningar som antalet oplanerade återinskrivningar är större för gruppen som får kommunal hemsjukvård i ordinärt boende jämfört med gruppen som får motsvarande hälso- och sjukvård i särskilt boende. Trenden är dock minskande, för såväl inskrivningar som återinskrivningar.

33.2. Inskrivningar i slutenvård - Särskilt boende

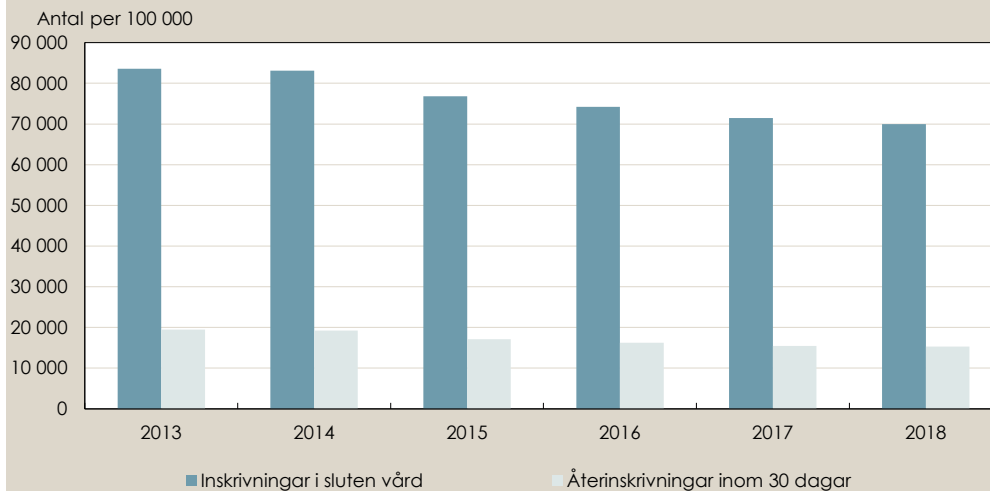
Inskrivningar i slutenvård för personer 65 år eller äldre som bor permanent i SÄBO 2013-2018



Källa: SOL-registret, Socialstyrelsen.

33.3. Inskrivningar i slutenvård - Ordinärt boende

Inskrivningar i slutenvård för personer 65 år eller äldre med kommunal hälso- och sjukvård som *inte* bor i SÄBO, 2013-2018



Källa: SOL-registret, Socialstyrelsen.

34. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

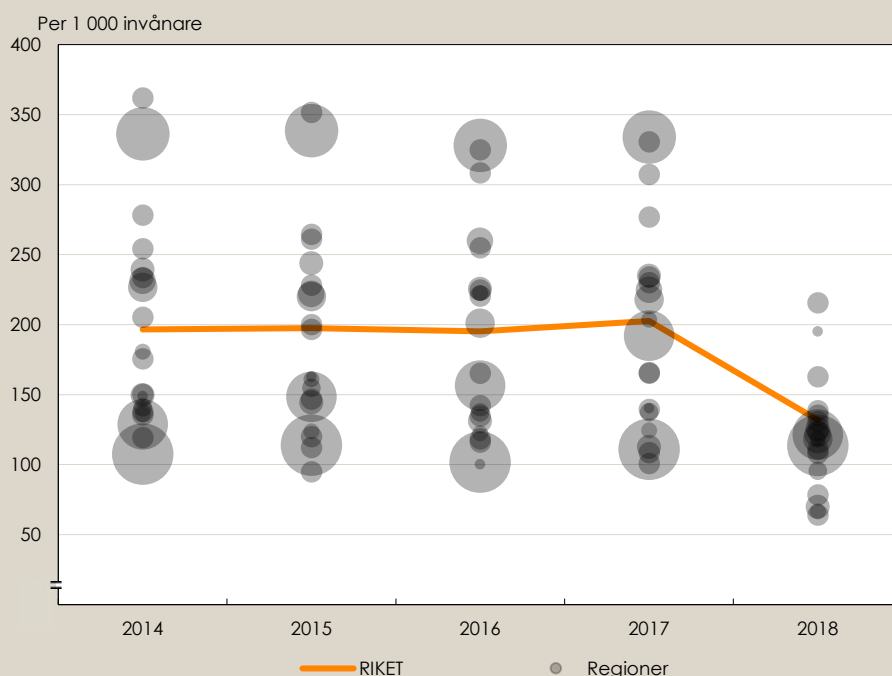
En viktig aspekt på samarbetet i hälso- och sjukvårdssystemet är att en patient som inte längre behöver sjukhusets resurser ska kunna lämna sjukhuset för vidare vård i det egna hemmet eller i andra vårdformer. En person är utskrivningsklar om behandlande läkare inte längre bedömer att personen behöver slutenvård [26].

Om läkaren bedömer att personen inte klarar sig på egen hand efter utskrivningen ska läkaren kalla till vårdplanering. Kommunerna har ansvar för att en äldre patient ska kunna få fortsatt vård och stöd utanför sjukhus.

Indikatorn visar summan av dagar patienter varit utskrivningsklara per 1 000 invånare. I riket uppgick antalet till 132 dagar 2018 vilket var en nedgång med 71 dagar jämfört med 2017. Den tydliga nedgången kan kopplas till förändringar i lagstiftningen kring utskrivningsklara patienter. Den 1 januari 2018 ersattes lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Den nya lagen berör flera aspekter av samverkan mellan regionernas slutenvård och kommunernas vård och omsorg. I och med den nya lagen har kommunerna betalningsansvar för utskrivningsklara patienter efter tre dagar, om inget annat avtalats, mot tidigare fem dagar.

34.1. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare.



35. Fallskador bland personer 65 år eller äldre

Fallskador bland äldre är en bred indikator på förebyggande insatser och samverkan inom hälso- och sjukvården, såväl som andra delar av samhället.

Fallolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering. Samhällets kostnader för fallskador är omfattande [27].

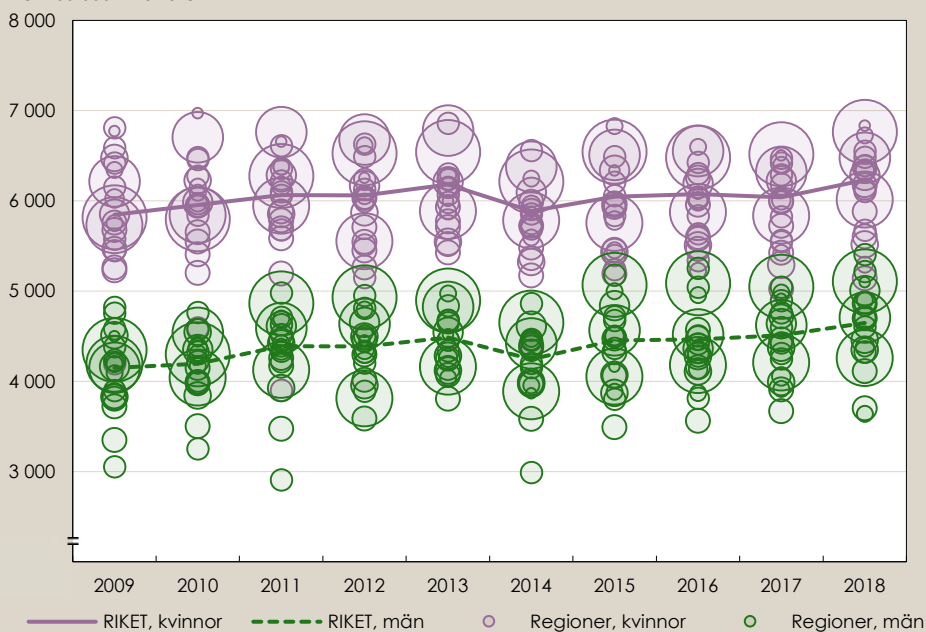
Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet vårdtillfällen eller läkarbesök i specialiserad vård till följd av fallolyckor per 100 000 invånare bland personer som är 65 år och äldre. En felkälla för jämförelsen kan vara

bristande och varierande registrering av skadeorsaker, både över tid och mellan regionerna. Totalt sett vårdades drygt 5 500 personer per 100 000 invånare 65 år och äldre för en fallskada 2018. Betydligt fler kvinnor än män vårdades för fallskada, drygt 6 200 jämfört med lite mer än 4 600 per 100 000. Värdet visar ingen förbättring över tioårsperioden i diagram 35.1.

35.1. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

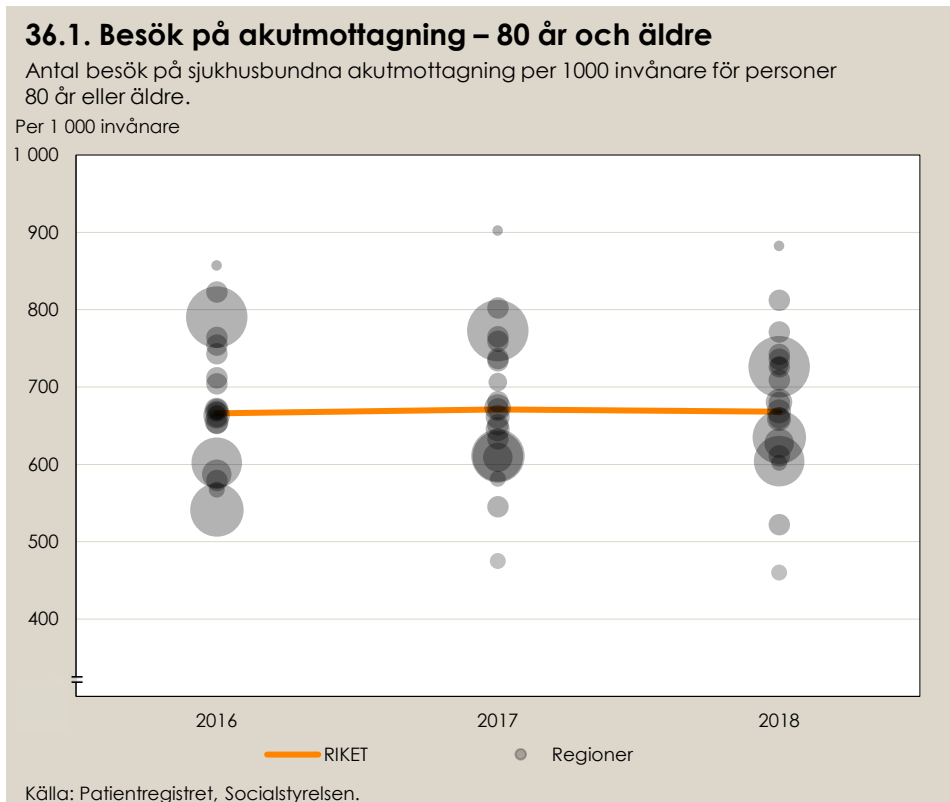
36. Besök på akutmottagning bland personer 80 år eller äldre

Genom en mer personcentrerad och koordinerad hälso- och sjukvård och äldreomsorg antas behovet av att besöka akutmottagningen bland personer i denna äldre grupp kunna förebyggas i högre grad. Måttet *Besök på akutmottagning – 80 år och äldre* visar antalet besök på akutmottagning per 1000 invånare för personer 80 år och äldre. I mätningen ingår enbart besök på sjukhusbundna akutmottagningar med två eller fler samlokaliserade somatiska specialiteter. Statistiken påverkas således av olikheter i hur dessa mottagningar är organiserade i regionerna, men även exempelvis av hur vården i övrigt är organiserad som t ex förekomst och rapportering av så kallade närukutmottagningar⁶².

Uppgiften om frekvensen av besök på akutmottagning har tidigare inte använts som indikator i myndighetens uppföljning av vården och det har inte varit det ursprungliga syftet med att ta in antalet besök på sjukhusbundna

⁶² Besök vid primärvårdsanslutna närukutmottagningar eller liknande rapporteras inte in till nationella register. Det är dock önskvärt att kunna följa samtliga akuta besök. Antal besök på akutmottagning per 1000 invånare i alla åldrar kan också vara relevant att följa, då det kan ge en indikation om primärvårdens tillgänglighet för samtliga grupper.

akutmottagningar. Vidare kvalitetssäkring och bedömning av jämförbarheten är därmed önskvärd. Diagram 36.1 utgör ett exempel på hur måttet kan presenteras när ovan nämnda validering genomförts. I framtida statistik på regionnivå bör de besök på akutmottagning som mäts avse invånarna i varje region och relateras till den aktuella regionens befolkning (vårdkonsumtion).

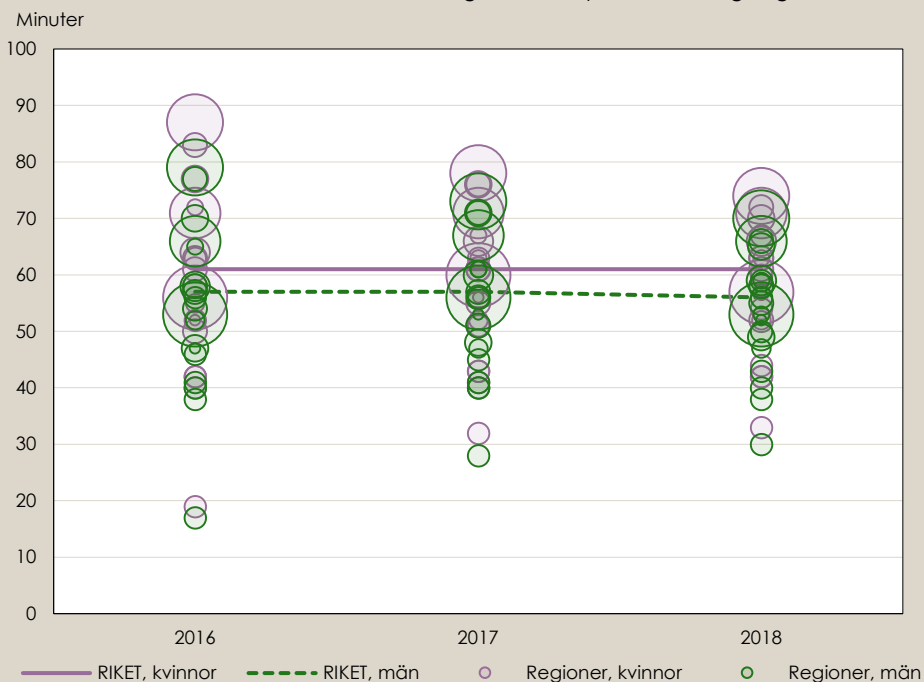


Ett angränsande mått som bör följas upp tillsammans med besök på akutmottagning är *Tid till läkarbedömning vid akutbesök, vilken* speglar tillgänglighet till läkare på akutmottagning. I likhet med flera andra indikatorer inom området systemeffekter kan denna utgöra indirekt mått på hur systemet som helhet (primärvård och specialiserad vård) förmår tillgodose patienters behov på annat sätt och/eller i ett tidigare skede.

Inom sjukhusbundna akutmottagningar finns skillnader i väntetider mellan akutmottagningarna både vad gäller total vistelsetid och tid till läkarbedömning. Indikatorn visar mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning, vilket utgör en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen. Diagram 36.2 visar mediantiden till första läkarbedömning för kvinnor och män för perioden 2016–2018. För alla åren är mediantiden i rikets högre för kvinnor än män. Ingen tydlig förändring syns mellan åren för rikets värde, men variationsvidden mellan länen har minskat.

36.2. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning.



Effektivitet

Enligt 4 kap. 1 § HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. I såväl utredningsdirektiv och betänkanden som lagrådsremiss om nära vård framhålls att omställningen ska leda till ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

Enligt den lagrådsremiss avseende en primärvårdsreform [3] som nyligen beslutades är ett av målen med omställningen att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås, och att utveckling av exempelvis delaktighet och kontinuitet kan bidra till ökad effektivitet.

Socialstyrelsen planerar att i det fortsatta arbetet att utöka uppföljningen till att inkludera effektivitet genom att där så är möjligt belysa resultaten av hälso- och sjukvårdens insatser i relation till resursanvändningen.

Det fortsatta arbetet

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen ett första förslag på uppföljningsområden och indikatorer för att följa omställningen till en god och nära vård. Flertalet områden och indikatorer behöver utvecklas och kompletteras i det kommande arbetet. Allt eftersom arbetet fortskrider kommer föreslagna indikatorer att behöva prioriteras och omprövas. På vissa områden krävs ett större arbete för att inventera viktiga aspekter att följa och vid behov utveckla nya indikatorer. Ett viktigt sådant arbete som redan planerats är att myndigheten kommer att genomföra en utredning av hur regionernas arbete med fast läkarkontakt till fler patienter ska kunna följas.

Merparten av de nu föreslagna måtten utgörs av befintliga indikatorer vilka är möjliga att följa via redan tillgängliga datakällor. Bristen på uppgifter om framför allt primärvården på nationell nivå innebär dock en begränsning vad gäller möjligheterna att följa effekterna av omställningen. Planen är att i kommande arbete föreslå utvecklingsindikatorer där det är önskvärt att följa utvecklingen men idag inte är möjligt på grund av exempelvis juridiska begränsningar eller avsaknad av nationella register.

I nästa steg av arbetet kommer också dialog kring lämpliga mått och indikatorer att genomföras med relevanta intressenter såsom regioner och kommuner samt företrädare för hälso- och sjukvårdens professioner och patienter. Parallellt med denna dialog kommer arbetet att fördjupas utifrån de förslag och erfarenheter från regioner och kommuner av omställningsarbetet som inhämtats inom deluppdrag III.

Arbetet med kvantitativ uppföljning i form av indikatorer kommer att genomföras i nära samverkan med den kvalitativa uppföljning av regionernas och kommunernas arbete med omställningen som sker inom ramen för deluppdrag III. Ambitionen är att på sikt länka samman kvantitativ och kvalitativ uppföljning till en samlad bild av omställningens genomförande och resultat.

I övrigt är planen att på sikt komplettera arbetet med relevanta bakgrundsmaått, att presentera resultat för fler relevanta grupper och att systematiskt belysa vården ur ett jämlikhetsperspektiv, liksom att föreslå sätt att följa tillgänglighet och kvalitet även inom den specialiserade vården ur ett god och nära vård-perspektiv. Därutöver behöver arbetet säkerställa en balans mellan indikatorer som speglar regionernas primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården. Slutligen kommer möjligheten till en systematisk inhämtning av medarbetar- och/eller verksamhetsrapporterade erfarenheter att undersökas.

Referenser

1. God och nära vård : en gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
2. God och nära vård : en primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
3. Lagrådsremiss. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. 2020:
4. Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II. Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen. Socialstyrelsen; 2019.
5. Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
6. Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2019.
7. Health Indicators 2013. Canadian Institute for Health Information; 2014.
8. Att följa omställningen till Nära vård. En översikt av mått och indikatorer Sveriges Kommuner och Regioner; 2020. Report No.: ISBN 978-91-7585-828-9
9. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet. Socialstyrelsen; 2020.
10. Utvärdering av universitetssjukvård - Strukturer och processer [Elektronisk resurs]. 2018.
11. Vision e-hälsa 2025 [Elektronisk resurs]. 2016.
12. Digitala vårdtjänster med fokus på AI. Socialstyrelsen; 2019.
13. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
14. Ekonomi och verksamhetsstatistik. 2019. Hämtad 2020-05-04 från: <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html>
15. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
16. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen; 2019.
17. Målnivåer för diabetes. Uppföljning och översyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
18. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Socialstyrelsen; 2020.
19. Socialdepartementet. Överenskommelse om insatser inom psykisk hälsa-området 2018 2018:
20. Överbeläggning. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=507>
21. Utlokaliserad patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTerm=dXRsb2thbGlzZXJhZCBwYXRpZW50&fsrcLang=sv&trgLang=en&fSubject=>

22. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2012.
23. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2018, nationell nivå. Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
24. Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Socialstyrelsen; 2019.
25. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
26. Utskrivningsklar patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=58>
27. Öppna jämförelser 2016. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
28. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019. Sveriges kommuner och regioner; 2019.
29. Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018.
30. Socialstyrelsens yttrande över delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).
31. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård - förstudie. Socialstyrelsen; 2019.
32. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård - delredovisning. Socialstyrelsen; 2020.
33. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020.

Bilaga 1: Myndighetens förhållningssätt till utredningens förslag till indikatorer

I deluppdrag II anges att Socialstyrelsen ska beakta de förslag till indikatorer för uppföljning som utredningen har lagt fram i delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Utredningen föreslår att omställningen följs med hjälp av fyra storheter, vilka redan används av olika aktörer för löpande uppföljning utifrån respektive aktörs uppdrag. Storheterna är:

- 1) *Befolkning*: Förtroende för hälso- och sjukvården
- 2) *Process*: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar
- 3) *Medarbetare*: Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis
- 4) *Ekonomi*: Kostnadsandel i det som definieras som regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i regionerna.

Enligt utredningen är avsikten med de föreslagna storheterna att övergripande spegla förändringen i enlighet med färdplanen. De föreslagna storheterna är inte avsedda att ensamma kunna beskriva utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård utan bör utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå.

Socialstyrelsen bedömer att de dimensioner som de fyra storheterna är tänkta att spegla – befolkning, process, medarbetare och ekonomi – samtliga utgör viktiga perspektiv i uppföljningen av omställningen. De specifika mått som valts ut för respektive dimension kan ses som exempel på relevanta mått inom den aktuella dimensionen. Socialstyrelsen bedömer emellertid att det dels behövs fler, dels mer specifika mått för att följa omställningen till en nära vård. Nedan presenteras en genomgång av myndighetens förhållningssätt till respektive föreslaget mätetal.

Förtroende för hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen bedömer att det är relevant att följa befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården ur ett nära vård-perspektiv. Förutom att förtroendet är viktigt i sig, är legitimitet hos befolkningen viktig för att hälso- och sjukvårdens ska kunna bedriva en bra verksamhet.

Emellertid är det inte helt tydligt i vilken utsträckning aktuell fråga i hälso- och sjukvårdsbarometern [28] verkligen speglar hur befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården som helhet utvecklas.⁶³ Den undersökningsmetod

⁶³ Exempelvis har resultaten vad gäller denna fråga under senare år rört sig i motsatt riktning mot frågor som rör förtroende för hälso- och vårdcentral respektive för sjukhus. Ett liknande mönster uppvisas i relation till frågorna om tillgång till den vård man behöver respektive uppfattning om vården ges på lika villkor.

som hälso- och sjukvårdsbarometern använder kan också påverka representativiteten i resultaten⁶⁴. Med undantag för ålder och kön är det svårt att veta i vilken utsträckning de som svarat på enkäten är representativa för befolkningen i stort vad gäller andra variabler. Dessutom är det viktigt att ha i åtanke att befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården sannolikt påverkas av andra faktorer utöver hälso- och sjukvårdens faktiska prestation [29].

Det kan möjligen ge en mer rättvisande bild att följa förtroendet (eller motsvarande) bland de personer som haft kontakt med hälso- och sjukvården under det senaste året. Om förslaget mått ska användas för uppföljning av omställningen bedömer myndigheten att det bör följas tillsammans med andra mått inom hälso- och sjukvårdsbarometern, såsom förtroende för den egna hälso- eller vårdcentralen. Det bör också kompletteras med relevanta patientrapporterade mått, exempelvis frågor om tillgodosett vårdbehov och helhetsintryck i Nationell patientenkät. Socialstyrelsen planerar att följa ett antal identiska frågor i Nationell patientenkät med bäring på bland annat förtroendet för hälso- och sjukvården inom primärvård respektive öppen specialiserad vård.

Det kan också finnas andra förtroendemått som kan vara intressanta att titta på i sammanhanget såsom exempelvis resultat från SOM-undersökningen om förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonal.

Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Socialstyrelsen bedömer det som relevant att följa återinskrivningar i sammanhanget nära vård. Utöver denna finns flera indikatorer som indirekt speglar såväl kvalitet som sammanhållen vård inom hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller exempelvis påverkbar slutenvård respektive akutvårdskonsumtion bland äldre respektive vissa diagnosgrupper. Myndigheten har 2019 fått ett specifikt uppdrag av regeringen att undersöka återinskrivningar av multisyuka vilket ska återrapporteras i september 2020.

I arbetet med indikatorer för god och nära vård har Socialstyrelsen i ett första steg valt att bland annat fokusera på ett antal ”primärvårdsintensiva” kroniska diagnoser. Ett sätt att följa utvecklingen mot en mer nära vård är att följa ett antal befintliga indikatorer för dessa utvalda grupper, vilka bedöms utgöra en av de huvudsakliga målgrupperna för den nära sammanhållna vården.

Två andra indirekta mått på kvalitet och sammanhållen vård i primärvården som skulle kunna komplettera ovan nämnda indikatorer är förekomst av läkemedelsrelaterade vårdskador i specialistvården/slutenvården samt förekomst av gemensam journalföring. Myndigheten har dock inte exakt definierat dessa indikatorer ännu.

⁶⁴ Undersökningen genomförs med en så kallad mixad datainsamlingsmetod där svar samlas in både via en webbenkät och via telefonintervjuer. I varje region sker först ett bruttourval av personer vilka kontaktas på olika sätt tills man fått in önskat antal svar. Inledningsvis skickas en inbjudan ut via post med personliga inloggningsuppgifter till en webbenkät. Kort information har funnits på olika språk om möjlighet att via webben ta del av enkäten och information om undersökningen på aktuellt språk. Påminnelser har skickats postalt och via sms. Efter påminnelser har en telefonuppföljning genomförts bland de som ännu inte besvarat enkäten. Respondenter som kontaktats via telefon har fått möjlighet att svara på frågorna muntligt. De som inte velat ställa upp på en telefonintervju har även erbjudits att få en länk till en webbenkät via sms. Dessa telefonuppföljningar har främst riktats till de åldersgrupper där svar saknats utifrån rikets åldersfördelning och med fokus på att uppnå en jämn könsfördelning.

Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis

Socialstyrelsen menar att detta mått kan vara relevant för att följa hur de potentiellt tillgängliga resurserna för primärvården utvecklas. Som myndigheten nämnt i sitt remissvar [30] kan det emellertid bli missvisande att enbart följa kvoten specialistbevis i allmänmedicin i förhållande till totala antalet utfärdade specialistbevis. Detta då en ökning av kvoten inte nödvändigtvis betyder att det blir fler allmänspecialister i primärvården. Dessutom har regionerna liten möjlighet att påverka utbudet av allmänspecialister.

För att få veta mer om vilka bemanningsresurser som faktiskt finns tillgängliga för vården, inklusive primärvården, behöver man därför också följa hur många specialister i allmänmedicin, liksom andra specialister, som är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. Utöver läkare finns också behov av att följa andra relevanta yrkeskategorier, såväl inom primärvården som inom andra vårdnivåer/-former. Detta då nära vård bland annat handlar om att skapa förutsättningar för patienterna att få vård av adekvat yrkeskategori samt om att utveckla teambaserade arbetssätt med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar.

Det finns också en rad andra viktiga aspekter som rör medarbetarperspektivet som skulle vara värdefullt att följa, vilka redogörs för under uppföljningsområdet bemanning, kompetens och utbildning. Det rör exempelvis förutsättningar för utbildning, forskning och utveckling inom primärvården.

Primärvårdens andel av samtliga hälso- och sjukvårdskostnader

Utredningens förslag till indikator på det ekonomiska området utgörs av ”Kostnadsandel i det som definieras som regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i regionerna”. Även här bedömer Socialstyrelsen att det är en relevant ingång att följa hur kostnaderna i primärvården utvecklas som en möjlig indikator på hur hälso- och sjukvårdsresurserna allokeras och fördelas i utvecklingen av den nära vården. Socialstyrelsen menar dock att mätetalet som enskildhet är problematiskt. Det gäller bland annat avgränsningen mot primärkommunernas verksamhet vilka svarar för cirka 25 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården [31]. För att följa resurserna till primärvården över tid behöver man därför även följa kostnaderna inom den kommunala hälso- och sjukvården⁶⁵. Vidare fångar inte måttet de förändringar som handlar om exempelvis ökad involvering av personal inom specialistvården i primärvårdens arbete eller ökad grad av specialiserad vård som utförs i hemmet. Därutöver pågår flera andra reformer och förändringar i hälso- och sjukvårdssystemet parallellt, vilka kan påverka relativa kostnads-mått. Det gäller exempelvis utvecklingen av högspecialiserad vård och utvecklingen mot ökad dagkirurgi/dagvård. Att enbart följa fördelningen av

⁶⁵ Under avsnittet om ekonomiska resurser redogörs för problematiken att separera ut hälso- och sjukvårdskostnader ur kommunernas räkenskapsammandrag.

kostnader mellan olika vårdnivåer kan både bli missvisande och medföra en risk att olika vårdnivåer ställs mot varandra.

Parallellt med relativa eller övergripande kostnadsåtgång för respektive del av vården är det viktigt att belysa den utveckling som sker *inom* respektive del av vården vad gäller exempelvis utvecklade arbetssätt eller effektivisering, vilket påverkar utvecklingen av bland annat kostnader.

Omställningen av hälso- och sjukvården inkluderar utvecklingsinitiativ vad gäller exempelvis arbetssätt vars effekter på kostnadsutvecklingen är svåra att härleda och förutse. Nya arbetssätt kan innebära att patienters behov bättre tas omhand vilket kan medföra ökade kostnader⁶⁶. Nya arbetssätt kan också innebära en effektivisering vilken medför minskade kostnader. Vissa initiativ kan vara kostnadsdrivande på kort sikt men innebära minskade kostnader och/eller bättre resultat på längre sikt. Initiala kostnader för utvecklingsinitiativ uppstår ofta delvis i en annan verksamhet än den som skördar frukterna av initiativet. Och parallellt med planerade utvecklingsinitiativ finns en rad andra faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen såsom exempelvis demografi, investeringsbehov och personalbrist.

Det finns också ett flertal faktorer som påverkar möjligheten att jämföra kostnader mellan verksamheter eller regioner, samt över tid. Ersättningsmodeller skiljer sig åt mellan regioner och kommuner och modellerna förändras över tid, vilket kan påverka såväl totala kostnader som former för hur vården bedrivs. Vidare skiljer sig principer för vilket kostnadsansvar olika vårdgivare har för exempelvis medicinsk service. Slutligen går vissa relevanta kostnader inte att skilja ut vilket försvårar jämförelse.

Samtliga ovan nämnda faktorer behöver så långt möjligt beaktas för att undvika att dra felaktiga slutsatser av kostnadsutvecklingen.

Socialstyrelsen bedömer att det ändå är relevant följa kostnadsutvecklingen i primärvården respektive andra vårdnivåer över tid, ställt i relation till exempelvis antal invånare respektive patienter, och om möjligt även vårdbehov. Det faktum att primärvården ska ta ett större ansvar för ett antal patientgrupper, inklusive ett samordningsansvar, bedriva forskning etc. behöver återspeglas i tilldelning av faktiska resurser. Dock behöver dessa mått kompletteras med andra mått/indikatorer på resurstilldelning såsom exempelvis bemanningsmått, samt med annan bakgrundsinformation om reformer etc. för att inte bli missvisande. Se även avsnitt om bemanning.

⁶⁶ Det behöver dock inte innebära en lägre effektivitet då effektivitet i det här sammanhanget handlar om att ställa resultat för patienten mot förbrukade resurser.

Bilaga 2. Uppdaterad information om datakällor

Utveckling av befintliga och planerade datakällor

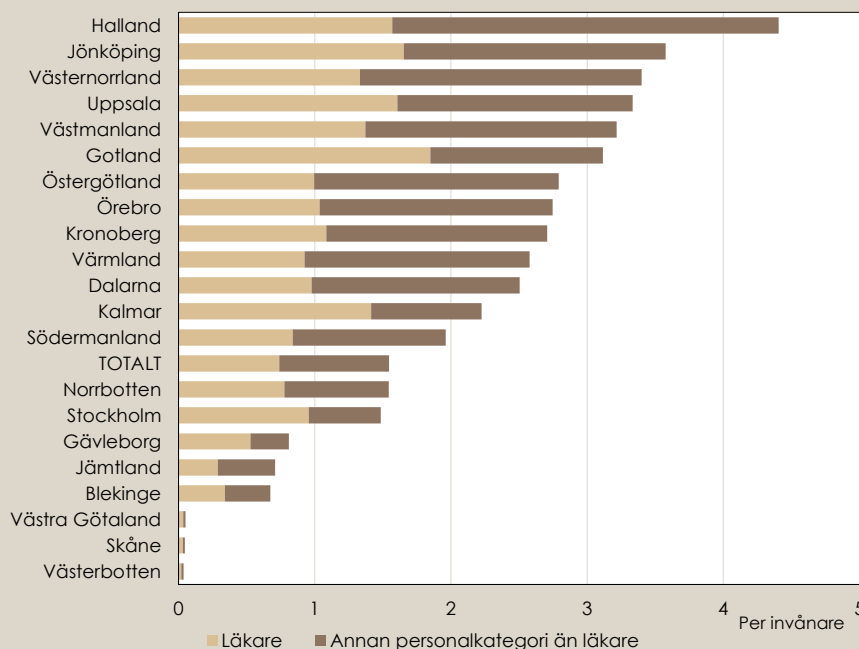
Väntetidsdatabasen för primärvården

Sedan mars 2020 innehåller SKRs väntetidsdatabas uppgifter om vårdkontakter i primärvården från samtliga regioner från januari 2019 och framåt⁶⁷. På SKR och i regionerna pågår arbete med att validera inrapporterade uppgifter. Socialstyrelsen bedömer att databasen i viss mån kan användas för att följa befintligt vårdutbud och vårdproduktion på ett mer detaljerat sätt än via SKRs verksamhetsstatistik. Exempelvis bör databasen kunna användas för att följa utbudet av vård avseende olika legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, liksom i viss mån diagnoser och åtgärder inom primärvården. I denna rapport presenterar Socialstyrelsen vissa sådana uppgifter om vårdkontakter och väntetider hämtade från väntetidsdatabasen för primärvården, med specifikt fokus på patienter med kronisk sjukdom och äldre. Enligt SKR har arbetet med ny modell för uppföljning av tillgänglighet i primärvården inneburit omfattande arbete i regionerna med att säkra kvaliteten i inrapporterade uppgifter i enlighet med instruktionerna för inrapportering. Då det saknas gemensamma regler för registrering och inrapportering av exempelvis diagnoser och åtgärder i primärvården bedöms uppgifterna ändå vara behäftade med vissa kvalitetsproblem. I diagram A.1 presenteras antal rapporterade vårdkontakter per invånare i primärvården i väntetidsdatabasen. Av diagrammet framgår att det återstår ett arbete för att säkerställa en fullständig inrapportering av uppgifter till databasen.

⁶⁷ Uppgifter från väntetidsdatabasen presenteras på www.vantetider.se.

A.1. Rapporterade vårdkontakter i primärvård till väntetidsdatabasen

Antal rapporterade vårdkontakter efter hemregion (mottagnings-, hem- och distansbesök samt brev-/telefonkontakter) per invånare 2019.



Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

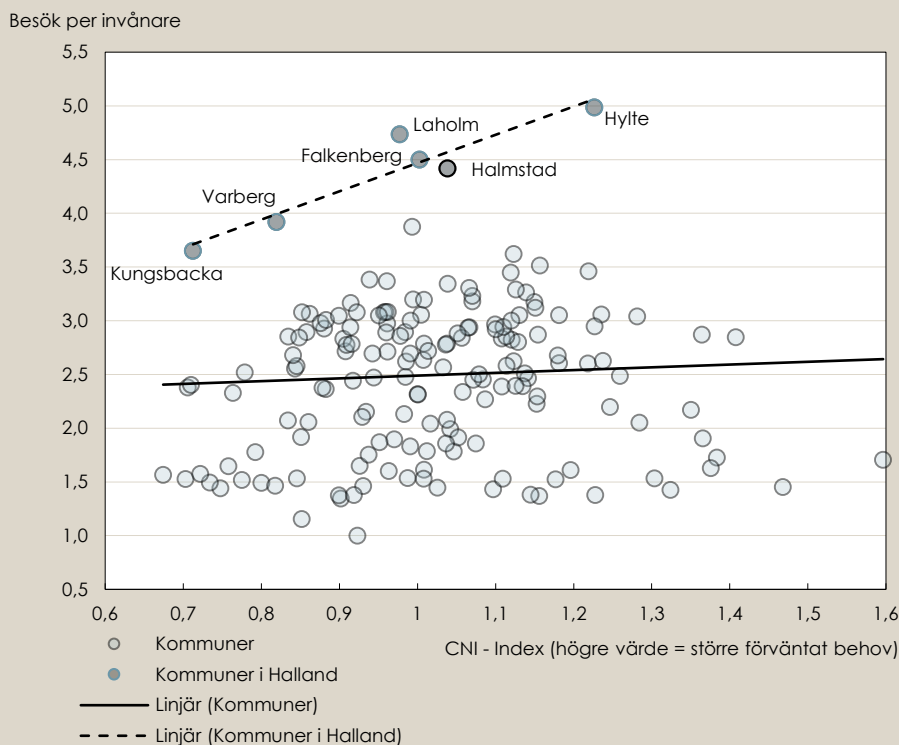
I diagram A.2 visas ett exempel hur uppgifter från väntetidsdatabasen skulle kunna användas för uppföljning. I diagrammet visas dels det förväntade behovet av primärvård enligt det så kallade CNI (Care Need Index) för befolkningen i olika kommuner. Ju längre till höger i diagrammet desto högre förväntat vårdbehov. På den lodräta axeln visas antal besök per invånare i primärvården. För de redovisade regionernas kommuner finns inget tydligt mönster som visar att högre uppskattat behov innebär fler besök per invånare. Men för enskilda regioner kan det se annorlunda ut. Som exempel har Hallands kommuner märkts ut i diagrammet och här framgår tydligt hur ett högre förväntat vårdbehov hänger samman med fler besök i primärvården för Hallands kommuner. En sammanfattning av detta mönster utgörs av den streckade linjens lutning. I jämförelse med den heldragna linjen för samtliga kommuner så lutar Hallands linje mycket brantare. Även den heldragna linjen för samtliga kommuner lutar åt det positiva hållet men betydligt flackare.

Denna lutning kan också beskrivas med ett mått som skulle kunna utgöra en möjlig indikator på vård efter behov. Besök är ett trubbigt mått på vårdvolym men även andra typer av volym-, tillgänglighet- och resursmått skulle kunna belysas på liknande sätt. Det gäller exempelvis väntetider, ekonomiska resurser, personal eller producerade DRG-poäng⁶⁸. Uppföljningen skulle i mån av tillgänglig data även kunna göras på vårdcentralsnivå.

⁶⁸ DRG, diagnosrelaterade grupper, är ett system för överskådlig verksamhetsbeskrivning där vårdkontakterna delas in i grupper som är både medicinskt likartade och kostnadsmässigt homogena. Läs mer om DRG på Vad är DRG? http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrgr/Documents/Vad_ar_DRG_rev110617.pdf

A.2. Behov och besök i primärvården - ett exempel

Antal besök per invånare i relation till värde för CNI (Care Need Index). Kommuner (exklusive Västra Götaland, Skåne, Västerbotten, Jämtland, Gävle, Blekinge. I dessa län har alla kommuner väsentligt lägre antal rapporterade besök än i andra kommuner)



Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner samt Statistiska

PrimärvårdsKvalitet

I delrapporten från november omnämns PrimärvårdsKvalitets (PvQ) arbete med indikatorer som en viktig framtida källa till information om primärvårdens kvalitet. Resultaten finns hittills tillgängliga på de anslutna vårdcentralerna och regionalt. Enligt uppgift har 15 regioner anslutit sig till PvQ och omkring tre fjärdedelar av landets vårdcentraler kan se sina resultat i PrimärvårdsKvalitet lokalt⁶⁹. Process för anslutning av resterande regioner pågår. Tre av regionerna bygger egna systemlösningar medan resterande regioner som beslutat att ansluta sig gör så via en applikation som tillhandahålls av företaget MedRave. I dagarna har resultat avseende en handfull indikatorer samlats in från fem regioner för att presenteras på Vården i siffror (VIS) på regional nivå. Inom kort ska ytterligare fem regioner genomgå samma process. PvQ:s egen bedömning är att resultat för de första indikatorerna bör bli tillgängliga på nationell nivå under 2020 för de mindre regionerna och att merparten av resterande regioner ansluter under nästkommande år⁷⁰.

⁶⁹ 74 procent av vårdcentralerna enligt uppgift 27 februari 2020 på PrimärvårdsKvalitets hemsida <http://primarvardskvalitet.skl.se/omprimarvardskvalitet.19.html>

⁷⁰ Mer information om PrimärvårdsKvalitet återfinns på www.primarvardskvalitet.se.

Nationell patientenkät och andra källor till patientrapporterade erfarenheter

Som nämns i deluppdragets rapport från november [4] utgör Nationell patientenkät (NPE) en viktig källa till information om omställningen. Detta samtidigt som den har viktiga begränsningar, exempelvis vad gäller låga svarsfrekvenser och möjlighet att följa resultat över tid. Socialstyrelsens första förslag på indikatorer inkluderar ett antal befintliga NPE-indikatorer inom primärvården respektive öppen specialiserad vård. NPE fångar i dagsläget endast patienternas erfarenheter av fysiska besök hos läkare (och i hälften av regionerna också fysiska besök hos sjuksköterska). Det finns behov av att på nationell nivå fånga andra delar av primärvården såsom exempelvis rehabiliteringsbesök och vårdkontakter som sker på distans via olika digitala lösningar. SKR/Nationell patientenkät har under 2019-2020 genomfört pilotundersökningar inom dessa områden i enskilda regioner. Förhoppningsvis lägger dessa grunden för en breddning av NPE till större andel av primärvårdens vårdkontakter.

Socialstyrelsen ser vidare ett behov av att komplettera innehållet i NPE med frågor som handlar om hur patienten uppfattar helheten i vården, inklusive samordning, specifikt riktat till dem som har kontakt med flera olika vårdgivare. Patienternas upplevelse av trygghet har också lyfts fram av utredningen och regionerna som en viktig aspekt att följa. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft ett regeringsuppdrag att följa upp genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Inom ramen för detta arbete har Vårdanalys tillsammans med bl. a. SKR genomfört en pilotenkät i Region Kalmar med fokus på trygghet och samordning i samband med utskrivningsprocessen. Förhoppningsvis innebär detta arbete att det i framtiden kommer finnas möjlighet att följa utskrivningsprocessen på nationell nivå.

Vårdanalys genomför årligen den så kallade IHP-undersökningen⁷¹ som är en återkommande internationell enkätundersökning inom primärvården som genomförs rullande vart tredje år i följande tre målgrupper: läkare i primärvården, äldre patienter respektive befolkningen. IHP-undersökningens frågeställningar är mycket relevanta för uppföljningen av omställningen till en nära vård. Emellertid kan använd undersökningsmetod innebära en begränsning vad gäller representativitet och möjligheten att följa liknande frågor/indikatorer över tid. Socialstyrelsen bedömer ändå att undersökningen, kanske i synnerhet den som riktas till primärvårdsläkare, kan ge viktig information som kompletterar övriga indikatorer.

⁷¹ IHP står för International Health Policy Survey. IHP är en internationell undersökning som genomförs årligen av Stiftelsen The Commonwealth Fund i 11 olika länder. Vårdanalys har i uppdrag av regeringen att varje år genomföra den svenska delen av undersökningen.

Datakällor och utvecklingsprojekt om kommunal hälso- och sjukvård

I delrapporten från november [4] beskrevs att uppgifter om åtgärder och yrkesgrupper som registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård samlar in ännu inte har tillräcklig kvalitet för att kunna publiceras som officiell statistik. Dessutom omfattar registret endast vård som kommunerna bedriver i egen regi⁷². För att säkerställa möjligheter till uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården i framtiden är det viktigt att resurser säkras för registerutveckling och dialog/stöd till kommunerna i syfte att skapa förutsättningar för en fullständig och korrekt inrapportering till registret. En annan viktig pusselbit för förbättrad inrapportering är att registret används för uppföljning. I detta första förslag till indikatorer används registret för att följa upp systemeffekter avseende exempelvis återinläggning på sjukhus för grupper som får kommunal hälso- och sjukvård. Ambitionen är dock att utveckla relevanta indikatorer som kan ge en bild av kommunal hälso- och sjukvård i sig, och samtidigt bidra till en förbättrad inrapportering av uppgifter om exempelvis åtgärder till registret.

Inom ramen för Socialstyrelsens åtgärdsplan för att stödja kommunalt finansierad hälso- och sjukvård [32] kommer förutsättningarna för en riktad enhetsundersökning till verksamheter som bedriver kommunalt finansierad hemsjukvård att kartläggas. Inom samma åtgärdsplan finns ett delprojekt som handlar om att ge stöd till kommunerna för att utveckla processer för ledning och styrning av kvalitet inom kommunal hälso- och sjukvård med fokus på hemsjukvård. Ett arbete har inletts på området genom stöd från EU-kommissionen vilket väntas pågå till hösten 2021. Merparten av indikatorutvecklingen avseende kommunal hälso- och sjukvård förväntas ske inom ramen för åtgärdsplanen för att stödja kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och avstämning med detta arbete kommer att ske löpande bland annat via projektets referensgrupp.

Deluppdrag I och möjligheter med ett eventuellt framtida primärvårdsregister

Deluppdrag I⁷³ har i uppdrag att undersöka förutsättningarna för en nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, ett nationellt hälsodataregister för primärvården. Inom uppdraget ska Socialstyrelsen ta fram ett förslag på vilka variabler och personalkategorier som bör omfattas av ett sådant register, samt bedöma nyttan respektive riskerna för den personliga integriteten avseende varje föreslagna variabel, med utgångspunkt i rådande juridiska förutsättningar.

Ett sådant framtida nationellt hälsodataregister över primärvården skulle vara mycket värdefullt för att på längre sikt kunna följa resultaten av omställningen. Exempelvis skulle det vara möjligt att i större utsträckning kunna följa olika patientgruppers samlade vårdkonsumtion och kvaliteten i de sam-

⁷² Socialstyrelsen genomför för närvarande en analys av vilka författningsändringar som behövs för att myndigheten ska ges möjlighet att samlar in data från privata vårdgivare. Planen är att analysen ska vara klar under våren 2020.

⁷³ Deluppdrag I om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (Dnr 29281/2019).

lade hälso- och sjukvårdsinsatserna, liksom aspekter som jämlikhet och effektivitet. Befintliga datakällor och juridiskt ramverk bedöms inte medge någon sådan samlad uppföljning (se avsnitt om juridiska förutsättningar).

Om beslut tas om att inrätta ett nationellt primärvårdsregister skulle det sannolikt dröja flera år innan detta är på plats, och ytterligare tid innan det håller tillräcklig kvalitet för att kunna dra slutsatser om omställningen. Samtidigt bedömer Socialstyrelsen att det inte är juridiskt möjligt för myndigheten att samla in aggregerade primärvårdsdata avseende privata vårdgivare från regionernas datalager. Detta innebär att Socialstyrelsen i sitt uppföljningsarbete är begränsad till befintliga nationella hälsodataregister (som i liten grad speglar primärvård), befintliga enkätundersökningar samt övriga befintliga datakällor vilka i dagsläget inte kan generera annat än partiell information om primärvården. Som nämns i Socialstyrelsens delrapport från november [4] bedömer myndigheten att även huvudmännen är kraftigt begränsade vad gäller möjligheten att följa upp hälso- och sjukvården avseende privata vårdgivare respektive den samlade hälso- och sjukvården över vårdgivargränser.

Ett flertal av de mått och indikatorer som skulle behövas för att kunna följa centrala aspekter av omställningen, går alltså inte att ta fram i dagsläget. De indikatorer som föreslås i denna rapport utgår i hög grad från befintliga, otillräckliga, datakällor.

Nya datakällor att överväga

Omställningen handlar till stor del om att ändra förhållnings- och arbetssätt inom hälso- och sjukvården. Aspekter som är svåra att fånga via register. I delrapporten från november 2019 nämns möjligheten att belysa medarbetarnas perspektiv på omställningen. Via intervjuer med professionsorganisationer har deluppdrag III delvis samlat in sådana synpunkter av mer kvalitativ karaktär och på övergripande nivå. Vårdanalys genomför också var tredje år den så kallade IHP-undersökningen bland primärvårdsläkare [33].

Deluppdrag II ser dock ett behov av att mer systematiskt belysa omställningen och dess förutsättningar från såväl verksamhets- som medarbetarperspektiv, exempelvis genom någon form av verksamhets- eller medarbetarenkäter. Denna typ av enkäter skulle systematiskt kunna belysa exempelvis frågor som rör utveckling av: personcentrering och samverkan mellan olika aktörer; utbildning, forskning och utveckling; sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete; samt digitala stödsystem och vårdtjänster. Inom ramen för överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019 belyses medarbetarperspektiv i mer generella termer. Regionernas redovisningar av detta arbete utgör en viktig utgångspunkt för eventuella framtida återkommande enkätundersökningar på området.

Det finns sannolikt finns en rad begränsningar för att genomföra framför allt en enkät riktad till medarbetare inom vården. Socialstyrelsen vill dock ändå undersöka denna möjlighet i det kommande arbetet. En enkät riktad till vårdgivare inom regionernas primärvård borde vara något lättare att genomföra. I synnerhet om en sådan enkät kunde samla ihop en rad olika frågor/aspekter av primärvårdens utveckling och därmed minska det totala antalet enkäter

som idag riktas till primärvårdens vårdgivare. En sådan typ av undersökning skulle också ge en möjlighet att följa resultat för ett antal frågeområden mer systematiskt över tid.

Bilaga 3: Urval av patientpopulationer med kronisk sjukdom

Socialstyrelsen har skapat patientpopulationer för nio kategorier av kroniska sjukdomar. Syftet har varit att följa utvecklingen av dessa gruppers vårdkonsumtion inom specialiserad vård samt deras läkemedelsuttag efter förskrivning i öppen specialiserad vård respektive primärvård.

Då det saknas ett nationellt register över vårdkontakter i primärvård samt goda uppgifter om läkemedelsadministrering i den slutna specialiserade vården, är dessa de delar av vårdkonsumtion och läkemedelsanvändning som är möjliga att följa i dagsläget.

Populationerna består av personer som någon gång under den föregående sjuårsperioden (räknat från uppföljningsåret) vårdats med en aktuell huvuddiagnos inom öppen eller slutna specialiserad vård och som levde den 31 december året före uppföljning. Uppföljningen avser alltså den fortsatta vården för personer som tidigare fått aktuell diagnos.

I tabell 2 återfinns information om vilka diagnoser respektive läkemedelskoder (ATC) som använts i urvalet av populationer samt uppföljning av vård respektive läkemedelsuttag.

I rapporten presenteras endast diagram avseende uppföljningen för de två populationerna med hjärtsvikts- respektive ångestdiagnos. Motsvarande uppgifter har dock tagits fram för samtliga utvalda populationer och kommer att presenteras i ett senare skede. Detta är ett första försök att följa dessa grupper, och resultaten är tänkta att utgöra underlag för diskussion om hur man med befintliga register kan följa vårdkonsumtion och -kvalitet för relevanta grupper ur ett nära vård-perspektiv.

För populationerna med diagnoserna ångest, depression och astma har personer i alla åldrar ingått i urvalet. För de sju somatiska kronikerpopulationerna har personer 65 år och äldre ingått. Den högre åldersgränsen för de somatiska grupperna har valts då förekomst och vårdkonsumtionen är särskilt betydande bland äldre

Tabell 2: Översikt över patientpopulationer med kronisk sjukdom

Population	Urval av population	Uppföljning vård	Uppföljning läkemedel
<p>Akut hjärtinfarkt Medelålder för män & kvinnor är 76 respektive 79 år och populationen består av ca 62 % män och 38 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: I21 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: I20-I259</p>	<p>C07 Betablockerare C08 Kalciumantagonister C09 RAAS-hämmare C10A, C10B Statiner C10D Nitrater B01AC Trombocythämmare</p>
<p>Astma Medelålder för män & kvinnor är 19 respektive 28 år och populationen består av ca 54 % män och 46 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: J45-J46. Alla åldrar Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: J45-J46</p>	<p>R03 Medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar</p>
<p>Depression Medelålder för män & kvinnor är 44 för båda könen och populationen består av 38 % män och 62 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: F32-F34 Alla åldrar Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: F32-F34</p>	<p>N06A Antidepressiva medel</p>
<p>Diabetes Medelålder för män & kvinnor är 74 respektive 76 år och populationen består av ca 54 % män och 46 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: E10-E14 ATC: A10 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: E10-E14 (ej ATC a10)</p>	<p>A10 Diabetesmedel</p>
<p>Förmaksflimmer Medelålder för män & kvinnor är 76 respektive 79 år och populationen består av ca 54 % män och 46 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: I48 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: I48</p>	<p>B01AF02 Antikoagulantia B01AE07 B01AF03 B01AF01 B01AA03 C07 Betablockerare</p>
<p>Hjärtsvikt 65 år och äldre. Levande under uppföljningsåret. Medelålder för män & kvinnor är 77 respektive 81 år och populationen består av ca 55 % män och 45 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: I50, I110, I42 (exkl. I421, I422), I43.</p>	<p>ICD10: I50, I110, I42 (exkl. I421, I422), I43</p>	<p>C09 (exkl. C09X) RAAS-hämmare C07 Betablockerare</p>
<p>Ischemisk hjärtsjukdom Medelålder för män & kvinnor är 75 respektive 78 år och populationen består av ca 62 % män och 38 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: I20-I259 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: I20-I259</p>	<p>C07 Betablockerare C08 Kalciumantagonister C09 RAAS-hämmare C10A, C10B Statiner C10D Nitrater B01AC Trombocythämmare</p>

Tabell 2: Översikt över patientpopulationer med kronisk sjukdom

Population	Urval av population	Uppföljning vård	Uppföljning läkemedel
<p>KOL Medelålder för män & kvinnor är 76 för båda könen och populationen består av ca 44 % män och 56 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: KOL 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: J43-J44</p>	<p>R03 Medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar</p>
<p>Stroke Medelålder för män & kvinnor är 77 respektive 79 år och populationen består av ca 51 % män och 49 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: I61, I63, I64, G45 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: I6 ICD10: G45</p>	<p>C03 Diuretika C07 Betablockerare C08 Kalciumantagonister C09 RAAS-hämmare B01AF02 Apixaban B01AE07 Dabigatran B01AF03 Edoxaban B01AF01 Rivaroxaban B01AA03 Warfarin C10A, C10B Statiner B01AC06 Acetylsalicylsyra B01AC04 Klopidoogrel B01AC07 Dipyrindamol</p>
<p>Ångest Medelålder för män & kvinnor är 41 respektive 42 år och populationen består av 38 % män och 62 % kvinnor.</p>	<p>Hdia: F40-F45 Alla åldrar Levande under uppföljningsåret</p>	<p>ICD10: F40-F45</p>	<p>N06A Antidepressiva medel</p>

Bilaga 4: Angränsande projekt och uppdrag som konsulterats och/eller beaktats i arbetet

- **Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård** där deluppdrag I handlar om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården och deluppdrag III handlar om uppföljning och stöd till regionernas och kommunernas omställningsarbete till en mer nära vård.
- **Strategisk plan för att stödja en god och nära vård** vilken innehåller stödjande insatser inom områden som samordnad vård och omsorg, hälsofrämjande insatser; delaktighet, kompetensförsörjning och vision e-hälsa 2025.
- **Socialstyrelsens åtgärdsplan för att stödja kommunalt finansierad hälso- och sjukvård** vilken inkluderar delprojekt om stöd till samverkan; synliggörande av kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården; samt utveckling av mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård.
- **Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024** vilken inkluderar utveckling av indikatorer, mått och metoder för uppföljning för att bland annat i högre grad spegla patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är samt patientsäkerhet i primärvård inklusive kommunal hälso- och sjukvård.
- **Övriga uppdrag/aktörer på myndigheten med bäring på uppföljning av god och nära vård** inkluderar Uppdrag att undersöka återinläggningar av multisjuka; Förstudie avseende uppföljning av digitala vårdtjänster inom psykisk ohälsa; Nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården (med kansli på Socialstyrelsen); och Uppdrag att redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården.
- **Aktörer inom regioner, kommuner och SKR**
 - SKRs programgrupp för Nära vård
 - Nationella primärvårdsrådet
 - Primärvårdskvalitet
 - Nationell patientenkät
 - Väntetider i vården (databas)
 - NPO Levnadsvanor

- Nationella samverkansgruppen – Uppföljning och analys (NSG-UA)
- Socialstyrelsens referensgrupp hos regioner, kommuner och SKR