

# Uppföljning nära vård

Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2022-8-8071

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), augusti 2022

# Förord

Regeringen beslutade den 4 juli 2019 att ge Socialstyrelsen ett uppdrag om uppföljning och stöd till omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Ett deluppdrag var att utreda förutsättningar för att inhämta aggregerade data från regionerna samt att föreslå indikatorer för att följa omställningen. Detta deluppdrag slutredovisas i och med denna rapport. Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvården, företrädare för professionen och patienter samt andra aktörer som berörs av arbetet med omställningen till en mer nära vård. Martin Lindblom har varit projektledare och i arbetsgruppen har även Camilla Salomonsson och Mikaela Svensson ingått. Flera medarbetare vid myndigheten samt externa experter och referenspersoner har bidragit med sin kunskap i arbetet. Företrädare för Nationell patientenkät och Väntetidsdatabasen vid Sveriges kommuner och regioner har även bidragit med datauttag till rapporten. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Innehåll .....	5
Sammanfattning .....	7
Förslag på nationella indikatorer.....	7
Indikatoruppföljning – nära vård.....	9
Inledning.....	10
Socialstyrelsens uppdrag .....	10
Termer och begrepp i rapporten .....	10
Överväganden i urvalet av indikatorer .....	13
Socialstyrelsens iakttagelser och fortsatt arbete.....	16
Indikatorbaserad uppföljning av nära vård.....	22
Förutsättningar och volymer .....	24
Fokus primärvård .....	32
System och samordning.....	37
Indikatorförslag 2.1 .....	41
Läsanvisning indikatorer och andra mått.....	41
Vårdbehov.....	43
Ekonomiska resurser .....	46
Personal .....	51
Var sker vården?.....	57
Tillgänglighet .....	62
E-hälsa .....	70
Kontinuitet och samordning .....	74
Delaktighet, trygghet och förtroende.....	81
Medicinsk kvalitet .....	86
Hälsöfrämjande och förebyggande .....	90
Påverkbar specialistvård (på sjukhus) .....	93
Referenser .....	101
Bilaga 1. Om datakällor och datakvalitet .....	105
Bilaga 2: Samverkan och dialog .....	110
Bilaga 3. Prevalenta populationer för kroniska sjukdomar samt kommunal hälso- och sjukvård .....	112
Bilaga 4. Samtliga indikatorer och andra mått .....	114
Bilaga 5 (elektronisk). Indikatorlista och profildiagram för kommuner och regioner .....	124



# Sammanfattning

Detta är den fjärde och avslutande rapporten av regeringsuppdraget om indikatorer för att följa omställningen till en mer nära vård. Rapporten innehåller två huvudavsnitt:

1. Exempel på indikatoruppföljning för omställningen mot en mer nära vård utifrån Socialstyrelsens förslag på kärnindikatorer och centrala mått.
2. Socialstyrelsens förslag på nationella indikatorer och andra mått med beskrivningar och motiveringar.

Då förslagsdelen utgör det mer omfattande avsnittet har det för läsvänlighetens skull placerats sist i rapporten, trots att det utgör uppdragets huvudleverans.

Här i sammanfattningen presenteras förslaget på indikatorer först.

## Förslag på nationella indikatorer

I avsnittet presenteras och motiveras de indikatorer och andra mått Socialstyrelsen föreslår. Föreslagna mått/indikatorer är indelade i tre nivåer där rapportens huvudfokus är på den översta nivån vars mått benämns kärnindikatorer och centrala mått. Indikatorerna har en given tolkning på så vis att ett högre eller lägre värde är mer önskvärt. För de centrala måtten finns ingen sådan given tolkning men dessa bedöms ändå vara viktiga för att följa omställningen.

I arbetet har Socialstyrelsen valt att fokusera på resultatindikatorer. Det har fördelen att uppföljningen fokuserar på målen med reformen, på resultat som är väsentliga för patienter och för effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Förhoppningen är att indikatorerna på nationell nivå kan spegla resultat av olika arbetssätt, organisering och insatser på lokal och regional nivå som bidrar till målen för nära vård.

För arbetet framåt ser Socialstyrelsen att det skulle vara av stor nytta med ett hälsodataregister för regionernas primärvård så som tidigare föreslagits av myndigheten. Vidare finns flera utvecklingsområden bland annat vad gäller patient-, personal- och befolkningsrapporterade uppgifter.

Föreslagna mått på första nivån redovisas i tabellen nedan:

## 1. Föreslagna kärnindikatorer och centrala mått

Föreslagna mått på första nivån. De centrala måtten visas med orangefärgad text och kärnindikatorerna med svart text.

<b>1. Förutsättningar &amp; volymer</b>	Vårdbehov	<b>CNI – Care Need Index</b>
	Vårdbehov	<b>Andel av befolkningen 80 år eller äldre</b>
	Ekonomiska resurser	<b>Kostnadsandel primärvård (kommun &amp; region) av hälso- och sjukvården</b>
	Ekonomiska resurser	<b>Kostnad primärvård (kommun) per invånare, fast pris</b>
	Ekonomiska resurser	<b>Kostnad primärvård (region) per invånare, fast pris</b>
	Ekonomiska resurser	<b>Kostnad äldreomsorg per invånare, fast pris</b>
	Var sker vården	<b>Primärvårdsnivå vid insättning av antidepressivt läkemedel</b>
	Var sker vården	<b>Läkarbesök i hemmet (inkl. särskilt boende)</b>
	Var sker vården/e-hälsa	<b>Rapporterade distansbesök i primärvården (region)</b>
	Kontinuitet och samordning	<b>Andel personer med registrerad SIP kommunal hälso- och sjukvård</b>
	Personal	<b>Antal läkare i primärvård</b>
	Personal	<b>Antal övrig legitimerad personal än läkare i primärvård (kommun &amp; region)</b>
	Personal	Andel nya specialistbevis i allmänmedicin
	Personal	Sjukskrivning mer än 14 dagar, särskilt boende
	<b>2. Fokus primärvård</b>	Personal
Personal		Medarbetarengagemang i särskilt boende
Personal		Upplevelse av stress, primärvårdsläkare
Kontinuitet & samordning		Andel personer med fast läkarkontakt bland dem som önskar det
Kontinuitet & samordning		Kontinuitetsindex, kronisk sjukdom, primärvård (region), läkare
Tillgänglighet		Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende
Tillgänglighet		Medicinsk bedömning inom tre dagar
Tillgänglighet		Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar
Tillgänglighet		Lätt att få vård på kvällar och helger (ej akutmottagning), 65+
E-hälsa		Index e-hälsa i kommunerna
Tillgänglighet/e-hälsa		Andel hälso-/vårdcentraler som erbjuder distansbesök med läkare
Delaktighet, trygghet & förtroende		Delaktighet, patientrapporterat (kommun)
Delaktighet, trygghet & förtroende		Delaktighet, patientrapporterat, primärvård (region)
Delaktighet, trygghet & förtroende		Förtroende för hälso-/vårdcentraler
Delaktighet, trygghet & förtroende		Upplevelse av trygghet på äldreboendet
Delaktighet, trygghet & förtroende		Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal
Medicinsk kvalitet		Äldre med läkemedel som bör undvikas, kommunal hälso- och sjukvård
Medicinsk kvalitet		Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård (region)
Påverkbar specialistvård	Fallskador, särskilt boende	
Påverkbar specialistvård	Fallskador, hemsjukvård ordinärt boende	
Hälsofrämjande	Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård (region)	
<b>3. System och samordning</b>	Påverkbar specialistvård	Besök på akutmottagning – 80 år och äldre
	Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom
	Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med hjärtsvikt
	Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med diabetes
	Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre
	Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre, kommunal hälso- och sjukvård
	Påverkbar specialistvård	Oplanerade återinskrivningar bland äldre
	Påverkbar specialistvård	Fallskador bland personer 65 år eller äldre
	Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas
	Tillgänglighet	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård
Tillgänglighet	Överbeläggningar och utlokaliseringar	



## Indikatoruppföljning – nära vård

I uppföljningsdelen redovisas utvecklingen för de flesta av de kärnindikatorer och centrala mått myndigheten föreslår.

Sammanfattningsvis pekar de flesta av resultaten för indikatorerna åt rätt håll när den senaste mätperioden jämförs med den tidigaste<sup>1</sup>. Speciellt gäller detta utfallsmått som direkt berör patienter, så som färre: fallskador, olämpliga läkemedel, äldre på akutmottagningar och inskrivningar på sjukhus som kan förebyggas. Dessa är resultat som i hög grad beror på hur kommunal hälso- och sjukvård och regionernas primärvård fungerar i stort och av samordningen i vårdsystemet.

För flera av de faktorer som lyfts fram som centrala i reformen kan dock ingen tydlig positiv utveckling noteras genom utvalda mått. Det gäller indikatorer som rör: trygghet, arbetsmiljö, tillgodosett vårdbehov vid vårdcentraler och läkartillgänglighet vid äldreboenden. För läkartillgängligheten för personer på äldreboenden syns en stor försämring speciellt för den senaste mätningen. Från 2013 till 2022 sjönk värdet med 15 procentenheter, varav 8 procentenheter bara mellan 2020 och 2022<sup>2</sup>.

För fast läkarkontakt och digital tillgänglighet syns en ökning för valda indikatorer. En högre andel bland äldre anger att de har en ordinarie läkare de vanligtvis brukar gå till 2021 jämfört med 2017. Det är också fler hälso- och vårdcentraler som är möjliga att besöka på distans via videolänk.

Det är viktigt att fortsätta följa indikatorerna samt att koppla dem till kvalitativ uppföljning för att kunna dra slutsatser om utvecklingen i förhållande till omställningen till en mer nära vård, bland annat för att de senaste mätperioderna i denna uppföljning sammanfaller med covid-19-pandemin och den efterföljande situationen med uppdämda vårdbehov.

Indikatoruppföljningen i rapporten fokuserar på den nationella utvecklingen, men i bilaga 5<sup>3</sup> presenteras profildiagram med utvecklingen för alla enskilda kommuner och regioner för flera av indikatorerna. I bilagan framgår även resultat för kvinnor och män.

För att skapa goda förutsättningar för en löpande nationell uppföljning av omställningen till en mer nära vård baserat på föreslagna indikatorer krävs att myndigheten får i uppdrag att genomföra den.

---

<sup>1</sup> Om det varit möjligt används 2013 som den tidigaste mätperioden.

<sup>2</sup> För 2021 genomfördes ingen mätning på grund av covid-19-pandemin.

<sup>3</sup> För att hitta bilagan går man in under publikationer på Socialstyrelsens hemsida och söker efter den här rapporten: [www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)

# Inledning

## Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har sedan juli 2019 regeringens uppdrag (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS) om uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Uppdraget har initialt bestått av tre deluppdrag<sup>4</sup> där denna rapport är en slutrapport för deluppdrag II.

Deluppdrag II handlar om att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen, samt ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen. I uppdraget ingår även att redovisa resultat för en eller flera indikatorer.

I linje med regeringsuppdraget presenteras i denna slutrapport dels Socialstyrelsens förslag på indikatorer, dels en indikatorbaserad uppföljning av nära vård utifrån det förslaget. I uppdraget ingår även att utreda förutsättningarna för att inhämta aggregerade data från regioner och kommuner. Här gör myndigheten ingen förändrad bedömning än vad som framgår i tidigare delrapporter från 2019 och 2020 [1, 2].

## Termer och begrepp i rapporten

### Begreppet primärvård – inkluderar kommuner

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är primärvård ”hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård<sup>5</sup> ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper”. 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 särskild kompetens<sup>6</sup>.

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en Primärvårdsreform (2019/20:164) anges att kommunalt finansierad hälso- och sjukvård huvudsakligen är vård som ges på primärvårdsnivå. I propositionen inkluderas kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i begreppet primärvård, och det förtydligas att primärvård utgör ett ansvar för både regioner och kommuner.

Vid användning av begreppet primärvård inkluderas som huvudregel såväl regionernas primärvård som den kommunala hälso- och sjukvården.

---

<sup>4</sup> Deluppdrag I omfattade en utredning av möjligheterna till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Uppdraget slutredovisades i februari 2021 med rapporten *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård – Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*. I deluppdrag III ska Socialstyrelsen årligen 2020–2023 följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas. Arbetet ska utgå från överenskommelserna om God och nära vård mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Deluppdrag III ska slutredovisas i augusti 2023.

<sup>5</sup> I lagen definieras all vård som inte är sluten vård som öppen vård. I öppen vård inkluderas här alltså även hemsjukvård även om det i andra sammanhang ses som en egen vårdform där patienter kan skrivas in (exempelvis i Socialstyrelsens termbank).

<sup>6</sup> 2 kap. 6 § HSL.

I de fall rapporten skiljer ut den del av primärvården som regionerna respektive kommunerna ansvarar för, används begreppen *Regionernas primärvård* och *Kommunal hälso- och sjukvård* och avser då all den primärvård som respektive huvudman ansvarar för oavsett utförare.

På några ställen i rapporten används begreppen regional och lokal nivå. Med regional nivå avses då den uppföljningsnivå som sammanfaller med regionernas ansvar, alternativt samlad uppföljning av kommunernas resultat i en viss region. Begreppet lokal nivå kan avse såväl kommuner och kommundelar som enskilda verksamheter.

## Kommunal hälso- och sjukvård

Med kommunal hälso- och sjukvård avses den verksamhet som bedrivs under HSL i kommunerna, oavsett boende-/verksamhetsform. Det vill säga det inkluderar både den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt 12 kap. 1 § HSL<sup>7</sup> och sådan hemsjukvård som en region genom avtal överlåtit ansvaret för till en kommun (hemsjukvård i ordinärt boende och så kallat biståndsbedömt trygghetsboende<sup>8</sup>, jfr. 12 kap. 2 § HSL). I föreslagna indikatorer inkluderas även läkarnas insatser i anslutning till dessa verksamheter varför även regionerna oftast är delaktiga i resultaten för det som i rapporten benämns kommunal hälso- och sjukvård.

## Vård och omsorg för äldre

I rapporten används omväxlande begreppen *vård och omsorg för äldre* respektive *äldreomsorg*, och med begreppen avses då den vård och omsorg till äldre som kommunerna ansvarar för.

## Specialiserad vård

I rapporten används begreppet *specialiserad vård* skiljt från primärvård så som görs i definitionen i Socialstyrelsens termbank: ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård” och till övervägande del avses den verksamhet som bedrivs på eller i anslutning till sjukhus. Begreppet används i brist på annan benämning och med viss reservation eftersom även primärvård skulle kunna betraktas som specialiserad vård utifrån specialiteten allmänmedicin.

## Benämning av uppföljningsuppdrag

I rapporten används benämningarna **Deluppdrag I**, **Deluppdrag II** och **Deluppdrag III** för de regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS):

---

<sup>7</sup> Av 12 kap. 1 § HSL följer att varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för äldre personer, bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning, motsvarande boendeformer enligt ovan som bedrivs i enskild verksamhet och viss dagverksamhet. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret gäller också i förhållande till barn och ungdomar samt vuxna personer som bor respektive vistas i bostad med särskild service (LSS-boenden) och daglig verksamhet som är reglerade i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

<sup>8</sup> Alla regioner utom Stockholm har överlåtit ansvaret för denna hemsjukvård till kommunerna.

- **Deluppdrag I** avser uppdraget att ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän med utgångspunkt i omställningen till en god och nära Vård. (Slutrapporterades 2021.)
- **Deluppdrag II** avser uppdraget att utvärdera förutsättningarna för att inhämta resultat på aggregerad nivå från sjukvårdshuvudmän och ge förslag på resultatindikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära Vård med fokus på primärvården, samt rapportera resultat för en eller flera indikatorer. (Slutrapporteras i och med denna rapport 2022.)
- **Deluppdrag III** avser uppdraget att rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas, bland annat utifrån de årliga överenskommelserna mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKR) *God och nära vård – omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*. (Ska slutrapporteras 2023.)

## Begrepp kring indikatorer och andra mått

I rapporten görs en åtskillnad mellan indikatorer och andra mått:

- **Indikator:** ett mått där resultatet har en på förhand given tolkning av vad som är ett mer önskvärt resultat.
- **Annat mått:** ett mått som inte har en på förhand given eller entydig tolkning om vad som är ett önskvärt resultat.

I rapporten är de föreslagna måtten uppdelade i **nivåer**, där måtten på nivå 1 ska ge en mer översiktlig bild av utvecklingen. Måtten på nivå 1 benämns ”Kärnindikatorer” och ”Centrala mått”:

- **Kärnindikator:** en indikator på nivå 1.
- **Centralt mått:** ett annat mått än en indikator på nivå 1.

Mått som idag inte har en datakälla benämns **utvecklingsindikator** eller **utvecklingsmått**. Detta utesluter dock inte att det för andra mått och indikatorer också kan finnas stora behov av fortsatt utveckling, både av själva måttet såväl som dataunderlaget. I enstaka fall används även begreppet **proxymått**. Då föreslår Socialstyrelsen ett mått som idag kan användas för uppföljning tills dess att data för ett viktigt utvecklingsmått finns tillgängligt.

Indikatorerna delas in i tre **områden** och flera **delområden**. Samma delområden förekommer inom flera områden. Exempelvis förekommer delområdet Tillgänglighet under både området ”Fokus primärvård” och ”System och samordning”.

En annan typ av indelning som görs avser de organisatoriska nivåer för vilka indikator eller andra mått främst är relevanta – kommuner, regioner och/eller riket.

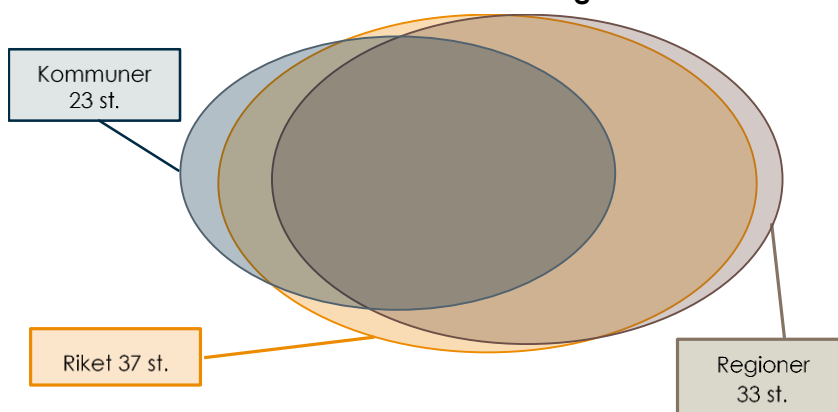
### *Mer om kärnindikatorer och centrala mått*

För att underlätta överblick och ge en ingång till det föreslagna indikatorsetet har Socialstyrelsen valt ut en delmängd indikatorer, vilka kallas kärnindikatorer. Dessa utgörs av ett begränsat antal indikatorer vilka myndigheten prioriterar högst för att ge en övergripande bild av utvecklingen av nära vård.

Därtill har andra centrala mått som inte är indikatorer men som spelar stor roll för omställningen identifierats. Dessa centrala mått bedöms som viktiga att följa men saknar angiven riktning, det vill säga det går inte entydigt att säga vad en ökning eller minskning innebär för utvecklingen av en god och nära vård. Måtten bedöms dock som väsentliga bakgrunds- eller referensmått för att följa omställningen. Dessa mått handlar ofta om påverkbara förutsättningar för omställningen såsom ekonomiska och personella resurser, e-hälsa samt beskrivningsmått av vården såsom volymer av vårdproduktion/-konsumtion.

Sammantaget är kärnindikatorerna och de centrala måtten 49 stycken i förslaget. Eftersom datatillgång, dataunderlag, rådighet och ansvarsområden skiljer sig mellan den nationella, regionala och kommunala nivån har delmängder av de 49 måtten valts för att spegla utvecklingen av nära vård på respektive organisatorisk nivå.

## 2. Kärnindikatorer och centrala mått efter organisatorisk nivå<sup>9</sup>



## Överväganden i urvalet av indikatorer

I avsnittet nedan presenteras utgångspunkter, förutsättningar och vilka kriterier som väglett framtagandet av förslaget på indikatorer för att följa omställningen till en god och nära vård.

### Utgångspunkter

Utgångspunkter för urvalet av indikatorer har utgjorts av uppdraget, centrala delar av utredningen En samordnad utveckling för god och nära vård, regeringens propositioner och lagrådsremiss(er) på området samt de årliga överenskomelserna om god och nära vård mellan SKR och staten.

Såväl utredningen som propositioner lyfter fram bemanning och kompetens samt e-hälsa som viktiga förutsättningar att följa för omställningen till en mer nära vård. De fyra storheter som utredningen föreslår som uppföljningsmått har vidare utgjort viktiga grundstenar i arbetet, vilka projektet byggt vidare på.

---

<sup>9</sup> Antalen som anges i figuren är för att ge en bild av omfattningen men avgränsningarna och beräkningen kan göras på olika sätt. För framförallt riket kan antalet skilja sig beroende på typen av redovisning, i vissa fall kan ett mått som avser enbart regioners eller kommuners verksamhet vara lämpligt att visa även på riksnivå även om ett sammanlagt mått finns. Speciellt om redovisningen enbart görs på riksnivå.

Det gäller exempelvis primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna, vilket utgjort utgångspunkt för flera centrala mått.

Enligt uppdraget ska huvudfokus i Socialstyrelsens förslag vara på primärvården, vilket inkluderar den kommunala hälso- och sjukvården. Emellertid ingår i de båda uppföljningsuppdragen<sup>10</sup> också att beskriva effekter av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akutsjukvården samt övrig specialiserad vård. Vidare betonas i proposition och överenskommelser mellan staten och SKR på området att omställningen inte får ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården. Sammantaget innebär detta att aktuellt indikatorförslag utöver mått som speglar primärvården också inkluderar ett antal systemindikatorer vilka ger en övergripande bild av utvecklingen inom hälso- och sjukvården, liksom vissa indikatorer som specifikt belyser tillgänglighet och kvalitet i olika delar av vårdsystemet. Projektet har också haft en ambition att skapa en balans mellan indikatorer som berör kommunernas respektive regionernas respektive delar av primärvården.

Synpunkter kring indikatorer och indikatorsetet har också tagits emot genom olika typer av samverkan och dialog med bland annat kommuner, regioner, myndigheter, patientföreträdare och andra intresseorganisationer. I Bilaga 2 beskrivs detta närmare.

## Förutsättningar för att utveckla indikatorer

### *Datakvalitet och juridiska förutsättningar*

Som beskrivits i uppdragets tidigare rapporter finns det i dag ett antal begränsningar i datatillgång och datakvalitet i de datakällor som finns tillgängliga för att följa utvecklingen, vilket påverkar möjligheten att följa omställningen via olika typer av register (redogörelse för flera av dessa finns i bilaga 1 samt i uppdragets tidigare rapporter). Vissa av dessa handlar också om juridiska begränsningar i att behandla data över vårdgivargränser (se sidorna 15–16 i rapporten *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer*) [2, 3].

Dessa begränsningar innebär att det på nationell nivå (och ofta även på regionnivå) inte går att följa centrala samordningsprocesser, såsom exempelvis vilka vårdhändelser i primärvården som föregått en slutenvårdsvistelse eller uppföljningsbesök i primärvården efter en slutenvårdsvistelse. Då uppföljning av nära vård i hög grad handlar om att följa det som händer i mellanrummen/övergångarna mellan vårdgivare och huvudmän, påverkar det möjligheten att kunna följa det som är mest väsentligt med reformen.

Mot bakgrund av ambitionen att minimera det administrativa merarbetet av uppföljningen för vårdgivare och huvudmän, samt den ansträngda situationen i stora delar av vården till följd av covid-19-pandemin, bedömer Socialstyrelsen samtidigt att utveckling av föreslagna och redan existerande systematiska datainsamlingar från primärvården ger mer nytta än att påbörja nya omfattande insamlingar av aggregerade data via formulär till regioner och kommuner. Istället har ansatsen varit att använda befintliga datakällor med en medvetenhet om

---

<sup>10</sup> Deluppdrag II och III.

deras begränsningar och i syfte att bidra till utveckling av dessa på sikt. Därutöver har projektet haft dialog med ansvariga för respektive relevant datakälla för att bidra till en sådan utveckling.

Flera av de volymmått som valts ut kan även ses som indikatorer på omfattning av och korrekthet i *inrapporteringen* av viktiga parametrar i förhållande till nära vård-omställningen. Det gäller exempelvis inrapporteringen av distansbesök i väntetidsdatabasen eller förekomsten av Samordnad individuell plan (SIP) i registret över insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Se även vidare bilaga 1 om datakällor.

### *Avsaknad av etablerade mätmetoder*

Det kan också på centrala områden saknas vedertagna indikatorer/mätmetoder på nationell nivå. Inom exempelvis området personcentrering pågår utveckling av mått/frågebatterier, exempelvis av Centrum för Personcentrerad Vård vid Göteborgs Universitet (GPCC) och FoU i Väst som tillhör Region Göteborg. Detta område innehåller dessutom dimensioner som kan vara svåra att följa enbart via enkätfrågor, och det kan därför vara en fördel att kombinera sådana med andra typer av mer kvalitativa uppföljningar lokalt, exempelvis intervjuer. Framtida uppföljning kommer sannolikt att behöva kompletteras med såväl andra/fler mått och/eller andra uppföljningsmetoder än de som presenteras här.

## Kriterier för urval av indikatorer

### *Fokus på resultat*

Socialstyrelsen har haft huvudfokus på att föreslå indikatorer som på något sätt speglar resultat, snarare än enbart processer. Det finns flera skäl till detta. I uppdraget (S2019/03056/FS) formuleras att det är ”resultatindikatorer” som ska föreslås och i överenskommelserna mellan staten och SKR står sedan 2021 att ”Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process.”[4, 5]. Ett annat skäl för denna inriktning är att tillvägagångssätt för att utveckla hälso- och sjukvården i riktning mot målbilden för nära vård kan skilja sig mellan regioner och över tid, medan de effekter som eftersträvas i form av förbättrad tillgänglighet, personcentrering och samordning är desamma. Därför är denna typ av processer ofta mer lämpligt att beskriva och följa upp på lokal och regional nivå. Av samma anledning finns sällan nationellt jämförbara uppgifter om reformimplementering tillgängliga i register, utan behöver följas upp med hjälp av mer kvalitativa metoder. Deluppdrag III har fokus på att följa genomförandet av omställningen, det vill säga vilka steg som tagits i regioner och kommuner på vägen mot en god och nära vård.

En nackdel med fokus på mer övergripande resultatmått är att det blir svårt att visa om det är nära vård-reformen eller andra faktorer som bidragit till utvecklingen på övergripande nivå. Det kan också vara så att det tar lång tid från att förändringar genomförs lokalt tills att resultat går att avläsa via breda övergripande indikatorer. Även detta är ett argument för att komplettera indikatorerna med andra lokala indikatorer och mått, samt fortsätta att koppla dem till en kvalitativ uppföljning av de processer som utvecklas inom ramen för nära vård-omställningen.

### *Huvudfokus på registeruppgifter men ambition att balansera med framförallt patienters upplevelser*

Nära vård-omställningen har stark betoning på flera aspekter som är svåra att följa enbart via registerdata. Det handlar exempelvis om upplevelse av vårdens samordning, person- och informationskontinuitet, grad av personcentrering etc. vilka är svåra att mäta via register och där patientens upplevelse är avgörande för hur hälso- och sjukvården fungerar. Därför har myndigheten valt att inkludera framförallt ett antal patientrapporterade mått, då dessa bedöms vara centrala för att kunna följa utvecklingen. I flera fall finns omfattande begränsningar med undersökningarnas svarsfrekvenser, vem som besvarar enkäterna etc. Emellertid har patientupplevelsen här vägt så tungt att myndigheten ändå valt att inkludera flera mått från sådana undersökningar trots att de endast bedöms ge en partiell bild av patienternas upplevelse. Därför betonas på flera ställen i denna rapport vikten av att komplettera övergripande mått med andra undersökningsmetoder för att få en mer fullständig bild av utvecklingen.

Till följd av de begränsningar i datakällor som nämns ovan har Socialstyrelsen i urvalet av indikatorer och mått strävat efter att skapa en balans mellan att föreslå mått/indikatorer som bedöms som mest önskvärda att mäta, men som kanske inte låter sig fångas av tillgängliga data, och samtidigt tillgodose behovet av att kunna mäta hur omställningen går nu, även innan adekvata datakällor finns tillgängliga.

### *Övriga urvalskriterier*

Utöver de utgångspunkter och urvalskriterier som beskrivits ovan har en strävan varit att identifiera breda övergripande indikatorer vilka kan spegla flera viktiga aspekter av nära vård-utvecklingen samtidigt, och få med ”mellanrummen” mellan olika verksamheter i utfallet. Andra urvalskriterier har handlat om datakvalitet (täckningsgrad och kvalitet i övrigt på inrapporterade uppgifter), att datakällorna medger mätning på samma sätt över tid och om de kan brytas ned på regional och lokal nivå. En annan faktor är hur enkelt det är att ta fram data (internt eller publikt tillgängliga data har prioriterats framför data som kräver en omfattande beställningsprocess). I detta sammanhang har uppdraget också så långt som möjligt prioriterat datakällor som finns tillgängliga bakåt i tiden, gärna minst från 2013 som myndigheten använder som basår i uppföljningen<sup>11</sup>.

I flertalet fall har urvalet emellertid handlat om att balansera mellan de olika kriterierna och utgångspunkterna.

## Socialstyrelsens iakttagelser och fortsatt arbete

I arbetet med att föreslå indikatorer för att följa omställningen har myndigheten gjort ett antal iakttagelser och reflektioner vad gäller såväl befintliga som framtida möjligheter till uppföljning av omställningen och primärvården.

---

<sup>11</sup> År 2013 används i linje med vad som anges i delbetänkandet *God och nära vård – Vård i samverkan* (SOU 2019:29)



## Omställningen behöver följas med hjälp av såväl kvantitativa som kvalitativa metoder

De utvalda indikatorerna på nivå 1 utgör en första ingång eller översikt till omställningen. De behöver kompletteras med såväl andra kvantitativa indikatorer och mått på såväl andra nivåer som sådana som endast finns tillgängliga lokalt och regionalt. Därutöver behöver de vanligtvis kombineras med kvalitativ uppföljning för att det ska vara möjligt att exempelvis härleda vilka åtgärder som bidrar till vilka resultat.

I Socialstyrelsens föregående uppföljningsrapport av nära vård presenterades en samlad uppföljning av utvecklingen av god och nära vård där såväl kvantitativa som kvalitativa uppgifter från den del i uppföljningsuppdraget som handlar om att följa upp och rapportera hur omställningen i regionerna och kommunerna utvecklas i förhållande till överenskommelserna mellan staten och SKR (deluppdrag III) inkluderades. Även i årets rapport från deluppdrag III ingår viss redovisning utifrån de indikatorer Socialstyrelsen föreslår i deluppdrag II. Eftersom deluppdrag II slutredovisas detta år har Socialstyrelsen dock valt att göra denna separata rapport som särskilt fokuserar på det uppdraget. Myndigheten bedömer att fortsatt uppföljning av omställningen har mycket att vinna på att fortsätta länka samman kvantitativ och kvalitativ uppföljning till en samlad bild av omställningens genomförande och resultat.

De områden och delområden som indikatorerna delats in i har många beröringspunkter med varandra, snarare än att utgöra tydligt avgränsade områden. Beroende på hur omställningsarbetet bedrivs lokalt och regionalt kan det därför vara relevant att följa indikatorer och mått från olika områden tillsammans, exempelvis uppgifter om oplanerade återinläggningar och besök på akutmottagning tillsammans med uppgifter om besök och tillgänglighet av mobila team eller motsvarande.

Indikatorer är främst tänkta som ett sätt att i efterhand kontrollera om omställningsarbetet verkar ta hälso- och sjukvården i rätt riktning eller ej. Det är mindre lämpligt att använda denna typ av indikatorer som mål i sig på lokal och regional nivå. En sådan ansats riskerar att snäva in arbetet till att fokusera på det som mäts på bekostnad av vad som är väsentligt.

Indikatorernas eventuella lämplighet som underlag för ersättning och ekonomisk styrning är inget som har vägts in i Socialstyrelsens förslag men generellt ser Socialstyrelsen potentiella problem med en sådan användning.

## Ett primärvårdsregister behövs för en samlad uppföljning av nära vård

För att kunna följa patienter över vårdnivåer och mellan vårdgivare är det nödvändigt med individdataregister, ett hälsodataregister för primärvården så som har föreslagits av myndigheten i rapporten från februari 2021 *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*. Därutöver behöver på sikt även befintligt patientregister för öppen specialiserad somatisk vård utökas

med andra personalkategorier än läkare för att kunna följa hela den specialiserade vården<sup>12</sup>. Dessutom förefaller det finnas ett behov av att utveckla beskrivningssystemen av hälso- och sjukvården så att dessa speglar den vård som de facto bedrivs, och kan utgöra underlag för dokumentation av insatser. Ett exempel är konsultationsverksamhet av specialistläkare i primärvården.

Det är också mycket angeläget att de datakällor som finns tillgängliga på nationell nivå, såsom exempelvis registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård och väntetidsdatabasen, får högre täckningsgrad och kvalitet i inrapporterade uppgifter så att dessa kan användas för uppföljning av nära vård på ett mer tillförlitligt sätt<sup>13</sup>. Det är också viktigt att arbeta för att bibehålla eller öka svarsfrekvensen i nationella enkätundersökningar som riktar sig till patienter/brukare, samt att säkerställa att dessa i så hög grad som möjligt är representativa och jämförbara över tid, samt att utveckla alternativa metoder för att följa patienters och brukares erfarenheter. Exempel på utvecklade metoder kan vara att använda så kallad itembank<sup>14</sup> och Computer Adaptive Testing (CAT) samt att fråga patienterna via exempelvis SMS i nära anslutning till vårdkontakten.

### *Utveckling av mått/indikatorer*

Det finns också vissa områden där det finns ett behov av att utveckla mer träffsäkra och tillförlitliga indikatorer. Ett sådant område handlar om mätning av väntetider, där det skulle vara önskvärt att i högre grad kunna följa patienters väg genom vården och i vilken utsträckning och hur snabbt de får besök och behandling inom vårdssystemet som helhet. Det kan även finnas andra aspekter av tillgänglighet som är viktiga att mäta utöver väntetider till besök eller operation.

Vidare har myndigheten identifierat ett behov av att utveckla innehållet i och omfattningen av befintliga enkätundersökningar såsom *Nationell patientenkät* och *Hälso- och sjukvårdsbarometern*<sup>15</sup> genom att inkludera frågor som i högre grad speglar nära vård-perspektivet. Kärnan i nära vård-omställningen utgörs av en god, nära och samordnad vård där primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Det är därför viktigt att följa hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerar som en helhet för patienten. Det som händer i mellanrummen mellan olika vårdgivare och hur samspellet mellan olika aktörer i relation till patientens behov och preferenser fungerar, är därför viktigt att kunna följa. Här ser myndigheten ett utvecklingsområde där exempelvis patientenkäter i ökad grad i framtiden skulle kunna undersöka patienters helhetsupplevelse av hälso- och sjukvården.

---

<sup>12</sup> Det befintliga beslutet om att utöka registret till fler personalkategorier omfattar inte samtliga legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, och har huvudfokus på yrkesgrupper inom den psykiatriska vården.

<sup>13</sup> Se vidare bilaga 1 – Om datakällor och datakvalitet

<sup>14</sup> En item-bank är en databas med ett stort antal frågor som kan individanpassas. Med hjälp av ett datorprogram (Computer Adaptive Testing, CAT) väljs de mest relevanta frågorna till varje person utifrån dennes svar på föregående frågor. Alla svar är jämförbara precis som i en traditionell enkät även om personerna inte svarar på samma frågor och på olika många. Dessutom behövs färre frågor än i en traditionell enkät för att uppnå minst lika hög mätprecision.

<sup>15</sup> Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur människor lokalt och nationellt uppfattar hälso- och sjukvården i Sverige. Den genomförs årligen i samtliga regioner och anordnas av SKR.

Det skulle också kunna finnas ett värde i att samordna eller eventuellt ensa frågorna i olika patientundersökningar så att centrala frågor som exempelvis känsla av trygghet, delaktighet och upplevelse av samordning mäts på liknande sätt i samtliga delar av vården.

Ett annat utvecklingsområde som myndigheten har identifierat är undersökningar som riktar sig till yrkesverksamma och verksamheter inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Såväl Socialstyrelsen som Vård- och omsorgsanalys har i sina respektive uppföljningar och utvärderingar av omställningen, genomfört intervjuer med företrädare för olika legitimerade yrkesgrupper. Det skulle emellertid vara värdefullt att ha någon form av återkommande mätning riktad mot dessa grupper vilken skulle göra det möjligt att följa utvecklingen över tid. Den enda återkommande undersökningen av detta slag är IHP-undersökningen till primärvårdsläkare som genomförs vart tredje år. Exempelvis pågår arbete med att standardisera frågeinstrument kring personcentrerad vård som riktar sig till personal i kommunal hälso- och sjukvård.

## Indikatoruppföljning visavi annan uppföljning, analys och beskrivning

I den här rapporten är fokus på indikatorer, alltså på förhand givna mått med en tolkning om vad som är ett önskvärt utfall. I många fall angränsar detta till andra typer av kvantitativ uppföljning, beskrivning och analys. Det kan exempelvis röra vårdbehov, vårdkonsumtion eller kostnader. I begränsad omfattning inkluderar Socialstyrelsens förslag vissa sådana aspekter. Här kan föreslagna indikatorer och andra mått ge en signal om var sådana analyser och beskrivningar kan behöva göras. Sådana uppföljningar tjänar emellertid på att vara mer explorativa och inte begränsas till vissa på förhand angivna mått.

Inom aktuellt uppdrag har Socialstyrelsen till exempel bedrivit ett utvecklingsarbete med att identifiera ett antal populationer med kroniska sjukdomar som är intressanta att använda i uppföljningen av nära vård. I viss mån kan dessa användas för de indikatorer som Socialstyrelsen föreslår. Men det finns även en stor potential i att kunna använda dessa i en mer beskrivande uppföljning vilken inte har värderande indikatorer som utgångspunkt. Det kan exempelvis handla om att följa var i systemet olika patientgrupper får sin vård och hur det kan förändras i utvecklingen mot en mer nära vård. Exempel på hur det kan se ut finns i våra tidigare rapporter [1, 6]. En specifikation av populationerna återfinns i bilaga 3.

## Förvaltning och framtida uppföljning

Av de indikatorer som föreslås i denna slutrapport är de flesta baserade på befintliga datakällor. Några är identiska med indikatorer som löpande (vanligen årligen) tas fram av myndigheten. Ett antal av indikatorerna är dock modifierade/anpassade för att just spegla nära vård. Ett antal av indikatorerna förutsätter också att data hämtas eller beställs från andra aktörer utanför Socialstyrelsen. För att skapa goda förutsättningar för en löpande nationell uppföljning av omställningen till en mer nära vård baserat på föreslagna indikatorer krävs att myndigheten får i uppdrag att genomföra den. Detta då sådan uppföljning för-

utsätter att det finns en löpande förvaltning av dessa indikatorer, inklusive beställning av externa data, kvalitetssäkring av data, framtagande och presentation av indikatorer samt löpande utveckling av dessa.

## Indikatorer för integrated care

Parallellt med arbetet att föreslå indikatorer för nära vård i Sverige har Socialstyrelsen deltagit i ett utvecklingsprojekt<sup>16</sup> för att ta fram indikatorer för internationella jämförelser av det på många vis överlappande begreppet *integrated care*. I arbetet har Socialstyrelsen tidigare föreslagit ett mindre antal indikatorer där flera länder nu också har deltagit i en pilotdatainsamling. Resultat från pilotinsamlingen finns dels i rapporten *Health at a Glance 2021*, dels i rapporten *International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure* [7, 8]. Förslaget på indikatorer för att följa omställningen till en nära vård i den här slutrapporten kommer också att vara en utgångspunkt för Sveriges förslag till ytterligare kandidater för internationella jämförelser inom OECD:s indikatorprojekt för *integrated care*.

## Utreda förutsättningar för att inhämta aggregerade data från huvudmännen

Som en del i deluppdrag II ingick att utreda förutsättningarna för att samla in aggregerade data för att följa omställningen från sjukvårdshuvudmän.

Nära hälften av hälso- och vårdcentralerna i Sverige bedrivs i privat regi och sedan tidigare gör Socialstyrelsen bedömningen att det i huvudsak inte är juridiskt 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. Mer om Socialstyrelsens bedömning och konsekvenserna av den går att läsa i våra tidigare delrapporter [1, 2].

För uppföljning av nära vård och de indikatorer som föreslagits är Socialstyrelsens bedömning att utveckling av de föreslagna och redan existerande systematiska datainsamlingarna från primärvården ger mer nytta än att samla in aggregerade data via formulär till regioner och kommuner. Det finns stor potential i att utveckla exempelvis väntetidsdatabasen och Primärvårdskvalitet. Men för att kunna följa patienter över vårdnivåer och vårdgivargränser på nationell nivå är det nödvändigt med individdataregister även för regionernas primärvård, så som den utvidgning av hälsodataregistren som föreslagits av Socialstyrelsen [9].

## Om svårigheten att mäta effekterna av en reform under en pandemi

Utöver svårigheten som beskrivs ovan finns det också i dagsläget en utmaning med att följa utvecklingen av omställningen på grund av covid-19-pandemin. Dels handlar det om att många delar av vården sett effekter som längre köer

---

<sup>16</sup> Arbetet sker inom gruppen Health Care Quality and Outcomes under OECD:s hälsokommitté.

till operation/behandling och färre (fysiska) läkarbesök och uppföljningar. Dels handlar det om att vissa aspekter av vården utvecklats i en riktning som stipuleras inom den nära vården men utan att det verkar troligt att det är nära vård-omställningens digitaliseringsagenda som ligger bakom utvecklingen. Ökningen av distansbesök utgör ett tydligt exempel på detta.

Många av de föreslagna indikatorerna rör också det som myndigheten i rapporten valt att kalla påverkbar specialistvård. Tanken med dessa mått är att rätt omhändertagande och förebyggande åtgärder ska kunna minska behovet av viss akutsjukvård och inskrivning på sjukhus. För dessa ses ofta en tydlig nedgång under pandemin och i viss mån kan det vara så att detta speglar en minskad tillgång till vård och nedgång i viss vårdproduktion under pandemin, och inte enbart att behoven av sådan vård har förebyggts i högre utsträckning på andra vårdnivåer.

# Indikatorbaserad uppföljning av nära vård

I uppdraget ingår att ”rapportera resultat för en eller flera indikatorer”. Därför ges här ett exempel på hur en övergripande indikatoruppföljning kan se ut utifrån det aktuella indikatorförslaget. Redovisningen i rapporten fokuserar på utvecklingen på nationell nivå och några fall av internationella jämförelser. Uppföljningen i huvudrapporten kompletteras med bilaga 5. Bilaga 5 finns tillgänglig i elektronisk form och innehåller en funktionalitet där profiler för enskilda kommuner och regioner kan genereras<sup>17</sup>. Där finns även data uppdaterad på kvinnor och män för många av indikatorerna. I bilagan finns även all indikatordata samlad i listformat för att underlätta vidare bearbetning och analys såväl lokalt och regionalt som nationellt. Bilaga 5 innehåller även tekniska beskrivningar av hur redovisade indikatorer har beräknats.

För flera av indikatorerna och de andra mått som redovisas finns det faktorer som kan påverka tolkningen, så som svagheter med den datakälla som används eller att måttet skulle tjäna på att utvecklas. I viss mån nämns viktiga sådana aspekter i kommentarerna till redovisningen av utfallet. Men för en mer komplett redogörelse för respektive mått hänvisas till kapitlet med myndighetens indikatorförslag. Detsamma gäller i de fall läsaren önskar en mer utförlig förklaring av vad olika mått har för syfte och vad de är tänkta att indikera.

Uppföljningen innehåller många mått men är begränsad i jämförelse med Socialstyrelsens förslag. Med ett mer omfattande arbete skulle vissa indikatorer kunnat tillkomma men för vissa mått saknas också användbara data i dagsläget.

Uppföljningen delas upp i tre avsnitt:

1. Förutsättningar och volymer
2. Fokus primärvård
3. System och samordning

I början på varje avsnitt visas ett antal kärnindikatorer samlad i en resultattabla med utvecklingen för riket. Om värdet för den senaste perioden är i icke önskvärd riktning<sup>18</sup> jämfört med det första värdet är texten i cellen markerad med röd färg<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> För att hitta bilagan går man in under publikationer på Socialstyrelsens hemsida och söker efter den här rapporten: [www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)

<sup>18</sup> Den ”icke önskvärda riktningen” kan vara högre eller lägre beroende på om indikatorn avser något som bör öka, så som upplevd trygghet, eller något som bör minska så som läkemedel som bör undvikas till äldre.

<sup>19</sup> Eftersom data är av olika typ och tillräckliga underlag ofta saknats presenteras här ingen information om förändringen är statistisk signifikant eller någon skattning av osäkerheten. Dock kan en markering med röd text alltid tolkas som att det uppmätta värdet i varje fall inte visar på en säker förbättring mellan den första och den senaste mätperioden.

För området Förutsättningar och volymer förekommer även det som benämns centrala mått, vilka står med orange text. För de centrala måtten finns inte en på förhand given tolkning av vad som är en önskvärd riktning.

I de fall värden för 2013 funnits tillgängliga startar redovisningen med detta år<sup>20</sup>, i enlighet med förslag till basår för att följa förflyttningen i delbetänkandet *God och nära vård – Vård i samverkan* [10].

Efter resultattablåerna följer kommenterande text och i vissa fall kompletterande diagram eller tabeller. Alla indikatorers resultat kommenteras inte och kommentarerna fokuserar i första hand på de indikatorer som har fått röd text i översiktstablåerna. Som helhet går dock nära dubbelt så många av indikatorerna åt rätt håll jämfört med den tidigaste mätperioden<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Fler tidigare mätpunkter kan vara lämpligt att ta med i mer ingående analys och redovisning för att kunna bedöma om utvecklingen är en fortsättning på tidigare utveckling eller ett skifte i den. I bilaga 5 finns även tidigare mätperioder för flera av indikatorerna.

<sup>21</sup> 20 av 31 indikatorer visar ett bättre senaste värde jämfört med det tidigaste. I många fall är förändringen dock liten och vad som är en positiv utveckling i dessa fall är en öppen tolkningsfråga.

# Förutsättningar och volymer

## 3. Kärnindikatorer och centrala mått – förutsättningar och volymer

De centrala måtten visas med orangefärgad text. Kärnindikatorerna visas med svart eller röd text. Röd text används om det senaste värdet är sämre än det tidigaste värdet.

Delområde	Mått	Utveckling	Mätperiod
Vårdbehov	Andel av befolkningen 80 år eller äldre. Procent	5,2 → 5,4	2013-2021
Ekonomiska resurser	Kostnadsandel primärvård (kommun & region) av hälso- och sjukvården. Procent	19,1 → 19,5	2013-2020
Ekonomiska resurser	Kostnad primärvård (region) per invånare, fast pris. Kronor	5,2k → 5,6k	2013-2020
Ekonomiska resurser	Kostnad äldreomsorg per invånare, fast pris. Kronor	12,7k → 13k	2013-2020
Var sker vården	Primärvårdsnivå vid insättning av antidepressivt läkemedel. Procent	70,3 → 76,7	2013-2021
Var sker vården	Läkarbesök i hemmet (inkl särskilt boende). Per 1k invånare	54,9 → 47,2	2013-2020
Var sker vården/e-hälsa	Rapporterade distansbesök i primärvården (region). Procent	4,8 → 6,7	2020-2021
Personal	Antal läkare i primärvård. Per 100k invånare	75,7 → 84,8	2014-2019
Personal	Antal övrig legitimerad personal än läkare i primärvård (kommun & region). Per 100k invånare	446,7 → 461,1	2014-2019
Personal	Andel nya specialistbevis i allmänmedicin. Procent	19,8 → 22,1	2016-2020
Personal	Sjukskrivning mer än 14 dagar, särskilt boende. Per 1k förvärvsarbete	184,8 → 274,8	2013-2020
Personal	Sjukfrånvaro bland regionanställd personal. Procent	5,2 → 6,4	2013-2021
Personal	Medarbetarengagemang i särskilt boende. Index	76,6 → 76,5	2013-2021
Personal	Upplevelse av stress, primärvårdsläkare. Procent	56 → 65	2015, 2019

"k"=tusental

## Vårdbehov och CNI

På första nivån redovisas enbart en väldigt grov indikator på vårdbehov, andelen personer 80 år eller äldre, och här ses en ökning av andelen under mätperioden. På kommun- och regionnivå finns även indikatorn CNI (Care Need Index). På rikets nivå är det inte möjligt att följa CNI rakt av eftersom riket är

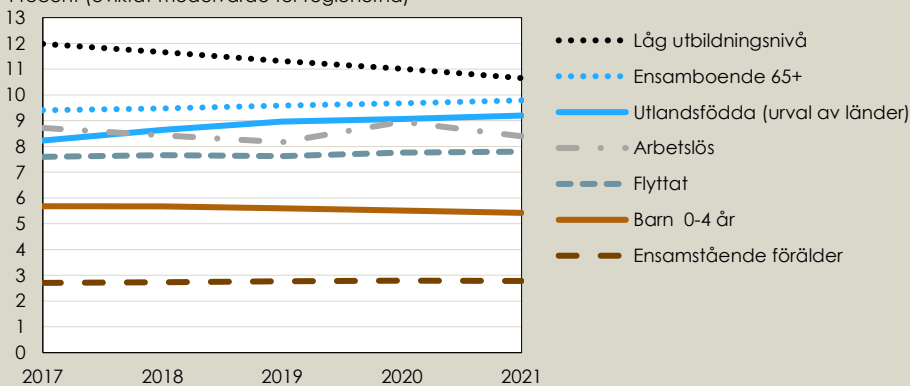


referensen i indexet med värdet 1 för varje år, dock är det möjligt att titta på de separata delarna. I figur 4 visas ett exempel på hur delarna i CNI utvecklats mellan 2017 och 2021 som andelar i befolkningen<sup>22</sup>. Här framgår att tre av de sju komponenterna ökade mellan 2017 och 2021. Speciellt har andelen födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika ökat och även andelen ensamboende äldre. Andelen arbetslösa eller i åtgärder gick tydligt upp 2020 men sedan tillbaka igen under 2021. Den största minskningen ses för andelen med låg utbildningsnivå.

#### 4. Delar i CNI

Andelar i befolkningen (regionmedelvärden): Arbetslösa eller i åtgärd minst en dag under året, 16-64 år. Ensamstående förälder med barn 17 år och yngre. Barn 0-4 år. Ensamboende 65+. Födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika. Personer 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt i kommunen. Personer 25-64 år, med låg utbildningsnivå.

Procent (oviktat medelvärde för regionerna)



Källa: SCB via databasen Kolada

I avsnittet med myndighetens indikatorförslag finns mer att läsa om CNI-måttet och där redovisas även CNI och dess delar för respektive region.

## Kostnadsökningar för primärvården med riktade statsbidrag

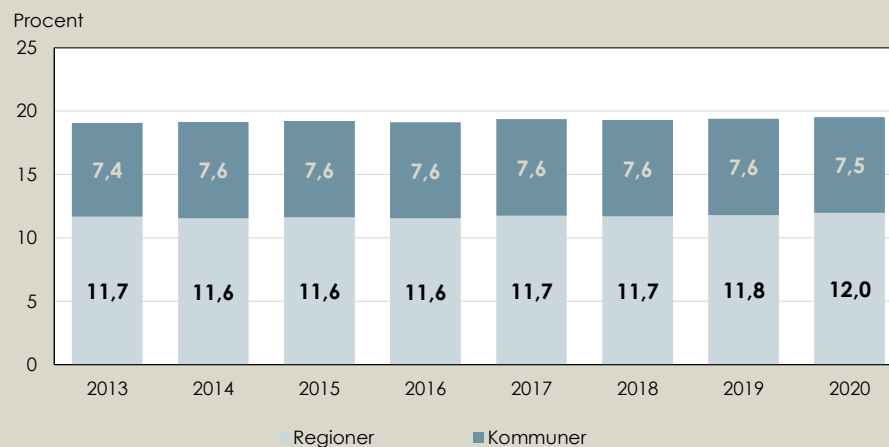
Kostnaderna per invånare för både regionernas primärvård och kommunernas vård och omsorg om äldre visar på ökningar (diagram 6 och 7). Speciellt syns en tydlig ökning avseende den primärvård som regionerna ansvarar för.

Även som andel av hälso- och sjukvården totalt ses en viss ökning för den sammanlagda del primärvård som kommuner och regioner finansierar, även om denna förändring är betydligt mindre vilket beror på att kostnaderna även ökat i andra delar av hälso- och sjukvården.

<sup>22</sup> I diagrammet visas ett oviktat medelvärde av befolkningsandelarna i regionerna istället för rikets värde (ett viktat medelvärde) på grund av att värden för riket inte finns uppdaterade för alla visade år i datakällan (2022-06-27).

## 5. Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner

Andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som utgörs av primärvård finansierad av kommuner och regioner<sup>1</sup> (2020 baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna).



1. För regioner avses den verksamhet som redovisas som primärvård i regionernas räkenskapsammandrag. För kommunerna avses den verksamhet som lyder under hälso- och sjukvårdslagen - merparten inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning men även exempelvis delar av elevhälsans verksamhet. Gotlands kommun (som även kallas Region Gotland) redovisas här i kategorin kommuner, även för den del av primärvården som i andra regioner finansieras av regionerna.

Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska Centralbyrån.

I de mått som beskriver kostnader per invånare har Socialstyrelsen valt att som centrala mått följa de kostnader som finns oavsett finansieringskälla för dessa kostnader. Detta kostnadsslag brukar kallas ”kostnader för det egna åtagandet”<sup>23</sup> eller kort ”kostnader”. Ett annat vanligt kostnadsslag är ”nettokostnader” och till nettokostnaderna räknas enbart de kostnader som kommunen eller regionen själva ska finansiera<sup>24</sup>. Utvecklingen blir olika beroende på vilket av dessa kostnadsslag man väljer att titta på och båda perspektiven är viktiga att beakta (se tabell 8). Trots att det inte är möjligt att följa olika typer av finansiering för de verksamhetsuppdelade kostnaderna för det egna åtagandet (så som primärvård) antas skillnaden mellan *nettokostnader* och *kostnader för det egna åtagandet* för regionernas primärvård till största delen bero på ökade riktade statsbidrag, se diagram 6.

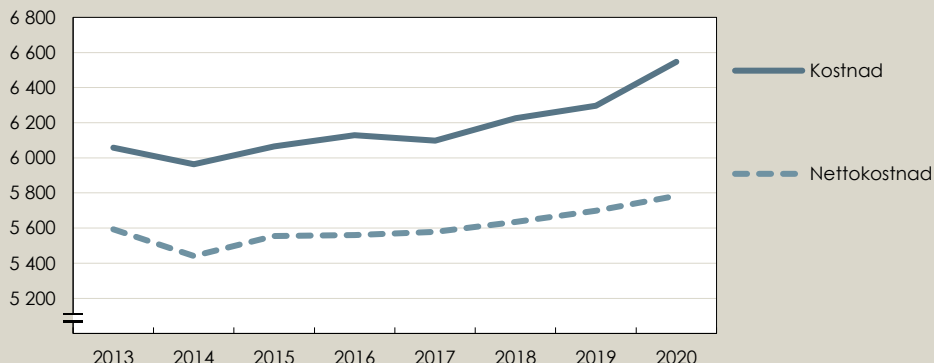
<sup>23</sup> Statistiska Centralbyråns förklaring av kostnadsslaget ”kostnader för det egna åtagandet”: Det egna åtagandet är den verksamhet som regionen/kommunen definierat som sin och som riktar sig till den egna befolkningen. Kostnadsbegreppet räknas automatiskt fram genom att från bruttokostnaden dra bort interna intäkter (försäljning av verksamhet inom den egna regionen/kommunen) och försäljning av verksamhet till andra regioner och kommuner.

<sup>24</sup> Att främst använda kostnads måttet ”kostnad för det egna åtagandet” är en justering i Socialstyrelsens förslag. Socialstyrelsen föreslår dock även motsvarande mått för kostnadsslaget nettokostnader som kompletterande mått på nivå 2.

## 6. Kostnader och nettokostnader för regionernas primärvård

Regionernas primärvård (exklusive läkemedel). Kostnader för det egna åtagandet respektive nettokostnader. Kronor per invånare och fasta priser (LPIK).

Kronor per invånare



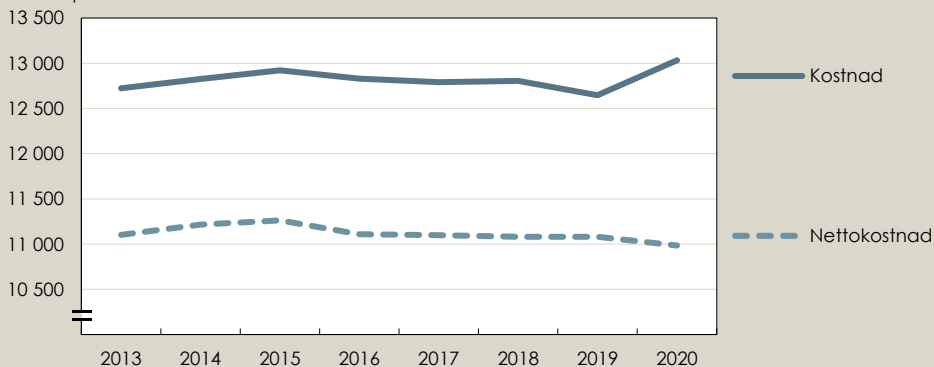
Källa: Regionernas räkenskapsamandrag, Statistiska Centralbyrån.

För kommunerna finns ingen särredovisning av kostnader för det egna åtagandet som specifikt rör primärvård (all kommunal verksamhet under HSL). Den största delen, cirka 80 procent, av kommunernas kostnader för detta finns dock inom området vård och omsorg om äldre<sup>25</sup>. Även för detta område skiljer sig kostnadsutvecklingen beroende på om man väljer att titta på nettokostnader eller kostnader för det egna åtagandet (diagram 7). Särskilt markant är skillnaden mellan 2019 och 2020 där kostnaderna för det egna åtagandet ökar tydligt medan nettokostnaderna istället minskar. Även här antas effekten bero på ökande riktade statsbidrag.

## 7. Kostnader och nettokostnader vård och omsorg om äldre

Kommunernas vård och omsorg om äldre. Kostnader för det egna åtagandet respektive nettokostnader. Kronor per invånare och fasta priser (OPI).

Kronor per invånare



Källa: Kommunernas räkenskapsamandrag, SCB via Kolada och Sveriges kommuner och landsting.

<sup>25</sup> Av de sammanlagda HSL-kostnaderna för de tre insatsområdena äldreomsorg, funktionshindersomsorg och LSS utgjorde äldreomsorgen 83 procent 2019 (läs vidare i avsnittet Indikatorförslag 2.1).

## 8. Utveckling av kostnader, olika kostnadsslag

Kostnader och kostnadsutvecklingen för olika kostnadsslag, fasta priser enligt LPIK eller OPI. OBS! Åren 2014–2017 visas inte i tabellen.

	2013	2018	2019	2020	Genomsnitt årlig procentuell förändring		
					2013–2020	2018–2019	2019–2020
<b>Kostnader för det egna åtagandet, kr/inv.</b>							
Primärvård regioner, exkl. läkemedel (LPIK)	5 205	5 392	5 418	5 605	1,1%	0,5%	3,5%
Regionernas Hälso- och sjukvård, exkl. tandvård (LPIK)	28 410	29 442	29 635	30 044	0,8%	0,7%	1,4%
Äldreomsorg kommuner (OPI)	12 722	12 803	12 646	13 033	0,3%	-1,2%	3,1%
<b>Nettokostnader, kr/inv.</b>							
Primärvård regioner, exkl. läkemedel (LPIK)	4 764	4 801	4 819	4 842	0,2%	0,4%	0,5%
Regionernas Hälso- och sjukvård, exkl. tandvård (LPIK)	26 643	27 076	27 148	26 691	0,0%	0,3%	-1,7%
Äldreomsorg kommuner, nettokostnad (OPI)	11 101	11 083	11 081	10 984	-0,2%	0,0%	-0,9%
<b>Hälsoräkenskaper, finansiering*, kr/inv.</b>							
Primärvård som finansieras av kommuner (LPIK)	3 002	3 192	3 197	3 293	1,4%	0,1%	3,0%
Primärvård som finansieras av regioner (LPIK)	4 725	4 937	4 975	5 241	1,6%	0,8%	5,3%
Totala kostnader hälso- och sjukvården, alla finansierare (LPIK)	40 491	42 083	42 124	43 717	1,1%	0,1%	3,8%
					<b>Genomsnitt årlig förändring procentenheter</b>		
<b>Andel primärvård av sjukvårdskostnaderna, procent</b>							
Regionernas nettokostnader	18,3%	18,3%	18,3%	18,7%	0,05	-0,03	0,38
Regionernas kostnader för det egna åtagandet	17,9%	17,7%	17,8%	18,1%	0,04	0,02	0,39
Kommunernas och regionernas finansiering (hälsoräkenskaper)	19,1%	19,3%	19,4%	19,5%	0,06	0,08	0,12

\*) Exklusive ADL-kostnader som räknas till sjukvården i den internationella redovisningsstandard som används i hälsoräkenskaperna, men annars inte i en svensk kontext och lagstiftning.  
Källa: Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting [regioner] samt Hälsoräkenskaper, SCB.

### Stor priseffekt inom vård och omsorg

När kostnadsutvecklingen beskrivs tas normalt hänsyn till att priserna förändrats inom den aktuella verksamheten. I löpande priser är kostnadsökningarna naturligtvis mycket högre på grund av inflationen.

Men även om man hade tagit hänsyn till den generella prisutvecklingen i samhället hade kostnadsökningarna sett högre ut än vad som nu blir fallet när hänsyn tas till den verksamhets-specifika prisutvecklingen.

Orsaken till detta är främst att priset på arbetskraft, löner, inom vård och omsorg har stigit snabbare än den genomsnittliga prisökningen i samhället och att vård och omsorg är arbetskraftsintensiva verksamheter. Detta kan vara viktigt att beakta i tolkningen, det vill säga att den kostnadsökning som beskrivs ska visa en förändrad volym – till exempel fler anställda distriktssjuksköterskor – och inte en generell ökning av lönerna för distriktssjuksköterskor. Även det senare kan emellertid ses som en satsning värd att beakta i uppföljningen. Aspekter som den med ökade löner kan inkluderas genom att relatera utvecklingen av löpande kostnader för olika verksamheter med varandra, så som det görs när man visar hur stor andel primärvård kommuner och regioner finansierar i relation till den totala kostnaden för hälso- och sjukvården.

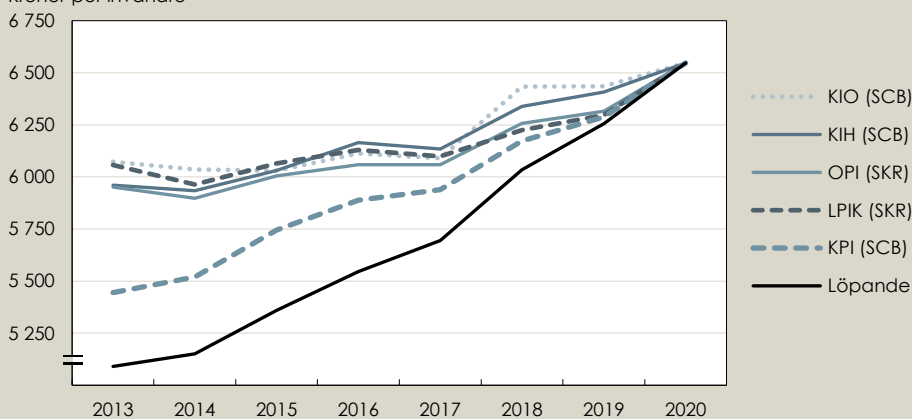
Som illustration på hur justeringarna för att visa fasta priser kan påverka bilden av utvecklingen, visas i diagram 9 kostnadsutvecklingen för regionernas

primärvård dels i löpande priser, dels justerade med olika verksamhetsspecifika prisindex samt konsumentprisindex (KPI).

### 9. Kostnader för regionernas primärvård, löpande och fasta priser

Regionernas primärvård. Kostnader för det egna åtagandet. Kronor per invånare. Löpande priser respektive 2020 års prisnivå enligt: Kvalitetsjusterat landstingsprisindex (LPIK); Konsumentprisindex (KPI); Omsorgsprisindex (OPI), Konsumtionsindex för hälso- och sjukvård (KIH); Konsumtionsindex för omsorg om äldre och personer med funktionshinder (KIO).

Kronor per invånare



Källa: Regionernas räkenskapsammandrag, SCB via Kolada och Sveriges kommuner och landsting.

Hur man väljer att justera för prisförändringarna spelar alltså roll. Över tid syns att de verksamhetsspecifika indexen liknar varandra i stor utsträckning, i varje fall i jämförelse med KPI. En konsekvens av detta är att valet av index bland de verksamhetsspecifika indexen inte har så stor betydelse för den redovisade perioden, detta gäller framförallt i ett längre perspektiv. För perioden 2018–2019 kan det dock göra stor skillnad i den observerade utvecklingen beroende på vilket av indexen för omsorg respektive hälso- och sjukvård som väljs. År 2018 visar alla index en ökning men storleken på ökningen varierar ganska mycket mellan dem. Detta kompenseras sedan av en mindre ökning eller till och med en minskning 2019 för indexen med större ökning 2018. Det kan alltså vara problem att göra jämförelserna i fasta priser med 2018 eller 2019 på så vis att val av index i högre grad skulle kunna påverka hur utvecklingen ser ut.

### Val av index

Två av de verksamhetsspecifika indexen beräknas av SCB: *Konsumtionsindex för omsorg om äldre och funktionshindrade (KIO)* samt *Konsumtionsindex för hälso- och sjukvård (KIH)*. De två andra indexen beräknas av SKR: *Kvalitetsjusterat landstingsprisindex (LPIK)* och *Omsorgsprisindex (OPI)*. Av främst praktiska skäl har myndigheten valt att i detta sammanhang använda de index som tas fram av SKR eftersom dessa index uppdateras tidigare. Övriga index släpar efter tidsmässigt så att kostnader för räkenskapsammandragen kan vara tillgängliga innan dessa index har uppdaterats. LPIK och OPI görs dessutom tillgängligt publikt via SKR:s webbplats och är välbekanta för personer inom kommuner och regioner.

## Var sker vården?

Måtten under delområdet ”Var sker vården?” visar några exempel på var vården bedrivs och där utvecklingen antas vara relevant ur ett nära vård-perspektiv.

Måttet kring nyinsättningar av antidepressiva läkemedel visar att det blir allt vanligare att denna behandling inleds på primärvårdsnivå.

Måttet för läkarbesök i hemmet visar på minskningar, vilket kan ligga i linje med andra indikatorer på minskad tillgänglighet till läkare. Här kan dock data behöva utvecklas och det förekommer frågetecken kring rapporteringen. Uppgifterna som använts här är från SKR:s verksamhetsstatistik, men det finns frågetecken kring hur primärvårdsansluten såväl som specialiserad hemsjukvård rapporteras, och hur de ska rapporteras, även i andra datakällor. Detta gäller även öppenvårdsbesök i hemmet som också ingår i måttet (se vidare om avsnittet indikatorförslag 2.1 samt bilaga 1). En tänkbar orsak till att antalet läkarbesök i patienternas hem minskar kan också vara att fler besök kan göras på distans, vilket också är ett alternativ där patienten inte behöver ta sig till en vårdcentral.

Även för distansbesök i primärvården finns ännu problem med rapporteringen. Måttet benämns **rapporterade** distansbesök för att måttet utöver volymutvecklingen även kan bero på, och indikera, hur rapporteringen utvecklas. En mer ingående analys av data visar dock att antalet distansbesök faktiskt ökat kraftigt i samband med pandemin, men i siffrorna ingår även effekten av en bättre rapportering av distansbesök och en ökad täckningsgrad [11, 12]. Fortfarande saknas rapportering av så kallade digitala utomlänskontakter i rapporteringen till väntetidsdatabasen varifrån uppgiften kommer [13].

## Personalresurser

I ett utvecklingsarbete har Socialstyrelsen försökt att bryta ned uppgifter om legitimerad och sysselsatt personal på lägre nivåer än vad som tidigare har gjorts för att identifiera hur många som är anställda i primärvården (regionernas primärvård och kommunal hälso- och sjukvård). Till viss del finns det oklarheter i hur de koder som används på dessa lägre nivåer överensstämmer med de verksamheter myndigheten vill beskriva och hur tillförlitlig rapporteringen är på dessa lägre nivåer. Måtten här kan alltså ses som ett pågående utvecklingsarbete (läs mer i avsnittet Indikatorförslag 2.1).

Men givet den indelning och rapportering som görs i dag framgår att antal läkare såväl som övrig legitimerad personal i primärvården har ökat per invånare sedan 2014. Att antalet sysselsatta ökat behöver dock inte innebära att antalet arbetade timmar har ökat i samma utsträckning. I statistiken finns inte uppgifter om deltid eller sjukfrånvaro. Nedan framgår till exempel att sjukskrivningarna i sjukvården ökat. Förändringen ska också bedömas i relation till utvecklingen av vårdbehov och vårdkonsumtion.

I arbetet för att stödja införandet av fast läkarkontakt i primärvården har Socialstyrelsen nyligen tagit fram riktvärden för antal listade invånare per läkare i primärvården: 1 100 för en specialistläkare i primärvården och 550 för en ST-läkare i allmänmedicin i mitten av sin utbildning. Dessa tal kan inte direkt relateras till siffrorna här eftersom ST-läkare och specialister inte särredovisas och det saknas uppgifter om tjänstgöringsgrad med mera.

Det finns inga krav på att en primärvårdsläkare ska vara specialist för att kunna vara fast läkare [14]. Socialstyrelsen har dock ett pågående uppdrag, *Kompetenser för en fast vårdkontakt*, som bland annat ska analysera vilka kompetenser den fasta läkarkontakten bör ha för att denna bäst ska kunna tillmötesgå behoven [15].

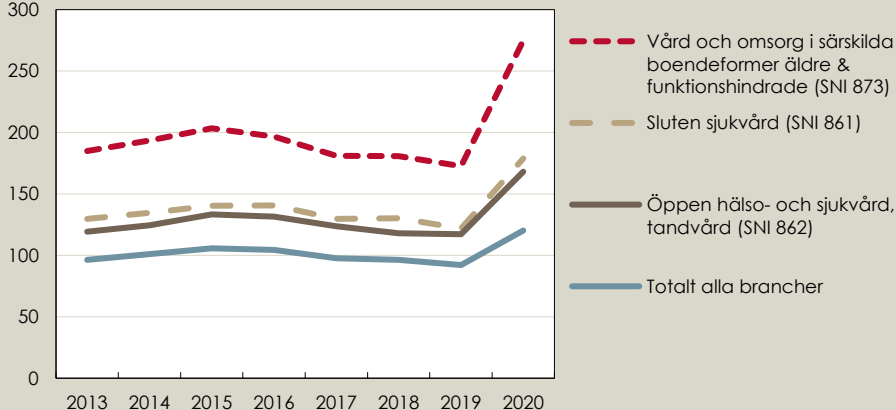
## Sjukskrivningarna är högre än i andra branscher

För de personalrelaterade indikatorerna som rör arbetsmiljö, medarbetarengagemang och sjukfrånvaro är utvecklingen negativ. För sjukfrånvaron beror detta till stor del på pandemin som präglar de senaste mätperioderna, för perioden 2015–2019 minskade istället sjukfallen [16]. I figur 10 visas nya sjukfall med sjukskrivning över 14 dagar. Här framgår att ökningen 2020 var större inom vård och omsorg än för arbetsmarknaden som helhet. Men också att nivåerna även tidigare ligger över genomsnittet. Vanligast med nya sjukfall är det bland personalen inom särskilda boenden för äldre och funktionshindrade – som också är den föreslagna kärnindikatorn. Området ligger ungefär dubbelt så högt som totalen för samtliga branscher. Inom områdena öppen och slutna hälso- och sjukvård är nivån också högre än genomsnittet.

### 10. Startade sjukfall

Antal startade sjukfall (längre än 14 dagar och med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa under ett kalenderår) per 100 000 förvärvsarbetare, utvalda områden inom vård och omsorg samt totalt alla branscher.

Per 100 000 förvärvsarbetande



Källa: Sjukfrånvara per branch, Försäkringskassan.

# Fokus primärvård

## 11. Kärnindikatorer – fokus primärvård

Kärnindikatorerna visas med svart eller röd text. Röd text används om det senaste värdet är sämre än det tidigaste värdet.

Delområde	Mått	Utveckling	Mätperiod
Kontinuitet & samordning	Fast läkarkontakt personer 65 år eller äldre. Procent	60,5 → 66	2017, 2021
Tillgänglighet	Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende. Procent	60 → 45	2013-2022
Tillgänglighet	Medicinsk bedömning inom tre dagar (mars). Procent	79,4 → 81,7	2019-2021
Tillgänglighet	Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (mars). Procent	55 → 69	2020-2022
Tillgänglighet	Lätt att få vård på kvällar och helger (ej akutmottagning), 65+. Procent	28,9 → 29,4	2017, 2021
Tillgänglighet/e-hälsa	Andel hälso-/vårdcentraler som erbjuder distansbesök med läkare. Procent	46,3 → 53,1	2013-2021
Delaktighet, trygghet & förtroende	Delaktighet, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	79,1 → 80,5	2017-2021
Delaktighet, trygghet & förtroende	Förtroende för hälso-/vårdcentraler . Procent	59,6 → 67,1	2016-2021
Delaktighet, trygghet & förtroende	Upplevelse av trygghet på äldreboendet. Procent	90 → 86	2013-2022
Delaktighet, trygghet & förtroende	Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal. Procent	79,5 → 82,7	2018-2021
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas, särskilt boende. Procent	16,2 → 8	2013-2021
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas, hemsjukvård i ordinärt boende. Procent	16,1 → 10,1	2013-2021
Medicinsk kvalitet	Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	77,9 → 75,1	2015-2021
Påverkbar specialistvård	Fallskador, särskilt boende. Per 100k personår	8,8k → 8,4k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Fallskador, hemsjukvård ordinärt boende. Per 100k personår	13,9k → 11,9k	2013-2021
Hälsofrämjande	Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	50,4 → 47,9	2015-2021

"k"=tusental



Inom området ”Fokus primärvård” har Socialstyrelsen samlat indikatorer där utfallet helt eller i hög grad avser primärvården, men även för indikatorer under de andra områdena spelar primärvården en central roll och har präglat urvalet av mått.

## IHP-undersökningen och fast läkarkontakt

Som proxymått<sup>26</sup> för den föreslagna kärnindikatorn med syfte att följa fast läkarkontakt använder myndigheten uppgiften om ordinarie läkarkontakt från undersökningen *International Health Policy Survey (IHP)* till personer 65 år eller äldre. I figur 11 framgår att andelen för detta mått har ökat ganska tydligt från den föregående mätningen 2017, från 61 till 66 procent. Detta kan vara ett resultat av omställningen där fokuset på fast läkarkontakt har blivit en allt tydligare politisk målsättning. I figur 12 framgår dock att den svenska andelen är klart lägst i jämförelse med vad som rapporteras från övriga länder som deltog i IHP. Här utmärker sig Norge där drygt 99 procent av de tillfrågade uppgav att de hade en ordinarie läkare.

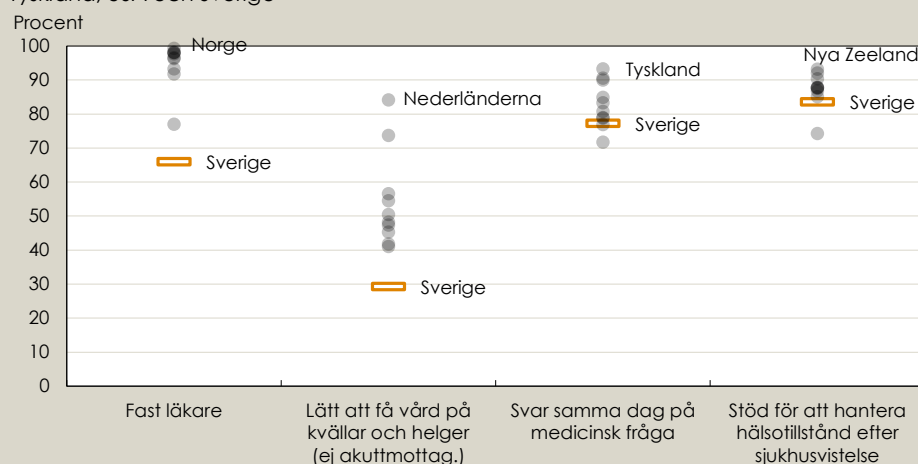
Från IHP-undersökningarna ingår även flera frågor i Socialstyrelsens förslag till indikatorer för att följa nära vård. IHP-undersökningarna har nackdelen att de inte mäts så frekvent och att resultaten inte bryts ned på regioner eller kommuner. Men en fördel är istället att de mäts i flera länder vilket möjliggör internationella jämförelser. Figur 12 visar Sveriges resultat i en sådan jämförelse för fyra frågor från undersökningen 2021 bland personer 65 år och äldre. Även för de andra måtten (som är kompletterande indikatorer i Socialstyrelsens förslag) hamnar Sverige lågt i rangordningen bland det tio länder som ingår i mätningarna.

---

<sup>26</sup> Socialstyrelsens föreslagna kärnindikator för fast läkarkontakt är ”Andel personer med fast läkarkontakt av dem som önskar det” det finns idag inga data som inkluderar personernas önskemål om fast läkare så att denna indikator går att beräkna. Se vidare i avsnittet Indikatorförslag 2.1.

## 12. Fyra frågor till personer 65 år eller äldre i 10 länder

Andel som svarat positivt på fyra frågor. Personer 65 år eller äldre 2021. Länder: Nederländerna, Storbritannien, Australien, Frankrike, Kanada, Nya Zeeland, Schweiz, Tyskland, USA och Sverige



Källa: International Health Policy Survey – personer 65 år eller äldre.

### Allt svårare att träffa läkare i särskilt boende

Personer som bor på särskilda boenden anger i allt lägre grad att det har varit lätt att träffa en läkare vid behov. Andelen har sjunkit succesivt sedan 2013 och särskilt stor är minskningen för den senaste mätningen där de svarande fyllt i enkäterna i början av 2022. Från 2013 till 2022 sjönk värdet med 15 procentenheter, varav nästan 8 procentenheter bara mellan 2020 och 2022<sup>27</sup>.

Verksamheten på särskilda boenden har särskilt uppmärksamats i samband med covid-19-pandemin. År 2020 gjorde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en fördjupad granskning av vård och behandling vid covid-19 på särskilda boenden. I granskningen framgår bland annat att ingen region hade tagit sitt fulla ansvar för att säkerställa en behovsanpassad medicinsk vård för personer på särskilda boenden under pandemin. IVO bedömde att lägstanivån i regionernas övergripande sätt att ta sitt medicinska ansvar var för låg. Var femte patient hade inte fått en läkarbedömning och av de läkarbedömningar som genomfördes var de flesta på distans via telefonsamtal med sjuksköterska [17]. I granskningarna har IVO även iakttagit att många förbättringar på området har gjorts. Det är därför intressant att se om detta även kommer att avspeglade sig i hur personerna på särskilt boende upplever läkartillgängligheten framöver [18].

### Svaga resultat för flera indikatorer som rör centrala delar av nära vård

För indikatorerna om trygghet för personer på särskilt boende och patienternas upplevelse av om deras vårdbehov blivit tillgodosett på hälso-/vårdcentralen är resultaten lägre för den senaste mätperioden jämfört med den första. Det samma gäller resultatet för andelen patienter som diskuterat levnadsvanor med

<sup>27</sup> För 2021 genomfördes ingen mätning på grund av covid-19-pandemin.

vårdpersonalen vid besök på hälso-/vårdcentralen. För indikatorn som rör patienternas upplevelse av delaktighet vid besök på hälso-/vårdcentralen kan en svag ökning noteras.

Personcentrering och delaktighet är centrala delar som lyfts fram i omställningen mot en nära vård. Detta är ett område där det finns få nationella mätningar idag och där även nya mått kan behöva utvecklas. Men för de mått som ingår här i nuläget ses alltså mycket litet som tyder på en förbättring.

Utvecklingen för flera av dessa mått kan inte direkt relateras till covid-19-pandemin, eftersom utvecklingen för dessa var likartad fram till 2019. Men möjligen kan det vara så att mer arbete för att förbättra primärvårdens resultat kunde ha gjorts utan covid-19-pandemin. Vid tolkning av resultaten bör man också beakta att svarsfrekvenserna i aktuella undersökningar minskat och/eller fluktuerat över tid, vilket kan påverka utfallet. Ur perspektivet att följa förflyttningen blir det extra intressant att följa utvecklingen framöver för dessa indikatorer eftersom de ganska direkt går att relatera till en eventuell förflyttning.

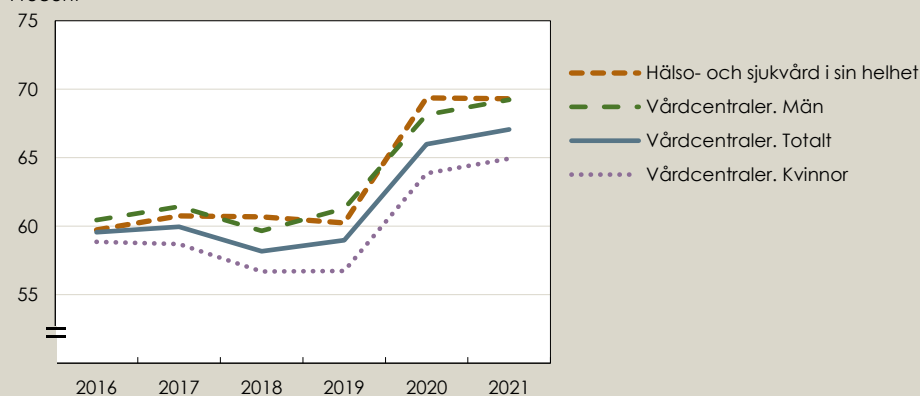
## Ökat förtroende

Enligt mätningen Hälso- och sjukvårdsbarometern har förtroendet för hälso- och vårdcentraler fortsatt att öka något 2021 sedan den stora förbättringen 2020. Generellt är förtroendet fortsatt högre för hälso- och sjukvården som helhet än för hälso- och vårdcentralerna, och män rapporterar i genomsnitt ett högre förtroende än vad kvinnor gör för båda måtten [19].

### 13. Förtroende för vårdcentraler samt hälso- och sjukvård totalt

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

Procent



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges kommuner och regioner.

## Möjligt för fler att besöka sin vårdcentral på distans

Under området förutsättningar och volymer redovisas hur stor andel av besöken i primärvården som utgörs av distansbesök (vårdkontakt via videolänk). En sådan volym har myndigheten valt att inte använda som indikator eftersom vare sig en riktning eller nivå för andelen distansbesök känns relevant att fastslå. Däremot så bör vårdbesök på distans vara ett tillgängligt alternativ för så många som möjligt i relation till sin vårdcentral. För att försöka fånga detta beräknas andelen av hälso-/vårdcentralerna i väntetidsdatabasen som rapporterar minst en procent av läkarbesöken som distansbesök. Mellan 2020 och 2021




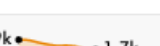






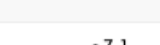
ökade den andelen från 46 till 53 procent. Till viss del kan detta bero på förbättrad rapportering och registrering av distansbesök men det är ingen tvekan om att andelen faktiskt har ökat, i alla fall över en något längre tidsperiod.

Uppgifter om distansbesök i väntetidsdatabasen började att följas först 2020 men en kartläggning av Läkartidningen 2018 visade att ett fåtal regioner då erbjöd primärvård via distansbesök men att det samtidigt pågick många pilotprojekt. I tidningens kartläggning 2020 erbjöd alla regioner med undantag för Gotland distansbesök i egen regi. Detta stämmer också med Socialstyrelsens uppföljning från 2020 då alla regioner uppgav att de i någon form erbjöd digitala besök i den regiondrivna primärvården [6, 20, 21].

# System och samordning

## 14. Kärnindikatorer – system och samordning

Kärnindikatorerna visas med svart eller röd text. Röd text används om det senaste värdet är sämre än det tidigaste värdet.

Delområde	Mått	Utveckling	Mätperiod
Påverkbar specialistvård	Besök på akutmottagning – 80 år och äldre. Per 1k invånare	673,6  590,7	2015-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom. Per 100k invånare	840,4  573,5	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med hjärtsvikt. Per 100k personer med hjärtsvikt	13k  9,2k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med diabetes. Per 100k personer med diabetes	2,9k  1,7k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre. Per 100k invånare	5,7k  4,1k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre, särskilt boende. Per 100k personår	13,6k  10,8k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre, hemsjukvård ordinärt boende. Per 100k personår	28,4k  19,9k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Oplanerade återinskrivningar bland äldre. Procent	10  9,2	2013-2021
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas. Procent	8  7,2	2019-2021
Tillgänglighet	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård (mars). Procent	88  79	2013-2022
Tillgänglighet	Överbeläggningar och utlokaliseringar. Per 100 disponibla vårdplatser	4,2  7,1	2014-2021

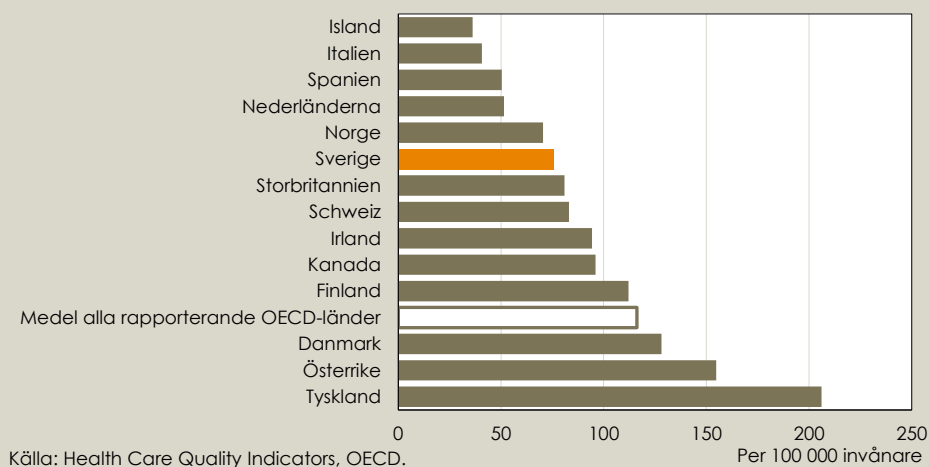
"k"=tusental

### Påverkbar slutenvård minskar, men i olika grad

Måttet påverkbar slutenvård vid kroniska sjukdomar visar inskrivningar på sjukhus med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL. Tanken är att med rätt omhändertagande bör personer med dessa sjukdomar inte behöva bli inskrivna på sjukhus (med undantag för en del typer av behandling såsom insättning av pacemaker vid hjärtsvikt). Utvecklingen här är inte bara en pandemieffekt utan en långsiktig trend. Måttet är nära vård-relevant eftersom det ofta handlar om att ge rätt omhändertagande i primärvården och faktorer som kontinuitet och samordning kring personens behov spelar roll. För indikatorn syns en tydlig nedgång. Även i ett internationellt perspektiv har Sverige goda resultat för detta mått uppdelat på de olika diagnoserna, främst för diabetes (se figur 15).

## 15. Påverkbar slutenvård diabetes

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes per 100 000 invånare 15 år eller äldre. Köns- och åldersstandardiserade värden 2019. Ett urval länder samt medelvärde för samtliga oecd-länder som rapporterat data.



Till viss del kan resultaten möjligen också spegla den generella förflyttningen mot mer öppna vårdformer där även tillgång på vårdplatser kan ha en påverkan. Nedgången kan alltså bero på att fler får bättre omhändertagande men även att ett förvärrat tillstånd som tidigare ledde till inskrivning på sjukhus nu kan behandlas utan inskrivning i slutenvård.

För detta mått, som mäts i hela den vuxna befolkningen, spelar även folkhälsan och tidiga förebyggande insatser roll, eftersom hur många som har sjukdomen (prevalensen) påverkar utfallet, utöver hur vården för dessa personer fungerar.

För att än mer fokusera på hur vården ser ut har specifikt personer med tidigare uppgift om hjärtsvikt respektive diabetes följts upp vad gäller i vilken mån de skrivs in i slutenvård med respektive diagnos. Möjligheten att idag följa dessa patientgrupper skiljer sig mycket åt.

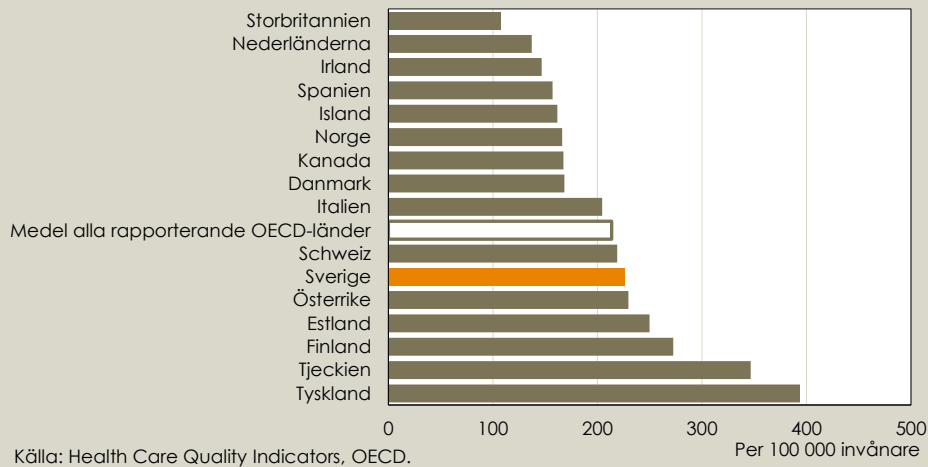
För hjärtsvikt är det enbart de som tidigare har vårdats i den specialiserade vården som går att identifiera med hjälp av patientregistret.

För diabetes kan även patienter som enbart fått sin vård i primärvården följas. Här används läkemedelsregistret då de flesta personer som fått en diagnos för diabetes också får diabetesläkemedel. Utvecklingen för detta mått indikerar en stor förbättring av vården för diabetiker. För just diabetes finns även ett kvalitetsregister med god täckning där process- och resultatmått kan följas även i primärvården.

För hjärtsvikt har inskrivningarna också minskat, men inte i samma utsträckning. I ett internationellt perspektiv är resultaten, i jämförelse med andra länder, inte heller lika goda för en motsvarande indikator som mäts för totalbefolkningen (se diagram 16). Dessutom saknas uppgifter om många patienter med hjärtsvikt och deras omhändertagande i primärvården. För hjärtsvikt (liksom för astma, KOL med flera kroniska sjukdomar) skulle ett hälsodataregister för primärvården väsentligt förbättra möjligheten att följa upp deras vård.

## 16. Påverkbar slutenvård hjärtsvikt

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt per 100 000 invånare 15 år eller äldre. Köns- och åldersstandardiserade värden 2019. Ett urval länder samt medelvärdet för samtliga oecd-länder som rapporterat data.



## Påverkbar specialistvård med fokus på äldre

Andelen äldre som uppsöker en akutmottagning har minskat. För 2020 ses en större minskning – som till stor del antas bero på pandemin, därefter syns en viss ökning för 2021. Men bortsett från ökningen 2021 ses en kontinuerlig minskning över tid. Indikatorn kan ses som en systemindikator för omhändertagandet av äldre. Med ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem med fokus på individens behov och förutsättningar bör äldre mer sällan behöva hamna på en akutmottagning.

Även indikatorn med oplanerade återinskrivningar för äldre visar en liten minskning jämfört med 2013, men ingen tydlig förbättring då värdena är på en snarlik nivå över tid. Måtten för påverkbar slutenvård för personer i kommunal hälso- och sjukvård visar på minskningar men inte lika tydligt för personer på särskilda boenden som för dem med hemsjukvård eller den äldre befolkningen generellt.

## Överbeläggningar och problem att uppfylla vårdgarantin

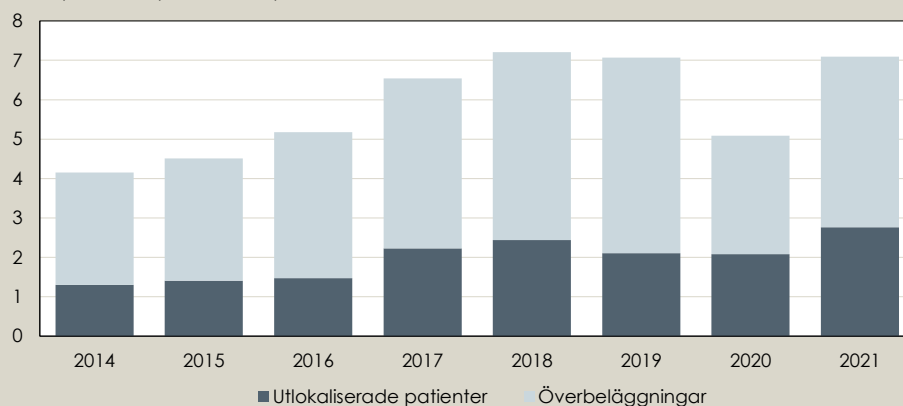
För att följa systemeffekter av en omställning till nära vård visas summan av överbeläggningar och utlokaliseringar per disponibel vårdplats, det vill säga när slutenvårdsresurserna inte har räckt till för det behov som funnits. För 2020 ses en nedgång som har att göra med inställd vård i samband med reaktionerna på pandemin. För 2021 syns konsekvenserna av skillnaden mellan behov och resurser ånyo, på samma sätt som för föregående år (diagram 17). För januari och februari 2022 var summan av överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser den högsta sedan mätningarna startade; här kan effekter av uppskjuten vård under pandemin spela roll [22]. Nära vårdomställningen handlar ofta om att försöka påverka behovssidan – alltså att minska behovet av exempelvis slutenvård, vilket kan ge både hälsovinster och vara kostnadseffektivt. Här syns förbättringar över tid för de indikatorer som

rör undvikbar specialiserad vård. Samtidigt är det viktigt att slutenvårdsresurserna är adekvata för det behov som faktiskt uppkommer. Ökande överbeläggningar och utlokaliseringar visar att så inte har varit fallet.

## 17. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i specialiserad somatisk slutenvård.

Antal per 100 disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges kommuner och regioner.

Som ett ytterligare mått på tillgängligheten till specialiserad vård har Socialstyrelsen valt andel av operationer eller andra åtgärder som utförts inom vårdgarantins gräns. I patientlagen (2014:821), PL, och HSL<sup>28</sup> framgår att personer allra senast ska få sin vård enligt de tidsgränser som anges i vårdgarantin. Detta kan därför uppfattas som en dålig indikation på tillgänglighet då det är ett mått på i vilken mån vården över huvud taget uppfyller lagen. Till exempel är medicinsk prioritering tänkt att ske inom denna tidsgräns. Men eftersom ingen region fullt ut lever upp till vårdgarantin idag ser vi att det ändå kan fungera som en indikator. Socialstyrelsen ser även att uppfyllanden av lagen blivit sämre över tid, dels, men inte bara, på grund av pandemin. Över tid har det blivit allt viktigare att följa även hur många bland de väntande som inte fått sin vård inom vårdgarantins gränser, denna andel har ökat ännu mer. Därför föreslår myndigheten även att motsvarande mått bland väntande som kompletterande indikator på nivå 2. I denna uppföljning och förslag på indikatorer som har fokus på primärvården har vi nöjt oss med dessa mått för den specialiserade vården. Socialstyrelsen följer också området specifikt inom regeringsuppdraget *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet* (S2022/01664).

<sup>28</sup> 2 kap. 3–4 §§, PL och 9 kap. 1 §, HSL.



# Indikatorförslag 2.1

Här presenteras Socialstyrelsens förslag på indikatorer för att följa omställningen till en mer nära vård. Förslaget har givits versionsbeteckningen 2.1 då det utgår från myndighetens tidigare förslag med vissa utökningar och justeringar jämfört med 2021. I redovisningen av indikatorer och mått beskrivs främst de på nivå 1, det vill säga de som kallas centrala mått och kärnindikatorer. Bilaga 4 innehåller även ytterligare mått och indikatorer, på nivå 2 och 3, vilka kan användas för fördjupad och kompletterande uppföljning.

## Läsanvisning indikatorer och andra mått

Måtten/indikatorerna sorteras i genomgången nedan efter vilket delområde de tillhör. Delområdena beskrivs inledningsvis också med text, därefter presenteras kärnindikatorerna och eventuella centrala mått. I slutet nämns även övriga mått på nivå 2 och 3 för delområdet.

För varje kärnindikator och centralt mått presenteras en faktaruta med väsentlig information. Nedan ges en förklaring till uppgifterna i faktarutan:

- Indikatorerna sorteras in i tre **områden**: Förutsättningar och volymer, Fokus primärvård och System och samordning.
- **Delområde** avser den tematiska underkategori/-område som aktuellt mått eller indikator främst bedöms tillhöra. Vissa delområden, till exempel tillgänglighet, kan återfinnas under fler än ett område.
- Beskrivning av vilket **mått** som används.
- Under **'Kan även spegla'** listas de övriga tematiska områden inom god och nära vård, utöver delområde, som måttet/indikatorn bedöms kunna beröra/belysa.
- **Typ av mått/indikator** anger om aktuellt mått utgörs av en indikator (där önskvärd riktning kan anges) eller ett annat mått (utan angiven önskad riktning), samt om resultat avseende måttet/indikatorn går att presentera i dagsläget eller ej. I det senare fallet anges "utveckling" för det aktuella måttet/indikatorn.
- **Fokus** anger vilken del av hälso- och sjukvården som måttet/indikatorn är inriktad på. Exempelvis om måttet avser att visa utvecklingen på kommunal, regional eller på riksnivå, eller en viss organisatorisk nivå såsom exempelvis hälso- eller vårdcentraler.
- Med **berörda verksamheter** avses de hälso- och sjukvårdsverksamheter som är delaktiga i resultatet avseende det aktuella måttet eller indikatorn. De berörda verksamheterna är uppdelade i kategorierna kommunal hälso- och sjukvård, regionens primärvård, öppen specialiserad vård och slutet specialiserad vård. Då det står "alla" efter berörda verksamheter omfattar det samtliga ovan nämnda verksamheter.
- Under **"Källa"** framgår vilken datakälla som kan användas.

## 18. Delområden med kärnindikatorer och centrala mått

Kärnindikatorer visas med svart text och centrala mått med orange text.

Delområde	Kärnindikator/centralt mått
Vårdbehov	<b>CNI – Care Need Index</b> <b>Andel av befolkningen 80 år eller äldre</b>
Ekonomiska resurser	<b>Kostnadsandel primärvård (kommun &amp; region) av hälso- och sjukvården</b> <b>Kostnad primärvård (kommun) per invånare, fast pris</b> <b>Kostnad primärvård (region) per invånare, fast pris</b> <b>Kostnad äldreomsorg per invånare, fast pris</b>
Personal	<b>Antal läkare i primärvård</b> <b>Antal övrig legitimerad personal än läkare i primärvård (kommun &amp; region)</b> Andel nya specialistbevis i allmänmedicin Medarbetarengagemang i särskilt boende Upplevelse av stress, primärvårdsläkare Sjukskrivning mer än 14 dagar, särskilt boende Sjukfrånvaro bland regionanställd personal
Var sker vården	<b>Primärvårdsnivå vid insättning av antidepressivt läkemedel</b> <b>Läkarbesök i hemmet (inkl. särskilt boende)</b> <b>Rapporterade distansbesök i primärvården (region)</b>
Tillgänglighet	Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende Medicinsk bedömning inom tre dagar Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen) Lätt att få vård på kvällar och helger (ej akutmottagning), 65+ Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård Överbeläggningar och utlokaliseringar
E-hälsa	Andel hälso-/vårdcentraler som erbjuder distansbesök med läkare Index för e-hälsa i kommunerna
Kontinuitet och samordning	<b>Andel personer med registrerad SIP kommunal hälso- och sjukvård</b> Andel personer med fast läkarkontakt bland dem som önskar det Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom
Delaktighet, trygghet & förtroende	Delaktighet, patientrapporterat (kommun) Delaktighet, patientrapporterat, primärvård (region) Förtroende för hälso-/vårdcentraler Upplevelse av trygghet på äldreboendet Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas Äldre med läkemedel som bör undvikas, kommunal hälso- och sjukvård Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård (region)
Hälsofrämjande och förebyggande	Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård (region)
Påverkbar specialistvård	Besök på akutmottagning – 80 år och äldre Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom Påverkbar slutenvård för personer med hjärtsvikt Påverkbar slutenvård för personer med diabetes Påverkbar slutenvård äldre Påverkbar slutenvård äldre, kommunal hälso- och sjukvård Oplanerade återinskrivningar bland äldre Fallskador bland personer 65 år eller äldre Fallskador i kommunal hälso- och sjukvård

## Vårdbehov

Enligt HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa<sup>29</sup>.

Sedan 2020 är primärvårdens grunduppdrag inkluderat i HSL. I detta ingår att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov och att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar<sup>30</sup>.

I 2019 års propositionen om en primärvårdsreform och aktuell överenskommelse om god och nära vård framhålls att hälso- och sjukvården behöver anpassas efter de behov befolkningen har i dag. Vidare framgår att flera av reformens centrala delar, såsom fast läkarkontakt och patientkontrakt, främst inriktas på personer med omfattande och komplexa vårdbehov [4, 23].

I uppföljningen av omställningen till en mer nära vård utgör uppgifter om befolkningens vårdbehov viktiga bakgrunds-/referensmått för att ställa mot uppgifter om exempelvis ekonomiska resurser till primärvården, dimensionering av hälso- och sjukvårdspersonal liksom mått på exempelvis tillgänglighet och kontinuitet. Nedan presenteras de mått som myndigheten föreslår för att följa vårdbehoven.

## Care Need Index (CNI)

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Vårdbehov

**Mått:** Sammanvägt index baserat på följande variabler i en population (sorterade i fallande ordning efter vikt): Ålder 65+ och ensamboende, utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, invånare 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt inom kommunen, invånare med låg utbildningsnivå 25–64 år samt invånare 0–4 år. Mer information finns hos SCB som ansvarar för och beräknar indexet för olika populationer

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Kommuner och regioner

**Berörda verksamheter:** Alla

**Källa:** Statistiska centralbyrån

### Beskrivning och motivering

Indexet CNI utgör en sammanvägning av olika demografiska förutsättningar som påverkar behovet av hälso- och sjukvård. Måttet är framtaget för att skatta risk för ohälsa och därmed behovet av primärvård i ett område och används i

<sup>29</sup> 3 kap. 1 § HSL.

<sup>30</sup> 13 a kap. 1 § HSL.

flertalet regioner som underlag för beräkning av ersättning till olika vårdgivare i primärvården. Indexet har dock visat sig samvariera även med exempelvis inskrivningar i slutna psykiatrisk vård. CNI tar hänsyn till sju olika faktorer som täcker riskfaktorer för ohälsa, korrelerar med primärvårdens arbetsbelastning och går att få fram ur tillgänglig nationell statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) [24-30]. Motivet till att använda CNI i uppföljningen av nära vård, är att det behövs ett brett och etablerat vårdbehovsmått att ställa i relation till vårdkonsumtion och fördelning av resurser inom hälso- och sjukvården. Inom nära vård-omställningen finns en uttalad ambition att uppnå en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser, och detta behöver enligt utredningen bland annat ske genom att den del av vården som befinner sig nära befolkningen och har förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och med ett helhetsperspektiv på patientens behov också får resurser som står i proportion till dessa vårdbehov. Faktorerna som ingår i CNI visar andelen av invånarna som är

- ålder 65+ och ensamboende
- arbetslösa eller i åtgärd, 16–64 år
- ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- invånare 0–4 år
- födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika
- invånare 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt inom kommunen
- invånare 25–64 år, med högst förgymnasial utbildning.

I tabell 1 visas CNI och dess delar, länen sorteras från lågt till högt värde för CNI som står i kolumnen längst till höger. Röd färg markerar högre värden och därmed större förväntat behov. Indexets delar samvarierar med indexet som helhet med undantag för ensamboende äldre. De komponenter som samvarierade mest med indexet är andel utlandsfödda från ett urval länder följt av andelen ensamstående föräldrar.

För de regioner där CNI används som underlag för riskjustering för ohälsa, kan man även använda CNI på vårdcentralsnivå för såväl resursplanering/dimensionering och i uppföljningssyfte.

## 19. Care need index (CNI) 2021

CNI redovisas som ett index där riket har värdet 1. Delarna i CNI-indexet redovisas som andel i befolkningen. Röd färg markerar högre värden och förväntat vårdbehov för respektive del.

Region	Barn <5 år	Utländs-födda (urval länder)	Ensam-boende 65 år och äldre	Ensam förälder med barn	Nyinflyttad	Arbetslös	Låg-utbildad	CNI
Norrbottnen	4,9	5,6	11,0	2,6	6,0	7,6	8,5	0,89
Västerbotten	5,4	6,9	9,2	2,4	7,4	7,2	7,5	0,89
Halland	5,6	6,7	8,9	2,4	7,8	7,1	9,7	0,89
Gotland	4,6	4,2	11,5	2,7	8,2	7,4	10,5	0,91
Jämtland	5,4	5,9	11,4	2,9	7,4	8,3	8,9	0,96
Dalarna	5,3	7,8	11,1	3,1	5,5	7,9	11,8	0,97
Värmland	5,1	6,7	11,0	2,8	6,6	8,9	10,1	0,97
Blekinge	5,0	8,3	10,4	2,7	6,4	9,2	10,1	0,99
Jönköping	5,8	10,5	8,4	2,3	7,1	7,3	12,3	0,99
Västernorrland	5,1	7,1	11,0	3,0	6,8	9,4	10,2	1,00
Kalmar	5,2	7,9	11,1	2,5	7,5	7,9	11,9	1,00
<b>Regionmedel</b>	<b>5,4</b>	<b>9,2</b>	<b>9,8</b>	<b>2,8</b>	<b>7,8</b>	<b>8,4</b>	<b>10,7</b>	<b>1,02</b>
Uppsala	5,7	11,5	8,0	2,7	10,1	7,2	9,3	1,05
Kronoberg	5,8	11,0	8,8	2,5	8,2	8,3	11,2	1,05
Östergötland	5,5	10,4	8,8	2,7	9,2	8,1	11,0	1,05
Västra Götaland	5,7	11,0	8,6	2,7	8,8	8,0	10,6	1,06
Örebro	5,6	10,4	9,6	3,0	8,3	9,3	11,8	1,09
Skåne	5,8	11,0	8,6	2,8	9,4	9,4	11,0	1,11
Gävleborg	5,2	9,6	11,3	3,2	7,0	10,7	12,5	1,12
Stockholm	5,9	14,7	7,5	3,1	9,8	7,4	9,2	1,14
Västmanland	5,6	13,1	9,6	3,1	8,3	9,6	12,2	1,17
Sörmland	5,6	12,9	9,8	3,3	8,3	10,2	13,6	1,19

Källa: Statistiska centralbyrån, via Kolada.

### Utvecklingsbehov

Som nämns ovan utgör CNI ett relativt index där riksgenomsnittet antar värdet 1. Det gör att det inte går att använda för att följa vårdbehovsutvecklingen över tid i respektive geografisk enhet eller på riksnivå. För att kunna spegla utvecklingen av vård- och resursbehovet över tid, skulle CNI behöva presenteras i absoluta termer.

### Andel av befolkningen 80 år eller äldre

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Vårdbehov

**Mått:** Andel av befolkningen 80 år eller äldre

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Riket

**Källa:** Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

### Beskrivning och motivering

Måttet *Andel av befolkningen över 80 år* motiveras som komplement till CNI då det bedöms ge en grov indikation på utvecklingen av vård- och omsorgsbehovet på riksnivå. Måttet kan även användas på region- och kommunnivå som komplement till CNI för att ge en indikation på utvecklingen av vårdbehovet i

befolkningen. Detta eftersom CNI är ett relativt tal där rikets värde varje år är referensvärdet som sätts till 1 och det därför inte är användbart för att beskriva utvecklingen av vårdbehovet på riksnivå.

Måttet kan kompletteras med andra sociodemografiska mått som antas samvariera med vårdbehov i befolkningen, exempelvis de olika komponenterna i CNI<sup>31</sup>.

## Övriga mått – Vårdbehov

Andra kompletterande mått för vårdbehov som är relevanta för att uppskatta vårdbehovet hos befolkningen är *Självrapporterad hälsa i befolkningen*<sup>32</sup> och *Övervikt och fetma i befolkningen*<sup>33</sup>, vilka båda är uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, vilken genomförs vartannat år. Uppgifterna finns tillgängliga på riks-, region-, och kommunnivå. Ofta finns fler uppgifter om folkhälsa tillgängliga på lokal nivå som kan utgöra viktiga referensuppgifter för uppföljningen av den nära vården.

I ett antal regioner används ACG (adjusted clinical groups) som underlag för ersättningen till primärvården. ACG är ett beskrivningssystem för analys av en populations samlade sjuklighet. Likt CNI kan det användas som en indikator på sjukvårdsbehoven. Vilka underlag som används för att beräkna ACG skiljer sig dock mellan regioner, varför det främst är relevant att använda måttet som referensuppgift inom respektive region.

Ett utvecklingsbehov för området vårdbehov som helhet utgörs av ett mer exakt mått på vårdbehov som går att följa över tid samt bryta ner på mer finmaskig nivå än regionnivå. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) har utvecklat en metod för att beräkna/uppskatta sjukdomsbörda i befolkningen som hittills går att presentera för Sverige på riksnivå. Emellertid finns det behov av att även kunna presentera uppgifter om sjukdomsbörda och/eller hälsostatus på mer finfördelad nivå såsom regioner, kommuner och kommundelar<sup>34</sup>.

## Ekonomiska resurser

De ekonomiska resurserna som tilldelas primärvården kan både ses som en förutsättning för omställningen, och som ett mått på primärvårdens andel av hela hälso- och sjukvårdsverksamheten. Enligt direktivet till utredningen om nära vård ”behöver det svenska hälso- och sjukvårdssystemet reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att han-

---

<sup>31</sup> Dessa finns fritt tillgängliga i den webbaserade databasen Kolada.

<sup>32</sup> Andel svarande invånare 16–84 år som uppgav en bra eller mycket bra hälsa.

<sup>33</sup> Andel invånare i åldern 16–84 år som uppgav att de hade något av följande: a) övervikt, b) fetma eller c) övervikt och fetma, vilket motsvarar ett BMI (body mass index) på 25,0 eller högre.

<sup>34</sup> Uppgifter om sjukdomsbörda enligt denna metod har även tagits fram för Region Stockholm.

tera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En överföring av resurser till primärvården bör ske gradvis och med en tydlig långsiktig målbild”<sup>35</sup>.

Kostnader används i detta sammanhang som proxy för tilldelade resurser. I syfte att följa förutsättningarna vad gäller resurstilldelning föreslår Socialstyrelsen att följande centrala mått följs: Kostnaderna för primärvården per invånare (riket)<sup>36</sup>, kostnaderna för kommunernas respektive regionernas primärvård per invånare, samt kostnaderna för kommunernas vård och omsorg om äldre per invånare över 80 år. Givet att det idag inte går att skilja mellan kostnader för vård och kostnader från omsorg i kommunerna, annat än via den schablonfördelning som görs i hälsoräkenskaperna på riksnivå, utgör måttet *Kostnader (för det egna åtagandet) för kommunernas primärvård per invånare* ett utvecklingsmått.

Motivet till att i första hand följa kostnader för primärvården per invånare är att fånga den reella resurstilldelningen till primärvården så väl som möjligt.

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 s. 77–78 av uppdragets rapport från 2020 återfinns en kort redogörelse för några av de faktorer som behöver beaktas vid uppföljning av kostnader inom hälso- och sjukvården [1].

Presenterade kostnadsått bör följas tillsammans med andra mått såsom bemanning och kompetens för att kunna spegla vilka resurser primärvården har tillgång till<sup>37</sup>. För att följa om uppdraget står i paritet med resurserna bör kostnaderna också ställas i relation till vårdens omfattning i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

---

<sup>35</sup> Kommittédirektiv 2017:24 Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

<sup>36</sup> 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.

<sup>37</sup> Enligt utredningen Samordnad utveckling för 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.

## Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Ekonomiska resurser

**Mått:** Primärvård (inkl. verksamhet enligt HSL i kommuner) som andel av totala kostnader för hälso- och sjukvård (exkl. ADL-kostnader)

**Kan även spegla:**

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Kommuner och regioner (möjlig redovisningsnivå: riket)

**Berörda verksamheter:** Alla

**Källa:** Hälsoräkenskaper, Statistiska centralbyrån

### Beskrivning och motivering

*Kostnadsandel primärvård – kommuner och regioner* mäter kostnaderna i primärvården (inklusive verksamhet enligt HSL i kommunerna) som andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i regioner och kommuner. Kostnadsandelen kan ses som en indikator dels på i vilken grad resurser aktivt fördelas till primärvården, dels som en indikator på dess andel av den totala hälso- och sjukvårdsverksamheten i regioner och kommuner.

Uppgifterna som används för att beräkna nyckeltalets värde hämtas från SCB:s hälsoräkenskaper. I dessa används en schablon<sup>38</sup> för att fördela kommunernas kostnader för vård och omsorg på hälso- och sjukvård respektive omsorg, och dessa uppgifter finns för närvarande endast tillgängliga på riksnivå. En begränsning är att fördelningsschablonen inte har uppdaterats sedan 2011. Nyckeltalet påverkas av vilken resurstilldelning (kostnader) som sker i den övriga hälso- och sjukvården. Det är möjligt att separat redovisa kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård (primärvård) som andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna på denna nivå (riket).

I internationella sammanhang ska kostnader för hjälp med dagliga personliga sysslor så som att äta och ta på sig kläder räknas in i hälso- och sjukvården, så kallade ADL-kostnader<sup>39</sup>. I hälsoräkenskaperna ingår också detta i det som där benämns hälso- och sjukvård. För beräkning av måttet har denna del exkluderats för att överensstämja med hur hälso- och sjukvård brukar definieras i en svensk kontext och andra datakällor.

### Utvecklingsbehov

Det kan finnas potential att utveckla schablonen för fördelning av kostnader mellan hälso- och sjukvård respektive omsorg för beräkning av måttet på riksnivå. Det vore önskvärt att kunna presentera motsvarande uppgift på regionnivå. Detta skulle dock kräva en utökad redovisningsskyldighet för kommuner vad gäller inrapportering till SCB:s räkenskapssammandrag.

---

<sup>38</sup> Schablonen som används för fördelningen baseras på en uppskattning från 2011 av fördelningen av kostnaderna i de ca 80 kommuner som vid den tidpunkten rapporterade uppgifter om kostnad per brukare (KPB).

<sup>39</sup> ADL står för "Activities of daily living" och avser personliga omvårdnadstjänster som exempelvis hjälp med att äta, påklädning samt personlig hygien.



## Kostnad primärvård i kommuner per invånare

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Ekonomiska resurser

**Mått:** Kommunens kostnader (för det egna åtagandet) för primärvård per invånare. Fasta priser

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått – *Utveckling!*

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** SAKNAS

### Beskrivning och motivering

Måttet ställer kommunernas kostnader för deras verksamhet enligt HSL i relation till befolkningen. På samma sätt som motsvarande mått på regionnivå syftar måttet till att följa i vilken utsträckning de resurser som tillförs den kommunala delen av primärvården står i paritet med uppdraget.

Måttet är ett utvecklingsmått då det idag inte finns uppgifter att tillgå om dessa kostnader (se inledningstexten till avsnittet ovan).

## Kostnad primärvård i regioner per invånare

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Ekonomiska resurser

**Mått:** Regionens kostnader (kostnader för det egna åtagandet) för primärvård exklusive läkemedel inom förmånen per invånare. Fasta priser enligt kvalitetsjusterat landstingsprisindex (LPIK)

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån

### Beskrivning och motivering

*Kostnader regionernas primärvård per invånare* ställer regionernas kostnader för det egna åtagandet<sup>40</sup> för primärvården<sup>41</sup> i relation till befolkningsutvecklingen. Måttet är väsentligt att följa över tid för att bland annat säkerställa att de resurser som tillförs primärvården står i paritet med uppdraget. Allt annat lika borde de reella resurserna till primärvården per invånare öka över tid till följd av ett utökat åtagande och en höjd ambitionsnivå vad gäller det befintliga uppdraget. Det går dock inte att sätta ett mål för hur stora kostnaderna per invånare borde vara. Detta bland annat då vårdens organisering och förutsättningar skiljer sig mellan såväl regioner som kommuner. Av samma anledning bör

<sup>40</sup> *Kostnader för det egna åtagandet* kallas även bara kostnader, och inkluderar till skillnad från *nettokostnader* kostnader som finansieras med riktade statsbidrag och avgifter.

<sup>41</sup> Exklusive läkemedelskostnader inom förmånen.

måttets absoluta nivå främst följas i respektive region (och motsvarande mått i kommunerna) över tid, snarare än att jämföra den absoluta nivån mellan hushåll.

De centrala mått som rör kostnader för primärvården per invånare i region respektive kommun kan vid analys justeras för till exempel ålderssammansättning eller genom att analyseras tillsammans med exempelvis CNI, för att ställa i relation till uppskattat vårdbehov.

## Kostnad för äldreomsorg per invånare

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Ekonomiska resurser

**Mått:** Kostnad (för det egna åtagandet) för äldreomsorg per invånare.

Fasta priser enligt Omsorgsprisindex (OPI)

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård (och omsorg)

**Källa:** Räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån

### Beskrivning och motivering

Måttet ställer kostnader för vård och omsorg för äldre i relation till antalet invånare i kommunen.

Måttet inkluderar kostnader för såväl hälso- och sjukvård som omsorg. Enligt rapporten Nära vård i sikte från Vård- och omsorgsanalys utgjorde kostnaderna för hälso- och sjukvård drygt 20 procent av de totala kostnaderna för kommunernas vård och omsorg om äldre år 2019. Andelen HSL är betydligt högre inom äldreomsorgen jämfört med andra verksamhetsområden. Av de sammanlagda HSL-kostnaderna för de tre insatsområdena äldreomsorg, funktionshindersonsorg och LSS utgjorde äldreomsorgen 83 procent 2019<sup>42</sup>.

Som nämns i inledningstexten till ekonomiavsnittet är helheten av resurser för såväl vård som omsorg emellertid viktig att följa då dessa tillsammans behöver bidra till att skapa en sammanhållen vård och omsorg för patienten på dennes villkor.

Totalkostnaden för kommunernas vård och omsorg speglar också i viss mån samspelet mellan vården och omsorgen, det som sker ”i mellanrummen” såväl inom kommunens verksamhet som i relation till andra vårdgivare, exempelvis åtgärder som utförs av omsorgspersonal på delegation från hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården m. fl. Därför är det värdefullt att fortsätta följa kommunernas totala kostnader för vård och omsorg, även när renodlade uppgifter om kommunens kostnader för hälso- och sjukvård blir tillgängliga.

---

<sup>42</sup> Av insatserna 2019 till personer med funktionsnedsättning utgjorde HSL-kostnader 6 procent av de totala kostnaderna. Motsvarande andel för insatser enligt LSS/SFB var 11 procent av de totala kostnaderna. Uppgifterna baseras på kostnad per brukare i 36 utvalda kommuner i Ensolutions underlagsrapport.

## Övriga mått – Ekonomiska resurser

Utöver de centrala mått som föreslås ovan finns flera andra ekonomiska mått av vikt i den fullständiga listan över föreslagna indikatorer, vilka kan användas för att komplettera bilden av resursfördelning/-förbrukning inom hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. Bland dessa återfinns storheten *Kostnadsandel primärvård i regionerna*<sup>43</sup>, vilken är tänkt att spegla det skifte som omställningen bör innebära, där regionernas primärvård stärks och utvecklas för att kunna utgöra navet i hälso- och sjukvården. Detta relativa mått är emellertid känsligt för förändringar av kostnader inom andra delar av vården, vilket gör att det inte nödvändigtvis speglar en förändrad resursfördelning till förmån för primärvården. Dessutom fångar det inte den del av primärvården där kommunen är huvudman. Det är väsentligt att följa såväl absoluta som relativa förändringar i hälso- och sjukvårdens resurstilldelning tillsammans.

Ett annat ekonomiskt mått som Socialstyrelsen föreslår på nivå 2 är *Kostnadsandel primärvård och äldreomsorg*, vilket beräknas som kostnadsandelen för primärvård och vård och omsorg om äldre av de totala kostnaderna för regionernas hälso- och sjukvård samt kommunernas vård och omsorg om äldre<sup>44</sup>. Måttet baserar sig på räkenskapssammandragen för regioner och kommuner, och har fördelen att det går att beräkna på regionnivå. Därutöver föreslås måtten *Nettokostnad primärvård (region) per invånare, fast pris* och *Nettokostnad äldreomsorg per invånare, fast pris*.

## Personal

Betänkanden från utredningen Nära vård liksom regeringens propositioner baserade på utredningen, lyfter fram bemanning och kompetensförsörjning som centrala förutsättningar för att nå målen med reformen [10, 23, 31]. Under den här rubriken presenteras föreslagna mått/indikatorer som visar vilken legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är sysselsatt inom regionernas och kommunernas primärvård. En gemensam begränsning i de olika bemanningstal som presenteras är att uppgifterna endast visar antal anställda inom olika delar av vården vid en viss tidpunkt. Det går i dagsläget inte att ta fram uppgifter om sysselsättningsgraden hos dessa anställda.

Statistiken behöver bedömas tillsammans 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.

Generellt gäller också att antalsmått vad gäller tillgången till olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården behöver följas tillsammans med andra mer kvalitativa mått som handlar om kompetens, utbildning/forskning, arbetsmiljö med mera för att ge en mer komplett bild av kompetensförsörjningen av läkare respektive andra yrkesgrupper i primärvården.

---

<sup>43</sup> Måttet är samma som i utredningen om nära vård kallas för Primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader.

<sup>44</sup> Regionernas kostnader exkluderar politisk verksamhet men inkluderar primärvårdsansluten hemsjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Under området redovisas sedan indikatorer som rör kompetensförsörjning och arbetsmiljö så som stress, medarbetarengagemang och sjukfrånvaro.

## Antal läkare i primärvård

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Personal

**Mått:** Antal legitimerade läkare sysselsatta i primärvården per 100 000 invånare

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, medicinsk kvalitet

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Regioner och riket

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård och läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** LOVA, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

*Antal läkare i primärvård* mäter antal legitimerade läkare som är sysselsatta<sup>45</sup> i primärvården<sup>46</sup> i relation till totalt antal invånare i respektive region. Måttet har valts då det ger en översikt över hur läkartätheten inom primärvården utvecklas i relation till befolkningen.

Tillgången på läkare, inte minst specialister och ST-läkare inom allmänmedicin, är avgörande för en väl fungerande primärvård vilken ska utgöra navet i hälso- och sjukvården, och där så är lämpligt samordna hälso- och sjukvården för patienterna som är listade på hälso- eller vårdcentralen. Att det finns tillräckligt många primärvårdsläkare är också centralt för att kunna leva upp till lagkrav på att patienter ska kunna få tillgång till och välja en fast läkarkontakt vid sin hälso-/vårdcentral.

Detta övergripande mått kan brytas ner på kategorierna endast legitimerade läkare respektive läkare med specialistexamen, inklusive specifikt specialistläkare i allmänmedicin.

En begränsning med måttet är att insamlade uppgifter har en eftersläpning på två år. Vidare går det inte via den aktuella datakällan att ta fram uppgifter om tjänstgöringsgrad för de sysselsatta läkarna (gäller även uppgifterna för andra personalkategorier) eller om vilka uppgifter personalen utför, till exempel i vilken utsträckning de arbetar kliniskt. Data visar inte heller mer exakt vilka verksamheter personalen arbetar inom eller vilka uppgifter personalen utför<sup>47</sup>. Det finns också viss osäkerhet vad gäller Standarden för svensk näringsgrensindelning, SNI<sup>48</sup> som ligger till grund för indelningen i primärvård respektive specialiserad vård. I klassificeringen av primärvård har myndigheten

<sup>45</sup> Med sysselsatta avses att läkarna beräknas ha utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar under november månad året före aktuellt redovisningsår.

<sup>46</sup> I primärvård omfattas följande SNI-koder: 86101 Sluten primärvård; 86211 Primärvårdsmottagningar med läkare m.m.; och 86903 Primärvård, ej läkare.

<sup>47</sup> Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet. Socialstyrelsen, 2022.

<sup>48</sup> SNI är en statistisk standard som används för att klassificera enheter som företag och arbetsställen efter deras ekonomiska aktiviteter. SCB ansvarar för klassifikationen SNI, men det är Skatteverket som ansvarar för inhämtandet av SNI-koder. Det sker i samband med att företagen registrerar sina verksamheter hos Skatteverket.

valt att inte inkludera vissa SNI-koder vilka sannolikt innehåller viss allmänläkarvård. Se vidare under utvecklingsbehov nedan.

### Utvecklingsbehov

Det kan finnas behov av att närmare granska de olika SNI-koderna som förefaller innehålla en del primärvård för att eventuellt förfinas måttet. Dessutom vore det optimalt att kunna urskilja hur många heltidsekvivalenter i form av specialistläkare respektive legitimerade läkare som primärvården har tillgång till för sitt uppdrag.

Socialstyrelsen har i uppdrag att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet med flera aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården. I uppdraget ingår att inventera antal ST-tjänster respektive specialistläkare i allmänmedicin samt efterfrågan på dessa<sup>49</sup>.

I arbetet för att stödja införandet av fast läkarkontakt i primärvården har Socialstyrelsen nyligen tagit fram riktvärden för antal listade invånare per läkare i primärvården: 1 100 för en specialistläkare i primärvården och 550 för en ST-läkare i allmänmedicin i mitten av sin utbildning.

Det finns inga krav på att en primärvårdsläkare ska vara specialist för att kunna vara fast läkare [14]. Socialstyrelsen har dock ett pågående uppdrag, *Kompetenser för en fast vårdkontakt*, som bland annat ska analysera vilka kompetenser den fasta läkarkontakten bör ha för att denna bäst ska kunna tillmötesgå behoven [15].

## Antal övrig legitimerad personal i primärvård (kommun och region)

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Personal

**Mått:** Antal legitimerad övrig personal utom läkare som är sysselsatta i primärvården (kommuner och regioner) per 100 000 invånare

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Kommuner och regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård och kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** LOVA, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

*Antal övrig legitimerad personal än läkare i primärvård* mäter antal legitimerad personal utom läkare som är sysselsatta i primärvården<sup>50</sup> i såväl kommuner som region(er) i relation till totalt antal invånare i respektive region. Måttet har valts då det ger en översikt över dimensioneringen av legitimerad personal

<sup>49</sup> RU 2021/06575 (delvis).

<sup>50</sup> För detta mått som inkluderar samtliga legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård utom läkare, ingår samma SNI-koder som för motsvarande mätetal för läkare ovan dvs. SNI 86101, 86211 och 86903. Därutöver ingår all legitimerad personal inom hälso- och sjukvård och omsorg i kommunernas regi (SNI-koder som börjar på 87 och 88).

inom primärvården som helhet (både kommuner och regioners) i relation till befolkningen. Syftet med måttet är att följa utvecklingen av kvalificerad personal inom primärvården. För regioner och kommuner är det relevant att bryta ner det samlade måttet och följa utvecklingen för enskilda legitimerade grupper såsom sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer.

Måttet har samma begränsningar som motsvarande mått för läkare i primärvården beskrivet ovan, och därmed samma utvecklingsbehov.

## Andel nya specialistbevis i allmänmedicin

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Personal

**Mått:** Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis aktuellt år

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Riket, regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård och kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen

### *Beskrivning och motivering*

Måttet anger antal utfärdade specialistbevis i allmänmedicin som andel av totalt antal utfärdade specialistbevis för läkare under respektive år. Syftet med måttet är att visa hur specialisering i allmänmedicin prioriteras i relation till andra specialitetsområden och hur förutsättningarna för att bemanna primärvården med allmänspecialister utvecklas över tid. Indikatorn bör kompletteras med exempelvis uppgifter om antal nya specialistbevis relaterade till befolkningens mängd, uppgifter om kvarstannande i yrket med mera.

## Medarbetarengagemang i särskilt boende

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Personal

**Mått:** Hållbart medarbetarengagemang (HME) för personal på särskilda boenden inom äldreomsorgen, index utifrån nio frågor

**Kan också spegla:** Effektiv resursanvändning, kvalitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Kolada

### *Beskrivning och motivering*

Indikatorn utgörs av ett index över medarbetarengagemang. Indexet utgör en sammanvägning av medarbetarnas svar på nio frågor om motivation, ledarskap och styrning i medarbetarenkäten. Syftet med indikatorn är att följa utvecklingen av arbetsmiljön inom den kommunala hälso- och sjukvården. Indikatorn

säger något om möjligheterna att bedriva en primärvård inom kommunerna med god kontinuitet och samordning, då den påverkar möjligheten för vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård att attrahera, behålla och utveckla legitimerad personal till sin verksamhet. I dagsläget går det inte att separera resultat för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från övrig personal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Därför föreslår myndigheten att medarbetarengagemang för personal i särskilt boende följs, då en stor majoritet av brukarna har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser där, jämfört med inom hemtjänsten (där motsvarande uppgift finns). I kommunal och lokal uppföljning kan emellertid båda måtten följas tillsammans.

### *Utvecklingsbehov*

Det vore önskvärt att fler kommuner publicerar denna uppgift än vad som görs idag.

## Upplevelse av stress, primärvårdsläkare

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Personal

**Mått:** Andel primärvårdsläkare som svarat att deras arbete är oerhört eller mycket stressigt

**Kan även spegla:** Kvalitet, effektivitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** International Health Policy Survey – Primärvårdsläkare

### *Beskrivning och motivering*

Indikatorn anger andel primärvårdsläkare som i IHP-undersökningen svarat att deras arbete är oerhört eller mycket stressigt, av det totala antalet svarande i enkäten. IHP-undersökningen bland primärvårdsläkare genomförs av Vård- och omsorgsanalys vart tredje år. Syftet med indikatorn är att följa utvecklingen av primärvårdsläkarnas arbetsmiljö. Likt föregående indikator säger denna något om hälso- och vårdcentralernas förutsättningar att behålla och attrahera personal, i det här fallet läkare, till sin verksamhet. Den visar därmed även på förutsättningarna för att bedriva en primärvård med god kvalitet, kontinuitet och samordning.

### *Utvecklingsbehov*

Likt flera andra indikatorer i IHP-undersökningen skulle det eventuellt vara av intresse att följa indikatorn mer frekvent än vart tredje år.



## Sjukskrivning mer än 14 dagar, särskilt boende

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

**Mått:** Antal startade sjukfall (längre än 14 dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa under ett kalenderår) för personal inom särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer (SNI 873) per 100 000 förvärvsarbetande

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, medicinsk kvalitet och effektivitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Försäkringskassan

### Beskrivning och motivering

Indikatorn mäter antal startade sjukfall<sup>51</sup> per 1 000 förvärvsarbetande inom vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer. Indikatorn har valts ut då den i hög grad bedöms belysa utvecklingen av arbetsmiljön i särskilt boende samt omfattar anställda i såväl offentligt som privat driven vård och omsorg. En betydande del av verksamheten inom detta område utgörs av äldreomsorg, och inom särskilda boenden för äldre hade omkring 85 procent av brukarna kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under 2019 [17].

### Utvecklingsbehov

Indikatorn bygger på ett befintligt mått från Försäkringskassan. Det skulle vara intressant att utveckla indikatorn genom att särskilja sjukfall/sjukskrivningar specifikt för legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård, inklusive kommunal hemsjukvård. Detta skulle kunna göras för specifika yrkesgrupper, delar av vården och uppdelat på region/kommun.

## Sjukfrånvaro bland regionanställd personal

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Personal

**Mått:** Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, som andel av den ordinarie arbetstiden

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, medicinsk kvalitet och effektivitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Sveriges kommuner och regioner

---

<sup>51</sup> Med sjukfall avses här antal startade sjukfall längre än 14 dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa under ett kalenderår.



## Beskrivning och motivering

Indikatorn mäter den totala sjukfrånvarotiden som andel av den ordinarie arbetstiden hos regionanställd personal under året. Indikatorn har valts ut för att den bedöms belysa arbetsmiljön inom regionernas verksamhet, av vilken hälso- och sjukvården utgör merparten<sup>52</sup>. Vid tolkning bör beaktas att indikatorn endast speglar arbetsmiljön bland regionanställd personal och inte är avgränsad till hälso- och sjukvårdspersonal.

## Utvecklingsbehov

Indikatorn skulle behöva utvecklas så att det går att följa utvecklingen av sjuk-skrivningar specifikt för legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården samt specifikt för primärvården. Därutöver skulle det vara relevant att kunna belysa sjukfrånvaro även för personal inom hälso- och sjukvård där regionen inte är vårdgivare.

## Övriga mått – Personal

På nivå 2 och 3 i indikatorlistan föreslår Socialstyrelsen följande kompletterande mått som speglar bemanning: *Antal allmänspecialister i hälso- och sjukvården per invånare, Antal allmänspecialister och distriktsköterskor i regionernas primärvård per invånare, Andel specialister i allmänmedicin av alla specialistläkare, Antal legitimerad personal per person i kommunal hälso- och sjukvård, Sjukskötersketäthet vardagar särskilt boende och Sjukskötersketäthet helgdagar särskilt boende.*

I det större föreslagna indikatorsetet återfinns också ett flertal andra indikatorer för att följa kompetensförsörjning och arbetsmiljö. Bland dessa återfinns *Rutin för uppföljning av individuella fortbildningsplaner* och *Andel dispute-rade inom allmänläkarvård*. Dessa mått är tänkta att spegla förutsättningar för vidareutveckling i yrket för legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården respektive och förutsättningar för forskning inom primärvården. Slutligen föreslås att IHP-indikatorn *Väl förberedd att möta patienter med psykiska sjukdomar* följs, vilket belyser primärvårdsläkares egen uppfattning om sin kompetens på detta område.

Att införa skyddad yrkestitel för undersköterskor kan ge bättre förutsättningar att följa omfattningen av personal i den kommunala hälso- och sjukvården framöver.

## Var sker vården?

Enligt HSL ska regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar (13 a kap. 1 § HSL).

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* framgår att svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att de delar i systemet som har bäst förutsättningar att hantera både

---

<sup>52</sup> 2020 var 78 procent av de regionanställda verksamma inom hälso- och sjukvården.

närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd stärks och utvecklas. Enligt målbilden för omställningen av hälso- och sjukvården bör målet med omställningen vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, och att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser<sup>53</sup>.

En del i att följa omställningen av hälso- och sjukvården till en mer nära vård där primärvården tar ett större ansvar och utgör navet i hälso- och sjukvården är att följa fördelningen av hälso- och sjukvårdsinsatser mellan den specialiserade vården och primärvården, vad gäller såväl olika typer av vårdbesök som läkemedelsförskrivning. Utvecklingen av antalet kontakter och insatser i primärvården visavi specialistvården respektive slutenvården kan indikera i vilken utsträckning primärvården tar ett större ansvar för olika patientgrupper. En nära vård kan också i en rent fysisk betydelse innebära att en större andel vård, såväl primärvård som specialiserad vård, sker i patientens hem. Detta exempelvis via införande/utveckling av mobila team som besöker patienten och ger vård i hemmet i stället för att patienten behöver transporteras till akutmottagningen eller en annan vårdenhet vid vissa medicinska situationer. Under området Var sker vården 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 eller andel vård som sker i hemmet etc. (andel vård som sker via digitala kontakter kan också ses som en del av detta område men presenteras i den här rapporten under området e-hälsa).

## Primärvårdsnivå vid insättning av antidepressivt läkemedel

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Var sker vården?

**Mått:** Andel nyinsättningar av antidepressiva läkemedel som sker i primärvården, bland personer 18–64 år

**Kan även spegla:** -

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård och öppna specialiserade vård

**Källa:** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

---

<sup>53</sup> Prop. 2019/20:164

### Beskrivning och motivering

Indikatorn mäter andel nyinsättningar<sup>54</sup> av antidepressiva läkemedel som sker i primärvården bland personer 18–64 år. Fördelningen av läkemedelsförskrivningen mellan primärvården och den specialiserade vården kan indikera en rörelse mot ett ökat omhändertagande i primärvården av personer med ångest- och/eller depressionsdiagnoser. Syftet med detta mått är att översiktligt följa i vilken utsträckning primärvården tar ett ökat ansvar för denna patientgrupp över tid. Då såväl sjukdomsförekomst (inkl. fördelning mellan lättare och svårare tillstånd) som tillgängliga behandlingsmetoder och förskrivningspraxis kan förändras över tid, går det dock inte att sätta ett mål för hur stor andel av nyinsättningarna som bör ske inom primärvården. Däremot kan måttet användas som ingång för att närmare följa primärvårdens grad av omhändertagande av denna patientgrupp.

### Utvecklingsbehov

Genom ett framtida nationellt hälsodataregister med uppgifter om primärvården skulle det på ett mer precist sätt än idag vara möjligt att följa läkemedelsförskrivning samlat för olika patientgrupper med ångest- och/eller depressionsdiagnoser.

### Läkarbesök i hemmet (inkl. särskilt boende)

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Var sker vården?

**Mått:** Läkarbesök i hemmet per 1 000 invånare (hembesök inom primärvården samt hemsjukvårdsbesök i både primärvården och specialiserad vård oavsett boendeform)

**Kan även spegla:** Tillgänglighet

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård, öppen specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Verksamhetsstatistik, Sveriges kommuner och regioner

### Beskrivning och motivering

Måttet anger antal läkarbesök i hemmet per 1000 invånare. Läkarbesök inkluderar såväl hembesök av läkare inom primärvård som hemsjukvårdsbesök i både primärvård och specialiserad vård oavsett boendeform.

En nära vård som finns tillgänglig och som är anpassad till enskilda personers behov, och därtill avlastar akutsjukvården/slutenvården genom att exempelvis minska antalet oplanerade återinläggningar, förutsätter att de patienter som får sin (primär)vård i hemmet (ordinärt eller särskilt boende) också har möjlighet att få tillgång till läkarbedömning och -vård i hemmet. Det är därför av intresse att följa hur antalet läkarinsatser i patienternas hem utvecklas.

---

<sup>54</sup> Med nyinsättning avses att det innan aktuell förskrivning inte gjorts någon förskrivning av aktuellt läkemedel under de fem föregående åren.

Måttet visar utvecklingen av läkarbesök på en övergripande nivå och är intressant att bryta ner också på de olika typerna av besök. I dagsläget förefaller det som att rapporteringen av läkarbesök i verksamhetsstatistiken i viss mån skiljer sig mellan regioner, varför det vid nedbrytning är viktigt att säkerställa vilka besök som rapporteras under vilken rubrik. Dessutom skiljer sig organisationen av vården mellan regionerna varför det är mer relevant att följa utvecklingen i respektive region över tid, snarare än att jämföra nivåer mellan regioner.

## Rapporterade distansbesök i primärvården (region)

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Var sker vården/e-hälsa

**Mått:** Andel rapporterade distansbesök (distanskontakter via videolänk) av det totala antalet öppenvårdsbesök i regionernas primärvård (så kallade telefon- och brevkontakter ingår ej i täljaren eller nämnaren)

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, effektivitet, digitalisering

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

### Beskrivning och motivering

*Rapporterad andel distansbesök i primärvården* mäter antal distanskontakter via videolänk i primärvården som andel av det totala antalet vårdkontakter<sup>55</sup>. Utvecklingen av videobesök är viktig att följa då den utgör en möjlig väg för primärvården att bli mer (nära) tillgänglig och samtidigt mer effektiv vad gäller sådana besök som lämpar sig för digitala kontakter. Det är svårt att sätta ett mål för hur stor andel av besöken som bör genomföras i digital form, bland annat då inte alla typer av besök lämpar sig för digital form<sup>56</sup>. Det bedöms ändå som viktigt att följa tillsammans med andra typer av kontakter. Vid tolkning av utfallet bör man också följa utvecklingen av andra kontakter, exempelvis de kontakter som benämns brev-/telefonkontakter. I denna kategori återfinns även vissa digitala kontakter såsom kontakt via chatt eller e-post, vilka dock inte går att särskilja från traditionella brev-/telefonkontakter.

Data för att beräkna måttet hämtas från den nationella väntetidsdatabasen hos SKR. Det har hittills förekommit brister och oklarheter i rapporteringen till denna databas. Exempelvis saknas uppgifter från så kallade nätläkarbolag i de redovisade uppgifterna från väntetidsdatabasen. Dessa ska dock framöver rapporteras till databasen. Förändringen över tid för måttet kan alltså i hög grad

<sup>55</sup> I väntetidsdatabasen rapporteras följande typer av kontakter: 1) Besök distans: Besök via video (exempelvis Skype) eller annan form av e-tjänst som ersätter/motsvarar ett traditionellt enskilt öppenvårdsbesök, 2) Kvalificerad telefon-/brevkontakt: kontakt via telefon eller brev som ersätter/motsvarar ett traditionellt enskilt öppenvårdsbesök, 3) Besök: Besök på mottagning-/vårdenhet där en patient möter hälso- och sjukvårdspersonal-/vårdteam, 4) Hembesök: Besök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter hälso- och sjukvårdspersonal-/vårdteam. Nb. beskrivningarna är något förkortade.

<sup>56</sup> Det motsatta kan också gälla, dvs. att vissa besök lämpar sig bättre i digital form än i fysisk.

visa på en förbättrad rapportering utöver riktiga volymförändringar. För att skilja dessa saker åt krävs en djupare analys av data, till exempel av vilka enheter som tillkommit i redovisningen.

### Utvecklingsbehov

Bland utvecklingsbehoven för indikatorn ingår att säkerställa kvaliteten på inrapporterade uppgifter, inklusive säkerställa att de besök som rapporteras som distansbesök de facto utgörs av ”kvalificerade besök”, det vill säga som går att likställa med ett fysiskt besök på hälso- eller vårdcentralen. Framöver kan det eventuellt vara relevant att komplettera måttet med andra digitala besök såsom exempelvis via chatt.

### Övriga mått – Var sker vården?

Andra mått som är relevanta att följa och som föreslås på nivå 2 och 3 är utvecklingsmålet *Vårdkontakter i hemmet per invånare 80 år eller äldre*, vilket speglar vårdkontakter i hemmet för samtliga legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, ställt i och därmed kompletterar måttet ovan vilket endast inkluderar besök av läkare. Ett kompletterande utvecklingsmått till detta är *Läkarbesök i hemmet per person inskriven i kommunal hälso- och sjukvård*. *Besök hos psykolog eller kurator i primärvården* indikerar i vilken mån primärvården tar om hand patienter med psykisk ohälsa och/eller psykiatriska diagnoser. Vidare föreslås att följa *Vårdkontakter och personer i primärvård respektive specialiserad vård* samt *Läkemedelsförskrivning i primärvård och specialiserad vård* som övergripande mått på hur vårdkonsumtionen och därmed ”arbetsfördelningen” mellan olika vårdnivåer utvecklas.

Dessa mått kan ses som exempel på beskrivande analys av omställningen till nära vård som tagits fram inom ramen för ett utvecklingsarbete inom aktuellt uppdrag om indikatorer för en god och nära vård. Inom detta utvecklingsarbete har Socialstyrelsen skapat patientpopulationer för tio kategorier av kroniska sjukdomar. Syftet har varit att kunna 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 antas kunna vara av ännu större värde vid en mer beskrivande uppföljning och analys än en typisk indikatorbaserad uppföljning. Mer information om patientpopulationerna återfinns i våra tidigare rapporter samt bilaga 3 [1, 6].

En eventuell framtida utökning av patientregistret till att även omfatta vårdkontakter i primärvården skulle underlätta för att på ett mer precist sätt kunna följa och analysera den samlade vårdkonsumtionen på olika nivåer, och därmed utveckling av fler och bättre mått på vårdkonsumtion. Detsamma gäller utveckling av indikatorer på vårdkvalitet inom primärvården exempelvis genom att kunna mäta följsamhet till rekommenderade vårdprogram och riktlinjer.

## Tillgänglighet

Hälso- och sjukvården ska enligt 5 kap. 1 § 5 HSL vara lätt tillgänglig. Ett av de tre målområdena i propositionen från 2020 om en primärvårdsreform är att tillgängligheten till primärvården ska öka [23]. En god tillgänglighet till primärvården avgör i praktiken om primärvården blir den första vårdnivån för patienten. Detta enligt såväl utredningen om nära vård som ovan nämnda proposition. I den senare framhålls att tillgängligheten till primärvården påverkar patientens upplevelse av vården och i förlängningen även förtroendet. Om tillgängligheten till primärvården ökar och patienten där möts av rätt kompetens för sina behov, ökar sannolikheten att patienterna i första hand söker sig dit. På så vis kan sjukhusens akutmottagningar avlastas.

Det finns redan etablerade former för att följa tillgänglighet i form av väntetider i vården. Den nationella väntetidsdatabasen gör det möjligt att följa väntetiderna till en medicinsk bedömning av relevant yrkeskategori inom primärvården. Från första januari 2019 har vårdgarantin gjorts mer professionsneutral genom att läkarbesök i primärvården inom sju dagar ersatts av medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar.

I propositionen 2019 framhålls emellertid att huruvida primärvården upplevs som tillgänglig kan betyda olika saker för olika patienter. Det kan innebära tillgänglighet till exempelvis rådgivning, tidsbokning, bedömning och behandling. Det kan också handla om geografisk tillgänglighet, informationstillgänglighet (till exempel avseende journalinformation och i förekommande fall samordnad individuella plan), liksom om anpassning utifrån patientens särskilda förutsättningar (såsom fysisk tillgänglighet eller anpassning av information/kommunikation för personer med funktionsnedsättning). Samtidigt betonas att en tillgänglig vård inte behöver innebära kortare väntetider för alla i alla sammanhang. Begreppet tillgänglighet behöver fortsatt ställas mot prioriteringsprinciperna som gäller enligt HSL, enligt vilka den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården<sup>57</sup>.

Socialstyrelsens förslag på tillgänglighetsindikatorer utgörs av en kombination av faktiska väntetider och patientrapporterade mått på tillgänglighet. Uppföljningen av väntetider behöver dock utvecklas för att kunna följa tillgänglighet också i relation till patienternas behov. Eventuell framtida tillgång till samlade uppgifter om diagnoser och åtgärder i primärvården på nationell nivå, exempelvis genom en utökning av patientregistret med primärvårdsuppgifter, skulle kunna göra det möjligt att följa tillgängligheten i relation till behoven, exempelvis för patienter med multisjuklighet eller vissa kroniska diagnoser.

I propositionen om en primärvårdsreform framhålls att omställningen till en mer nära vård inte ska ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården. Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS) att följa omställningen till en mer nära vård ska myndigheten bland annat beskriva effekter av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akutsjukvården samt övrig specialiserad vård. I detta avsnitt

---

<sup>57</sup> 3 kap. 1 § HSL.

om tillgänglighet inkluderas i detta syfte två indikatorer på tillgänglighet inom den specialiserade vården.

Utöver de tillgänglighetsindikatorer som presenteras i detta avsnitt återfinns indikatorer med bäring på tillgänglighet även inom andra områden i rapporten såsom e-hälsa (digital tillgänglighet) och kontinuitet och samordning (tillgång till fasta kontakter kan också ses som en form av tillgänglighet). Detsamma gäller de bredare resultatmåttin inom delområdet påverkbar specialistvård, såsom påverkbar slutenvård, oplanerade återinskrivningar och fallskador.

Myndigheten har 2022 också fått ett uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2022/01664). Det kan innebära att fler indikatorer och mått på tillgänglighet tas fram – både i relation till vårdgarantin och till andra definitioner på tillgänglighet.

## Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Tillgänglighet

**Mått:** Andel personer 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare

**Kan även spegla:** Medicinsk kvalitet, samordning

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner, kommuner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård, Kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

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 vården<sup>58</sup>. Tillgång till läkare framhålls ofta som en utmaning inom den kommunala hälso- och sjukvården, och har ytterligare accentuerats under covid-19-pandemin [17, 18]. Detta bland annat till följd av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Tillgång till såväl läkare som sjuksköterska med flera yrkesgrupper är centralt för en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård.

Indikatorn *Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende* mäter andel av de svarande i särskilt boende<sup>59</sup> som i undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* uppgett att det är mycket lätt eller lätt att få träffa läkare vid behov. Denna andel ska vara hög. Indikatorn har valts då tillgång till

<sup>58</sup> 12 kap. 1 § och 14 kap. 1 § HSL.

<sup>59</sup> 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 indikatorn för personer i särskilt boende, där över 90 procent har kommunal hälso- och sjukvård.

läkare vid behov är avgörande för en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård, och ett område som är särskilt känsligt för brister i samverkansrutiner mellan vårdgivare och huvudmän.

Vid tolkning är det viktigt att beakta att indikatorn endast mäter situationen inom särskilt boende. Vidare är svarsfrekvensen på enkäten i SÄBO drygt 40 procent, och av dessa svarande är det endast en mindre andel som besvarat enkäten på egen hand<sup>60</sup>.

Ett potentiellt framtida patientregister som inkluderar uppgifter om primärvården skulle kunna bidra med kompletterande uppgifter om faktiska läkarinsatser till patienter specifikt i särskilt boende eller andra delar av den kommunala hälso- och sjukvården.

## Medicinsk bedömning inom tre dagar

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Tillgänglighet

**Mått:** Andelen medicinska bedömningar som genomfördes av legitimerad personal i primärvård inom tre dagar från det att beslut tagits om att vård ska ske

**Kan även spegla:** Medicinsk kvalitet, patientsäkerhet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

### Beskrivning och motivering

En person som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av legitimerad personal i primärvården. Indikatorn *Medicinsk bedömning inom tre dagar* visar andelen medicinska bedömningar som genomfördes i primärvården inom tre dagar från det att beslut tagits om att vård ska ske. Indikatorn redovisar medicinska bedömningar som gjorts i samband med mottagningsbesök, distansbesök och hembesök.

Indikatorn har valts då tillgängligheten till en första bedömning är central för primärvårdens möjlighet att utgöra ”första instans” för vårdsökande samt att lotsa vårdsökande vidare till adekvat vård och behandling baserat på individens behov. Andelen som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården ska vara hög.

Som nämns i inledningsavsnittet ovan ändrades vårdgarantins formulering 2019 från ”besöka läkare i primärvården inom sju dagar” till ”medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom

---

<sup>60</sup> Under åren 2013–2019 varierade svarsfrekvensen i SÄBO mellan 49 procent och 57 procent. År 2020, under vilket covid-19-pandemin inleddes, var svarsfrekvensen 40 procent. År 2020 var andelen enkäter som besvarats av den boende själv 19 procent och andelen som besvarats av den boende tillsammans med någon 18 procent. Resterande 64 procent av enkäterna besvarades enbart av någon annan. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2020? Socialstyrelsen. Art.nr: 2020-9-6901.



primärvården inom tre dagar”, vilket innebär att den omfattar samtliga legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Dessutom inkluderas fler typer av vårdkontakter än fysiska besök. 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.

Vid tolkning av resultaten är det viktigt att beakta att all vård inte omfattas av vårdgarantin. Därutöver finns indikationer på att det finns skillnader mellan regioner i rapporteringen av variabler för vårdgarantin vilket påverkar möjligheten till jämförelser mellan regionerna. Det finns exempelvis indikationer på skillnader i täckningsgrad (hur många av besöken som rapporteras in), registrering av medicinsk bedömning (diagnoser/åtgärder) samt hantering av patientvald väntan mellan regionerna [32, 33].

Därutöver är det inte möjligt att via befintliga väntetidsdata följa i vilken utsträckning patienterna fått träffa den yrkeskategori som behövdes för att kunna göra en adekvat bedömning och vidta nödvändiga behandlingsåtgärder. Inte heller är det möjligt att följa om det förekommer så kallade undanträngningseffekter, med negativa effekter på väntetider till besök som inte omfattas av vårdgarantin. För att kunna följa detta skulle indikatorn kunna kompletteras med bland annat uppgifter om i vilken utsträckning patienter behövt göra ytterligare besök hos läkare kort tid efter att hen först fått träffa annan yrkeskategori, samt genom att följa tid till bedömning/besök även för övriga typer av besök. För att kunna följa patienternas väg i primärvården på detta sätt skulle det krävas en utökning av patientregistret. Även befintliga patientenkäter skulle kunna kompletteras med frågor om patientens samlade uppfattning om väntetid från att personen i fråga sökt vård till dess att hen fått det.

## Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Tillgänglighet

**Mått:** Andel barn och unga som fått en medicinsk bedömning på första linjen vid psykisk ohälsa inom vårdgarantins tidsgräns (3 dagar), av det totala antalet barn och unga som besöker första linjen i respektive region

**Kan även spegla:** Förebyggande/tidiga insatser

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

### *Beskrivning och motivering*

Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa är nivån innan barn- och ungdomspsykiatrin, 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 [34].

Indikatorn *Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)* anger hur stor andel av patienterna som får komma till ett första besök inom tidsgränsen tre dagar i relation till det totala antalet barn och unga som besöker första linjen i respektive region. Väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa utgör ett viktigt område att följa, då primärvården har en central 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 den senare. 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 målluppfyllelsen för hela primärvården. SKR fortsätter dock att inom den nya modellen för uppföljning av primärvårdens tillgänglighet presentera resultaten för väntetider på första linjen separat, liksom väntetider till BUP.

Vid tolkning av resultaten bör beaktas att rapporteringen på området är under utveckling. Inte alla regioner respektive första linjen-vårdgivare rapporterar in uppgifter ännu<sup>61</sup>, och det kan förekomma variationer mellan regioner av vad som bedöms utgöra första linjens psykiatri för barn och unga. I vissa regioner inkluderas psykiatriska ungdomskliniker vid sjukhus eller BUP i statistiken [34].

## Lätt att få vård på kvällar och helger (ej akutmottagning)

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Tillgänglighet

**Mått:** Andel som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar, helger eller på helgdagar utan att gå till akutmottagningar på sjukhus. (Exklusive de personer som aldrig varit i behov av vård på kvällar, helger eller helgdagar.) Personer 65 år och äldre

**Kan även spegla:** Information, trygghet, samordning

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård och övrig öppenvård

**Källa:** International Health Policy Survey – patienter 65 år och äldre

### Beskrivning och motivering

Indikatorn mäter andelen svarande som uppgett att det är mycket eller ganska lätt att få vård vid behov på kvällar, helger eller på helgdagar utan att gå till akutmottagningar på sjukhus. Socialstyrelsens bedömning är att andelen bör öka i varje fall i förhållande till dagens nivå (Sverige ligger lågt jämfört med andra jämförbara länder). Indikatorn avser personer 65 år och äldre och baseras på IHP-undersökningen som genomförs vart tredje år. Indikatorn exklude-

---

<sup>61</sup> Den 4 april 2022 fanns för region Uppsala endast uppgifter från januari och februari 2022 tillgängliga på webbplatsen Väntetider i vården medan det för region Örebro helt saknades uppgifter. I ett antal andra regioner saknades inrapportering från vissa vårdgivare.

rar de personer som uppgett att de aldrig varit i behov av vård på kvällar, helger eller helgdagar. Samma indikator mäts även på befolkningsnivå och denna återfinns på nivå 2 i aktuellt indikatorförslag.

Indikatorn har valts då den belyser hur äldre personer med upplevt vårdbehov bedömer tillgängligheten till primärvård och övrig öppenvård utanför kontorstid. Något som kan påverka såväl patientens känsla av trygghet som benägenheten att söka vård vid sjukhusens akutmottagningar. Indikatorn är relevant att analysera tillsammans med bland andra indikatorer för påverkbar specialistvård samt resursfördelning.

Enligt ansvariga för IHP-mätningen är det inte säkerställt om indikatorn är jämförbar med mätningar genomförda före 2017 då en utvecklad metod började användas för insamlingen<sup>62</sup>. Vid tolkning behöver man beakta att upplevd tillgänglighet inte alltid behöver sammanfalla med faktisk tillgänglighet.

## Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar

**Område:** System och samordning

**Delområde:** Tillgänglighet (i specialiserad vård)

**Mått:** Andel operationer eller andra åtgärder i planerad specialiserad vård som genomförts inom 90 dagar från det att beslut tagits om åtgärd. Patientvald väntan eller medicinskt orsakad väntan ingår ej

**Kan även spegla:** Samordning, kvalitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas specialiserade vård

**Källa:** Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

### Beskrivning och motivering

Indikatorn *Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar* visar andelen operationer eller andra åtgärder i planerad specialiserad vård som genomfördes inom 90 dagar från det att beslut tagits om åtgärd.

Väntetider till planerad vård regleras av den nationella vårdgarantin. Enligt denna ska patienten i den planerade specialiserade vården få en tid till operation/behandling inom 90 dagar från det att beslut tagits om att vård ska ske. Indikatorn har valts då det är väsentligt att följa hur tillgången till behandling inom den specialiserade vården utvecklas parallellt med utvecklingen av primärvården. Allt annat lika antas en mer koordinerad öppen vård och utbyggd primärvård kunna bidra till att minska trycket på den specialiserade vården så att tillgängligheten till specialiserad vård kan öka för de personer som behöver den. Tid till operation/behandling i den nya inrapporteringen väntetider inom den specialiserade vården är möjlig att jämföra med uppgifter bakåt i tiden. Det gäller däremot inte det angränsande kompletterande vårdgarantimåttet *Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård*. Detta bland annat på grund av att inrapporteringen av dessa uppgifter omfattar fler vårdområden

<sup>62</sup> Det vill säga det finns två mätningar för gruppen 65 år och äldre vilka bedöms vara jämförbara: 2017 och 2021.

och yrkesgrupper jämfört med tidigare väntetidsdata. Som nämns nedan har myndigheten emellertid inkluderat den senare indikatorn på nivå 2.

Vid tolkning av indikatorn bör beaktas att så kallad patientvald väntan inte är med i beräkningen. Vidare bör beaktas att även andra faktorer, såsom exempelvis covid-19-pandemin, kan påverka graden av tillgänglighet till den specialiserade vården. Dessutom är det viktigt att ha i åtanke att indikatorn baserar sig på de operationer/åtgärder som redan genomförts. Det kan därför vara viktigt att komplettera indikatorn med mått på det totala antalet väntande, liksom andel av dessa som väntat mer än 90 dagar, för att få en mer komplett bild av väntetidsläget.

## Överbeläggningar och utlokaliseringar

**Område:** System och samordning

**Delområde:** Tillgänglighet (i specialiserad vård)

**Mått:** Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården per månad

**Kan även spegla:** Öppenvårdens tillgänglighet och omhändertagande, medicinsk kvalitet, patientsäkerhet, arbetsmiljö

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Alla

**Källa:** Sveriges kommuner och regioner

### Beskrivning och motivering

Indikatorn *Överbeläggningar och utlokaliseringar* mäter antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården per månad.

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 [35]. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten [36]. 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 [37].

Indikatorn har valts då den indirekt bedöms kunna spegla hur vårdssystemet som helhet utvecklas, och dessutom utgör en indikator på kvalitet i den slutna somatiska vården. En rörelse mot en mer nära vård med mer förebyggande insatser och fortsatt omfördelning mot mer öppna vårdformer och arbetsätt antas minska trycket 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 såväl tillgänglighet som kvalitet i vården.

Bedömning av om en vårdplats är disponibel eller ej görs genom en skattning utifrån fysisk utformning, utrustning samt bemanning som säkerställer

patientsäkerhet och arbetsmiljö. Eftersom detta är en bedömning gjord på varje sjukhus, kan sjukhusen tillämpa begreppet *disponibel vårdplats* på olika sätt. Detta bör beaktas vid tolkning av resultaten.

## Övriga mått – Tillgänglighet

På nivå 2 och 3 återfinns ett antal kompletterande indikatorer vilka speglar tillgängligheten i såväl regionernas primärvård som den specialiserade vården och den kommunala hälso- och sjukvården.

*Väntat på operation/åtgärd 90 dagar eller längre i specialiserad vård* utgör ett viktigt kompletterande mått till indikatorn *Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar* som föreslås på första nivån. *Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård* utgör ett annat sådant kompletterande mått kopplat till vårdgarantin. *Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver* från hälso- och sjukvårdsbarometern mäter befolkningens uppfattning om tillgång till vård på en mer övergripande nivå. *Primärvårdens tillgänglighet per telefon* och *Svar samma dag på medicinsk fråga* speglar bland annat möjligheten att snabbt få en första kontakt med hälso- och sjukvården. *Patienternas upplevelse av kontaktsätt till primärvården* kompletterar bilden och kan också spegla huruvida det finns lämpliga kontaktvägar som anpassats till individens behov och preferenser. *Fick du besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid?* belyser patienternas uppfattning om väntetiden till besök i denna del av primärvården. *Lätt att få vård på kvällar och helger* (befolkningen) tillsammans med indikatorn *Onödiga besök på akuten*<sup>63</sup> belyser bland annat samspelet mellan tillgängligheten i primärvården/öppenvården och undvikbar akut-sjukvård. *Tillräckligt med tid vid vårdbesök* respektive *Läkare som är nöjda med den tid de kan lägga på varje patient* belyser patienternas respektive läkarnas uppfattning om tillgänglig tid i samband med läkarbesök. *Maximal tid för kontakt/besök efter larm* och *Tillgänglighet till sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård* utgör kompletterande väntetids-/tillgänglighetsmått inom den kommunala hälso- och sjukvården. *Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – BUP* och *Samtalsbehandling för barn* (utvecklingsmått, SKR) utgör kompletterande tillgänglighetsmått på systemnivå inom den psykiatriska vården<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> Indikatorn avser följande undersökningsfråga i IHP-undersökningen: Senaste gången du besökte en akutmottagning på ett sjukhus, var det för ett problem som du tror hade kunnat behandlas av läkarna eller personalen på din ordinarie mottagning – om de hade varit tillgängliga? Källa: Metodbilaga till Vård- och omsorgsanalys rapport 2021-4, Vården ur befolkningens perspektiv 2020.

<sup>64</sup> Detta är ett utvecklingsmått eftersom det inte går att ta fram i dagsläget pga. att det saknas juridiskt stöd för den databehandling över vårdgivargränser som krävs. För de vårdcentraler som är anslutna till Primärvårdskvalitet går det emellertid idag att ta fram uppgifter i 10-årsintervall (och därmed fånga in barn och unga) för två närliggande indikatorer specifikt för primärvården: Andel patienter med nydiagnostiserad ångest som fått psykologisk behandling (Ån09) och Andel patienter med nydiagnostiserad depression som fått psykologisk behandling (Dep09). På vården i siffror har även uppgifter om den senare indikatorn publicerats på regionnivå för de första månaderna 2022 avseende fyra regioner. Källor: Uppgift via e-post från Susanne Steen, Delprojektledare Primärvårdskvalitet, Avdelningen för vård och omsorg, SKR 2022-05-03 samt vardenisiffror.se 2022-05-18.

## E-hälsa

E-hälsa handlar om att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa i samhället<sup>65</sup>.

I såväl huvudbetänkandet av utredningen om nära vård<sup>66</sup> som propositionen om en primärvårdsreform 2020<sup>67</sup> framhålls digitalisering som en viktig förutsättning för omställningen, liksom kopplingen till vision e-hälsa [38]. I aktuell proposition betonas att verksamhetsutveckling genom digitalisering är nödvändig för att uppnå målen med reformen<sup>68</sup>. Enligt vision e-hälsa ska individen bland annat ha tillgång till lättillgänglig och kvalitetssäkrad 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 sjukvård ha ändamålsenliga verktyg för uppföljning av verksamheter och underlag för verksamhetsstyrning<sup>69</sup>. I ovan nämnda proposition lyfts särskilt delområdena *Digital och virtuell vård* och *IT-stöd för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare* fram.

Valet av mått och indikatorer på området e-hälsa/digitalisering omfattar båda dessa områden, men har huvudfokus på utvecklingen av digitala vårdkontakter. De tre mått som föreslås som centrala mått eller kärnindikatorer på e-hälsoområdet handlar om omfattningen av distanskontakter (andel av hälso-/vårdcentralerna som erbjuder distansbesök med läkare respektive andel av primärvårdsbesöken som utgörs av distansbesök). Därutöver föreslås utvecklingsmättet index för e-hälsa i kommunerna.

---

<sup>65</sup> Källa: [www.kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/e-halsa/vad-ar-e-halsa/](http://www.kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/e-halsa/vad-ar-e-halsa/) 2021-12-09

<sup>66</sup> SOU 2020:19

<sup>67</sup> Prop. 2019/20:164, s. 17.

<sup>68</sup> Prop. 2019/20:164, s. 60.

<sup>69</sup> 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-hälsomyndigheten 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-hälsojänster som införs i hälso- och sjukvården och hur dessa bidrar till målbilden för en nära vård.

## Rapporterade distansbesök i regionernas primärvård

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** E-hälsa

**Mått:** Andel rapporterade distansbesök (distanskontakter via videolänk) av alla öppenvårdsbesök i regionernas primärvård (så kallade telefon- och brevkontakter ingår ej i täljaren eller nämnaren)

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, effektivitet, digitalisering, var sker vården?

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

### Beskrivning och motivering

*Rapporterade distansbesök i regionernas primärvård* mäter antal distanskontakter via videolänk i primärvården som andel av det totala antalet vårdkontakter<sup>70</sup>. Utvecklingen av videobesök är viktig att följa då den utgör en möjlig väg för primärvården att bli mer (nära) tillgänglig och samtidigt mer effektiv vad gäller sådana besök som lämpar sig för digitala kontakter. Vissa typer av besök kan också lämpa sig sämre i digital form [39]. Det är svårt att sätta ett mål för hur stor andel av besöken som bör genomföras i digital form, men ändå viktigt att följa tillsammans med andra typer av kontakter. Vid tolkning av utfallet bör man också följa utvecklingen av andra kontakter, exempelvis de kontakter som benämns brev-/telefonkontakter. I denna kategori återfinns även vissa digitala kontakter såsom kontakt via chatt eller e-post, vilka dock inte går att särskilja från traditionella brev-/telefonkontakter.

Data för att beräkna måttet hämtas från den nationella väntetidsdatabasen hos SKR. Det har hittills förekommit brister och oklarheter i rapporteringen till denna databas. Exempelvis saknas uppgifter från så kallade nätläkarbolag i de redovisade uppgifterna från väntetidsdatabasen. Dessa ska dock framöver rapporteras till databasen. Förändringen över tid för måttet kan alltså i hög grad visa på en förbättrad rapportering utöver riktiga volymförändringar, för att skilja dessa saker åt krävs en djupare analys av data, till exempel av vilka enheter som tillkommit i redovisningen.

### Utvecklingsbehov

Bland utvecklingsbehoven för indikatorn ingår att säkerställa kvaliteten på inrapporterade uppgifter, inklusive säkerställa att de besök som rapporteras som distansbesök de facto utgörs av ”kvalificerade besök”, det vill säga som går att likställa med ett fysiskt besök på hälso- eller vårdcentralen. Framöver kan det

---

<sup>70</sup> I väntetidsdatabasen rapporteras följande typer av kontakter: 1) Besök distans: Besök via video (exempelvis Skype) eller annan form av e-tjänst som ersätter/motsvarar ett traditionellt enskilt öppenvårdsbesök, 2) Kvalificerad telefon-/brevkontakt: kontakt via telefon eller brev som ersätter/motsvarar ett traditionellt enskilt öppenvårdsbesök, 3) Besök: Besök på mottagning-/vårdenhet där en patient möter hälso- och sjukvårdspersonal-/vårdteam, 4) Hembesök: Besök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter hälso- och sjukvårdspersonal-/vårdteam. Nb. beskrivningarna är något förkortade.



eventuellt vara relevant att komplettera måttet med andra digitala besök såsom exempelvis via chatt.

## Andel hälso-/vårdcentraler som erbjuder distansbesök med läkare

**Område:** Fokus primärvård

**Mått:** Andel hälso-/vårdcentraler där minst en procent av de rapporterade läkarbesöken var distansbesök (distanskontakter via videolänk)

**Delområde:** E-hälsa

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, effektivitet, digitalisering.

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

### Beskrivning och motivering

Indikatorn mäter andelen hälso-/vårdcentraler som erbjuder distanskontakt via videolänk (distansbesök i väntetidsdatabasen)<sup>71</sup>. I indikatorns täljare ingår de enheter som i väntetidsdatabasen klassificerats som hälso-/vårdcentraler och där minst en procent av läkarbesöken varit distanskontakter via videolänk. Syftet med indikatorn är att mäta i vilken utsträckning hälso-/vårdcentralerna erbjuder videobesök i en sådan omfattning att sådana besök utgör ett reellt alternativ till ett fysiskt besök i de fall där det är lämpligt, bland annat utifrån patientens behov och önskemål. Indikatorn bör användas tillsammans med det kompletterande måttet *Andel besök via videolänk* (se avsnittet *Var sker vården?* ovan). Jämfört med det senare är aktuell indikator mindre känslig för bortfall i data från vissa vårdgivare eller regioner.

### Utvecklingsbehov

Dataunderlaget från väntetidsdatabasen för måttet behöver kvalitetssäkras, se text om utvecklingsbehov för måttet *Rapporterade distansbesök i regionernas primärvård* ovan.

---

<sup>71</sup> I rapporteringen till väntetidsdatabasen definieras distansbesök så här: Besök via video (exempelvis Skype) eller annan form av e-tjänst som ersätter/motsvarar ett traditionellt enskilt öppenvårdsbesök-/teambesök innehållsmässigt och tidsmässigt.



## Index för e-hälsa i kommunerna

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** E-hälsa

**Mått:** Sammanvägt index av komponenter från enkäten som ligger till grund för rapporten E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

**Kan även spegla:** Var sker vården?, kontinuitet och samordning, delaktighet, trygghet och förtroende

**Indikator eller annat mått:** Indikator – **Utveckling!**

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg

**Källa:** E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, Socialstyrelsen

Index för e-hälsa i kommunerna utgörs av ett framtida sammanvägt resultat från Socialstyrelsens årliga undersökning om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Här har det startats ett utvecklingsarbete men exakt hur indexet ska utformas och avgränsas är i dagsläget inte klart. Ur ett nära vård-perspektiv kan det vara intressant med ett delindex som fokuserar på hälso- och sjukvård.

### Beskrivning och motivering

Måttet är under utveckling och ska innehålla komponenter från enkäten som ligger till grund för rapporten E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna [40]. Måttet kan fokusera på delar av enkäten som är mer hälso- och sjukvårdsrelevanta eller bli mer övergripande. Några exempel på delområden som kan ingå i indexet, vilka presenteras i rapporten är: användning av den nationella patientöversikten (ett antal olika mått/aspekter), samordnad individuell planering med stöd av video, förekomst av medicinsk-teknisk utrusning eller sensorer för monitorering, digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, tillgång till utrustning för hälso- och sjukvårdspersonal att dokumentera i vårduppgifter mobilt och strukturerad vårdinformation.

### Övriga mått – E-hälsa

Bland övriga indikatorer på e-hälsa som valts ut på nivå 2 och 3 återfinns följande två övergripande indikatorer från Hälso- och sjukvårdsbarometern vilken riktar sig till befolkningen: *Inställning till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik* och *Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster*. Indikatorn för 1177 har myndigheten redan tidigare föreslagit i rapporten *Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården*<sup>72</sup> där även många fler förslag på indikatorer för området finns [41]. Därutöver har två mått som belyser förutsättningar för att digitalt utbyte av vårdinformation från IHP-undersökningen inkluderats. Dessa är *Läkaren kan utbyta lista över läkemedel digitalt med läkare utanför vårdcentralen* och *Läkaren kan följa alla laborietest digitalt*.

---

<sup>72</sup> I denna rapport föreslås även att vårdgarantimåttet *Andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård* följs specifikt för distansbesök.

## Kontinuitet och samordning

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvården bland annat särskilt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Enligt utredningen om nära vård (SOU 2020:19) liksom propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård* (2019/20:164) är kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare, samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter central för såväl vårdens kvalitet som patientens upplevelse liksom för medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. I propositionen nämns även att personkontinuitet till läkare har en positiv påverkan på såväl patientupplevd kvalitet som trygghet och produktivitet, och ökar möjligheten att samordna vården för personer med komplexa vårdbehov. Kontinuitet i vården har också enligt samma proposition betydelse för möjligheten att som patient kunna vara delaktig i beslut som rör ens vård och behandling. Vidare framhålls i samma proposition att samverkan underlättas om samma personer är involverade runt en patient. En samordnad individuell plan (SIP) omnämns som en nyckel till sammanhållen vård för patienter där många personer kan bli involverade i vården som ges i dennes hem. I sammanhanget påpekas att det är viktigt att det är tydligt för patienten vem som är fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården<sup>73</sup>.

I omnämnd proposition (s. 27–28) framhålls vidare att kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill det. Därutöver kan kontinuitet för de patienter som önskar, eller som i övrigt har behov av det, även bygga på en fast vårdkontakt med annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika kompetenser kring den enskilde. Samtidigt behöver vården respektera att inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet, varför kontinuiteten behöver anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser<sup>74</sup>.

Enligt patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården samt få information om denna möjlighet.

Enligt statens och SKR:s överenskommelse om nära vård 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent senast vid utgången av 2022. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i regionerna. För personer i särskilt boende för äldre ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent vid utgången av 2022 samtidigt som en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett [4].

Socialstyrelsen fick 2020 ett kompletterande uppdrag<sup>75</sup> 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 skulle enligt uppdraget ligga på patienter med omfattande

---

<sup>73</sup> Prop. 2019/20:164, s. 27–28

<sup>74</sup> Prop. 2019/20:164

<sup>75</sup> S2020/03319/FS

och komplexa vårdbehov och hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för. Myndigheten presenterade resultatet av utredningen i rapporten *Att följa fast läkarkontakt* [42]. Där konstaterades bland annat att befolknings- och patientrapporterade uppgifter, liksom kvalitativa undersökningar, på flera sätt lämpar sig bättre än registerbaserade uppgifter för att följa patienternas möjlighet att få tillgång till fast läkarkontakt i primärvården. Via sådana uppgifter är det möjligt att fånga invånarnas/patienternas upplevda tillgång till och önskemål om fast läkarkontakt, liksom patienters respektive professionsföreträdares upplevelse av hur det fungerar i praktiken med fast läkarkontakt. Myndigheten har också inom aktuellt regeringsuppdrag tagit fram kunskapsstöd till regioner och vårdgivare för arbetet med fast läkarkontakt, inklusive riktvärden för listade personer per läkare [14, 43].

År 2020 fick också Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården med fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. I uppdraget ingår att följa upp både patienternas uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och vårdgivarnas tillhandahållande av fast läkarkontakt<sup>76</sup>. Uppdraget ändrades i februari 2022; Vård- och omsorgsanalys ska i tillägg till tidigare lämnat uppdrag årligen genomföra kvantitativa kartläggningar av patienters tillgång till fast läkarkontakt samt på nationell nivå analysera graden av måluppfyllnad avseende mål om fast läkarkontakt som framgår av överenskommelsen om en god och nära vård för 2021 och 2022 mellan regeringen och SKR.

## Andel personer i kommunal hälso- och sjukvård med inrapporterad SIP

**Område:** Förutsättningar och volymer

**Delområde:** Kontinuitet och samordning

**Mått:** Andel personer i kommunal hälso- och sjukvård med inrapporterad samordnad individuell plan (SIP)

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, patientsäkerhet, effektivitet

**Indikator eller annat mått:** Annat mått

**Fokus:** Regioner och kommuner

**Berörda verksamheter:** Alla

**Källa:** Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Andel personer i kommunal hälso- och sjukvård med inrapporterad samordnad individuell plan (SIP) mäter andelen personer med en inrapporterad SIP<sup>77</sup> av det totala antalet personer med inrapporterade insatser i kommunal hälso-

---

<sup>76</sup> S2020/03320/FS

<sup>77</sup> Någon av åtgärdskoderna AU124 Upprättande av samordnad individuell plan eller AU125 Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning.

och sjukvård<sup>78</sup>. Måttet har valts då samordnad individuell plan utgör ett tydligt lagstadgat instrument för samordning som kan vara av stor betydelse för såväl vårdgivare som patient och anhöriga.

Enligt HSL<sup>79</sup> och socialtjänstlagen (2001:453)<sup>80</sup>, SoL, 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. Av planen ska det bland annat framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för och vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. Enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska en samordnad individuell planering genomföras då patienten bedöms ha behov av insatser från både region och kommun efter utskrivningen.

Det finns flera utmaningar med att följa det föreslagna måttet för närvarande, vilka behöver övervägas vid tolkning. Det finns stor variation mellan vårdgivare och kommuner vad gäller inrapportering av såväl förekomst, som uppföljning av SIP. För år 2021 rapporterade 120 kommuner inte någon kod för SIP överhuvudtaget, därtill redovisade flera kommuner endast enstaka koder. Dessutom saknas idag någon insamling som avser privata vårdgivare. I diagram 20 visas hur stor andel av personerna i registret det fanns en rapporterad SIP för per kommun.

## 20. Rapporterade SIP i kommunal hälso- och sjukvård

Andel av personer i kommunal hälso- och sjukvård med registrerad och rapporterad samordnad individuell plan 2021.



Vidare skiljer sig praxis för dokumentation av SIP mellan vårdgivare och/eller kommuner. I vissa fall används KVÅ-koden för SIP för att också beskriva andra insatser avseende samordnad planering vilka i dagsläget saknar egen KVÅ-kod<sup>81</sup>, medan det i andra fall inte dokumenteras med någon åtgärdskod alls och därför inte heller är möjligt att rapportera in. Liknande utmaningar vad

<sup>78</sup> Personer som bor i särskilt boende eller som har beslut om hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

<sup>79</sup> 16 kap. 4 § HSL.

<sup>80</sup> 2 kap. 7 § SoL.

<sup>81</sup> Såsom exempelvis förekomst av *samordnad individuell planering* vilken inte resulterar i en formell plan.

gäller varierande dokumentationspraxis uppges finnas vad gäller exempelvis dokumentation av *uppföljning* av SIP.

Det pågår ett utvecklingsarbete vad gäller åtgärds-koder (KVÅ)<sup>82</sup> och dokumentation kopplat till såväl SIP som övriga samordnade planeringsprocesser. Syftet är att åtgärds-koderna på ett bättre sätt ska spegla den samordning som sker, och att instruktionerna för dokumentation av samordnad individuell planering ska bli tydligare. Socialstyrelsen har också framställt till regeringen om ändring i förordningen för registret (2006:94): att den ska ändras på så sätt att samtliga vårdgivare, även privata utförare, ska rapportera in dessa uppgifter [44].

Förutom registret för kommunal hälso- och sjukvård finns en möjlighet att följa förekomsten av SIP lokalt för de vårdcentraler som är anslutna till Primärvårdskvalitet (PvQ). Förhoppningen är att uppgifter om SIP i PvQ på sikt också ska gå att presentera på regionnivå<sup>83</sup>. Exempel på indikatorer som går att följa via PvQ är Andel personer med Samordnad Individuell Plan (SIP), på vårdcentral (Sa04) och Andel personer med Samordnad Individuell Plan (SIP) som följts upp, på vårdcentral (Sa05).

### Utvecklingsbehov

För att indikatorer på SIP ska kunna redovisas nationellt behöver såväl arbets-sätt som dokumentation/rapportering av de KVÅ-koder som används i sam-manhanget utvecklas. För måttet *Andel personer i kommunal hälso- och sjuk-vård med registrerad SIP* finns två faktorer som kan påverka nivån. Förekomst av användningen av SIP och täckningsgraden av rapporteringen av dessa. I nu-läget är bedömningen att täckningsgraden på nationell nivå är låg och bör öka i de flesta kommuner. Dessutom behöver insamlingen kompletteras med uppgif-ter som rör privata vårdgivare.

För att på ett bättre sätt kunna följa såväl förekomst av SIP som övriga insat-ser av samordnad planering mellan vård- och omsorgsgivare är resultatet av ovan nämnda utvecklingsarbete viktigt för att kunna säkerställa en enhetlig dokumentation av SIP, vad gäller såväl planering som uppföljning av samord-nade insatser. I framtiden vore det också önskvärt att kunna ställa antalet pati-enter med SIP i relation till antalet personer/patienter som bör/ska ha en sådan. Ett utökat patientregister med uppgifter om primärvården skulle underlätta en sådan uppföljning av samordnad individuell planering. Även ett sådant mått förutsätter dock en korrekt och fullständig dokumentation på enhetsnivå, inom primärvården.

---

<sup>82</sup> Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en åtgärds-klassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Klassifikationen av åtgärder anger hur en utförd åtgärd ska grupperas (klas-sificeras) i en hierarkiskt uppbyggd struktur. Klassifikationen anger också vilken kodbeteckning (åtgärds-kod) som ska användas. Källa: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/>

<sup>83</sup> På vårdcentraler i siffror har uppgifter om *Andel personer med Samordnad Individuell Plan (SIP), på vårdcentral* publicerats för tre regioner sedan 2020. Via Primärvårdskvalitet är det dock endast möjligt att följa registrerade SIPar inom respek-tive hälso-/vårdcentral.

## Andel personer med fast läkarkontakt av dem som önskar det

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Kontinuitet, samordning och tillgänglighet

**Mått:** Andel personer som uppger att de har en fast läkarkontakt bland dem som svarat att de önskar det (mäts i befolkningen)

**Kan även spegla:** Effektivitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator – **Utveckling!**

**Fokus:** Regioner, enheter (hälso-/vårdcentraler).

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** SAKNAS.

### Beskrivning och motivering

Utvecklingsindikatorn *Andel personer med fast läkarkontakt av dem som önskar det* mäter andel tillfrågade patienter i primärvården som uppger att de har en fast läkarkontakt i primärvården som andel av de patienter som uppger att det skulle vilja ha en sådan. Andelen patienter med fast läkarkontakt av dem som så önskar bör öka. Denna utvecklingsindikator föreslås då denna patientrapporterade indikator bedöms kunna fånga fast läkarkontakt i lagens bemärkelse. Detta då den speglar patienternas upplevelse av om de har en fast läkarkontakt och dessutom i relation till om de önskar en sådan.

Enligt PL ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården samt få information om denna möjlighet<sup>84</sup>. Då möjligheten till en fast läkarkontakt i lagen utgår från patientens önskemål är det centralt att följa utvecklingen av sådan fast kontakt i relation till patientens upplevda önskemål och behov, snarare än enbart via antal patienter som i exempelvis listningssystemet uppges ha en fast namngiven läkare. Uppgifter om listning på namngiven läkare kan emellertid utgöra ett kompletterande centralt mått.

Det finns i dagsläget ingen dokumentation av patienters önskemål om fast läkarkontakt som går att använda för att beräkna indikatorn. Ett möjligt sätt att inhämta uppgiften bedömer myndigheten skulle vara att inkludera en tilläggsfråga om önskemål om fast läkarkontakt i någon av de befintliga IHP-undersökningarna<sup>85</sup> eller den årliga Hälso- och sjukvårdsbarometern. Ett annat alternativ skulle vara att utveckla NPE-undersökningen till att inkludera frågor om fast läkarkontakt, inklusive patientens önskemål om detsamma.

### Proxymått – Fast läkarkontakt personer 65 år eller äldre

*Fast läkarkontakt personer 65 år eller äldre* anger andelen av de svarande i IHP-undersökningen i denna åldersgrupp som uppger att de har en fast<sup>86</sup> eller särskild läkarkontakt som de går till för medicinsk vård. Det har valts som proxymått/-indikator att användas till dess att utvecklingsindikatorn ovan går att mäta. Aktuellt proxymått/-indikator bedöms vara det befintliga mätetal som

<sup>84</sup> I lagrådsremissen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården föreslås att skrivningarna i patientlagen utökas till att patienten ska få möjlighet att *få tillgång till* och välja en fast läkarkontakt. Lagrådsremiss, 3 nov 2021.

<sup>85</sup> Någon av de två IHP-undersökningarna som vänder sig till befolkningen respektive personer 65 år eller äldre.

<sup>86</sup> I andelen med fast läkarkontakt inkluderas även de personer som uppgett att de har flera fasta läkarkontakter.

kommer närmast i att mäta fast läkarkontakt i lagens bemärkelse, det vill säga om patienten upplever att hen har en fast läkarkontakt att vända sig till i primärvården. Jämfört med listning på namngiven läkare bedöms denna indikator också i högre grad spegla om patienten har en fast läkare som hen har möjlighet att träffa. IHP-mätningen som indikatorn baserar sig på genomförs i aktuell åldersgrupp vart tredje år. Som kompletterande mått på nivå 2 har myndigheten inkluderat motsvarande indikator från IHP-undersökningen som vänder sig till den vuxna befolkningen.

Vid tolkning av aktuellt proxymått/-indikator bör beaktas att frågan som indikatorn baserar sig på är ställd på ett sådant sätt att indikatorn även i viss mån kan inkludera fasta läkarkontakter i den specialiserade vården. Den ställer inte heller förekomsten av fast läkarkontakt i relation till patientens önskemål eller upplevda behov av en sådan. Metoden för insamling av IHP-undersökningen bland personer 65 år eller äldre sågs över inför 2017, därför använder myndigheten 2017 som tidigaste referensår för indikatorn.

## Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Kontinuitet och samordning

**Mått:** **Mått:** Kontinuitet för läkarbesök på vård-/hälsocentral för personer med kronisk sjukdom (Hjärtsvikt, Kranskärllsjukdom, Hypertoni, TIA/Stroke, KOL, Diabetes, Demens, Förmaksflimmer, Depression, Ångest, Astma, Artros, Schizofreni, RA, Psoriasis, MS, Osteoporos, Parkinson, Fetma, Alkoholproblematik, Bensår) de senaste 18 månaderna

**Kan även spegla:** Effektivitet, arbetsmiljö

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner, enheter (hälso-/vårdcentraler)

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Primärvårdskvalitet

### Beskrivning och motivering

*Kontinuitetsindex till läkare*<sup>87</sup> mäter personkontinuitet, det vill säga i vilken utsträckning patienten har träffat samma läkare vid sina läkarbesök vid den enhet i primärvården där patienten är listad. Indexet 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. Indexvärdet blir 0 om varje besök görs hos olika personer<sup>88</sup>. Beräknat kontinuitetsindex för exempelvis en vårdenhet är medelvärdet av patienternas indexvärden. Kontinuitetsindex be-

<sup>87</sup> I Primärvårdskvalitet kallas indikatorn PVQ Kontinuitet Ko05L. Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, läkare. Mer detaljer återfinns på sidan kvalitetsindikatorkatalog.se

<sup>88</sup> Närmare beskrivning av hur indexet beräknas finns i dokumentet "Formel för beräkning av kontinuitetsindex med exempel" som kan laddas på sidan <http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer/indikatorlistorochdiagnosko-der.23.html>

räknas 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. Från 1 januari 2021 räknas även distanskontakter in i kontinuitetsberäkningen.

Indikatorn har valts då personkontinuitet till läkare betonas starkt i omställningen till en mer nära vård, och då den är både nationellt och internationellt etablerad. Dessutom utgör den ett viktigt komplement till patientupplevda mått på fast läkarkontakt.

Enligt Primärvårdskvalitet värderas god kontinuitet i primärvården högt av såväl patienter som personal. I flera internationella studier har man visat att god läkarkontinuitet har positiva effekter på exempelvis sjukvårdskonsumtion, behandlingseffekt, patienttillfredsställelse och läkemedelsförbrukning. Det gäller inte bara äldre personer med flera sjukdomar, utan även yngre personer [45, 46].

Indikatorn går ännu inte presentera på nationell nivå för samtliga regioner<sup>89</sup>, men förhoppningen är att det ska vara möjligt inom en relativt snar framtid. Kontinuitetsindex är relevant att följa för såväl läkare som andra personalkategorier.

Vid tolkning bör beaktas att indikatorn påverkas av en rad faktorer. Förutom personaltäthet, omfattning av deltidsarbete (till exempel kopplat till forskning), semester, föräldraledighet, sjukfrånvaro etc. påverkas indikatorn också av förekomst av teamarbete, handledning och andel personal med specialistkunskaper. Kontinuitetsindex kan också öka på bekostnad av tillgänglighet, till exempel om det bara finns en person inom den aktuella yrkesgruppen. Ytterligare en faktor som påverkar indexet är antalet vårdkontakter. Om antalet vårdkontakter ökar så ökar kontinuitetsindex, även om andelen vårdkontakter med samma person är oförändrat. Antalet vårdkontakter påverkas bland annat av om det på enheten görs fler korta besök eller färre långa samt hur och i vilken utsträckning distanskontakter registreras [47]. Slutligen mäter indikatorn endast kontinuitet till läkare vid den aktuella hälso-/vårdcentralen, och speglar inte förekommande fall av fast vårdkontakt i form av en läkare i den specialiserade vården.

## Övriga mått – Kontinuitet och samordning

Utöver måtten ovan finns ett stort antal mått och indikatorer som valts ut på nivå 2 och 3 vilka också är relevanta för att följa utvecklingen av kontinuitet och samordning inom hälso- och sjukvården.

Följande utvecklingsmått vad gäller fasta kontakter föreslås: *Andel patienter med fast vårdkontakt*, *Kontinuitetsindex*, *kronisk sjukdom*, *primärvård (region)*, *sjuksköterska* och *Andel patienter med fast läkarkontakt* och *Har en ordinarie läkare eller sjuksköterska*. De två första måtten går inte att ta fram i merparten av regionerna i dagsläget men utvecklingsarbete pågår<sup>90</sup>.

---

<sup>89</sup> Uppgifter från fem regioner presenteras idag på Vården i siffror (2022-05-06)

<sup>90</sup> Regionerna har genom överenskommelsen om nära vård 2021 tagit på sig att utveckla former för att kunna mäta fast läkarkontakt, och fast vårdkontakt ingår i utvecklingsarbetet med Patientkontrakt



Kompletterande indikatorer på personkontinuitet till läkare i primärvården utgörs av motsvarande mått för sjuksköterskor samt måtten *Träffar samma läkare vid hälso-/vårdcentral*, respektive *Kontinuitetsindex till läkare i särskilt boende*. Även det senare utgör ett utvecklingsmått, det vill säga det går ännu inte att mäta.

Mått som speglar förekomst av verktyg eller rutiner för samordning inkluderar *Rutin för vårdplanering i samverkan med ansvarig läkare och kommunal personal* och *Andel personer med SIP som följts upp, på vårdcentral*. Ett kompletterande mått på om det finns en kontinuitet i uppföljningen av patienterna utgörs av PvQ-indikatorn *Andel patienter med kronisk sjukdom som fått återbesök i primärvården*.

Vidare har följande mått inkluderats, vilka speglar patienters respektive primärvårdsläkares uppfattning om informationskontinuiteten: *Får information från sjukhuset vid utskrivning inom 24 timmar*, *Får information om förändrad vård från den specialiserade vården*, samt *Personalen insatt i tidigare kontakter*.

Slutligen har följande indikatorer valts ut på nivå 2 och 3 vilka belyser vårdens samordning: *Patientens upplevelse av vårdens samordning*, *Personer som trots behov inte fick hjälp med koordinering* samt *Vid behovsordination av opioid mot smärta respektive Ångstdämpande läkemedel inom kommunal vård i livets slutskede*. Dessa palliativvårdsindikatorer belyser samspelet mellan ordinerande läkare inom specialiserad vård respektive primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården.

Utöver de indikatorer som placerats inom detta område spelar kontinuitet och samordning också en viktig roll i utfallet för alla indikatorer inom området Påverkbar specialistvård.

## Delaktighet, trygghet och förtroende

Ett av tre mål i regeringens proposition ”Inriktningen för en nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform” är en mer delaktig patient och en personcentrerad vård<sup>91</sup>. Av 5 kap. 1 § HSL framgår att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt 5 kap. 1 § PL ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Enligt ovan nämnda proposition är det viktigt att stärka patientens ställning och förbättra möjligheterna till delaktighet för att kunna uppnå en god och jämlik vård. Detta inte minst när det gäller den vårdnivå som varje år möter en stor del av befolkningen – primärvården. För att möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa är det avgörande att lyckas skapa bättre förutsättningar för människor att vara medskapande i sin egen vård och hälsa. Ökad patientdelaktighet är därmed en förutsättning för att kunna klara hälso- och sjukvårdens utmaningar på sikt, enligt propositionen. En ökad patientdelaktighet uppges också vara viktigt för en god patientsäkerhet och exempelvis bidra till bättre följsamhet till behandlingsråd.

---

<sup>91</sup> Prop. 2019/20:164.

I rapporten *Nära vård i sikte* (s. 112) framhålls att delaktighet upplevs som det svåraste eller otydligaste målet ur de yrkesverksammas perspektiv och de har svårt att förstå vad som menas med detta konkret.

I rapporten *Från mottagare till medskapare* presenterar Vård och omsorgsanalys olika definitioner av personcentrering. Gemensamt för de olika beskrivningarna är enligt myndigheten att patienter ska bemötas som personer, med respekt och värdighet, och att vården ska ta hänsyn till deras behov, preferenser och resurser. Personcentrering är emellertid ett svårt begrepp att operationalisera och att mäta. Det inkluderar ett antal olika aspekter av vilka vissa fångas i befintliga patientenkäter. Det pågår arbete, bland annat vid GPCC<sup>92</sup>, med att utveckla och/eller anpassa sådana enkäter för att spegla personcentrering. FoU i Väst driver ett utvecklingsarbete om att mäta personcentrerad vård i kommunal hälso- och sjukvård. Bland annat har man genomfört en första pilotinsamling om personcentrerad vård bland personer med hemsjukvård. Mätinstrumentet som användes i piloten var en svensk översättning av PERCCI (the Person-Centred Community Care Inventory).

Socialstyrelsen har valt att följa delaktighet och de närliggande begreppen trygghet och förtroende, vilka alla undersöks regelbundet framför allt i olika patientenkäter. Därtill har vi valt en indikator som avser brytpunktssamtal inom kommunal hälso- och sjukvård men där regionens läkare är central för utfallet, indikatorn speglar möjlighet till delaktighet och information i vård i livets slutskede.

Även verksamheternas och de yrkesverksammas förutsättningar för att arbeta personcentrerat och bidra till patientens delaktighet inom hälso- och sjukvården skulle vara önskvärt att följa systematiskt över tid i framtiden. Vård- och omsorgsanalys har i sitt utvärderingsuppdrag av nära vård-omställningen genomfört undersökningar bland yrkesverksamma, vilka eventuellt skulle kunna ligga till grund för utveckling av sådana mått/indikatorer.

## Upplevelse av trygghet på äldreboende

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Delaktighet, trygghet och förtroende

**Mått:** Andel personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket eller ganska trygga med att bo på sitt äldreboende

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, medicinsk kvalitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Indikatorn *Upplevelse av trygghet på äldreboendet* mäter andelen av de svarande i särskilt boende för äldre som svarat att det känns mycket eller ganska tryggt att bo på äldreboende. Frågan ingår i den årliga enkätundersökningen

<sup>92</sup> Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet.

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen och frågan som ställs lyder Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende? Andelen som svarar att det känns mycket tryggt ska vara högt.

Då en stor andel av patienterna i särskilt boende har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser är det relevant att följa indikatorn främst för denna grupp, då hälso- och sjukvård antas spela en viktig roll för den upplevda tryggheten. Vid tolkning behöver man dock beakta att indikatorn också speglar omsorgsinsatser på boendet. Därtill är det viktigt att känna till att endast en mindre del av enkäterna besvarats av de boende på egen hand (se mer information i bilaga 1).

### *Utvecklingsbehov*

I framtiden skulle det vara önskvärt att på ett tydligare sätt belysa personernas erfarenhet specifikt av kommunal hälso- och sjukvård genom denna undersökning (inte vård och omsorg tillsammans).

## Förtroende för vård-/hälsocentraler

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Delaktighet, trygghet och förtroende

**Mått:** Andel invånare som har stort eller mycket stort förtroende för vård-/hälsocentraler i regionen där man bor

**Kan även spegla:** Tillgänglighet, medicinsk kvalitet, kontinuitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

### *Beskrivning och motivering*

Indikatorn visar andelen invånare som har stort eller mycket stort förtroende för vård-/hälsocentraler i respektive region. De som svarat ”Vet inte” eller inte svarat på frågan är inte med i resultatet. Andelen som har förtroende för vård-/hälsocentraler i regionen ska vara högt. Frågan som indikatorn baserar sig på kommer från den årliga nationella enkätundersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern som genomförs av SKR. Indikatorn har valts då omställningen har starkt fokus på primärvården och befolkningens förtroende för hälso-/vårdcentralerna belyser helheten i hur befolkningen upplever att dessa fungerar som första instans vid behov av hälso- och sjukvård.

Vid tolkning bör beaktas att frågan har ställts oavsett om invånaren har haft kontakt med vården eller inte under det senaste halvåret. Generellt brukar de som inte haft kontakt med hälso- och sjukvården vara något mer negativa till hälso- och sjukvården jämfört med de som haft kontakt med hälso- och sjukvården.

## Upplevelse av delaktighet, regionernas primärvård

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Delaktighet, trygghet och förtroende

**Mått:** Andel patienter i regionens primärvård som anser att de är delaktiga i besluten beträffande deras vård/ behandling i den utsträckning de önskar

**Kan även spegla:** Information

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner

### Beskrivning och motivering

Indikatorn *Patientens upplevelse av delaktighet* mäter andel svarande i nationell patientenkät inom primärvården som besvarat frågan *Var du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskade?* positivt<sup>93</sup>. Indikatorn har valts då den bedöms belysa i vilken grad patienten ges möjlighet att vara medskapande i vården, och dessutom ställs i relation till patientens önskemål om sådan delaktighet. Indikatorn bedöms också spegla det vidare begreppet personcentrering. Vid framtagande av ett sammansatt mått för att fånga personcentrering baserat på NPE så visade sig denna fråga ha störst samvariation med det sammansatta måttet [48]. Därutöver har indikatorn fördelen att samma fråga ställs i olika delar av vården (inte enbart hälso-/vårdcentraler) varför den därigenom är möjlig att följa för olika delar av vårdssystemet.

Svarsfrekvenserna i NPE är omkring 40 procent och har minskat under ett antal år. Något som kan påverka tolkningen av indikatorns utveckling över tid (se vidare Bilaga 1).

## Upplevelse av delaktighet, kommunal hälso- och sjukvård

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Delaktighet, trygghet och förtroende

**Mått:** Andel personer i kommunal hälso- och sjukvård som anser att de är delaktiga i besluten beträffande deras vård/ behandling i den utsträckning de önskar

**Kan även spegla:** Information

**Indikator eller annat mått:** Indikator - **Utveckling**

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** SAKNAS

<sup>93</sup> Svaren anges på en skala från 1 till 5 där 1=Nej, inte alls och 5= Ja, helt och hållet. Svarsalternativ 5 och 4 anses som positiva.

### Beskrivning och motivering

*Patientens upplevelse av delaktighet, kommunal hälso- och sjukvård* föreslås som utvecklingsindikator för att följa personers delaktighet även inom den kommunala hälso- och sjukvården. Utvecklingsindikatorn definieras som andelen av personer i särskilt boende respektive med kommunal hemsjukvård som besvarat frågan *Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?* positivt. Frågan skulle kunna inkluderas i befintlig mätning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*, och helst också då endast omfatta de som har insatser inom kommunal hälso- och sjukvård<sup>94</sup>.

### Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Delaktighet, trygghet och förtroende

**Mått:** Andel patienter där dödsfallet var väntat av vården och som fick ett brytpunktssamtal inom verksamhet som klassificerats som kommunal hälso- och sjukvård

**Kan även spegla:** Samverkan, kontinuitet, kvalitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner, riket

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård, regionernas primärvård (läkarmedverkan/-tillgänglighet)

**Källa:** Svenska palliativregistret

### Beskrivning och motivering

*Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal* visar andel personer inom kommunal hälso- och sjukvård där dödsfallet var väntat av vården och som fick ett brytpunktssamtal. Indikatorn föreslås då den belyser förutsättningar för delaktighet för patient och/eller närstående i en kritisk samverkansprocess som involverar såväl kommunal hälso- och sjukvård som läkare från regionernas primärvård.

Övergångar mellan olika faser i ett sjukdomsförlopp kallas inom hälso- och sjukvården ofta för brytpunkter. Ett brytpunktssamtal ska föras och dokumenteras när en läkare beslutat att patientens sjukdom och tillstånd har nått en punkt där botande och bromsande behandling upphör. Vården övergår då till palliativ vård. God palliativ vård inbegriper att patienten och närstående får veta detta vid ett samtal där en läkare är närvarande. Det ska även finnas en dokumenterad bedömning och ett dokumenterat läkarbeslut om denna förändring [49]. Indikatorn ska visa att den ansvariga läkaren har genomfört och dokumenterat samtal (med patienten när denne kan delta i ett sådant samtal eller med närstående när så inte är fallet) om att den medicinska bedömningen innebär att vården fokuseras på palliativ vård i livets slut. Vid tolkning bör beaktas

---

<sup>94</sup> I detta fall skulle man emellertid missa ett fåtal personer som har kommunal hälso- och sjukvård men inte hemtjänst.

att samtal som inte har dokumenterats (eller rapporterats in), eller samtal som har genomförts av sjuksköterska utan närvaro av läkare, inte räknas in.

## Övriga mått – Delaktighet, trygghet och förtroende

Övriga mått och indikatorer på delområdet Delaktighet, trygghet och förtroende utgörs av *Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen*<sup>95</sup>, vilken kompletterar motsvarande fråga avseende vård-/hälsocentraler. *Rutin för vårdplanering i samverkan med den enskildes delaktighet* har inkluderats för att belysa strukturer/rutiner som stödjer delaktighet, och *Upplever det mycket tryggt med stöd från hemtjänst* som komplement till motsvarande mått inom särskilt boende. *Ingen närvarande vid dödsögonblicket, kommunal vård i livets slutskede* inkluderas som en ytterligare indikator på trygghet i denna fas av hälso- och sjukvården. Utöver patientens upplevelse av delaktighet har måttet *Bemötande med respekt och värdighet*<sup>96</sup> från nationell patientenkät valts ut. Därutöver kan nämnas det utvecklingsarbete som inletts för att ta fram *Index för personcentrerad vård* utifrån 18 frågor från nationell patientenkät [48].

## Medicinsk kvalitet

Enligt HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket bland annat innefattar att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard<sup>97</sup>. Enligt PL ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet<sup>98</sup>. Med medicinsk kvalitet avses här att den hälso- och sjukvård som ges baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygger på både vetenskap och beprövad erfarenhet. I propositionen om en primärvårdsreform liksom i Socialstyrelsens uppdrag om uppföljning av god och nära vård betonas att omställningen inte ska ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården och att utvecklingen inom denna del av hälso- och sjukvården behöver följas. Därutöver framhålls behov av att kunna följa de övergripande medicinska resultaten inom hälso- och sjukvården [23, 50].

I regeringens lagrådsremiss från 2021 om ökad kontinuitet och effektivitet i vården<sup>99</sup> framhålls att det är avgörande för det fortsatta förtroendet i befolkningen för primärvårdens insatser att verksamheten bedrivs med minst lika höga kvalitetskrav som i dag<sup>100</sup>. På liknande sätt bedömer Socialstyrelsen att då primärvården genom omställningen ska ta ett större ansvar för vård och samordning exempelvis för patienter med omfattande och komplexa vårdbe-

---

<sup>95</sup> Andel invånare som svarar att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin egen region.

<sup>96</sup> Frågan i NPE lyder: 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?

<sup>97</sup> 5 kap. 1 § HSL.

<sup>98</sup> 1 kap. 7 § PL.

<sup>99</sup> Lagrådsremiss 3 nov 2021. Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en Primärvårdsreform, s 103.

<sup>100</sup> Det lyfts fram i lagrådsremissen att utredningen om nära vård ser detta som avgörande för befolkningens förtroende.

hov, är en förutsättning att kvaliteten på primärvårdens medicinska bedömningar och insatser är god. Sammantaget innebär detta att uppföljningen av hur kvaliteten i vården utvecklas i samband med omställningen behöver ske inom såväl primärvård som specialiserad vård, och även beakta kvalitetsutvecklingen i vårdssystemet som helhet.

I propositionen om en primärvårdsreform framhålls emellertid att de medicinska resultaten i primärvården på regional och nationell nivå idag inte mäts på ett systematiskt sätt och att det därför är svårt att följa dessa. För att bättre kunna mäta medicinsk kvalitet i primärvården krävs att medicinska data registreras och följs upp på ett systematiskt sätt även inom primärvården<sup>101</sup>. För uppföljning på regional och nationell nivå krävs även att uppgifterna görs tillgängliga på dessa nivåer. Ett eventuellt utökat patientregister med primärvårdsuppgifter utgör ett viktigt framtida underlag för sådan uppföljning. Fram till dess att sådana nationella primärvårdsdata finns tillgängliga är det endast i mycket begränsad utsträckning möjligt att följa kvalitet på nationell nivå i primärvården. Därför föreslås endast tre indikatorer på nivå 1 specifikt för detta delområde. Utöver föreslagna indikatorer inom delområdet följs också förutsättningar för god medicinsk kvalitet, liksom medicinska resultat, också indirekt via föreslagna mått inom andra delområden såsom personal, tillgänglighet, kontinuitet och påverkbar specialistvård.

Det är också möjligt att följa kvaliteten på den enskilda hälso-/vårdcentralens insatser genom Primärvårdskvalitets indikatorer, för de vårdcentraler som är anslutna dit. Detta exempelvis vad gäller insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer/vårdprogram för olika diagnosgrupper. Primärvårdskvalitet arbetar också för att sådana hälso-/vårdcentralsuppgifter ska kunna aggregeras upp och presenteras på regional och nationell nivå.

## Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Medicinsk kvalitet

**Mått:** Andel som besvarat frågan *Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?* i nationell patientenkät positivt

**Kan även spegla:** Delaktighet, Kontinuitet och samordning

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner

### Beskrivning och motivering

Indikatorn mäter andel som besvarat frågan *Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?* i nationell patientenkät inom primärvården positivt. Indikatorn har valts då frågan belyser patientens helhetsupplevelse med utgångspunkt i patientens upplevda behov. Patientens bedömning av huruvida hans vårdbehov blivit tillgodosett kan ses som ett övergripande mått

<sup>101</sup> Prop. 2019/20:164, s. 110.



på patientupplevd kvalitet och spegla patientens upplevelse av den medicinska bedömning som gjorts och/eller behandling som getts vid den aktuella vårdkontakten. Andelen patienter som bedömer att deras vårdbehov blivit tillgodosett vid besöket bör vara hög.

### Utvecklingsbehov

Ett möjligt utvecklingsområde för indikatorn vore att i nationell patientenkät ställa frågor om patienters upplevelse av i vilken grad deras samlade vårdbehov tillgodoses av hälso- och sjukvården, snarare än enbart bedöma detta i relation till ett enskilt besök.

## Äldre med läkemedel som bör undvikas

**Område:** System och samordning

**Delområde:** Medicinsk kvalitet

**Mått:** Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre

**Kan även spegla:** Kontinuitet och samordning

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner, riket

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso-och sjukvård samt regionernas primärvård och specialiserade hälso- och sjukvård

**Källa:** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

*Äldre med läkemedel som bör undvikas* mäter andel personer i befolkningen 75 år eller äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Indikatorn föreslås då den på en övergripande nivå 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<sup>102, 103</sup>.

Bakgrunden är att 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.

<sup>102</sup> 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.

<sup>103</sup> De läkemedel som ingår inkluderades 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).



## Äldre i kommunal hälso- och sjukvård med läkemedel som bör undvikas

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Medicinsk kvalitet

**Mått:**

1. Andel äldre i särskilt boende med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre boende i särskilt boende under perioden okt-dec respektive år, och uttag av aktuellt läkemedel under samma period.
2. Andel äldre i ordinärt boende med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år eller äldre boende i ordinärt boende med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under perioden okt-dec respektive år, och uttag av aktuellt läkemedel under samma period.

**Kan även spegla:** Kontinuitet och samordning

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner, riket

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso-och sjukvård samt regionernas primärvård

**Källa:** Läkemedelsregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Läkemedelsanvändningen hos äldre är omfattande och har ökat över tid. Detta har varit tydligt bland äldre i särskilt boende och men även bland multisjuka äldre i ordinärt boende. Det är därför av särskilt värde att följa förskrivningen av läkemedel som bör undvikas specifikt för patientgrupper inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta då en stor andel av läkemedlen för dessa grupper förskrivs av läkare i primärvården samtidigt som det kan finnas utmaningar med läkartillgång och -kontinuitet för dessa grupper. I övrigt, se beskrivningen under systerindikatorn *Äldre med läkemedel som bör undvikas* ovan.

### Övriga mått – Medicinsk kvalitet

Bland övriga föreslagna mått på medicinsk kvalitet återfinns resultatmättet *Blodsockervärde vid diabetes i primärvården*, vilket speglar såväl kvalitet i insatser som resultat av behandling för denna stora diagnosgrupp inom primärvården. Vidare föreslås *Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion* som kompletterande indikator på kvalitet i läkemedelsbehandling och följsamhet till rekommenderad antibiotikabehandling. Följande palliativvårdsindikatorer föreslås också för att spegla vårdkvalitet för patienter i livets slutskede: *Smärtskattning under sista levnadsveckan*, *Utan förekomst av trycksår vid dödsfallet* och *Munhälsobedömningar*. Samtliga tre inom kommunal vård i li-

vets slutskede. Slutligen föreslås indikatorn *Kommunen erbjuder enkel fotundersökning till personer med diabetes i ordinärt och särskilt boende*, vilken både belyser följsamhet till nationella riktlinjer inom kommunal hälso- och sjukvård för personer med diabetes och även samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen följer även hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet i exempelvis utvärderingar av riktlinjer. Övergripande indikatorer för hälso- och sjukvårdens resultat redovisas även i lägesrapporten för hälso- och sjukvård och tandvård, dessa indikatorer kan utgöra ett komplement för en mer övergripande bild än vad som ges med de indikatorer myndigheten valt inom detta uppdrag [51].

## Hälsofrämjande och förebyggande

Enligt den ändring i HSL som genomfördes 2020 (SFS 2020:1043) anges att det i primärvårdens grunduppdrag ingår att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar. I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård (prop. 2019/20:164) anges också att hälsofrämjande och preventivt fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt minska belastningen på hälso- och sjukvårdssystemet, och att regionerna bland annat ska genomföra insatser som handlar om hälsofrämjande arbetssätt. Vidare hänvisas också till propositionen En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) där en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av åtta särskilda målområden, och där behovet av en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande insatser för patienter och befolkning lyfts fram.

I överenskommelsen om en god och nära vård 2022 [52] framhålls att ett hälsofrämjande, preventivt och habiliterande/rehabiliterande fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt använda hälso- och sjukvårdens resurser effektivt. Enligt överenskommelsen är det angeläget att primärvården arbetar med insatser som bidrar till att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt bidrar till att personer återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. Enligt dokumentet bör regioner och kommuner särskilt arbeta med utveckling av hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt inom ramen för överenskommelsen, avseende både vuxna, oavsett ålder, och barn och unga.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2018 [53] 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 betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

Befintliga<sup>104</sup> indikatorer som mäter hälsofrämjande arbete handlar i hög grad om rådgivning/samtal vid daglig rökning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet eller ohälsosamma matvanor, det vill säga insatser i relation till patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen har under ett antal år följt hur stor andel av patienterna som fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana. Då det saknas registerdata för detta område är samtliga indikatorer som är kopplade till de nationella riktlinjerna utvecklingsindikatorer. Uppföljningen sker därför enbart via enkäter.

Primärvårdskvalitet har också definierat en rad andra indikatorer för såväl hälsofrämjande som sjukdomsförebyggande insatser, liksom resultat av dessa insatser. I dagsläget går det emellertid inte att presentera uppgifter från PvQ om åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor på regional eller nationell nivå. De hälso- eller vårdcentraler som är anslutna till systemet kan dock följa ett flertal indikatorer på området specifikt för sin verksamhet.

Oavsett om insamling av data sker via Socialstyrelsen eller via PvQ finns flera utmaningar både med att följa befintliga indikatorer, liksom med att föreslå nya indikatorer på området. Det finns utmaningar vad gäller datakvalitet, där dokumentation av levnadsvanor och hälsofrämjande insatser skiljer sig mellan regioner och vårdenheter. Inom Nationellt programområde levnadsvanor har en arbetsgrupp tillsatts som ska utforma ett nationellt förslag på hur information om levnadsvanor kan fångas, dokumenteras och följas upp på ett enhetligt sätt. Inom samma programområde pågår också arbete med att ta fram ett nationellt vårdprogram för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [54, 55]. Myndigheten bedömer att detta arbete behöver inväntas innan nya indikatorer på området föreslås.

På sikt vore det av intresse att också följa insatser och resultat av primärvårdens förebyggande insatser utifrån befolkningens behov. Myndigheten bedömer dock att ett visst utvecklingsarbete vad gäller arbetssätt krävs innan det är möjligt att föreslå nationellt gemensamma indikatorer för detta.

## Diskussion om levnadsvanor (patientrapporterad)

**Område:** Fokus primärvård

**Delområde:** Hälsofrämjande

**Mått:** Andel av de svarande som i den nationella patientenkäten inom primärvården som svarat ja på någon av fyra frågor som handlar om läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon av följande levnadsvanor med patienten: alkohol-, tobaks-, mat- eller motionsvanor

**Kan även spegla:** Jämlig vård, effektivitet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård

**Källa:** Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner

---

<sup>104</sup> Med befintlig indikator avses här en indikator som går att mäta med befintliga datakällor och som tas fram med viss regelbundenhet.

## Beskrivning och motivering

Indikatorn mäter hur stor andel av patienterna som i den nationella patientenkäten svarat ja på minst en av fyra frågor som berör om läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon av följande levnadsvanor med patienten: alkohol-, tobaks-, mat- eller motionsvanor<sup>105</sup>. Allt annat lika bör andelen som fått ett sådant samtal öka. Indikatorn bedöms som den mest lämpliga i dagsläget, givet de utmaningar som finns med enhetlig och konsekvent registrering av åtgärder som avser hälsofrämjande insatser. Myndigheten har valt en övergripande indikator som täcker in de fyra levnadsvanorna, för att på en mer generell nivå följa förekomsten av hälsofrämjande insatser.

Indikatorn bör följas tillsammans med andra relevanta mått på folkhälsa och levnadsvanor, liksom uppgifter på respektive levnadsvaneområde (alkohol, tobak, mat och motion). I synnerhet utvecklingen av diskussion om alkoholvanor kan vara värt att följa separat.

## Övriga indikatorer – Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Bland de indikatorer som myndigheten föreslår på nivå 2 och 3 återfinns *Diskuterat alkoholvanor i primärvården* vilken kompletterar den bredare diskussion om levnadsvanor genom att den följer just riskområdet alkoholvanor specifikt. Följande tre indikatorer har valts för att spegla vilket stöd och uppmuntran patienter får till sin egenvård: NPE-indikatorn *Diskussion om egna åtgärder för bättre hälsa*, samt IHP-indikatorerna *Stöd för att hantera hälsotillstånd efter sjukhusvistelse* och *Tar fram vårdplan för egenvård för kroniska patienter*.

Kvalitetsregistret Senior Alert<sup>106</sup> följer utvecklingen av riskbedömningar på ett antal områden inom den kommunala hälso- och sjukvården. Ett flertal olika indikatorer kan följas baserat på data från Senior Alert, bland dessa återfinns mått för andel personer som riskbedöms<sup>107</sup>, andel med identifierad risk som fått minst en åtgärd, och andel patienter med risk som fått åtgärder vilka följts upp. Socialstyrelsen föreslår indikatorerna för andelen personer där åtgärderna också följts upp i särskilt boende. Socialstyrelsen bedömer att Senior Alert är ett viktigt verktyg för att arbetet med riskbedömningar och anslutningen till registret i sig skulle kunna vara en indikator. De processindikatorer som valts från Senior Alert är på nivå 2. Men arbetet med riskbedömningar och riskförebyggande åtgärder har bäring på flera av våra resultatmått på nivå 1, speciellt de som avser läkemedel som bör undvikas och fallskador inom kommunal hälso- och sjukvård.

Via Primärvårdskvalitet är det också möjligt att på vårdenhetsnivå följa hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i relation till specifika mål-

---

<sup>105</sup> Frågorna lyder: Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor med dig? Svarsalternativen är: 1) Ja, vid detta besök; 2) Ja, under det senaste halvåret; och 3) Nej.

<sup>106</sup> Senior alert är ett 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. [www.senioralert.se](http://www.senioralert.se)

<sup>107</sup> Riskbedömningen omfattar följande områden: trycksår, undernäring, fall och munhälsa.

grupper såsom personer med kronisk sjukdom och/eller patienter med riskbruk/-beteende vad gäller levnadsvanor, samt även bedömda resultat av primärvårdens insatser. Då dessa ännu inte går att presentera på regional och riksnivå väljer myndigheten endast att referera till Primärvårdskvalitets indikatorlista på området<sup>108</sup>.

## Påverkbar specialistvård (på sjukhus)

Konsumtion av slutenvård och akutsjukvård kan påverkas av tillgänglighet och kvalitet på andra vårdnivåer, så som kommunernas och regionernas primärvård och den specialiserade öppenvården.

Delområdet påverkbar specialistvård<sup>109</sup> samlar breda utfallsmått där flera av våra andra dimensioner antas ingå.

Indikatorernas utfall är i hög grad beroende av koordinering och samordning mellan olika delar av vården och omsorgen. Till stor del påverkas indikatorerna också av förebyggande och tidiga insatser till exempel fallprevention och kontinuitet i vården av personer med kroniska sjukdomar. I de fall frekvensen ställs mot befolkningen spelar även folkhälsoinsatser roll.

För att öka relevansen och rådigheten över utfallen för olika verksamheter kan de olika måtten beräknas för olika patientgrupper så som för personer med olika kroniska sjukdomar eller för de som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.

Resultaten för måtten kan också påverkas av variation eller brister i tillgänglighet och resurser. Exempelvis kan tillgång till vårdplatser påverka trösklarna för inskrivning i slutenvård.

## Besök på akutmottagning bland personer 80 år eller äldre

**Område:** System och samordning

**Mått:** Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare

**Delområde:** Påverkbar specialistvård

**Kan även spegla:** Kontinuitet och samordning, Tillgänglighet, Hälsofrämjande

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner, Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård, öppen specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Patientregistret, Socialstyrelsen

<sup>108</sup> <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/levnadsvanor.58450.html>

<sup>109</sup> "Specialistvård" avser här begreppet "Specialiserad vård" som skiljt från primärvård så som det definieras sedan 2004 i Socialstyrelsens termbank: "hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård". Begreppet används med viss reservation eftersom även primärvård kan betraktas som specialiserad vård utifrån specialiseringen allmänmedicin.

### Beskrivning och motivering

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 1 000 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 till exempel förekomst och rapportering av så kallade närukutmottagningar.

### Utvecklingsbehov

Besök vid primärvårdsanslutna närukutmottagningar eller liknande rapporteras inte in till nationella register. Det är dock önskvärt att kunna följa samtliga akuta besök.

## Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom

**Område:** System och samordning

**Mått:** Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden

**Delområde:** Påverkbar specialistvård

**Kan även spegla:** Hälsöfrämjande, Kontinuitet och samordning, Var sker vården?, Tillgänglighet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner, Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård, öppen specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Patientregistret, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvård eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos äldre personer innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga.

## Påverkbar slutenvård för personer med hjärtsvikt

**Område:** System och samordning

**Mått:** Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, bland personer som tidigare haft vårdkontakt med registrerad hjärtsvikt inom öppen eller slutna specialiserad vård. Personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden

**Delområde:** Påverkbar specialistvård

**Kan även spegla:** Kontinuitet och samordning, Var sker vården?, Tillgänglighet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård, öppen specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Patientregistret, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Till skillnad från indikatorn *Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* är denna indikator avgränsad i vilka personer som följs upp. Här ingår enbart personer som sedan tidigare har en hjärtsviktsdiagnos. Genom att inte hela befolkningen följs upp fokuserar indikatorn i högre grad på sjukvården för personer med hjärtsvikt, medan indikatorn som sätts mot befolkningen även påverkas av att man fått hjärtsvikt i ett första skede. Socialstyrelsen har av flera möjliga kroniska sjukdomar valt hjärtsvikt som kärnindikator. En orsak till att välja hjärtsvikt är att Sverige i internationella jämförelser visat relativt svagare resultat än för de övriga kroniska sjukdomarna i det övergripande måttet *Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom*.

I de flesta fall antas slutenvård inte behövas för hjärtsvikt med rätt omhändertagande i specialiserad öppenvård och primärvård. För hjärtsvikt exkluderas dock de vårdtillfällen som innehåller en åtgärdskod om hjärtoperation, då dessa kan vara en önskvärd del i behandlingen, till exempel insättning av pacemaker.

## Påverkbar slutenvård för personer med diabetes

**Område:** System och samordning

**Mått:** Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes, bland personer med diabetesläkemedel eller som tidigare haft vårdkontakt med registrerad diabetes inom öppen eller sluten specialiserad vård. Åldersstandardiserade värden. Personer 20 år eller äldre

**Delområde:** Påverkbar specialistvård

**Kan även spegla:** Kontinuitet och samordning, Var sker vården?, Tillgänglighet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård, öppen specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Patientregistret, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Till skillnad från indikatorn *Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* är denna indikator avgränsad i vilka personer som följs upp. Här ingår enbart personer som tidigare behandlats för diabetes. Till skillnad från den snarlika indikatorn *Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt* går det här, via läkemedelsregistret, även att följa upp personer som enbart behandlas i primärvården. Genom att inte hela befolkningen följs upp fokuserar indikatorn i högre grad på vården för dessa personer, medan indikatorn som sätts mot befolkningen även påverkas av att man fått sjukdomen i ett första skede. Myndigheten har valt diabetes som kärnindikator då det är en vanligt förekommande sjukdom där vi också kan inkludera personer som behandlas i primärvården.

## Påverkbar slutenvård äldre

**Område:** System och samordning

**Mått:** Antal personer med påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 65 år eller äldre

**Delområde:** Påverkbar specialistvård

**Kan även spegla:** Hälsofrämjande, Kontinuitet och samordning, Var sker vården?, Tillgänglighet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner, Regioner

**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård, öppen specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Patientregistret, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Mest sjuka äldre kallas personer 65 år och äldre med stort behov av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Två tredjedelar av de mest sjuka äldre tillhör gruppen med omfattande sjukvårdsbehov och en tredjedel tillhör gruppen med om-



fattande omsorgsbehov. För indikatorn har diagnoser valts som är särskilt förekommande bland dessa personer och där antalet personer som behöver vårdas i slutenvården för diagnoserna som ingår i indikatorn kan minskas om den öppna vården och den kommunala hälso- och sjukvården fungerar optimalt [56]. Hälso- och sjukvården, inklusive kommunal hälso- och sjukvård, kan i samarbete med socialtjänsten förbygga och minska antalet patienter i slutenvården genom förebyggande insatser, adekvat läkemedelsbehandling och uppföljning av vård och insatser.

## Påverkbar slutenvård äldre, kommunal hälso- och sjukvård

**Område:** System och samordning

**Mått:**

1. Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 personår för personer på särskilda boenden, 65 år eller äldre
2. Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 personår för personer med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, 65 år eller äldre

**Delområde:** Påverkbar specialistvård

**Kan även spegla:** Hälsofrämjande, Kontinuitet och samordning, Var sker vården?, Tillgänglighet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård, regionernas primärvård samt öppen specialiserad vård

**Källa:** Patientregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

De vårdtillfällen som klassificeras som påverkbara är desamma som i indikatorn ovan *Påverkbar slutenvård äldre*. Skillnaden ligger i vilken grupp av personer som följs upp. I dessa två indikatorer följs specifikt de personer som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Genom att avgränsa indikatorn får den ökad relevans för, och fokuserar på, dessa verksamheter även om resultatet i hög grad är fortsatt beroende av koordinering och samverkan med andra delar av systemet.

För indikatorer som mäts för personer i kommunal hälso- och sjukvård sätts frekvenserna av negativa händelser (täljaren) i relation till så kallade personår (nämnaren) istället för antal personer. Personåren beräknas så att man bidrar med den tid man varit inskriven i kommunal hälso- och sjukvård under uppföljningstiden. Det är också bara under den tiden man har risk att råka ut för den negativa händelsen som indikatorn visar. Exempelvis förhindrar en sådan beräkning att en högre dödlighet i den uppföljda gruppen bidrar till ett till synes bättre resultat.

## Oplanerade återinskrivningar bland äldre

**Område:** System och samordning  
**Mått:** Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre  
**Delområde:** Påverkbar specialistvård  
**Kan även spegla:** Medicinsk kvalitet, Kontinuitet och samordning  
**Indikator eller annat mått:** Indikator  
**Fokus:** Regioner, Kommuner  
**Berörda verksamheter:** Alla  
**Källa:** Patientregistret, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

Indikatorn har valts då den belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via regionernas öppenvård eller kommunal hälso- och sjukvård inte är tillräckligt samordnad. Därtill kan tillgängliga resurser och medicinsk kvalitet i såväl slutenvården som det fortsatta omhändertagandet påverka utfallet.

Indikatorns diagnoser 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 det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

## Fallskador bland personer 65 år eller äldre

**Område:** System och samordning  
**Mått:** 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  
**Delområde:** Påverkbar specialistvård  
**Kan även spegla:** Hälsofrämjande, Kontinuitet och samordning, Tillgänglighet  
**Indikator eller annat mått:** Indikator  
**Fokus:** Kommuner och Regioner  
**Berörda verksamheter:** Alla  
**Källa:** Patientregistret, Socialstyrelsen

### Beskrivning och motivering

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 sti-

gande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering. Samhällets kostnader för fallskador är omfattande [57].

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.

### *Utvecklingsbehov*

För denna indikator mäts antalet individer under året som vårdats för fallskada, i indikatorn inkluderas öppenvårdsdata och eftersom antalet unika individer räknas finns ingen risk för dubbelräkning.

Nackdelen med att räkna antalet individer är istället att upprepade fallskador under året inte kommer med. Ett möjligt förbättringsarbete är därför att standardisera beräkningarna av fallskador och försöka definiera vårdkedjor för att avgränsa respektive fallskada utan eventuell dubbelräkning, oavsett inom vilka vårdformer och vårdnivåer som vårdkontakter förekommer. På sikt kan detta även inkludera data från fallskador behandlade i primärvården.

## Fallskador i kommunal hälso- och sjukvård

**Område:** Fokus primärvård

**Mått:**

1. Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer på särskilda boenden 65 år och äldre
2. Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende 65 år och äldre

**Delområde:** Påverkbar specialistvård

**Kan även spegla:** Hälsofrämjande, Kontinuitet och samordning, Tillgänglighet

**Indikator eller annat mått:** Indikator

**Fokus:** Kommuner

**Berörda verksamheter:** Kommunal hälso- och sjukvård

**Källa:** Patientregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

### *Beskrivning och motivering*

Falloolyckor 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 [58].

Orsakerna till falloolyckan kan vara många och spegla det förbyggande arbetet inom en mängd olika verksamheter och åtgärder så som identifiering av fallrisk, hjälpmedel, läkemedelsgenomgångar, fysisk utformning av miljön,

synkontroll med mera. Genom indikatorernas utformning fokuserar de dock främst på den kommunala sjukvården och det fallförebyggande arbetet där.

För indikatorer som mäts för personer i kommunal hälso- och sjukvård sätts frekvenserna av negativa händelser (täljaren) i relation till så kallade personår (nämnaren) istället för antal personer. Personåren beräknas så att man bidrar med den tid man varit inskriven i kommunal hälso- och sjukvård under uppföljningstiden. Det är också bara under den tiden man har risk att råka ut för den negativa händelsen som indikatorn visar. Exempelvis förhindrar en sådan beräkning att en högre dödlighet i den uppföljda gruppen bidrar till ett till synes bättre resultat.

### *Utvecklingsbehov*

I våra fallskadeindikatorer för kommunal hälso- och sjukvård inkluderas enbart fallskador som lett till slutenvård, detta för att undvika att dubbelräkna fallskador utifrån de vårdkontakter som finns registrerade. Problemet med att enbart använda slutenvårdsdata är att man då identifierar färre fallskador samt att jämförelserna över tid eller mellan kommuner och regioner kan påverkas av olika praxis för inskrivning i slutenvård. Om öppenvårdsdata inkluderas finns istället risken att exempelvis ett senare läkarbesök med orsakskoden fallskada avser en fallskada som personen redan vårdats för tidigare i öppen eller slutenvård.

### Övriga mått – Påverkbar specialistvård

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. Därför föreslår myndigheten även indikatorn *Utskrivningsklara patienter på sjukhus* på nivå 2.

För en väldigt övergripande beskrivning föreslås också på nivå 3 måttet *Vårdtillfällen per 100 000 invånare*.

# Referenser

1. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer. Socialstyrelsen; 2020.
2. 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.
3. Att följa omställningen till Nära vård. En översikt av mått och indikatorer 2020. Report No.: ISBN 978-91-7585-828-9
4. God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. 2022:
5. God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. . 2021:
6. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. 2021.
7. Health at a Glance 2021. OECD Indicators. OECD; 2021.
8. International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. Paris: OECD. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Division; 2022.
9. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
10. God och nära vård : vård i samverkan (SOU 2019:29). Stockholm: Norstedts juridik; 2019.
11. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården Socialstyrelsen; 2021.
12. Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Socialstyrelsen; 2020.
13. E-post från Johan Assarsson. Sveriges Kommuner och Regioner. I: Lindblom M, red.; 2022.
14. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Socialstyrelsen; 2022 04-28.
15. Projektdirektiv. Uppdrag om kompetenser för en fast läkarkontakt. 2022:
16. Sjukfrånvaro efter bransch. Ökad sjukfrånvaro i alla branscher under pandemin. Försäkringskassan; 2021.
17. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021; 2021.
18. IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre. 2020. Hämtad från: <https://ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/ivo-fordjupar-granskningen-av-var-d-och-behandling-pa-sarskilda-boenden-for-aldre/>
19. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2021. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården 2022.
20. Landstingen tar upp kampen om digital vård. 2018. Hämtad 2022 05-16 från: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2018/02/landstingen-tar-upp-kampen-om-digital-var-d/>

21. Fler nätläkarbesök i regionernas egen regi. 2022. Hämtad från: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/04/fler-natlakarbesok-i-regionernas-egen-regi/>
22. Vården i siffror. 2022. Hämtad 2022 05-20 från: <https://vardenisiffror.se/dataexport>
23. Regeringens proposition 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. 2020:
24. Sundquist K, Malmstrom M, Johansson SE, Sundquist J. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *Journal of epidemiology and community health*. 2003; 57(5):347-52.
25. Sundquist K, Malmstrom M, Johansson SE. Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. *Journal of epidemiology and community health*. 2004; 58(1):71-7.
26. Malmstrom M, Sundquist J, Johansson SE, Johansson LM. The influence of social deprivation as measured by the CNI on psychiatric admissions. *Scandinavian journal of public health*. 1999; 27(3):189-95.
27. Malmstrom M, Johansson SE, Sundquist J. A hierarchical analysis of long-term illness and mortality in socially deprived areas. *Social science & medicine* (1982). 2001; 53(3):265-75.
28. Lindstrom K, Simonsson AS, Engstrom S, Buhr JJ, Ivarsson A, Borgquist L. [Socioeconomic factors important in health care resource allocation!]. *Lakartidningen*. 2009; 106(11):732-3.
29. Borgquist L, Andersson D, Engstrom S, Magnusson H. [Primary health care reimbursement based on socio-economics or disease burden. Registry study from Ostergotland shows different results depending on analysis level]. *Lakartidningen*. 2010; 107(37):2158-63.
30. Ostberg AL, Kjellstrom AN, Petzold M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2017; 45(3):233-41.
31. God och nära vård : en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Stockholm: Norstedts juridik; 2020.
32. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen för den specialiserade vården. Delrapport juni 2021. Socialstyrelsen; 2021.
33. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020. Socialstyrelsen; 2020.
34. Väntetider i vården - första linjen barn och unga. 2022. Hämtad 2022 2022-04-04 från: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikforprimarvard/forstalinjenbarnochunga.54348.html>
35. Överbeläggning. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=507>
36. Utlokaliserad patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTerm=dXRsb2thbGlZLXJhZCBwYXRpZW50&fsrcLang=sv&trgLang=en&fSubject=>
37. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2018, nationell nivå. Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
38. Vision e-hälsa 2025 [Elektronisk resurs]. 2016.

39. Digitala vårdtjänster. Övergripande principer för vård och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
40. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021 : uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
41. Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2019.
42. Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt – Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård [Elektronisk resurs]. 2020.
43. Kunskapsstöd fast läkarkontakt. 2021. Hämtad 2022-04-08 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/>
44. Framställan om ändring av förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslag om att utöka uppgiftsskyldigheten till att omfatta även sådana vårdgivare som kommunerna har avtal med enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). 2021:
45. PrimärvårdsKvalitet: Kontinuitet. 2022. Hämtad från: <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/kontinuitet.58443.html>
46. Kontinuitet i vården. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021.
47. Om indikatorn PVQ Kontinuitet Ko05L. Hämtad 2022-04-20 från: <https://vardenisiffror.se/indikator/21f028ac-5841-4338-9907-31d44791a110>
48. Helena Fridberg LW, Catarina Wallengren, Anders Kottorp, Henrietta Forsman, Malin Tistad Development and evaluation of the measurement properties of a generic questionnaire measuring patient perceptions of person-centred care. BMC Health Services Research: BMC Health Services Research; 2020.
49. Palliativ vård. Nationellt vårdprogram. Version: 3.2. Regionala cancercentrum i samverkan; 2021.
50. Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer närvård (S2008/00857/FS, S2017/06952/FS, S2018/05694/FS, S2019/03056/FS). 2019:
51. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022. Socialstyrelsen; 2022.
52. God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. 2020:
53. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
54. Enhetlig dokumentation av levnadsvanor. 2022. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenoc-hsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npolevnadsvanor/enhetligdokumentationavseendelevnadsvanor.56003.html>
55. Nationellt programområde levnadsvanor. 2022. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenoc-hsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npolevnadsvanor.56440.html>

56. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
57. Socialstyrelsen. En god vård?: Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat: Öppna jämförelser 2018 2019:
58. Öppna jämförelser 2016. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
59. Anslutningsgrad. 2022. Hämtad 2022 05-22 från:  
<https://skr.se/primarvardskvalitet/omprimarvardskvalitet/anslutningsgrad.58587.html>
60. E-post från Susanne Steen. PrimärvårdsKvalitet. I: Lindblom M, red.; 2022.



# Bilaga 1. Om datakällor och datakvalitet

Nedan nämns några generella aspekter som rör datakällor och kvalitet i data. Sedan beskrivs några centrala datakällor närmare med fokus på datakvalitet i förhållande till uppdraget. I genomgången ingår inte merparten av Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregister där projektet inte har ytterligare att tillföra än vad som sedan tidigare finns beskrivet om innehåll och kvalitet<sup>110</sup>.

## Påverkan på indikatorerna

De flesta datakällor har stora skillnader i kvalitet mellan olika variabler, detta är viktigt att känna till vid utveckling, urval och bedömning av mått. Oftast går det inte att ha en generell bedömning av kvaliteten på en datakälla. Brister i till exempel täckningsgrad kan också få olika konsekvenser för indikatorerna. Till exempel påverkas volymmått i väldigt hög grad. Andelsmått kan däremot fungera relativt väl även med en bristfällig täckning, det viktiga är då att den vård som inte täcks in inte är systematiskt annorlunda för det man väljer att mäta.

När måtten främst ska användas för att göra jämförelser av utvecklingen kan det också vara så att en förbättring i data, till exempel mer fullständig registrering och ökad täckningsgrad kan leda till en mer missvisande bild än om dessa faktorer inte förbättrades.

Många av de indikatorer och andra mått som ingår i förslaget kommer från datakällor som är relativt nya eller under stor utveckling. Ett stort problem för att följa förflyttningen mot nära vård med nya datakällor är att fokus för uppföljningen är just utvecklingen över tid. Ett förslag på basår är 2013 och den nuvarande färdplanen för omställningen sträcker sig fram till 2027 [10]. I viss mån kan det vara bättre att följa och föreslå ett mått som är mindre adekvat som mått jämfört med ett mer adekvat mått som precis tagits fram eller där data helt saknas. Exempelvis förändringar i form av nya insamlingar till hälsodataregister tar ofta flera år att implementera. Om förändringarna även innebär att utveckla och harmonisera kodverk, termer och begrepp samt enheternas egen registrering och rapportering, kan det ta mycket längre tid att nå en kvalitet och någorlunda fullständighet i registrering och inrapportering.

Trots detta är det viktigt att utveckla nya datakällor, mått och sätt att mäta för att få bättre kunskap om vården och kunna följa upp verksamheten på ett adekvat sätt, till exempel med hjälp av ett hälsodataregister för primärvården. I många fall kommer detta dock inte kunna hjälpa till att följa utvecklingen under perioden för den tänkta förflyttningen – i varje fall inte från 2013.

---

<sup>110</sup> Läs vidare om kvalitet i hälsodataregister: [www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register](http://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register).

## Svårt att följa regionens insatser i kommunal hälso- och sjukvård

Av de register som Socialstyrelsen valt att använda i detta uppdrag finns vissa begränsningar som är särskilt viktiga att nämna i ett nära vård-sammanhang. Då det är regionerna som ansvarar för läkarinsatserna inom den kommunala hälso- och sjukvården är det inte möjligt att se läkarnas vårdkontakter inom denna del av vården i registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Dessa insatser går som regel inte heller att fånga via regionala eller lokala register/datalager över primärvården, då det finns juridiska begränsningar i möjligheten att behandla sådana uppgifter över vårdgivargränser [1]. Detta samtidigt som de samlade hälso- och sjukvårdsinsatserna för personer som får kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för att kunna bedöma utvecklingen av nära vård. Möjligheten att följa dessa läkarinsatser är viktig inte minst i ljuset av covid-19-pandemins lärdomar vad gäller dessa insatser för aktuell patientgrupp. Detta är viktigt att beakta i en eventuell framtida utökning av patientregistret till att också innehålla primärvårdsuppgifter.

Utöver behovet av primärvårdsuppgifter i ett nationellt hälsodataregister finns ur ett nära vård-perspektiv även behov av utveckling av befintliga hälsodataregister och/eller andra datakällor för att kunna följa insatser av såväl läkare som andra yrkeskategorier inom den kommunala hälso- och sjukvården. Exempelvis saknas idag möjlighet att i patientregistret följa insatser som sker i anslutning till den kommunala hälso- och sjukvården vilka utgår från den specialiserade vården. Till exempel används inte kontakttypen ”Hemsjukvårdsbesök” i detta register och det är också tydligt om det ska inkluderas i inrapporteringen (eftersom det inte utgör öppenvård med läkare). Beslutet att inkludera fler personalkategorier i patientregistret för öppenvården kommer inte att råda bot för det. Uppgiften saknas även i väntetidsdatabasen. I SKR:s verksamhetsstatistik finns visserligen uppgifter om hemsjukvårdsbesök med, men uppdelningen av redovisningen mellan läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård helt i regionens ansvar saknas. Redovisningen som idag presenteras på området ger vid handen att det skiljer sig mellan regioner hur och i vilken utsträckning dessa besök rapporteras.

## Enkätundersökningar

Nära vård-omställningen har stark betoning på flera aspekter som är svåra att följa enbart via registerdata. Det handlar exempelvis om upplevelse av vårdens samordning, person- och informationskontinuitet, grad av personcentrering med mera. Det finns dock flera utmaningar med att använda data från enkätundersökningar vad gäller datakvalitet och bedömning av representativitet utifrån de svarande. I tabell 1.1 visas uppgifter om svarsfrekvenser för några av de mest centrala enkätundersökningarna för myndighetens indikatorförslag:

## 1.1 Urvalsstorlek och svarsfrekvens för ett urval enkätundersökningar

Mätning	Lägsta redovisningsnivå	Urval	Svarsfrekvens	Kommentar
Nationell Patientenkät (NPE). Primärvården 2021	Enhet	23 3262	39 %	
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, särskilt boende 2022	Enhet, kommun	68 321	43 %	Totalundersökning. I cirka 35 % av svaren har den boende själv medverkat i besvarandet.
Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2021	Region	1 68 360	29%	Påminnelser sker främst till de grupper som svarar i lägre grad. Detta kan påverka svarsfrekvensen negativt men representativiteten positivt för de parametrar som används.
International Health Policy Survey (IHP). Befolkningen 65+ 2021	Riket	3 000	44 %	Kalibrering av resultat

Källor: <https://resultat.patientkat.se/Primärvård/laddaned>. Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2021 Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälsa- och sjukvården (s. 62). Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre International Health Policy Survey (IHP) 2021 (s. 9). Metodbeskrivning 2020 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? (s. 5-6).

## International Health Policy Survey (IHP)

Vård- och omsorgsanalys genomför årligen den så kallade IHP-undersökningen 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. Vård- och omsorgsanalys har utvecklat metoden för insamlingen som riktar sig mot befolkningen med start från 2020. Socialstyrelsen bedömer att den nya metoden har ökat kvaliteten (och möjligheten att bedöma kvaliteten) i uppgifterna. Vård- och omsorgsanalys har dock arbetat med att säkerställa jämförbarheten med 2017, i likhet med Vård- och omsorgsanalys använder Socialstyrelsen därför också 2017 som första jämförelseår. Undersökningen som riktar till primärvårdsläkare är i princip en totalundersökning med reservationen att vilka läkare som är sysselsatta i primärvården är svårt att fastställa.

## Nationell patientenkät (NPE)

Nationell patientenkät (NPE) utgör en viktig källa till information om omställningen. Detta samtidigt som den har viktiga begränsningar, exempelvis vad

gäller låga och varierande svarsfrekvenser mellan år vilket kan påverka möjligheten att följa resultat över tid<sup>111</sup>. Socialstyrelsens förslag på indikatorer inkluderar ett antal befintliga NPE-indikatorer. NPE:s nationella mätningar för samtliga regioner fångar i dagsläget endast patienternas erfarenheter av fysiska besök hos läkare vid hälso-/vårdcentraler. 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.

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 [31]. 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 bland annat SKR genomfört en pilotenkät i Region Kalmar med fokus på trygghet och samordning i samband med utskrivningsprocessen. Förhoppningsvis innebär arbeten som detta att det i framtiden kommer att finnas möjlighet att följa utskrivningsprocessen på nationell nivå.

## Väntetidsdatabasen, primärvård

Sedan mars 2020 innehåller SKR:s väntetidsdatabas uppgifter om vårdkontakter i regionernas primärvård från samtliga regioner från januari 2019. 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 SKR:s verksamhetsstatistik. Exempelvis bör databasen utöver tillgänglighet kunna användas för att följa vårdproduktion, utbud av vård avseende olika legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, liksom i viss mån diagnoser och åtgärder inom primärvården. 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 [32, 33].

En brist i registret är att inte vårdkontaktstypen hemsjukvårdsbesök används, det är därför oklart i vilken mån (regionernas insatser inom) hemsjukvård ingår och ska redovisas till registret eller ej. Eventuellt kan en del av hemsjukvårdsbesöken redovisas som andra vårdkontaktstyper till registret.

## Primärvårdskvalitet (PvQ)

PvQ:s arbete med indikatorer är en viktig framtida källa till information om primärvårdens kvalitet. Resultaten finns hittills tillgängliga på de anslutna

---

<sup>111</sup> En liknande problematik kan även finnas för andra enkätundersökningar såsom Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

vårdcentralerna och regionalt. Enligt uppgift har 20 regioner anslutit sig till PvQ och omkring 90 procent av landets vårdcentraler kan se sina resultat i Primärvårdskvalitet lokalt [59]. Åtta regioner är anslutna så att resultat för indikatorer går att presenteras på Vården i siffror (VIS) på regional nivå [60]. Det är främst hälso-/vårdcentraler och en del rehabenheter som är anslutna till PvQ, det är oklart hur stor del av primärvården som därför saknas i PvQ. Det skulle till exempel med hjälp av en triangulering av ingående enheter mot väntetidsdatabasen och nationell patientenkät kunna ge information om vilka enheter som täcks och inte täcks i de olika datakällorna. I ett sådant arbete skulle även en uppskattning av vårdvolymerna som inte täcks in kunna göras. Vid en sådan beräkning kan även SKR:s verksamhetsstatistik och SCB:s räkenskaps-sammandrag utgöra viktiga referenspunkter.

## Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård

Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård har ännu inte tillräcklig bra registrering och rapportering för att kunna användas för nationell uppföljning. Dessutom omfattar registret endast vård som kommunerna bedriver i egen regi. Socialstyrelsen har framställt till regeringen om ändring i förordningen (2006:94): att den ska ändras på så sätt att samtliga vårdgivare ska rapportera in dessa uppgifter [44]. 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.

# Bilaga 2: Samverkan och dialog

## Inför rapporten 2020

Deluppdrag II<sup>112</sup> 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.

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

En lista över angränsande uppdrag, utredningar och grupperingar som konsulterats och/eller beaktats i arbetet finns i bilaga 4 till rapporten 2020 [3].

## Inför rapporten 2021

Socialstyrelsen har i arbetet haft löpande avstämningar med SKR och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Uppdragen har också fört dialog med patientföreträdare i nämnden för funktionshinderfrågor på Socialstyrelsen.

Därutöver har även genomförts ett antal dialogmöten med olika intressenter med speciellt fokus på indikatorer för nära vård. Intressenterna inkluderar företrädare för Kommittén för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, Tillgänglighetsdelegationen, Nationella primärvårdsrådet, Regionala stödfunktioner för kommunerna, Region Kalmar, Region Norrbotten, Region Uppsala, Region Värmland, Västra Götalandsregionen, Region Örebro, Västkom, samt Sveriges läkarförbund och Astma- och allergiförbundet. Merparten av dessa dialogmöten har tagit sin utgångspunkt i myndighetens första förslag på indikatorer för att följa omställningen till en mer nära vård. En sammanställning av synpunkter från dialogerna kring indikatorerna finns i bilaga 1 till rapporten 2021 [6].

---

<sup>112</sup> Se avsnittet *Termer och begrepp* i rapporten för förklaring av Deluppdrag I, II och III

## Inför rapporteringen 2022

Inför slutrapporteringen 2022 har arbetet i projektet inte varit lika brett utåtriktat som tidigare. Fokus har varit på att ta om hand tidigare inspel och synpunkter.

Indikatorförslaget har presenterats och diskuterats med Nationella primärvårdsrådet. Socialstyrelsen har också organiserat två seminarier tillsammans med GPCC kring att mäta personcentrerad vård. Avstämningar kring respektive organisations arbeten har gjorts med Vård- och omsorgsanalys, SKR och FoU i Väst. I det konkreta indikatorarbetet har möten och avstämningar bland annat genomförts med NPE, PvQ, SCB, Vård- och omsorgsanalys, Nationella vårdkompetensrådet och Region Kronoberg.

Avstämningar har också gjorts med de olika projekten på Socialstyrelsen inom det övergripande projektet *Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård* (S2019/03056/FS och S2020/03319/FS). Delar av projektgruppen har även medverkat i ett EU-projekt för att stärka kommunernas uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård<sup>113</sup> samt arbetet med indikatorer för *integrated care* tillsammans med flera länder inom OECD.

---

<sup>113</sup> Namn på projektet: Improving the capacity of municipalities in Sweden to assess the quality of healthcare delivered at home, in nursing homes and in special housing for people with functional impairments

# Bilaga 3. Prevalenta populationer för kroniska sjukdomar samt kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har skapat patientpopulationer för tio kategorier av kroniska sjukdomar samt två patientpopulationer med kommunal hälso- och sjukvård.

Syftet har varit att följa utvecklingen av dessa gruppers vårdkonsumtion inom specialiserad vård samt deras läkemedelsuttag efter förskrivning i öppen specialiserad vård respektive primärvård. Syftet har även varit att följa utvecklingen för ett urval indikatorer specifikt för dessa grupper.

## 3.1. Specificering av prevalenta populationer

Population	Urval av population (Hdia= huvuddiagnos i patientregistrets slutenvårdsdel eller vid läkarbesök i specialiserad öppenvård)
Akut hjärtinfarkt	Hdia: I21 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret
Astma	Hdia: J45-J46. Alla åldrar Levande under uppföljningsåret
Depression	Hdia: F32-F34 Alla åldrar Levande under uppföljningsåret
Diabetes	Hdia: E10-E14 ATC: A10 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret
Förmaksflimmer	Hdia: I48 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret
Hjärtsvikt	Hdia: I50, I110, I42 (exkl. I421, I422), I43. 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret
Ischemisk hjärtsjukdom	Hdia: I20-I259 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret
KOL	Hdia: K0L 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret
Stroke	Hdia: I61, I63, I64, G45 65 år och äldre Levande under uppföljningsåret
Ångest	Hdia: F40-F45 Alla åldrar Levande under uppföljningsåret

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

I tabell 3.1 återfinns information om vilka diagnoser respektive läkemedelskoder (ATC) som använts i urvalet av populationer samt vid uppföljning av vård respektive läkemedelsuttag.

För populationerna med diagnoserna ångest, depression och astma har personer i alla åldrar ingått i urvalet. För de sju övriga 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.

Populationerna för kommunal hälso- och sjukvård (KHS) består av personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i särskilt boende (SÄBO) respektive i ordinärt boende. Urval har gjorts av månader där personen med säkerhet hade insatsen hela månaden. Uppföljningen avser händelser under tiden med kommunal hälso- och sjukvård. Sammanlagd persontid (månader och år) har summerats för respektive kalenderår.

Kriterier för urval av personmånader i särskilt boende: en markering om verkställt beslut om SÄBO i aktuell månad enligt Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL-registret). Dessutom krävdes beslut om SÄBO månaden före. Personer med LSS-boende under året exkluderades.

Kriterier för urval av personmånader i ordinärt boende: en markering om verkställt beslut om KHS i ordinärt boende för aktuell månad enligt HSL-registret. Dessutom krävdes beslut om KHS månaden före och månaden efter. Personer med särskilt boende enligt SoL-registret under motsvarande månader samt personer med LSS-boende under året exkluderades.

## Bilaga 4. Samtliga indikatorer och andra mått

Nedan redovisas delområde, namn, nivå, typ av mått och en kort beskrivning av måttet för samtliga indikatorer och andra mått i Socialstyrelsens förslag. Mer information om indikatorerna finns i bilaga 5 som utgörs av en Excel-fil som kan laddas ned på Socialstyrelsens hemsida. För att hitta den filen går man in under publikationer på Socialstyrelsens hemsida och söker efter den här rapporten under publikationer: [www.socialstyrelsen.se/publikationer/](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/)

### 4.1 Samtliga indikatorer och andra mått i Socialstyrelsens förslag för att följa omställningen till en mer nära vård

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Vårdbehov	CNI - Care Need Index	1	Centralt mått	Sammanvägt index baserat på följande variabler i en population (sorterade i fallande ordning efter vikt): Ålder 65+ och ensamstående, utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), arbetslös eller i åtgärd 16-64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, invånare 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt inom kommunen, invånare med låg utbildningsnivå 25-64 år samt invånare 0-4 år
Vårdbehov	Andel av befolkningen 80 år eller äldre	1	Centralt mått	Andel av befolkningen 80 år eller äldre
Var sker vården	Primärvårdsnivå vid insättning av antidepressiva läkemedel	1	Centralt mått	Andel nyinsättningar (minst 5 föregående år utan förskrivning) av antidepressiva läkemedel som sker i primärvården, bland personer 18-64 år
Var sker vården	Läkarbesök i hemmet (inkl. särskilt boende)	1	Centralt mått	Läkarbesök i hemmet per 1000 invånare (hembesök inom primärvården samt hemsjukvårdsbesök i både primärvården och specialiserad vård oavsett boendeform)
Var sker vården	Vårdkontakter i hemmet per invånare	2	Utveckling	Antal vårdkontakter/-besök i hemmet (olika yrkeskategorier) per invånare (totalt eller 80 år eller äldre). Kommuner och regioner
Var sker vården	Rapporterade besök hos psykolog eller kurator i primärvården	2	Utveckling	Besök hos psykolog eller kurator i primärvården per invånare eller i relation till besök/vårdkontakter inom specialiserad psykiatrisk vård
Var sker vården	Vårdkontakter och personer i primärvård respektive specialiserad vård	3	Annat mått	Vårdkontakter och personer i primärvård respektive specialiserad vård, antal eller andel (beskrivande mått som kan redovisas på olika sätt)
Var sker vården	Personer och vårdkontakter i specialiserad vård	3	Annat mått	Personer och vårdkontakter i specialiserad vård (beskrivande mått som kan redovisas på olika sätt)
Tillgänglighet/förtroende	Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver	2	Indikator	Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver
Tillgänglighet	Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende	1	Kärnindikator	Andel personer (respondenter) 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare
Tillgänglighet	Medicinsk bedömning inom tre dagar	1	Kärnindikator	Andel av de medicinska bedömningarna av legitimerad personal inom primärvård som gjordes inom 3 dagar

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Tillgänglighet	Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)	1	Kärnindikator	Barn och unga som får ett besök vid psykisk ohälsa på första linjen inom tre dagar
Tillgänglighet	Lätt att få vård på kvällar och helger (ej akutmottagning), 65+	1	Kärnindikator	Andel som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällen, helger eller på helgdagar utan att gå till akutmottagningar på sjukhus. (Exklusive de personer som aldrig varit i behov av vård på kvällar, helger eller helgdagar.) Personer 65 år och äldre.
Tillgänglighet	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård	1	Kärnindikator	Operationer eller andra åtgärder i planerad specialiserad vård som genomförts inom 90 dagar från det att beslut tagits om åtgärd, patientvald väntan eller medicinskt orsakad väntan ingår ej
Tillgänglighet	Överbeläggningar och utlokaliseringar	1	Kärnindikator	Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården
Tillgänglighet	Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	2	Indikator	Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar (ny modell från 2021 ej jämförbart med tidigare)
Tillgänglighet	Patienternas upplevelse av kontaktsätt till primärvården	2	Indikator	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)?
Tillgänglighet	Lätt att få vård på kvällar och helger (ej akutmottagning)	2	Indikator	Andel som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag, utan att gå till akutmottagningar på sjukhus. (Exklusive de personer som aldrig varit i behov av vård på kvällar, helger eller helgdagar.)
Tillgänglighet	Läkare som är nöjda med den tid de kan lägga på varje patient	2	Indikator	Andel läkare som är fullständigt eller mycket nöjda med den tid de kan lägga på varje patient
Tillgänglighet	Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – BUP	2	Indikator	Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.
Tillgänglighet	Primärvårdens tillgänglighet per telefon	2	Indikator	Andel besvarade telefonsamtal i primärvården (enbart enheter med datoriserade telefonsystem).
Tillgänglighet	Tillgänglighet till sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård	2	Indikator	Andel personer (respondenter) 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa sjuksköterska
Tillgänglighet	Svar samma dag på medicinsk fråga	2	Indikator	Andel som svarat "Alltid" eller "Oftast" på frågan: "När du kontaktar din ordinarie läkarmottagning med en medicinsk fråga under ordinarie mottagningstid, hur ofta får du svar samma dag?", personer 65 år eller äldre.
Tillgänglighet	Samtalsbehandling för barn	2	Utveckling	Andel patienter under 18 år med diagnos depression eller ångestsyndrom som fått samtalsbehandling
Tillgänglighet	Fick du besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid?	2	Indikator	Andel patienter som ansåg att de fick besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid
Tillgänglighet	Väntat på operation/åtgärd 90 dagar eller längre i specialiserad vård	2	Indikator	Andel av de väntande som väntat i 90 dagar eller längre på operationer eller andra åtgärder i planerad specialiserad vård från det att beslut tagits om åtgärd, patientvald väntan eller medicinskt orsakad väntan ingår ej

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Tillgänglighet	Andel kommuner som erbjuder enkel fotundersökning vid diabetes i ordinärt och särskilt boende	2	Indikator	Andel kommuner som erbjuder enkel fotundersökning till personer med diabetes typ 1 och typ 2 inom den kommunala hälso- och sjukvården i ordinärt- och särskilt boende
Tillgänglighet	Besök på akutsjukhus pga. bristande tillgänglighet i öppen vård	3	Indikator	Andel som svarat "Ja" på frågan: "Senaste gången du besökte sjukhusets akutmottagning, var det för ett tillstånd du tror att du skulle ha kunnat bli behandlad för av läkarna eller personalen på den mottagning/praktik/klinik du vanligen går till för din medicinska vård – om de hade varit tillgängliga?", personer 65 år eller äldre
Tillgänglighet	Maximal tid för kontakt/besök efter larm	3	Indikator	Garanterad maximal tid för kontakt efter larm / Garanterad maximal tid för besök efter larm
Tillgänglighet	Tillräckligt med tid vid vårdbesök	3	Indikator	Andel som svarat "Alltid" eller "Ofta" på frågan: "Hur ofta brukar den medicinska personalen du träffar på den läkarmottagning/vårdcentral/klinik som du vanligtvis går till tillbringa tillräckligt med tid tillsammans med dig?", personer 65 år eller äldre.
Påverkbar specialistvård	Fallskador, särskilt boende	1	Kärnindikator	Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer på särskilda boenden 65 år och äldre
Påverkbar specialistvård	Fallskador, hemsjukvård ordinarie boende	1	Kärnindikator	Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende 65 år och äldre
Påverkbar specialistvård	Besök på akutmottagning – 80 år och äldre	1	Kärnindikator	Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom	1	Kärnindikator	Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med hjärtsvikt	1	Kärnindikator	Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, bland personer som tidigare haft vårdkontakt med registrerad hjärtsvikt inom öppen eller slutenvård specialiserad vård. Personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med diabetes	1	Kärnindikator	Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes, bland personer med diabetesläkemedel eller som tidigare haft vårdkontakt med registrerad diabetes inom öppen eller slutenvård specialiserad vård. Åldersstandardiserade värden. Personer 20 år eller äldre
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre	1	Kärnindikator	Antal personer med påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 65 år eller äldre
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre, särskilt boende	1	Kärnindikator	Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 personår för personer på särskilda boenden, 65 år eller äldre
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre, hemsjukvård ordinarie boende	1	Kärnindikator	Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 personår för personer med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, 65 år eller äldre
Påverkbar specialistvård	Oplanerade återinskrivningar bland äldre	1	Kärnindikator	Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre
Påverkbar specialistvård	Fallskador bland personer 65 år eller äldre	1	Kärnindikator	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

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Påverkbar specialistvård	Utskrivningsklara patienter på sjukhus	2	Indikator	Antal vårdtygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter per tusen invånare. Personer i alla åldrar ingår
Påverkbar specialistvård	Vårdtillfällen per 100 000 invånare	3	Annat mått	Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare
Personal	Antal läkare i primärvård	1	Centralt mått	Antal läkare sysselsatta i primärvård per 100 000 invånare
Personal	Antal övrig legitimerad personal än läkare i primärvård (kommun & region)	1	Centralt mått	Antal övrig legitimerad personal än läkare sysselsatt i primärvård (kommuner och regioner) per 100 000 invånare
Personal	Andel nya specialistbevis i allmänmedicin	1	Kärnindikator	Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis aktuellt år
Personal	Sjukskrivning mer än 14 dagar, särskilt boende	1	Kärnindikator	Antal startade sjukfall (längre än 14 dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa under ett kalenderår) för personal inom särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer (SNI 873), per 100 000 förvärvsarbetare
Personal	Sjukfrånvaro bland regionanställd personal	1	Kärnindikator	Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, som andel av den tillgängliga ordinarie arbetstiden
Personal	Medarbetarengagemang i särskilt boende	1	Kärnindikator	Hållbart medarbetarengagemang (HME) för personal på särskilda boenden inom äldreomsorgen, index utifrån nio frågor
Personal	Upplevelse av stress, primärvårdsläkare	1	Kärnindikator	Andel primärvårdsläkare som svarat att deras arbete är oerhört eller mycket stressigt
Personal	Antal allmänspecialister i hälso- och sjukvården	2	Annat mått	Antal specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare
Personal	Väl förberedd att möta patienter med psykiska sjukdomar	2	Indikator	Andel läkare som svarat att de är väl förberedda att möta patienter med psykiska sjukdomar med avseende på personalens kompetens och erfarenhet
Personal	Allmänspecialister och distriktssköterskor i regionernas primärvård	2	Annat mått	Allmänspecialister och distriktssköterskor i primärvården per 100 000 invånare
Personal	Andel specialister i allmänmedicin av alla specialistläkare	2	Annat mått	Andel specialistläkare i allmänmedicin av alla specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård
Personal	Antal disputerade inom allmänläkarvård (ej enbart läkare)	2	Utveckling	Antal disputerade inom allmänläkarvård (ej enbart läkare) som andel av totala antalet disputerade inom hälso- och sjukvård
Personal	Sjukskötersketäthet helgdagar särskilt boende	2	Annat mått	Antal sjuksköterskor per antalet bostäder plus eventuella hemsjukvårdspatienter, helgdagar. Antal sjuksköterskor (=antalet helgdagar första veckan i mars månad, enligt schema kl. 9.00) dividerat med antal bostäder och ev. hemsjukvårdspatienter som sjuksköterskorna samtidigt ansvarade för
Personal	Sjukskötersketäthet vardagar särskilt boende	2	Annat mått	Antal sjuksköterskor (=antalet vardagar första veckan i mars månad, enligt schema kl. 9.00) dividerat med antal bostäder plus ev. hemsjukvårdspatienter som sjuksköterskorna samtidigt ansvarade för
Personal	Antal legitimerad personal per person i kommunal hälso- och sjukvård	2	Utveckling	Antal legitimerad personal per brukare/patient i kommunal hälso- och sjukvård (beräkning/in-samling av lämplig nämnare måste utvecklas)

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Personal	Rutin för uppföljning av individuella fortbildningsplaner	3	Indikator	Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella fortbildnings- och vidareutbildningsplaner
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas, särskilt boende	1	Kärnindikator	Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre på särskilt boende
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas, hemsjukvård i ordinarie boende	1	Kärnindikator	Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre med hemsjukvård i ordinarie boende
Medicinsk kvalitet	Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård (region)	1	Kärnindikator	Andel som besvarat frågan Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett? i nationell patientenkät positivt
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas	1	Kärnindikator	Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre
Medicinsk kvalitet	Högt blodsockervärde vid diabetes typ-2	2	Indikator	Andel personer som behandlas för diabetes i primärvård med HbA1c högre än 70 mmol/mol.
Medicinsk kvalitet	Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion	2	Indikator	Andel recept på kinoloner av uthämtade recept på urinvägsantibiotika. Avser kvinnor 18-79 å
Medicinsk kvalitet	Smärtskattning under sista levnadsveckan, kommunal vård i livets slutskede	3	Indikator	Andel personer inom kommunal hälso- och sjukvård vars smärta skattats med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan
Medicinsk kvalitet	Utan förekomst av trycksår vid dödsfallet, kommunal vård i livets slutskede	3	Indikator	Andel personer inom kommunal hälso- och sjukvård utan förekomst av trycksår av grad 2-4 vid dödstillfället
Medicinsk kvalitet	Munhälsobedömningar, kommunal vård i livets slutskede	3	Indikator	Andel personer inom kommunal hälso- och sjukvård där en dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan
Kontinuitet och samordning	Andel personer med registrerad SIP kommunal hälso- och sjukvård	1	Centralt mått	Andel personer i kommunal hälso- och sjukvård med registrerad samordnad individuell plan (SIP)
Kontinuitet & samordning	Fast läkarkontakt personer 65 år eller äldre	1	Kärnindikator	Andel som svarade att de har en ordinarie läkare som de vanligtvis brukar gå till för medicinsk vård, personer 65 år eller äldre
Kontinuitet & samordning	Andel personer med fast läkarkontakt bland dem som önskar det	1	Utveckling	Andel personer som uppger att de har en fast läkarkontakt bland dem som svarat att de önskar det (mäts i befolkningen)
Kontinuitet & samordning	Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom	1	Kärnindikator	Kontinuitet för läkarbesök på vård-/ hälsocentral i för personer med kronisk sjukdom (Hjärtsvikt, Kranskärlssjukdom, Hypertoni, TIA/Stroke, KOL, Diabetes, Demens, Förmaksflimmer, Depression, Ångest, Astma, Artros, Hypertoni, Schizofreni, RA, Psoriasis, MS, Osteoporos, Parkinson, Fetma, Alkoholproblematik, Bensår) de senaste 18 månaderna.
Kontinuitet & samordning	Kontinuitetsindex sjuksköterska, primärvård (region), kronisk sjukdom	2	Indikator	Kontinuitetsindex för sjuksköterskebesök för personer med kronisk sjukdom (Hjärtsvikt, Kranskärlssjukdom, Hypertoni, TIA/Stroke, KOL, Diabetes, Demens, Förmaksflimmer, Depression, Ångest, Astma, Artros, Hypertoni, Schizofreni, RA, Psoriasis, MS, Osteoporos, Parkinson, Fetma, Alkoholproblematik, Bensår) de senaste 18 månaderna
Kontinuitet & samordning	Andel patienter med SIP (olika varianter)	2	Utveckling	Andel personer med Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättad de senaste 18 månaderna, på vårdcentral (källa: Journal/Primärvårdskvalitet?)

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Kontinuitet & samordning	Andel patienter med SIP som följts upp	2	Utveckling	Andel patienter som har SIP (Samordnad Individuell Plan) upprättad senaste 18 månaderna och där uppföljning av SIP har skett senaste 6-12 månaderna efter att den upprättats, på vårdcentral (källa: Journal/Primärvårds kvaliteten?)
Kontinuitet & samordning	Rutiner för läkemedelsgenomgångar i samverkan med sjuksköterska och omsorgspersonal	2	Indikator	24. Aktuella rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där omsorgspersonal medverkar
Kontinuitet & samordning	Träffar samma läkare vid hälso-/vårdcentral	2	Indikator	Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?
Kontinuitet & samordning	Patientens upplevelse av vårdens samordning	2	Indikator	Anser du att personalen på hälso-/eller vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du önskar?
Kontinuitet & samordning	Patientupplevelse av information och kunskap	2	Indikator	Andelen positiva svar om information och kunskap för det senaste besöket från patienter som besökt en primärvårdsmottagning.
Kontinuitet & samordning	Personalen insatt i tidigare kontakter	2	Indikator	Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?
Kontinuitet & samordning	Har en ordinarie läkare eller sjuksköterska	2	Indikator	Andel som svarade att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral som de vanligtvis brukar gå till för vård.
Kontinuitet & samordning	Får information från sjukhuset vid utskrivning inom 24 timmar	2	Indikator	Andel läkare som svarat att de i genomsnitt inom 24 timmar får den information de behöver från sjukhuset när deras patienter skrivits ut från ett sjukhus.
Kontinuitet & samordning	Får information om förändrad vård från den specialiserade vården	2	Indikator	Andel läkare som svarat att de vanligtvis eller ofta får information om vilka ändringar läkaren i den specialiserade vården gjort i patienternas medicinering eller vårdplan när de har remitterat en patient till den specialiserade vården.
Kontinuitet & samordning	Personer som trots behov inte fick hjälp med koordinering	2	Indikator	Andel som svarat "Alltid" eller "Ofta" på frågan: "Har du under de senaste 12 månaderna behövt hjälp med att samordna den vård eller behandling som du har fått från olika läkare/ sjukvårdspersonal?" (Exklusive personer som angivit att de inte behövt samordning). Personer 65 år eller äldre.
Kontinuitet & samordning	Andel patienter med kronisk sjukdom som fått återbesök i primärvården	2	Utveckling	Andel patienter med kronisk sjukdom som fått återbesök inom 18 månader (sammanvägt resultat för flera olika sjukdomsgrupper)
Kontinuitet & samordning	Kontinuitetsindex till läkare särskilt boende	2	Utveckling	Kontinuitetsindex läkare för personer som bor på ett särskilt boende och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård
Kontinuitet & samordning	Andel patienter med fast vårdkontakt	2	Utveckling	Andel patienter med angiven fast vårdkontakt. Återstår att definiera exakt (Källa listningssystem?)
Kontinuitet & samordning	Vidbehovsordination av opioid mot smärta, kommunal vård i livets slutskede	2	Indikator	Andel patienter som hade fått en vidbehovsordination av opioider mot smärta när de avled, i procent.
Kontinuitet & samordning	Rutin för vårdplanering i samverkan med ansvarig läkare och kommunal personal	3	Indikator	Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal



Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Kontinuitet & samordning	Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel, kommunal vård i livets slutskede	3	Utveckling	Andel personer inom kommunal hälso- och sjukvård som haft en vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel före dödsfallet
Hälsofrämjande, personcentrering	Tar fram vårdplan för egenvård för patienter med kronisk sjukdom	2	Indikator	Andel läkare som svarat att de vanligtvis eller ofta erbjuder patienter med kroniska sjukdomar att ta fram en vårdplan tillsammans med patienten som de kan använda sig av i vardagen.
Hälsofrämjande, personcentrering	Stöd för att hantera hälsotillstånd efter sjukhusvistelse	2	Indikator	Andel som svarat "Ja" på frågan "Kände du att du fick det stöd och den hjälp du behövde för att hantera ditt hälsotillstånd hemma när du lämnat sjukhuset?", exklusive personer som angav att de inte behövde hjälp. Personer 65 år och äldre. (Q1328)
Hälsofrämjande och förebyggande	Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård (region)	1	Kärnindikator	Andel patienter som uppger att läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon eller flera av följande: alkohol-, motions-, tobaks-, matvanor
Hälsofrämjande och förebyggande	Diskuterat alkoholvanor i primärvården (region)	2	Indikator	Andel patienter som uppger att läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat alkoholvanor
Hälsofrämjande och förebyggande	Risikoförebyggande åtgärder i särskilt boende	2	Indikator	Andel personer i särskilda boenden (vård- och omsorgsboende, demensboende och korttidsboende) som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa med minst en planerad åtgärd inom identifierat riskområde och där planerad åtgärd/-er utvärderats inom samtliga identifierade riskområden
Hälsofrämjande och förebyggande	Diskussion om egna åtgärder för bättre hälsa	2	Indikator	Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?
Hälsofrämjande och förebyggande	Risikoförebyggande åtgärder, hemsjukvård i ordinärt boende	2	Indikator	Andel personer 65 år och äldre med hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) som bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa, med minst en planerad åtgärd inom identifierat riskområde och där planerade åtgärder utvärderats inom samtliga identifierade riskområden.
Hälsa	Övervikt och fetma i befolkningen	2	Annat mått	Andel invånare i åldern 16–84 år som uppgav a) övervikt, b) fetma, c) övervikt och fetma
Hälsa	Självrapporterad hälsa i befolkningen	2	Annat mått	Andel invånare 16–84 år som uppgav en bra eller mycket bra hälsa
Ekonomiska resurser	Kostnadsandel primärvård (kommun & region) av hälso- och sjukvården	1	Centralt mått	Primärvård finansierad av kommuner och regioner (inkl. verksamhet enligt HSL i kommuner) som andel av totala kostnader för hälso- och sjukvård (exkl. ADL-kostnader)
Ekonomiska resurser	Kostnad primärvård (kommun) per invånare, fast pris	1	Utveckling	Kommunens kostnader (för det egna åtagandet) för primärvård per invånare. Fasta priser



Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Ekonomiska resurser	Kostnad primärvård (region) per invånare, fast pris	1	Centralt mått	Regionens kostnader (för det egna åtagandet) för primärvård exklusive läkemedel inom förmånen per invånare. Fasta priser enligt kvalitetsjusterat landstingsprisindex (LPIK)
Ekonomiska resurser	Kostnad äldreomsorg per invånare, fast pris	1	Centralt mått	Kostnad (för det egna åtagandet) för äldreomsorg per invånare. Fasta priser enligt Omsorgsprisindex (OPI)
Ekonomiska resurser	Kostnad äldreomsorg per invånare över 80 år	2	Annat mått	Kostnad (för det egna åtagandet) för äldreomsorg per invånare över 80 år
Ekonomiska resurser	Kostnadsandel kommunernas primärvård av hälso- och sjukvården totalt	2	Annat mått	Kostnadsandel för kommunernas primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård
Ekonomiska resurser	Kostnadsandel primärvård och äldreomsorg	2	Annat mått	Kostnadsandelen för primärvård och vård och omsorg om äldre av totala kostnaderna för regionernas hälso- och sjukvård samt vård och omsorg om äldre (regionernas kostnader exklusive politisk verksamhet (men inklusive primärvårdsansluten hemsjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen)
Ekonomiska resurser	Kostnadsandel primärvård i regionerna	2	Annat mått	Kostnadsandel i det som definieras som regionprimärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i regionen (kostnadslag=kostnad för det egna åtagandet)
Ekonomiska resurser	Kostnadsandel regionernas primärvård av hälso- och sjukvården totalt	2	Annat mått	Kostnadsandel för regionfinansierad primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård
Ekonomiska resurser	Nettokostnad primärvård (region) per invånare, fast pris	2	Annat mått	Regionens nettokostnad för primärvård exklusive läkemedel inom förmånen per invånare. Fasta priser enligt kvalitetsjusterat landstingsprisindex (LPIK)
Ekonomiska resurser	Nettokostnad äldreomsorg per invånare, fast pris	2	Annat mått	Nettokostnad för äldreomsorg per invånare. Fasta priser enligt Omsorgsprisindex (OPI)
E-hälsa/Var sker vården	Rapporterade distansbesök i primärvården (region)	1	Centralt mått	Andel rapporterade distansbesök (distanskontakter via videolänk) av alla öppenvårdsbesök i regionernas primärvård (så kallade telefon- och brevkontakter ingår ej i täljaren eller nämnaren)
E-hälsa/tillgänglighet	Andel hälso-/vårdcentraler som erbjuder distansbesök med läkare	1	Kärnindikator	Andel hälso-/vårdcentraler där minst 1 % av de rapporterade läkarbesöken var distansbesök (distanskontakter via videolänk)
E-hälsa/tillgänglighet	Vårdcentralen erbjuder videokonsultationer	2	Indikator	Andel läkare som svarat att vårdcentralen de arbetar på erbjuder videokonsultationer.
E-hälsa	Index för e-hälsa i kommunerna	1	Utveckling	Måttet är under utveckling och ska innehålla komponenter från enkäten: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Måttet kan fokusera på delar av enkäten som är mer hälso- och sjukvårdsrelevanta eller bli mer övergripande eller resultera i flera mått.
E-hälsa	Läkaren kan utbyta lista över läkemedel digitalt med läkare utanför vårdcentralen	2	Indikator	Andel läkare som svarat att de kan utbyta en lista över läkemedel som en enskild patient tar digitalt med läkare utanför vårdcentralen

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
E-hälsa	Läkaren kan följa alla laboratorietest digitalt	3	Indikator	Andel läkare som svarat att de regelbundet kan följa alla beställda laboratorietest genom digitala system
E-hälsa	Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster	3	indikator	Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster
E-hälsa	Inställning till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik	3	indikator	Andel av de svarande som angav svaret positivt eller mycket positivt på frågan "Hur ställer du dig till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik (t.ex. videosamtal med läkare eller annan vårdpersonal)?"
Delaktighet, trygghet & förtroende	Delaktighet, patientrapporterat (kommun)	1	Utveckling	Andel patienter i kommunal hälso- och sjukvård som anser att de är delaktiga i besluten beträffande deras vård/behandling i den utsträckning de önskar
Delaktighet, trygghet & förtroende	Delaktighet, patientrapporterat, primärvård (region)	1	Kärnindikator	Andel patienter i regionens primärvård som anser att de är delaktiga i besluten beträffande deras vård/behandling i den utsträckning de önskar
Delaktighet, trygghet & förtroende	Förtroende för hälso-/vårdcentraler	1	Kärnindikator	Andel invånare som har stort eller mycket stort förtroende för vård-/hälsocentraler i regionen där man bor
Delaktighet, trygghet & förtroende	Upplevelse av trygghet på äldreboendet	1	Kärnindikator	Andel personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket eller ganska trygga med att bo på sitt äldreboende
Delaktighet, trygghet & förtroende	Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktsamtal	1	Kärnindikator	Andel patienter där dödsfallet var väntat av vården och som fick ett brytpunktsamtal inom verksamhet som i registret klassificerats som kommunal hälso- och sjukvård
Delaktighet, trygghet & förtroende	Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen	2	Indikator	Andel invånare som svarar att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin egen region
Delaktighet, trygghet & förtroende	Upplever det mycket tryggt med stöd från hemtjänst	2	Indikator	Andel personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket trygga med att bo hemma med stöd från hemtjänsten
Delaktighet, trygghet & förtroende	Upplever det mycket tryggt på äldreboende	2	Indikator	Andel personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket trygga med att bo på sitt äldreboende
Delaktighet, trygghet & förtroende	Index personcentrerad vård 18 frågor	2	Utveckling	Utvecklingsarbete utifrån Nationell patientenkät 18 frågor (Artikel: Development and evaluation of the measurement properties of a generic questionnaire measuring patient perceptions of person-centred care <a href="https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05770-w">https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05770-w</a> )
Delaktighet, trygghet & förtroende	Läkemedelsförskrivning i primärvård och specialiserad vård	3	Annat mått	Läkemedelsförskrivning i primärvård och specialiserad vård (beskrivande mått som kan redovisas på olika sätt)
Delaktighet, trygghet & förtroende	Rutin för vårdplanering i samverkan med den enskildes delaktighet	3	Indikator	Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit

Delområde	Namn	Nivå	Typ av mått	Mått
Delaktighet, trygghet & förtroende	Bemötande med respekt och värdighet	3	Indikator	Andel som svarade positivt på frågan "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?"
Delaktighet, trygghet & förtroende	Ingen närvarande vid dödsögonblicket, kommunal vård i livets slutskede	3	Indikator	Andel personer inom kommunal hälso- och sjukvård där ingen närvarande vid dödsögonblicket

# Bilaga 5 (elektronisk). Indikatorlista och profildiagram för kommuner och regioner

Bilaga 5 består av en Excelfil och är enbart tillgänglig i digital form. Bilagan innehåller

- en fullständig lista på alla föreslagna indikatorer och andra mått
- profildiagram för kommuner och regioner
- all data i listformat inklusive uppgifter uppdelade efter kön
- tekniska beskrivningar av alla mått på nivå 1.

För att hitta bilagan går man in under publikationer på Socialstyrelsens hemsida och söker efter den här rapporten under publikationer: [www.socialstyrelsen.se/publikationer/](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/)