

# Utveckling av nyckeltal för att följa omställning till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner

April 2021

Theresa Larsen, Åsa Nilsson & Jeanette Olsson

# Innehållsförteckning

1. Projektets bakgrund	3
2. Omställningen till god och nära vård och omsorg	6
3. Uppföljning av omställningen nationellt och regionalt	11
4. Projektets syfte och genomförande	16
5. Resultat	21
5a. Inventeringsenkäten	23
5b. Insatser i kommunal hälso- och sjukvård	31
5c. Svenska palliativregistret	41
6. Förslag på nyckeltal	43
7. Övergripande reflektioner och slutsatser från projektet	60
8. Nyckeltal för övriga områden som berörs av omställningen till nära vård	63
9. Nästa steg	65
Bilagor	71
Bilaga 1. Arbetsgruppens arbete	72
Bilaga 2. Statistik från Svenska Palliativregistret	78

# 1. Projektets bakgrund

---

# Bakgrund

## Behov av kunskapsunderlag

Flera chefsnätverk och styrgrupper på GR har uppmärksammat att det finns behov av bättre kunskapsunderlag för att kunna följa, analysera och utveckla den kommunala vården och omsorgen mot bakgrund av omställningen till en god och nära vård. Även Socialstyrelsen (2020a) och SKR (2019 och 2020) påpekar att det finns behov av att utveckla nyckeltal och indikatorer som fångar effekter av omställningen för den vård och omsorg som kommunerna ansvarar för.

## Lokala nyckeltal och analyser

Kommunerna i Göteborgsregionen tar lokalt fram och analyserar en rad olika nyckeltal, men vilka nyckeltal som följs varierar såväl över tid som mellan kommunerna. Då dessa inte heller

sammanställs och analyseras tillsammans och systematiskt är det svårt att visa på gemensamma förändringar och utvecklingsbehov.

## Nationell statistik

Tidigare studier visar att det är svårt att följa upp och analysera den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning, förändring, kvalitet och effektivitet eftersom nationella data saknas inom flera områden, exempelvis avseende patienters upplevelser av hemsjukvård eller vilka diagnoser som patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har (Larsen & Ljung, 2020; Socialstyrelsen, 2020a). I de fall nationell statistik finns är den ofta svår att få tillgång till och att använda. Ibland fordras särskilda körningar för att få fram önskade uppgifter.

# Denna rapport

I denna rapport redovisar vi resultatet från ett projekt som handlat om att försöka utveckla nyckeltal för uppföljning av omställningen till en god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner.

I kapitel 2 och 3 beskriver vi **idéerna med omställningen till en god och nära vård och hur omställningens effekter följs upp** nationellt och regionalt. I kapitel 4 redovisas **projektets syfte och genomförande** där sexton representanter från nio kommuner i Göteborgsregionen deltog. Mer information om arbetsgruppens arbete återfinns i bilaga 1.

I kapitel 5 presenterar vi **projektets resultat**. I kapitel 6 ger vi **förslag på nyckeltal** som skulle kunna användas för att följa omställningen till en god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner. Vi redogör för vilken data som finns tillgänglig idag på kommunal och nationell nivå och kvaliteten på denna. Vi pekar också på behov att ta fram ny data för att kunna följa kvaliteten på den vård och omsorg som ges. Avslutningsvis lämnar vi **några allmänna reflektioner** kring uppföljning av den kommunala vården och omsorgen och omställningen till en mer nära vård och omsorg.



## 2. Omställningen till god och nära vård

---

# Omställningen till god och nära vård

Det pågår sedan en tid tillbaka en omställning av hälso- och sjukvården inom kommuner och regioner i Sverige. Målet med omställningen är att ge patienten en god, nära och samordnad vård, där primärvården är navet och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Omställningen ska bidra till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård.

Nära vård är inte en ny organisationsform utan en förändring som pågått och pågår med syfte att kunna erbjuda den vård och omsorg som motsvarar behoven i dagens samhälle (SOU 2020:19).

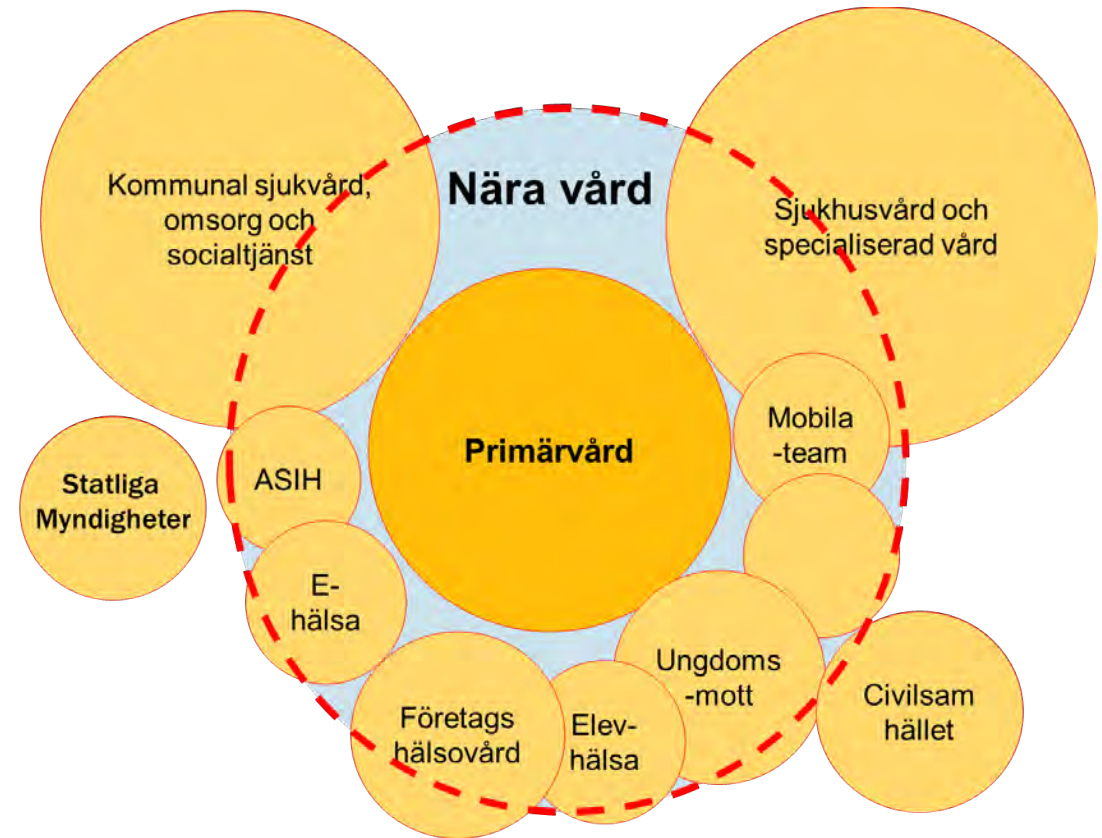


Bild: Sveriges Kommuner och Regioner

**Omställningen till god och nära  
vård innebär en förflyttning...**

- ...från en sjukhustung vård mot en vård nära patienter
- ...från reaktiv till proaktiv vård och omsorg
- ...från fokus på organisation till fokus på relation
- ...mot mer hälsofrämjande och förebyggande insatser
- ...mot ökad samverkan – ”sömlös vård och omsorg”
- ...mot en mer personcentrerad vård och omsorg
- ...mot mer tillgänglig vård (t.ex. genom digitalisering)

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner (2020) Att följa omställningen till nära vård.



# Utredningar kring god och nära vård

SOU 2021:6 God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa

SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

SOU 2019:29 God och nära vård – Vård i samverkan

SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform

SOU 2017:53 God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild

SOU 2016:2 Effektiv vård



# Länsgemensam strategi för god och nära vård

Den länsgemensamma strategin för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Utvecklingsstrategin innehåller de områden som huvudmännen gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030.

## Prioriterade målgrupper

Prioriterade målgrupper i den nära vården enligt strategin är personer som behöver insatser från både region och kommun:

- Barn och unga
- Äldre
- Personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruk och beroende

## Sex utvecklingsområden

I den länsgemensamma strategin identifieras sex områden där utveckling är nödvändig:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
2. Öka tilliten mellan huvudmännen – stärk samverkanskulturen
3. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen
4. Utveckla personcentrerade arbetssätt
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobil vård över organisationsgränser

Källa: VästKom (2021).



# 3. Uppföljning av omställningen nationellt och regionalt

---

# SKR:s arbete med uppföljning och styrning av omställningen till en god och nära vård

SKR (2019). Att följa omställningen till Nära vård – mått och indikatorer.

SKR (2020). Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemomställning.

## Slutsatser:

Det är en utmaning att hitta mått som belyser patientens totala vårdkonsumtion över verksamhetsgränser. Det är också en utmaning att hålla nere antalet mått. Det råder samtidigt brist på datakällor för primärvård. Det finns många "sjukhusrelaterade mått" men få mått som beskriver vårdcentralers och kommunernas verksamheter.



# Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till en god och nära vård

Tre deluppdrag:

1. Nationell insamling av registeruppgifter i primärvård.
2. Utveckla resultatindikatorer för uppföljningen av omställningen till nära vård.
3. Rapportera hur omställningen till en nära vård utvecklar sig.

Socialstyrelsen (2021). Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.

Socialstyrelsen (2020). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – förslag på indikatorer.

Socialstyrelsen (2020). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.

# Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärdering

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa och utvärdera hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård. 2021 publicerade myndigheten en första delrapport där de beskriver befolkningens erfarenheter och uppfattningar om fasta kontakter i primärvården och redogör för utvecklingen under det senaste decenniet.

En andra delrapport publiceras i oktober 2021 om patienters upplevelser av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Uppdraget slutrapporteras i mars 2023 med en samlad utvärdering av omställningen från patienternas och de yrkesverksammans perspektiv, och från ett systemperspektiv.



# Exempel på vad regionerna börjat följa upp

- Hur stor andel av patienterna som träffar samma läkare och vårdgivare.
- Analys av patientfall – blev vården god och nära?
- Patientens upplevelse av trygghet vid utskrivning.
- Patientberättelser och konkreta mätetal samlat.
- Effekter av hemmonitorering och uppgiftsväxling.
- Andelen patienter som har fast vårdkontakt.
- Hur många som deltar i sin egen SIP.
- Arbetet med patientkontrakt.
- Utvecklingsarbete för effekter av förändrade arbetssätt.
- Påverkan på slutenvården.
- Införandet av mobila team.
- Uppgiftsväxling och vårdnära service.

**Vår bedömning är att kommunerna inte kommit lika långt i sitt uppföljningsarbete som regionerna.**

*Källa: Socialstyrelsen (2020). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.*

# 4. Projektets syfte och genomförande



# Projektets syfte och avgränsningar

## Syfte

Syftet med projektet var att ta fram en modell för årliga uppföljningar av omställningen till en god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner. Mer konkret innebar detta att projektet skulle identifiera nyckeltal som synliggör den kommunala vårdens och omsorgens innehåll, omfattning, kvalitet och effektivitet och möjliggör jämförelser såväl över tid som mellan kommuner.

## Avgränsningar

I projektet har vi avgränsat oss till att särskilt undersöka vilka nyckeltal som kan vara relevanta att följa avseende den kommunala hälso- och sjukvården i omställningen till en god och nära vård. Skälet till avgränsningen är dels att den kommunala hälso- och sjukvården är den

verksamhet i kommunerna som sannolikt påverkas mest av omställningen, dels att uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården inte är lika utvecklad som inom exempelvis äldreomsorgen.

Vi vill dock poängtera att uppföljningar och analyser av omställningen till en god och nära vård i kommunerna också behöver omfatta socialtjänsten och anhörigvård för att fånga de förändringar som sker. Därför skriver vi omställningen till en god och nära vård *och omsorg*. För att kunna följa upp effekterna av omställningen finns även behov av att följa patientgruppers samlade vårdkonsumtion eller vårdförlopp oavsett vilken huvudman som ger vården, något som inte låter sig göras idag.

# Projektets organisering och utgångspunkt

Projektet har pågått under perioden oktober 2020 till och med mars 2021. Det har genomförts av en projektgrupp på Göteborgsregionen, FoU i Väst, bestående av analytikerna Åsa Nilsson och Theresa Larsen samt forskaren Jeanette Olsson.

En arbetsgrupp bestående av 16 representanter från nio GR-kommuner har deltagit aktivt i processen.

Projektet bygger på resultat från rapporten *Omställningen till nära vård ur ett kommunalt perspektiv* (Larsen & Ljung, 2020).



# Arbetsgruppens medlemmar

Kommun	Representant(er)	Funktion
Alingsås	Kinga Molnar	Specialist-USK, palliativ vård
Göteborg	Karin Tidlund Kristina Söderlund Karin Malmberg Teres Moeschlin	Planeringsledare hälso- & sjukvård Områdeschef hälso- och sjukvård MAR MAS
Härryda	Lars-Göran Lind Viktor Eriksson	Enhetschef hälsa & bistånd, socialtjänst Planeringsledare hälsa & bistånd
Kungsbacka	Anna Gröneberg	MAS
Lerum	Ulrika Husu	Verksamhetsutvecklare hälso- & sjukvård
Lilla Edet	Karin Arnoldsson	Planeringsansvarig sjuksköterska
Mölnadal	Karin Blomqvist Hanna Annelund Katarina Svensson	MAS Verksamhetsutvecklare vård & omsorg Samordnare, fysioterapeut
Partille	Marcus Sellgren Merita Melin	Controller, vård & omsorg Kvalitetsutvecklare, hemsjukvård
Tjörn	Maria Samsson	MAS

# Arbetsgruppens uppdrag

- **Bidra med information om vad som följs upp idag** i kommunerna avseende kommunal vård och omsorg och hur befintliga data används för analyser och utvecklingsarbete.
- **Beskriva vad man ur ett kommunalt, verksamhetsnära perspektiv skulle vilja följa upp** för att kunna analysera den kommunala vårdens och omsorgens omfattning, förändring, kvalitet och effektivitet i ljuset av omställningen till en god och nära vård och omsorg.
- **Identifiera förutsättningar för att systematiskt dokumentera och samla in jämförbara och relevanta uppgifter för en gemensam analys** i Göteborgsregionens kommuner – i möjligaste mån med länsregional och nationell jämförbarhet.

# 5. Resultat

---

# Resultatkapitlets struktur

I detta kapitel presenterar vi projektets resultat. Kapitlet är uppdelat i tre delar.

## **a) Inventering av befintliga nyckeltal**

Först redovisar vi resultatet från den inventering som gjorts för att kartlägga vilka nyckeltal som används idag i Göteborgsregionens kommuner för att följa upp den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, men också andra verksamhetsområden som berörs av omställningen till en god och nära vård.

Vi redovisar även resultatet från kartläggningen bland deltagande kommuner där vi försökt ta reda på hur många hälso- och sjukvårdsinsatser som

utförs på delegation, antal timmar producerad hälso- och sjukvård samt antal insatser per patient inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.

## **b) Socialstyrelsens register över insatser**

I den andra delen av kapitlet presenterar och diskuterar vi data för Göteborgsregionens kommuner från Socialstyrelsens statistikdatabas över kommunal hälso- och sjukvård.

## **c) Svenska Palliativregistret**

Under projekttiden gjorde FoU i Väst en specialbeställning av statistik för Göteborgsregionens kommuner från Svenska Palliativregistret. I den tredje delen redovisar vi och diskuterar statistiken.

# 5a. Inventeringsenkäten

---

# Inventering av nyckeltal som används idag

- Utifrån arbetsgruppens första mötesdiskussioner togs en Excel-enkät fram för **inventering av befintliga nyckeltal** som används i kommunerna.
- Inventeringen omfattade **nyckeltal inom tre områden**:
  - 1) Kommunal hälso- och sjukvård
  - 2) Äldreomsorg
  - 3) Övriga verksamheter som påverkas av omställningen till en mer nära vård och omsorg.
- Dessutom inventerades **användning av nationella kvalitetsregister**.
- Efter arbetsgruppens andra möte kompletterades enkäten med en kolumn för **prioritering av varje nyckeltal som indikator på god och nära vård** (låg, medel, hög). Endast tre kommuner fyllde i enkäten, men resultatet diskuterades med alla medverkande kommuner under de två sista arbetsgruppsmötena.



# Enkäter för att mäta tre nyckeltal

Tre statistikenkäter skickades ut på försök till deltagande kommuner, utifrån tre nyckeltal beskrivna i förstudien (Larsen & Ljung, 2020). Vi ville kartlägga:

1. Antal delegerade insatser (exempel från Härryda).
2. Antal timmar producerad hälso- och sjukvård (exempel från Härryda).
3. Antal insatser och tidsåtgång per inskriva i kommunal hälso- och sjukvård (exempel från SDF Askim-Frölunda-Högsbo).

Enkäterna gav dock inga jämförbara uppgifter.

**Mått 1:** Vissa uppgifter erhöles men utan jämförbarhet trots försök med reviderad enkät. Det visade sig att Härrydas uppgifter, som försöket byggde på, var osäkra. Vad gäller antal delegerade insatser skulle uppgifterna kunna kopplas ihop med antal utförda insatser av legitimerad personal (KVÅ-registret), för att få fram en komplett bild av vad som utförs av KHSV.

**Mått 2 och 3:** Ingen kommun kunde lämna uppgifter på timmar producerad hälso- och sjukvård. Partille och Härryda har gjort en 14-dagarsmätning av vårdtyngd via företaget Ensolution, statistik som möjligen skulle kunna användas som underlag för regional analys.

# Delegerade insatser: Vad har vi att bygga på?

- **Lilla Edet:** Kan få fram antal delegerade insatser per insatstyp.
- **Partille:** Kan få fram både antal insatser och antal unika personer med delegerade insatser, och nedbrutet på...
  - insatstyp
  - verksamhet...och kan jämföra detta med ”SSK-insatser” (baseras på Ensolution-mätning en 14-dagars-period där insatserna registrerats per dag, dvs. flera insatser av samma typ till en och samma patient registreras bara en gång).
- **Mölnadal:** Ska börja mäta med nytt system.
- **Lerum:** Kan inom SÄBO och vissa LSS-boenden få fram antal utförda och icke utförda delegerade insatser (även om de utfördes inom rätt tidsgräns).
  - inom ordinärt boende och övrig LSS används manuella signeringslistor.
- **Härryda:** Osäkra på både definitioner och kvalitet i tidigare sammanställd statistik
  - kan inte användas.
- **Generellt:** Det finns bättre data från SÄBO över delegerade insatser men ordinärt boende är också intressant att följa ur nära vårdperspektiv – dvs. allt bör omfattas av en sammanställning men redovisas separat.

# Nyckeltal som används inom KHSV enligt arbetsgruppen

	Antal kommuner	
<b>Patienters delaktighet, nöjdhet, trygghet</b>		
Vårdpersonals följsamhet till ordinationer av leg. rehab-personal	8	
Kvalitetsindikatorer i palliativa registret	8	
<b>Vårdkvalitet och patientsäkerhet</b>		
Antal fall/fallolyckor	8	
Avvikelser och allvarliga vårdskador (lex Maria)	8	
Följsamhet till basala hygienrutiner	6	
Patientsäkerhetsberättelsen: mål, mått, nyckeltal	6	
<b>Tillgängliga resurser och kompetens</b>		
Kostnader för kommunal hälso- och sjukvård	4	
<b>Vårdmängd och vårdtyngd</b>		
KVÅ-koder till Socialstyrelsen	4	
<b>Samverkan</b>		
Antal avvikelser i samverkan	6	
<b>Övriga relevanta nyckeltal</b>		
Betaldagar - utskrivning efter slutenvård	5	

*Detta är inte samtliga nyckeltal som används, utan en bild över vad de som medverkade i arbetsgruppen kände till och som de ansåg var relevanta nyckeltal för att följa god och nära vård och omsorg i kommunerna.*

*De nyckeltal som fyra eller fler av de deltagande kommunerna använder finns med på listan. Observera att det är möjligt att de som besvarade enkäten inte känner till alla nyckeltal som används i kommunen.*

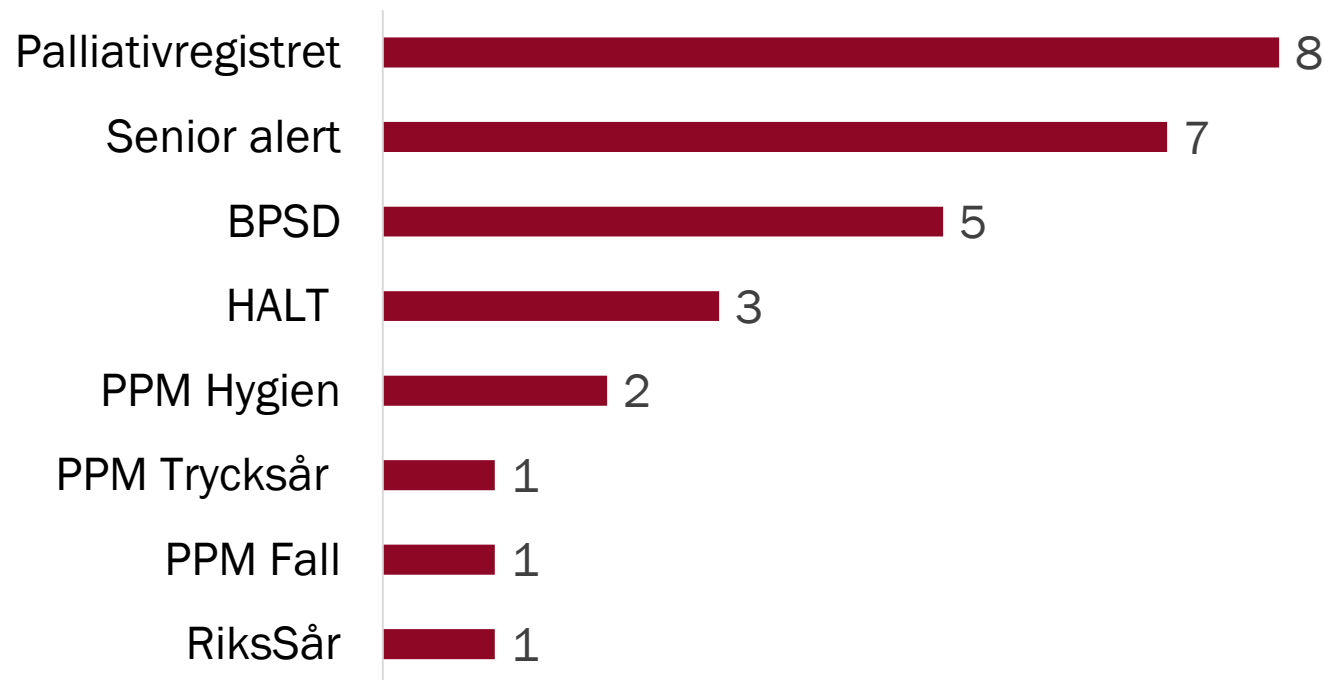
# Nyckeltal inom äldreomsorg och övriga verksamheter

- Få kommuner återkom med en lista över de nyckeltal som används inom äldreomsorgen och övriga verksamheter.
- De nyckeltal som listades var framför allt de som följs upp nationellt.



# Användning av nationella kvalitetsregister

Representanter från åtta kommuner svarade. Nedan framgår hur många av dem som använder de olika registren. Det är möjligt att de som svarade inte kände till alla register som används i kommunen. Data från BPSD-registret visar t.ex. att 289 av 290 kommuner registrerar uppgifter.



# Arbetsgruppens reflektioner kring statistikarbetet

- Det var svårare att få fram statistik än förutsett. Något som borde vara enkelt tar mycket tid och energi.
- Det har varit **svårt att identifiera vem som ansvarar för statistikinhämtning, bearbetning och kvalitetssäkring** av data i kommunerna ("informationen ramlar in i systemen och går vidare"). Det behövs ett ansvarsfullt ägarskap.
- **Olika verksamhetssystem i kommunerna** försvårar överblick och jämförbarhet.
- Det är svårt att undersöka hur (och om) **statistiken används i kommunerna**. Det finns en hel del statistik men den verkar inte uppenbart användas som underlag för utvecklingsarbete, i alla fall inte systematiskt.
- Det är lätt att förstå de utmaningar som beskrivits tidigare när det gäller att fånga något så stort och brett som "nära vård" (se t.ex. Socialstyrelsen, 2020a och SKR, 2019). **Mycket av det som är viktigt är svårt att mäta.**

# 5b. Insatser i kommunal hälso- och sjukvård

# Socialstyrelsen ansvarar för register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård

- Registret innehåller uppgifter om alla personer som fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. **Registret omfattar omkring 400 000 personer per år.**
- **Fram till och med 2018 innehåller registret enbart uppgifter om personer som fått någon insats** inom den kommunala hälso- och sjukvården, uppdelat per kalendermånad.
- **Från och med 2019 kompletteras registret med uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal.** Åtgärderna ska vara klassificerade på den mest detaljerade nivån i Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ. Dessutom lämnar kommunerna uppgift om vilket datum åtgärden utfördes samt vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört åtgärden.
- **Från och med 2019 är kommunerna skyldiga att lämnas alla uppgifter till registret månadsvis.**

Källa: Socialstyrelsen (2021b)



# Antal inskrivna patienter i kommunal hälso- och sjukvård i Göteborgsregionen åren 2013–2019

- Röd text innebär att det finns osäkerhet kring datan.
- Göteborg misstänker att antal redovisade patienter år 2016 är för lågt, men har inte kunnat få fram korrekta uppgifter.
- Partille misstänker att byte av rapporteringsmodell kan ligga bakom förändringen mellan 2014 och 2015.
- ”Partiellt bortfall” för enskild månad/månader 2019 bidrar till underskattningar (gäller Ale, Härryda och Mölndal). Kontrollräkning av uppgifter för t.ex. Mölndal 2019 visar på 1 736 inskrivna (istället för uppgivna 1 427).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Ale</b>	1 352	1 350	790	817	817	798	793
Alingsås	1 410	1 432	1 449	1 490	1 481	1 381	1 363
<b>Göteborg</b>	15 128	15 129	14 919	12 649	15 513	15 078	15 095
<b>Härryda</b>	868	878	867	865	877	944	691
Kungsbacka	2 216	2 286	2 342	2 266	2 448	2 632	2 563
<b>Kungälv</b>	2 412	2 223	1 432	1 296	1 275	1 279	1 206
Lerum	954	1 016	1 110	1 074	1 081	1 056	899
Lilla Edet	389	424	417	383	378	375	381
<b>Mölndal</b>	1 518	1 575	1 604	1 583	1 612	1 714	1 427
<b>Partille</b>	1 432	1 288	737	845	953	744	837
Stenungsund	827	786	681	648	648	697	722
<b>Tjörn</b>	499	507	533	531	540	598	191
Öckerö	448	442	412	423	411	461	462
HELA GR	29 453	29 336	27 293	24 870	28 034	27 757	26 630
VG län	58 034	57 663	54 602	51 682	55 004	54 758	51 487
Riket	368 112	381 510	390 689	391 870	402 670	409 481	363 709

Källa: Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

# Arbetsgruppens analys av antal patienter

När arbetsgruppen analyserade data över antal patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård i Göteborgsregionen konstaterade de att uppgifter för flera år och kommuner sannolikt inte stämmer. Redovisade antal är i flera fall för låga. Mölndal upptäckte till exempel att uppgifter för patienter som bodde på privata äldreboenden år 2019 inte räknats med.

## Olika tolkningar och journalsystem

Arbetsgruppen misstänker att kommunerna gör olika tolkningar av när patienter är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården och vilka uppgifter som därmed rapporteras till Socialstyrelsen, exempelvis när det gäller dagverksamheter och LSS. Skillnader i hur man

för statistik kan också bero på att man använder olika journalsystem och när man öppnar en journal för en patient.

## Reell minskning och hårdare bedömningar

Även om det finns bortfall i statistiken tror arbetsgruppen att det kan ha skett en reell minskning av antalet patienter som får insatser från kommunal hälso- och sjukvård de senaste åren. Fler närsjukvårdsteam och mobila team kan ha förhindrat att patienter behöver skrivas in i kommunal hälso- och sjukvård efter sjukhusvistelse. Gruppen tror också att det görs hårdare bedömningar idag av vilka som faktiskt skrivs in. Vårdtyngden bedöms ha ökat för de som är inskrivna, vilket gör att färre patienter kan tas om hand med samma bemanning.

# De tio vanligaste insatserna utförda av legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård 2019 i Göteborgsregionen\*

\* Data omfattar 9 302 patienter. Uppgifter saknas för Göteborg, Kungälv, Partille och Tjörn som inte rapporterat KVÅ-koder till Socialstyrelsen.

GA025 Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel (exklusive rullstol)	9 785
XS008 Konferens om patient	9 598
DV046 Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos	8 223
AV034 Provtagning UNS	7 166
XS007 Konferens med patient	5 935
DT019 Läkemedelstillförsel, peroral	5 653
PT002 Bedömning av hjälpmedelsbehov	5 532
DT026 Ordination av läkemedel	5 427
QH008 Sårvård	4 982
XS011 Information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten	4 839
PB009 Bedömning av smärta	4 674
PH001 Bedömning av huden	4 395

Källa: Statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ).

# Arbetsgruppens analys av de tio vanligaste insatserna

## Brister i statistiken

Arbetsgruppen tror att läkemedelsbehandling skulle varit den vanligaste insatsen om delegerade insatser även fanns med i statistiken. De anser att statistik enbart baserad på insatser som görs av legitimerad personal inte ger en rättvis och heltäckande bild av vad som görs i kommunal hälso- och sjukvård. Många insatser delegeras och dessa saknas i statistiken.

Ett annat problem är att insatser som görs flera gånger per dygn bara räknas som en insats under dygnet i statistikdatabasen. Många får exempelvis läkemedel flera gånger per dygn, men det syns inte i statistiken. Flera i arbetsgruppen påpekar att vårdtyngden ökat bland patienter i kommunal hälso- och sjukvård på senare år.

Arbetsgruppen vittnar om att många sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i kommunerna är osäkra på hur de ska registrera KVÅ-koder. Vilka KVÅ-koder som ska användas och hur koderna tolkas förefaller variera såväl inom som mellan kommuner.

## Analysera med försiktighet

Arbetsgruppen noterar flera brister avseende hur KVÅ-koder registrerats för Göteborgsregionens kommuner. Insatser som arbetsgruppen vet att man gör i kommunerna finns i flera fall inte registrerade över huvud taget. Gruppen berättar att det inte är möjligt att registrera vissa KVÅ-koder i alla journalsystem. Analyser av statistiken måste därför än så länge göras med försiktighet.

# Konferens med eller utan patient – mått på delaktighet?

Kommun	Konferens med patient (XS007)	Konferens om patient (XS008)	Antal inskrivna KHSV 2019
Ale	18	19	793
Alingsås	338	674	1363
Härryda	454	661	691
Kungsbacka	882	1624	2563
Lerum	61	157	899
Lilla Edet	195	259	381
Stenungsund	522	616	722
Öckerö	236	336	462

Källa: Statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ), data för 2019.

# Arbetsgruppens reflektioner kring delaktighet baserat på KVÅ-koderna konferens om eller med patient

Arbetsgruppen tror att KVÅ-koden konferens *om* patient sannolikt används för att registrera teammöten och kanske även förberedande kontakter med läkare på vårdcentralen, apotekspersonal, hemtjänsten och anhöriga inför en konferens där patienten deltar.

## **”Vi ska inte prata om patienten utan med patienten”**

Flera anser att om man ska arbeta personcentrerat så ska det vara fler konferenser *med* patient än *om* patient: ”Vi ska inte prata om patienten utan med patienten”. Att följa antal konferenser med patient i relation till konferenser om patient skulle därför kunna vara ett sätt att mäta patientdelaktighet, anser arbetsgruppen.

## **Brister i registreringen**

Det finns dock brister i registreringen av insatser som gör det svårt att tolka resultaten. Mölndal har till exempel inte registrerat en enda konferens med eller om patient under 2019 trots att sådana konferenser genomförs regelbundet. Vissa journalsystem begränsar vilka KVÅ-koder som kan användas. Vårdplanering registreras sannolikt inte alltid som konferens med patient eftersom journalen ofta inte är uppstartad då vårdplaneringen genomförs, tror arbetsgruppen.

## Upprättande av SIP vid utskrivning (AU125)

Kommun	Antal SIP
Alingsås	5
Lilla Edet	18
Stenungsund	8
Öckerö	42

## Upprättande av SIP (AU124)

Kommun	Antal SIP
Ale	12
Alingsås	36
Härryda	6
Kungsbacka	327
Lilla Edet	105
Stenungsund	10
Öckerö	63

Det finns tre KVÅ-koder för registrering av SIP: AW010 Uppföljning av SIP, AU124 Upprättande av SIP samt AU125 Upprättande av SIP vid utskrivning. Inga registreringar av kod AW010 Uppföljning av SIP hade gjorts år 2019 i statistikdatabasen för kommunal hälso- och sjukvård.

Källa: Statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ), data för 2019.

# Arbetsgruppens reflektioner kring SIP

Gruppen anser att SIP i teorin skulle kunna användas som ett mått på delaktighet, men det förutsätter bättre registreringar. Precis som för andra KVÅ-koder finns stora brister i registreringen av SIP som gör det svårt att tolka resultaten. Mölndal har till exempel inte registrerat en enda SIP 2019 trots att sådana upprättats.

En fördjupad analys av patienters upplevelse av delaktighet vid SIP skulle också behöva göras för att undersöka måttets validitet.





# 5c. Svenska Palliativregistret

---

# Dessa nyckeltal mäts i Svenska Palliativregistret

- Smärtskattning under sista levnadsveckan.
- Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan.
- Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel.
- Utan förekomst av trycksår vid dödsfallet.
- Ingen närvarande vid dödsögonblicket.
- Brytpunktssamtal.
- Munhälsobedömningar.

## Arbetsgruppens reflektioner

Arbetsgruppen anser att det är viktigt att följa alla indikatorer som finns i Svenska Palliativregistret som mått på god och nära vård och omsorg. Om någon eller några väljs bort skickar det en signal att dessa bedöms vara mindre viktiga.

Gruppen anser att smärtskattning säger något om hur man arbetar proaktivt men också hur samverkan med läkare fungerar, som ju är den som ordinerar smärtstillande läkemedel.

## Statistik från Svenska Palliativregistret

I rapportens bilaga kan man ta del av resultat från Svenska Palliativregistret för Göteborgsregionens kommuner.

# 6. Förslag på nyckeltal

---

# Förslagen bygger på följande underlag

- Förstudien (Larsen & Ljung, 2020).
- Resultatet från inventeringsenkäten.
- Presentationer och diskussioner i arbetsgruppen.
- Analys av nationella data från Socialstyrelsen (exempelvis Öppna jämförelser och KVÅ-statistik).
- Analys av nyckeltal från nationella kvalitetsregister.
- Rapporter från Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner, Västra Götalandsregionen och Myndigheten för vårdanalys kring uppföljning av omställningen till god och nära vård.

# Prioriterade områden att följa avseende god och nära vård och omsorg i kommunerna enligt arbetsgruppen

- Patientens delaktighet och trygghet.
- Patientsäkerhet och vårdkvalitet.
- Resurser och kompetens.
- Samverkan.
- Vårdtyngd.
- Hälsöfrämjande och förebyggande insatser.
- Kostnader.

I detta kapitel redovisar vi förslag på nyckeltal som skall kunna användas för att följa upp omställningen till god och nära vård och omsorg i kommunerna.

## Nya och befintliga nyckeltal

En del av dessa nyckeltal finns redan tillgängliga, exempelvis genom Öppna jämförelser, nationella kvalitetsregister och olika databaser. Andra behöver tas fram av varje kommun. Några nyckeltal som vi föreslår finns inte alls idag. Där behöver helt ny data tas fram.

# Patientens delaktighet och trygghet

## Nyckeltal som följs upp nationellt

- KVÅ: Konferens med patient.
- KVÅ: Upprättande av SIP.

## Data från nationella kvalitetsregister

- Nyckeltal från Palliativregistret.

## Nyckeltal framtagna av kommunerna

- Mätningar av delaktighet genom journalgranskningar.
- Andel patienter som ansett sig vara delaktig baserat på kommunernas egna uppföljningar.

## Förslag på nya nyckeltal

- Enkät till patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård (kan bygga på den som görs inom äldreomsorgen). Diskussioner om detta förs även nationellt. FoU i Väst prövar och utvärderar enkät i studie under 2021.
- Personalkontinuitet inom kommunal hälso- och sjukvård, antal personal som en patient möter under 14 dagar, medelvärde (kan utformas som den inom äldreomsorgen)

# Arbetsgruppens reflektioner

## Enkät till patienter

Kungsbacka skickar sedan flera år tillbaka ut en årlig, egen enkät riktad till patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Enkäten bygger på frågorna i den nationella enkäten "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?". Fokus ligger på att mäta upplevd delaktighet. FoU i Väst testar och utvärderar en enkät till denna patientgrupp under 2021.

## Viktigt att anhöriga kommer till tals

Arbetsgruppen anser att det är viktigt att anhöriga får komma till tals om man ska mäta delaktighet eftersom många patienter i kommunal hälso- och sjukvård inte kan svara på enkäter själva och för att anhöriga ofta har en tung roll i sin närståendes vård och därför behöver synliggöras.

## Patientens delaktighet undersöks på olika sätt

Några av Göteborgsregionens kommuner har undersökt patientens delaktighet genom analyser av journalanteckningar. Andra har gjort egna uppföljningar av patientens delaktighet via intervjuer eller uppföljning av vårdplaner. Resultaten kan vara svåra att jämföra mellan olika kommuner då de görs på olika sätt. De ger värdefull information men är tidsödande.

## Olika efterlevnadsenkäter

Många kommuner använder nu egna efterlevnadsenkäter istället för den som finns i Svenska Palliativregistret. Arbetsgruppen anser att det är viktigt att kommunerna använder samma verktyg så data blir jämförbara mellan kommunerna.

# Arbetsgruppens reflektioner

Arbetsgruppen anser att KVÅ-koderna "konferens med patient" liksom "antal upprättade SIP" skulle kunna användas som nyckeltal för att mäta patientens delaktighet.

I dagsläget är dock kvaliteten på data i Socialstyrelsens Statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ) så bristfällig att det inte går att dra tillförlitliga slutsatser från den. Flera GR-kommuner redovisar inte data till registret alls och övriga kommuners inrapportering är inte tillförlitlig. Dessutom ingår inte privata vårdgivare i statistiken.





# Patientsäkerhet och vårdkvalitet

## Nyckeltal som följs upp nationellt

- Socialstyrelsens 20 kvalitetsindikatorer för den kommunala hälso- och sjukvården.

## Data från nationella kvalitetsregister

- Nyckeltal från Senior Alert rörande trycksår, undernäring, fall och munhälsa.

## Nyckeltal framtagna av kommunerna

- Patientsäkerhetsberättelser.
- Avvikelse rapporter och allvarliga vårdskador (Lex Maria).
- Antal läkemedelsgenomgångar.

## Förslag på nya nyckeltal

- Läkarmedverkan i kommunen.
- Omsorgspersonalens följsamhet till ordinationer av legitimerad personal samt deras säkerställande av följsamhet.

# Arbetsgruppens reflektioner

## Öppna jämförelser

Arbetsgruppen poängterar att Socialstyrelsens Öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård pekar på förutsättningar för kvalitet, men är inte direkta mått på kvalitet. I Öppna jämförelser finns indikatorn *Information om SIP* med som ett mått. Arbetsgruppen är tveksam till om det är ett bra mått på delaktighet ur ett kommunalt perspektiv eftersom det är oklart vem som ska informera patienten – kommunen eller regionen?

## Läkemedelsgenomgångar

Arbetsgruppen anser att läkemedelsgenomgångar kan vara ett mått på förutsättningarna för vårdens kvalitet i kommunen. Gruppen poängterar dock att läkemedelsgenomgångar är läkarens ansvar, inte kommunens. Läkemedelsgenomgångar registreras inte som en KVÅ-kod i kommunerna.

## Omsorgspersonalens följsamhet till ordination av legitimerad personal

Arbetsgruppen anser att omsorgspersonalens följsamhet till ordination av legitimerad personal är ett bra kvalitetsmått på god och nära vård och omsorg i kommunerna. Alla kommuner kan i dagsläget inte följa upp detta i sina journalsystem då det förutsätter att kommunen använder sig av digital signering.

## Läkarmedverkan

Arbetsgruppen är enig om att patientsäkerheten och vårdkvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård påverkas av hur läkarmedverkan ser ut i kommunen. Gruppen ser gärna att detta mäts på något sätt, men tror inte att sådan statistik är möjlig att få fram idag. Kanske kan kvalitativa redogörelser användas istället?

# Arbetsgruppens reflektioner

## Senior Alert och andra nationella kvalitetsregister

Arbetsgruppen anser att kommunerna blivit allt duktigare på att registrera data i Senior Alert och andra nationella kvalitetsregister. Däremot är man inte lika duktiga på att dokumentera dessa uppgifter i journalen, exempelvis trycksår och insatser för att förebygga fall. Kommunerna behöver också bli bättre på att använda data från registren som underlag för kvalitetsutveckling.

## Viktigt att följa alla vårdskador

Flera i arbetsgruppen anser att det är viktigt att följa alla vårdskador, inte bara allvarliga, om man ska uppnå en god och nära vård och omsorg. Men här finns brister i hur man rapporterar i kommunerna. Regionerna har kommit längre i sitt arbete på området, menar arbetsgruppen.

# Resurser och kompetens

## Nyckeltal som följs upp nationellt

- Antal sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, arbetsterapeuter och fysioterapeuter (årsarbetare) anställda i kommunal hälso- och sjukvård.
- Antal patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård i relation till antal sjuksköterskor (årsarbetare).

## Nyckeltal framtagna av kommunerna

- Väntetider, till exempel från det att en utredning initierats eller en insats beviljats tills dess att insatsen utförts första gången.

## Förslag på nya nyckeltal

- Antal årsarbetande sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter etc. i kommunerna i relation till antal invånare (65+ alt 80+) och i förhållande till antal inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.
- Kompetens/specialistutbildning hos läkare.
- Andel undersköterskor i förhållande till totalt antal anställda inom vård- och omsorg.
- Antal sjuksköterskor och undersköterskor med specialistkompetens, eventuellt i relation till antal inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.

# Arbetsgruppens reflektioner

## Sjuk- och undersköterskornas utbildning

Flera i arbetsgruppen anser att det är viktigt att följa antal specialistutbildade sjuksköterskor anställda i kommunen eftersom det är något man strävar efter politiskt i omställningen till en god och nära vård. Av samma anledning är det också viktigt att följa antal utbildade undersköterskor samt även antal undersköterskor med vidareutbildning inom exempelvis demens eller välfärdsteknologi.

## Läkarnas kompetens

Arbetsgruppen anser också att det är relevant att följa vilken kompetens de läkare har som arbetar mot kommunens hälso- och sjukvård. Är de specialister i allmänmedicin eller geriatrik? Eller är det läkare under utbildning? Det har betydelse för vårdens kvalitet.

## Fel i registret rörande antal insatser

I projektet har vi konstaterat att det finns fel i registret över antal insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Flera av Göteborgsregionens kommuner har av olika skäl rapporterat in för få inskrivna patienter. För att kunna använda data från registret som grund för analys och utvecklingsarbete är det naturligtvis viktigt att den är korrekt.

# Samverkan

## Nyckeltal som följs upp nationellt

- Oplanerade återinskrivningar på sjukhus.
- Konferens utan patient (KVÅ).

## Nyckeltal framtagna av kommunerna

- Antal avvikelser i samverkan (och möjligtvis även en analys av vad det rör sig om för slags avvikelse).

Inga nya nyckeltal föreslogs kring samverkan

# Vårdmängd och vårdtyngd

## Nyckeltal som följs upp nationellt

- antal insatser utförda av legitimerad personal (KVÅ).

## Nyckeltal framtagna av kommunerna

- För att mäta vårdtyngd tror gruppen också att en särskild punktprevalensmätning skulle behöva genomföras under en vecka varje år i kommunerna med en gemensam metodik. Några kommuner gör det idag via företaget Ensolution.

## Förslag på nya nyckeltal

- Insatser av legitimerad personal + utförda på delegation.
- Antal timmar producerad hälso- och sjukvård.
- Antal insatser och tidsåtgången för att utföra dessa per patient inskriven i kommunal hälso- och sjukvård.

# Arbetsgruppens reflektioner

## Metod för att mäta vårdtyngd

Arbetsgruppen berättar att företaget Ensolution har en utarbetad metod för att mäta vårdtyngd. Några av Göteborgsregionens kommuner använder detta verktyg. Flera i arbetsgruppen tycker det skulle vara bra om alla medlemskommunerna använde samma verktyg så att jämförelser kan göras såväl över tid som mellan kommunerna.

## Svårigheter förknippade med att mäta vårdtyngd

Arbetsgruppen menar att det är ett problem att mäta vårdtyngd i kommunerna eftersom det inte finns något register över vilka diagnoser som patienterna har som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Det är regionen som registrerar så kallade ICD-koder. Det går inte att registrera ICD-koder i kommunernas journalsystem. Sjuksköterskorna ställer inte diagnos, men beskriver diagnoser i löptext i journalen utifrån information från ansvarig läkare. Arbetsgruppen anser att man behöver analysera ICD-, ICF- och KVÅ-koder ihop för att få en helhetsbild av vårdtyngden för patienterna. Det är dock inte möjligt idag.



# Hälsofrämjande och förbyggande insatser

## Nyckeltal som följs upp nationellt – ÖJ Folkhälsa

- Antal slutenvårdstillfällen p.g.a. fallskador bland personer 65+, antal/100 000 invånare.
- Antal slutenvårdstillfällen p.g.a. fallskador bland personer 80+, antal/100 000 invånare.
- Medellivslängd.
- Invånare med bra självskattat hälsotillstånd.
- Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – besväras av ensamhet, andel (%).

## Data från nationella kvalitetsregister

- Antal riskbedömningar som görs och rapporteras i Senior Alert.

## Förslag på nya nyckeltal

Flera nyckeltal i Öppna jämförelser Folkhälsa gäller endast personer upp till 74 år. Det skulle behövas liknande undersökning för de som är 75 år och äldre för att kunna följa de som har kommunal hälso- och sjukvård och insatser från äldreomsorgen.

# Kostnader

## Nyckeltal som följs upp nationellt

- Kostnad för äldreomsorg (inkluderar både insatser enligt SoL och HSL).

## Nyckeltal framtagna av kommunerna

- Kostnader för kommunal hälso- och sjukvård.
- Kostnad per patient.
- Betaldagar – utskrivning efter slutenvård

## Förslag på nya nyckeltal

Kostnader för kommunal hälso- och sjukvård i relation till invånarantal (totalt samt i relation till antal invånare 65+ alternativt 80+) och i relation till antal inskrivna patienter i kommunen.

# Arbetsgruppens reflektioner

För att följa den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling i Göteborgsregionens kommuner behöver data idag inhämtas från varje kommun separat. Dessa uppgifter går inte att få fram från något nationellt register.

Många kommuner har bytt såväl ekonomisystem som budgetmodell de senaste åren vilket gör det svårt både att få fram data och att göra jämförelser mellan åren. Dessutom inkluderar kommunerna delvis olika poster i den kommunala hälso- och sjukvårdsbudgeten vilket försvårar jämförelser mellan kommuner. Ibland ingår exempelvis kostnader för delegerade arbetsuppgifter och insatser som utförs av privata utförare, ibland inte.



# 7. Övergripande reflektioner och slutsatser från projektet

# Lärdomar och reflektioner

- Det är viktigt att kunna följa den vård och omsorg som bedrivs i kommunerna generellt, inte bara omställningen till god och nära vård.
- I uppföljningen av omställningen till god och nära vård finns en **risk att fokus hamnar på organisatoriska, produktionsrelaterade indikatorer**, exempelvis antal slutenvårdstillfällen, antal patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård samt slutenvårdsplatser som upptas av utskrivningsklara patienter. Mer kunskap behövs om patienternas upplevelser samt huruvida vården som ges utanför sjukhuset är patientsäker och håller god kvalitet.
- Statistik från nationella register används sällan som grund för utvecklingsarbete lokalt. Det vore angeläget att i större utsträckning använda redan insamlad data för verksamheternas utvecklingsarbete.
- En systematisk och regionalt jämförbar uppföljning försvåras genom att det inom kommunerna är **oklart vem som ansvarar för statistikinhämtning och bearbetning**.
- Det är viktigt att känna till ”spegelmått” för regionen. **Kommunens och regionens insatser behöver läggas ihop för att få den totala bilden av god och nära vård och omsorg.**

# Lärdomar och reflektioner

- **Uppgifter tycks i många fall behöva kvalitetsgranskas**, även de som skickas till Socialstyrelsen och andra nationella register (till exempel den statistik som redovisas till registret för kommunal hälso- och sjukvård). Bortfall bidrar till kvalitetsbrister.
- **Nyckeltal som kommunerna har tagit fram själva är sällan jämförbara mellan kommuner.** Om jämförbarhet ska uppnås måste ett omfattande arbete göras med att enas om gemensamma definitioner.
- **Idag lägger varje kommun mycket tid på att definiera egna nyckeltal och ta fram data.** Det finns ett behov av att samordna detta över kommungränserna. Sådan samordning skulle kunna leda till såväl ökad jämförbarhet mellan kommunerna som tidsvinster i kommunernas arbete relaterat till uppföljning.
- **Det är inte bara hälso- och sjukvården i kommunerna som påverkas av omställningen till en god och nära vård** utan även socialtjänstens verksamheter så som äldreomsorg, missbruksvård och funktionshinderområdet. Även elevhälsan och anhöriginsatser berörs. Uppföljningar och analyser av kommunernas resultat kan därför inte avgränsas till den kommunala hälso- och sjukvården.



## 8. Nyckeltal för övriga områden som berörs av omställningen till nära vård

# Övriga verksamhetsområden i kommunerna som berörs av omställningen

- Äldreomsorg.
- Socialpsykiatri.
- LSS.
- Missbruk- och beroendevård.
- Ekonomiskt bistånd.
- Social barn- och ungdomsvård.
- Elevhälsa.
- I inventeringsenkäten var det få kommuner som listade att nyckeltal inom dessa områden användes och upplevdes som relevanta för att följa omställningen till god och nära vård och omsorg i kommunerna.
- I Socialstyrelsens Öppna jämförelser finns nyckeltal inom samtliga områden ovan samt folkhälsa, förutom elevhälsa. Däremot finns ett nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ).



# 9. Nästa steg

---

# Nästa steg

- Återkoppling av projektets resultat till socialchefs nätverket i Göteborgsregionen och andra relevanta nätverk.
- Återkoppling till de på Göteborgsregionen som ansvarar för projekt och insatser kring omställningen till god och nära vård.
- Fortsatt dialog med SKR, Socialstyrelsen, Västra Götalandsregionen och VästKom kring uppföljning av omställningen – vad behöver göras gemensamt?
- Beslut i nätverken om hur arbetet ska tas vidare.



# Kontakt

Theresa Larsen, analytiker

Åsa Nilsson, analytiker

Jeanette Olsson, forskare

[theresa.larsen@goteborgsregionen.se](mailto:theresa.larsen@goteborgsregionen.se)

[asa.bf.nilsson@goteborgsregionen.se](mailto:asa.bf.nilsson@goteborgsregionen.se)

[jeanette.olsson@goteborgsregionen.se](mailto:jeanette.olsson@goteborgsregionen.se)

Göteborgsregionen, FoU i Väst

[www.goteborgsregionen.se](http://www.goteborgsregionen.se)

<https://goteborgsregionen.se/naravard>

# Referenser

Larsen, T. & Ljung, M. (2020). Omställningen till nära vård i kommunerna. Förstudie med fokus på GR-kommunerna. Göteborgsregionen, FoU i Väst.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021). Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården.

SKR (2019). Att följa omställningen till Nära vård – mått och indikatorer.

SKR (2020). Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemomställning.

Socialstyrelsen (2021a). Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.

Socialstyrelsen (2021b). Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

# Referenser

Socialstyrelsen (2020a). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – förslag på indikatorer.

Socialstyrelsen (2020b). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.

SOU 2021:6. God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.

SOU 2020:19. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

SOU 2019:29. God och nära vård – Vård i samverkan.

SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.

SOU 2017:53. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild.

# Referenser

SOU 2016:2. Effektiv vård.

VästKom (2021). Kommun och region ökar takten i omställningen mot en god och nära vård med gemensamma styrdokument. Artikel publicerad i nyhetsbrev från VästKom och Vårdsamverkan mars 2021.

# Bilagor

---



# **Bilaga 1**

## **Arbetsgruppens arbete**

---



# Arbetsgruppens arbete

Arbetsgruppen har träffats vid fyra tillfällen under perioden oktober 2020 – februari 2021. Mellan mötena har gruppen gjort en inventering av vilka nyckeltal som används idag i kommunerna för att följa upp den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, men också andra verksamhetsområden som berörs av omställningen till en god och nära vård (exempelvis funktionshinderområdet).

Försök har också gjorts att samla in uppgifter från de deltagande kommunerna om:

- Antal delegerade arbetsuppgifter.
- Antal timmar producerad hälso- och sjukvård.
- Antal insatser per patient inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.

Under projekttiden gjorde FoU i Väst en **specialbeställning av statistik för Göteborgsregionens kommuner från Svenska Palliativregistret.**

Projektgruppen har haft en **dialog med Socialstyrelsen** om eventuella möjligheter för GR-kommunerna att delta i planerat kvalitets- och utvecklingsarbete rörande den nationella statistiken över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.

Projektgruppen har haft en **dialog med representanter för VästKom, Västra Götalandsregionen och kommunförbunden i Västra Götalands län** om samarbete kring uppföljning av den kommande gemensamma strategin för nära vård i länet.

# Arbetsgruppsmöte 20 oktober 2020

(Sju kommuner representerade)

- Arbetsgruppens syfte och övergripande planering samt presentationsrunda.
- Helena Henningson, SKR, presenterade det nationella arbetet kring nära vård och dialogen med Socialstyrelsen kring uppföljning av omställningen.
- Jeanette Olsson, FoU i Väst berättade om värden som styr omställningen till en nära vård. Gruppdiskussion 1: *Hur översätter ni dessa värden för er verksamhet? Andra viktigare värden? Målgrupper?*
- Information om enkät för att inventera vilka nyckeltal som Göteborgsregionens kommuner redan använder för uppföljning.
- Jeanette Olsson och Åsa Nilsson, FoU i Väst, redogjorde för tidigare arbeten på regional och nationell nivå för att följa upp nära vård. Gruppdiskussion 2: *Vad dokumenterar ni i er verksamhet? Vad sammanställer ni? Arbetar ni med resultaten? Vilken typ av andra mått bedömer ni behöver utvecklas? Fångar ni patientperspektivet?*
- Gruppdiskussion 3: *Hur ser förutsättningarna ut för att få fram jämförbara, relevanta mått för att följa god och nära vård i kommunerna?*

# Arbetsgruppsmöte 10 oktober

(Nio kommuner representerade)

- Summering av förra mötet och dokumentationen från gruppdiskussionerna.
- Sammanställning av inventering av nyckeltal samt gemensam diskussion om hur vi går vidare.
- Anna Gröneberg: Kungsbackas förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god och nära vård och omsorg.
- Gemensamma reflektioner på Kungsbackas förslag på indikatorer.
- Sammanställning från inventeringen av Göteborgsregionens kommuners registrering i nationella kvalitetsregister samt gemensam diskussion om vilka kommuner som rapporterar till vilka register och vad som bör sammanställas inom Göteborgsregionen framöver.

# Arbetsgruppsmöte 1 december

(Fyra kommuner representerade)

- Jeanette Andersson, VästKom, presenterade arbetet med den regionala färdplanen för nära vård i Västra Götalands län (numera kallad läns gemensam strategi) samt uppföljning av in- och utskrivningsprocessen från slutenvård.
- Kristina Söderlund berättade om Göteborgs Stads löpande uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården.
- Åsa Nilsson, FoU i Väst, redovisade statistik från Socialstyrelsen över mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Gemensam diskussion kring statistiken och dess tillförlitlighet.
- Jeanette Olsson, FoU i Väst, presenterade resultatet av inventeringen av nyckeltal i Göteborgsregionens kommuner. Gruppdiskussioner kring vilka nyckeltal som är prioriterade att följa.
- Gruppdiskussion kring möjligheterna att följa insatser som utförs av legitimerad personal (KVÅ-koder), delegerade insatser i kommunal hälso- och sjukvård samt vilka mått som kan vara relevanta att följa baserat på data i nationella kvalitetsregister.

# Arbetsgruppsmöte 25 februari 2021

(Sex kommuner representerade)

- Theresa Larsen, FoU i Väst, berättade om andra studier och utvecklingsarbeten kring omställningen till en god och nära vård och omsorg som genomförts eller kommer att genomföras på FoU i Väst och Göteborgsregionen.
- Theresa Larsen presenterade statistik för Göteborgsregionens kommuner från Socialstyrelsens Statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ). Gruppdiskussioner fördes kring resultaten.
- Jeanette Olsson, FoU i Väst, presenterade statistik för Göteborgsregionens kommuner från Svenska Palliativregistret. Gruppdiskussioner fördes kring resultaten.
- Jeanette Olsson, FoU i Väst, presenterade förslag på nyckeltal för att följa god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner baserade på arbetsgruppens tidigare möten. Diskussioner fördes kring förslagen och överenskommelser om vissa justeringar gjordes.

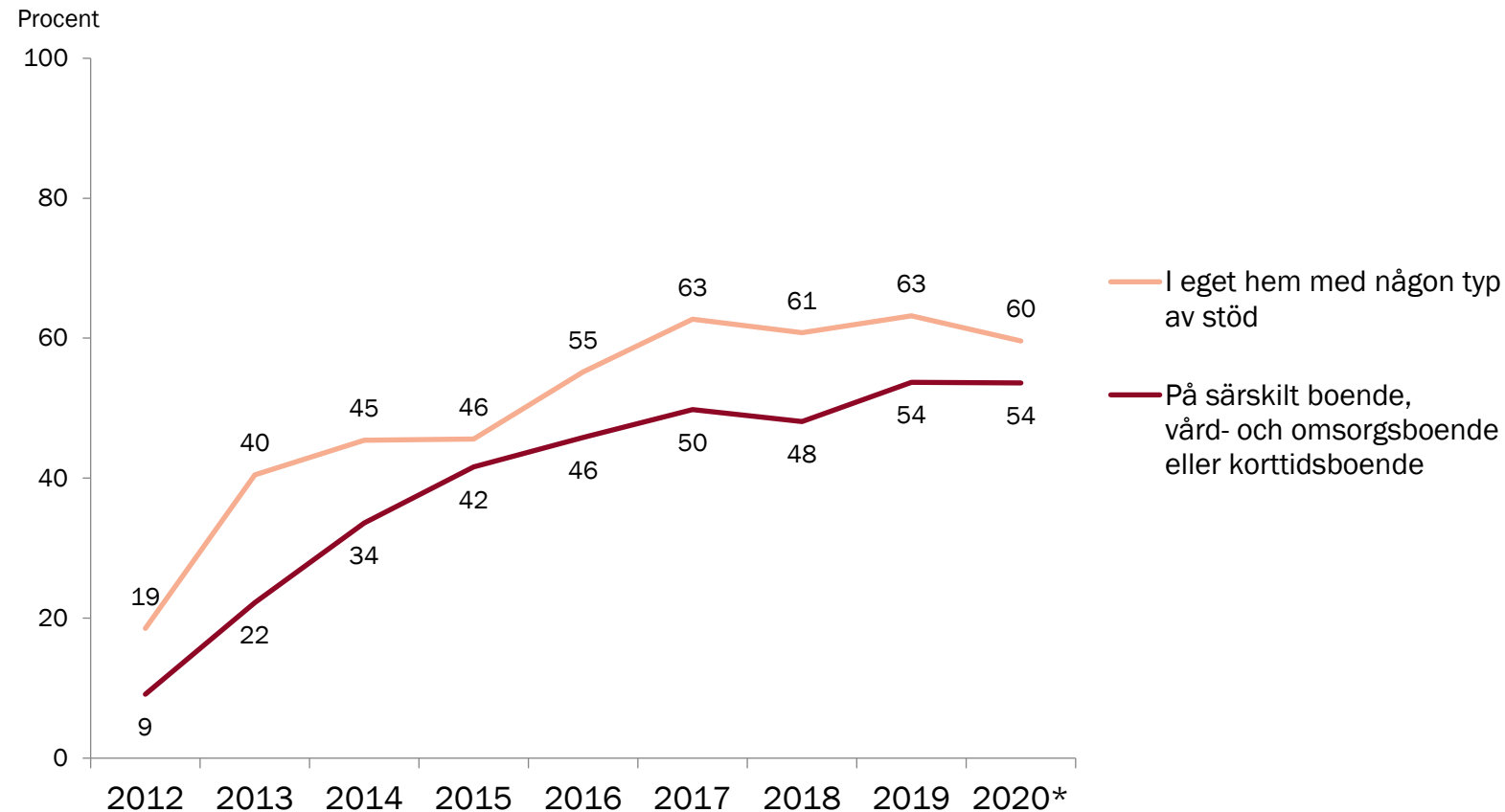


# **Bilaga 2**

## **Statistik från Svenska Palliativregistret**

---

# Smärtskattning under sista levnadsveckan, hela GR, 2012–2020\*



Uppgifterna avser endast väntade dödsfall.

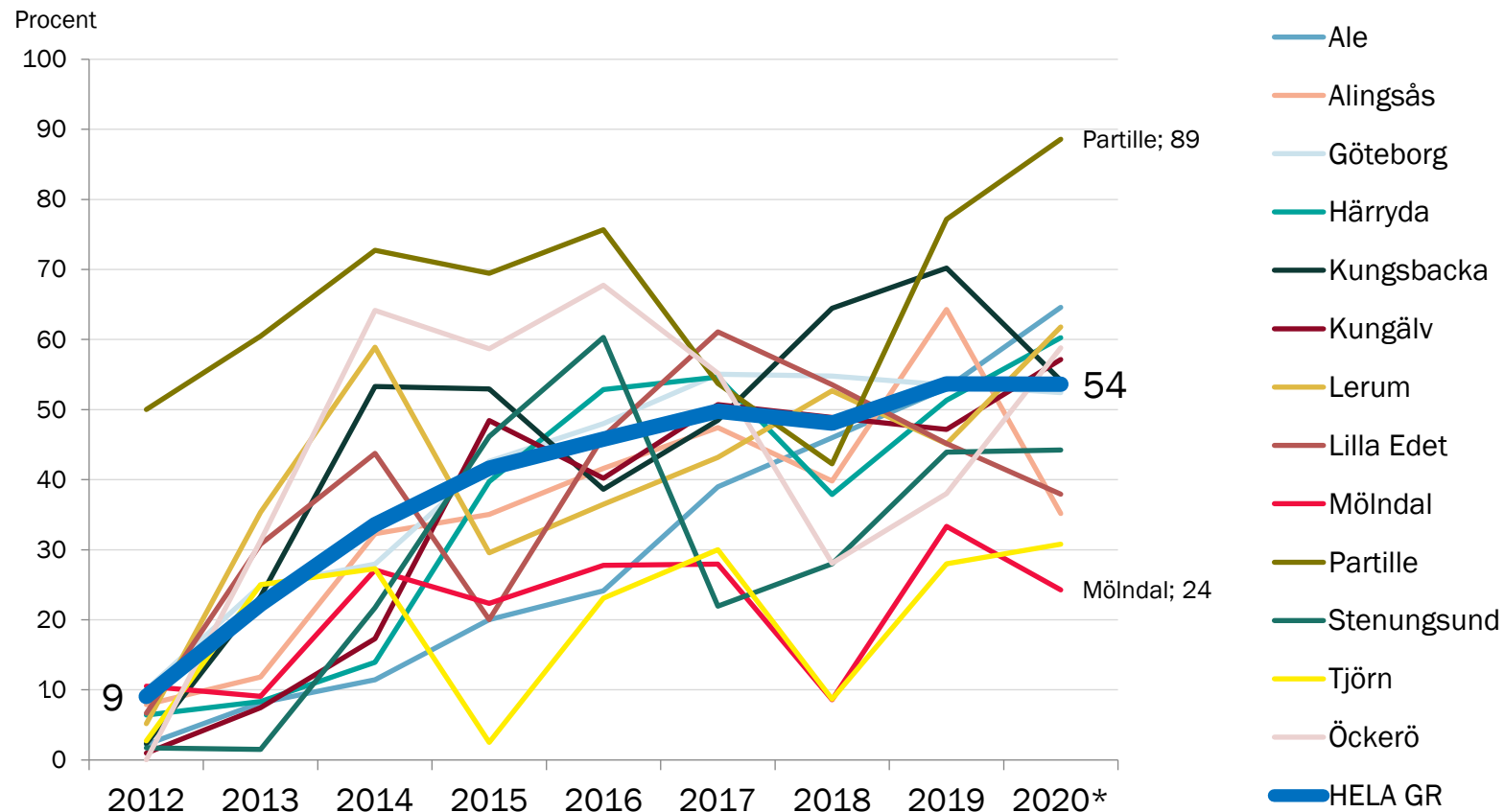
Socialstyrelsens fastställda målnivå är 100 procent.

Dödsfall där "vet ej" registrerats med avseende på smärtskattning ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke smärtskattning (utgör som mest 19,3 respektive 28,6 procent av dödsfallen i en enskild kommun ett enskilt år).

\*OBS: Uppgifter för 2020 är preliminära, baserade på ett ofullständigt antal inrapporterade uppgifter.

Datakälla: Svenska Palliativregistret (uppgifter erhållna 210112). Bearbetningar FoU i Väst, GR.

# Smärtskattning under sista levnadsveckan, på särskilt boende, vård- och omsorgsboende eller korttidsboende, 2012–2020\*



Uppgifterna avser endast väntade dödsfall.

Socialstyrelsens fastställda målnivå är 100 procent.

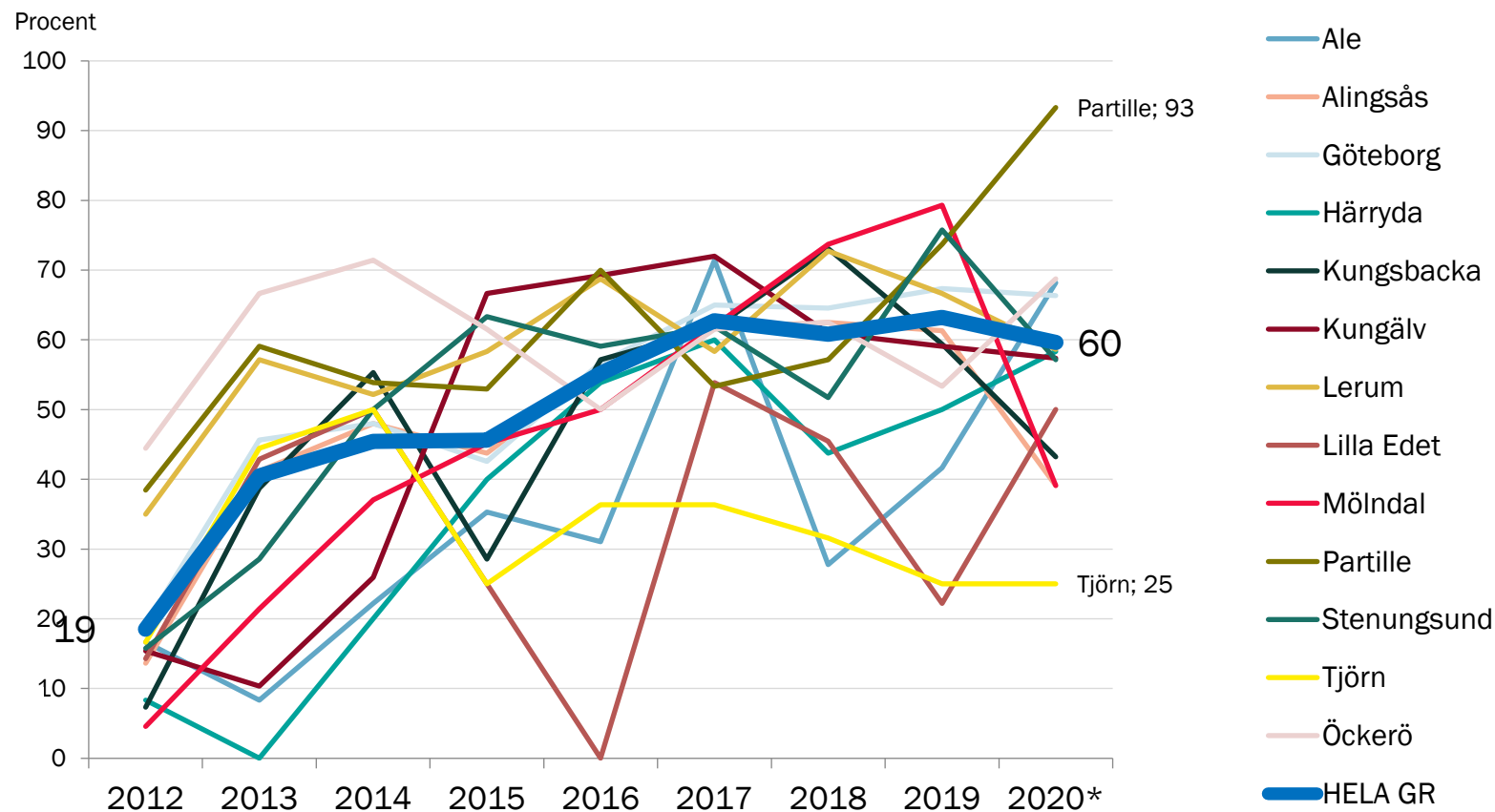
Dödsfall där "vet ej" registrerats med avseende på smärtskattning ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke smärtskattning (utgör som mest 28,6 procent av dödsfallen i en enskild kommun ett enskilt år).

\*OBS: Uppgifter för 2020 är preliminära, baserade på ett preliminärt antal inrapporterade uppgifter.

Datakälla: Svenska Palliativregistret (uppgifter erhållna 210112). Bearbetningar FoU i Väst, GR.



# Smärtskattning under sista levnadsveckan, i eget hem med stöd av hemsjukvård eller hemtjänst, 2012–2020\*



Uppgifterna avser endast väntade dödsfall.

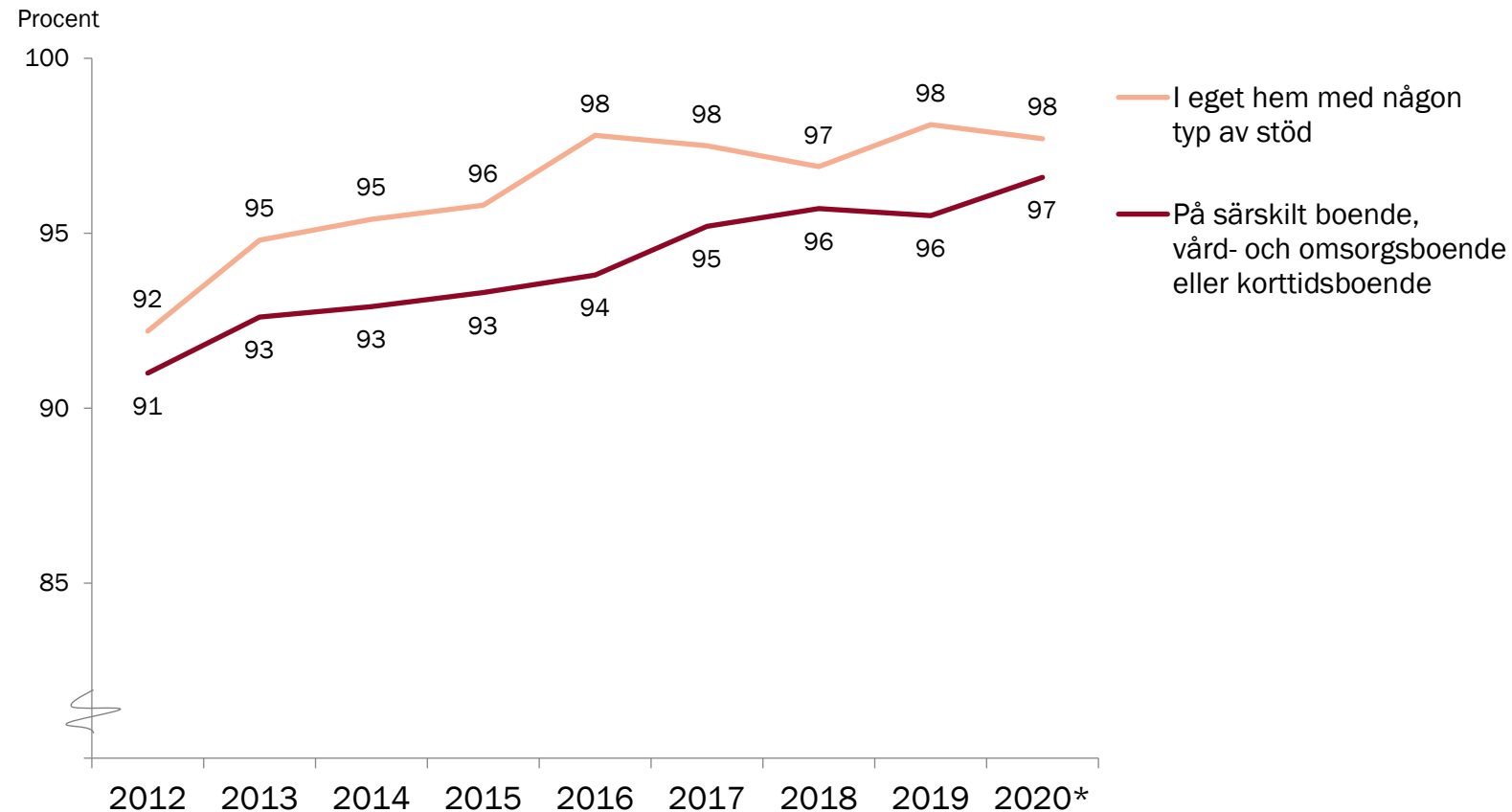
Socialstyrelsens fastställda målnivå är 100 procent.

Dödsfall där "vet ej" registrerats med avseende på smärtskattning ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke smärtskattning (utgör som mest 19,3 procent av dödsfallen i en enskild kommun ett enskilt år).

\*OBS: Uppgifter för 2020 är preliminära, baserade på ett preliminärt antal inrapporterade uppgifter.

Datakälla: Svenska Palliativregistret (uppgifter erhållna 210112). Bearbetningar FoU i Väst, GR.

# Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan, hela GR, 2012–2020\*



Uppgifterna avser endast väntade dödsfall.

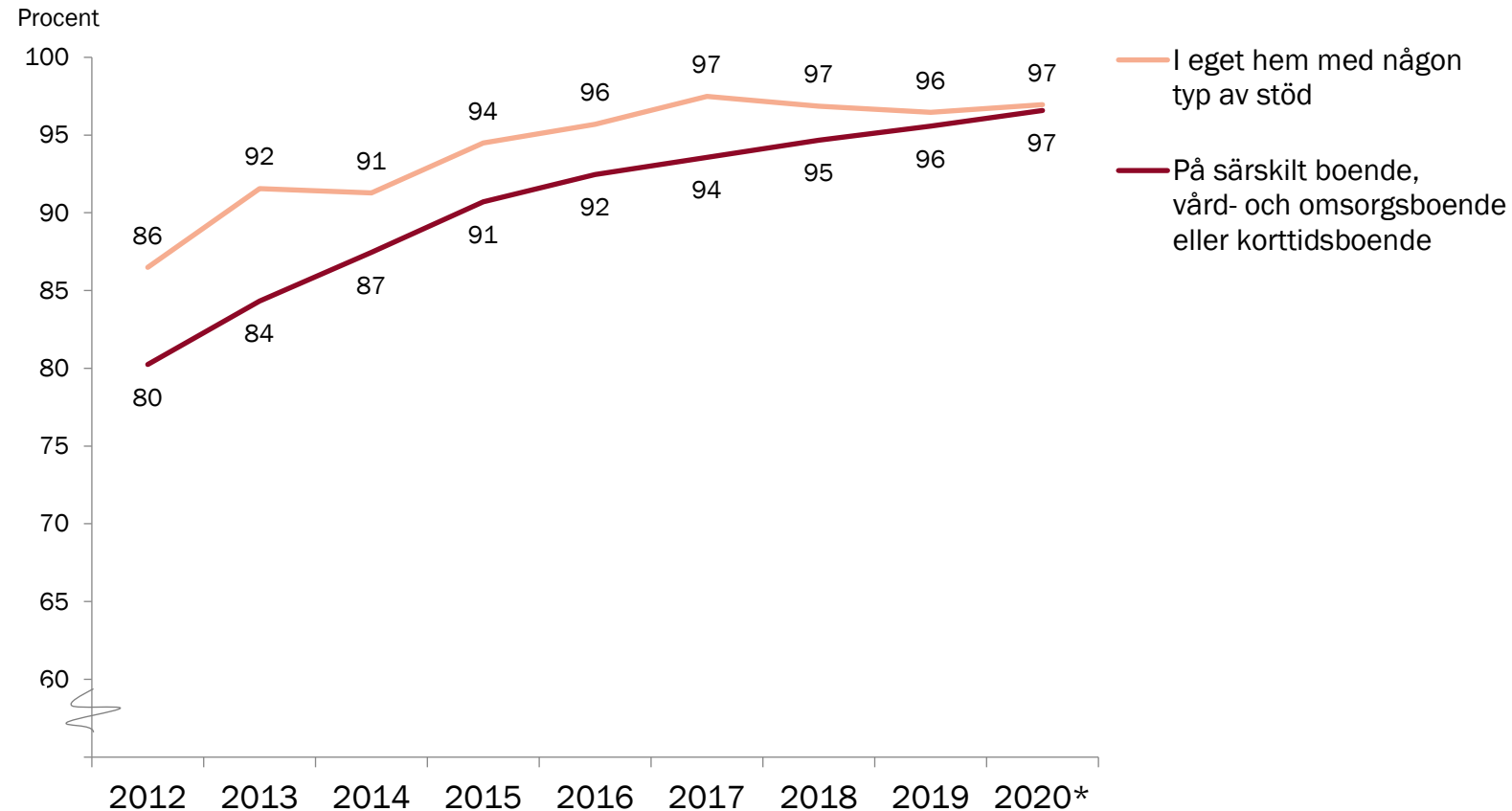
Socialstyrelsens fastställda målnivå är 98 procent eller mer.

Dödsfall där "vet ej" registrerats med avseende på opioidordination ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke ordination (utgör som mest 11,1 respektive 2,2 procent av dödsfallen i en enskild kommun ett enskilt år).

\*OBS: Uppgifter för 2020 är preliminära, baserade på ett preliminärt antal inrapporterade uppgifter.

Datakälla: Svenska Palliativregistret (uppgifter erhållna 210112). Bearbetningar FoU i Väst, GR.

# Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan, hela GR, 2012–2020\*



Uppgifterna avser endast väntade dödsfall.

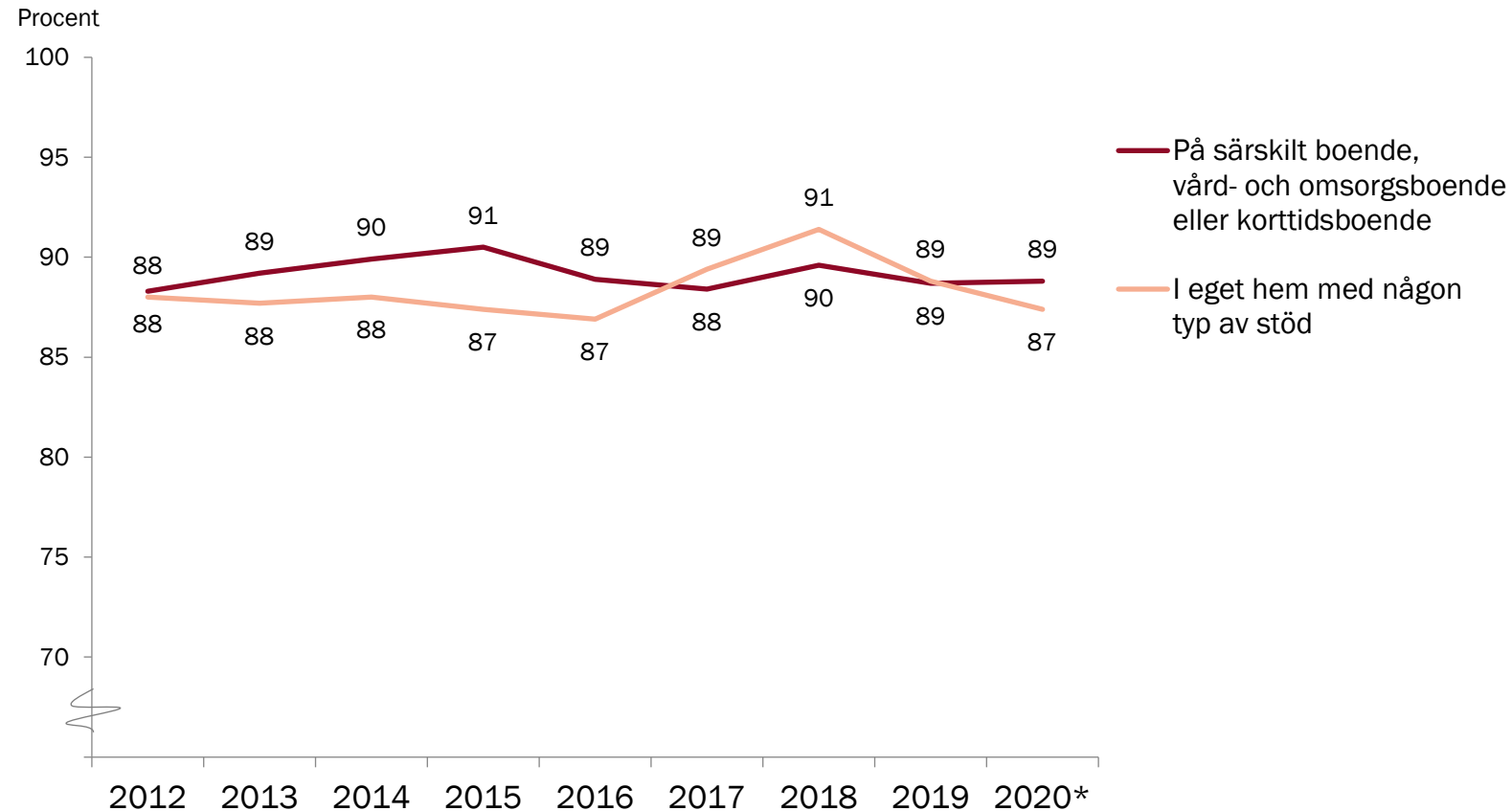
Socialstyrelsens fastställda målnivå är 98 procent eller mer.

Dödsfall där "vet ej" registrerats med avseende på ordination av ångestdämpande läkemedel ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke ordination (utgör som mest 8,3 respektive 2,2 procent av dödsfallen i en enskild kommun ett enskilt år).

\*OBS: Uppgifter för 2020 är preliminära, baserade på ett preliminärt antal inrapporterade uppgifter.

Datakälla: Svenska Palliativregistret (uppgifter erhållna 210112). Bearbetningar FoU i Väst, GR.

# Utan förekomst av trycksår vid dödsfallet, hela GR, 2012–2020\*



Uppgifterna avser endast väntade dödsfall.

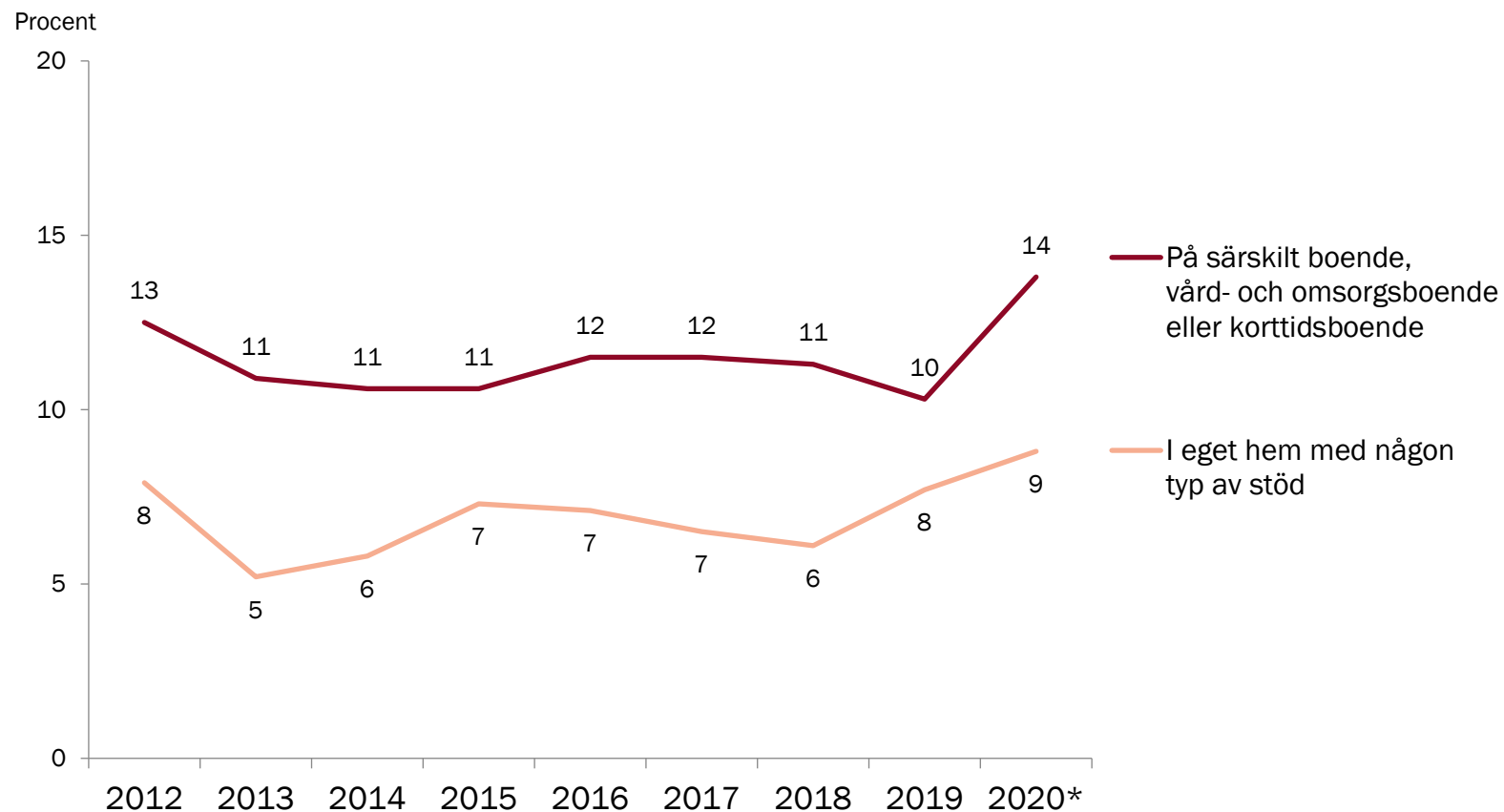
Socialstyrelsens fastställda målnivå är 90 procent eller mer.

Dödsfall där "vet ej" registrerats med avseende på trycksår vid dödsfallet ingår i procentbasen, dvs. räknas *inte* som utan förekomst av trycksår (utgör som mest 4,5 respektive 11,1 procent av dödsfallen i en enskild kommun ett enskilt år).

\*OBS: Uppgifter för 2020 är preliminära, baserade på ett preliminärt antal inrapporterade uppgifter.

Datakälla: Svenska Palliativregistret (uppgifter erhållna 210112). Bearbetningar FoU i Väst, GR.

# Ingen närvarande i samma rum i dödsögonblicket, hela GR, 2012–2020\*



Uppgifterna avser endast väntade dödsfall.

Ingen närvarande innebär att vare sig personal eller närstående närvarande.

Dödsfall där registreringen rörande närvaro är "vet ej" ingår inte i analysen; dessa utgör som mest 7,6 respektive 7,1 procent av fallen för en enskild kommun ett enskilt år.

\*OBS: Uppgifter för 2020 är preliminära, baserade på ett ofullständigt antal inrapporterade uppgifter.

Datakälla: Svenska Palliativregistret (uppgifter erhållna 210112). Bearbetningar FoU i Väst, GR.