

# Utveckling av nyckeltal på god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Theresa Larsen  
Åsa Nilsson  
Rapport 2023





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2023  
FoU i Väst  
Box 5073, 402 22 Göteborg  
[gr@goteborgsregionen.se](mailto:gr@goteborgsregionen.se)  
[www.goteborgsregionen.se](http://www.goteborgsregionen.se)  
Theresa Larsen  
Åsa Nilsson

---

Rapporten har tagits fram av Göteborgsregionen (GR) i samarbete 12 kommuner i Göteborgsregionen (Ale, Alingsås, Göteborg, Härryda, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Partille, Stenungsund, Tjörn och Öckerö).

## Innehållsförteckning

<i>Förord</i> .....	5
<i>Sammanfattning</i> .....	6
<b>1. Inledning</b> .....	9
Omställning till god och nära vård .....	9
Kommuner bedriver också primärvård .....	10
Kommunal primärvård förutsätter samverkan med regionen och socialtjänsten	10
Nationell och regional uppföljning av omställningen till nära vård.....	11
Sveriges kommuner och regioner.....	11
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.....	12
Socialstyrelsen .....	12
Inspektionen för vård och omsorg .....	13
Västra Götalands län.....	14
Nyckeltal som grund för uppföljning och utveckling.....	14
FoU i Västs uppdrag.....	15
Arbetsprocessen .....	16
Överväganden i urvalet av nyckeltal och indikatorer.....	17
Läsanvisning.....	18
<b>2. Patienter i kommunal primärvård</b> .....	20
Brister i registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård .....	21
Underrapportering av antal patienter.....	21
Kvalitetsbrister i inrapporterade KVÅ-koder.....	23
<b>3. Delaktighet och personcentrerad vård</b> .....	26
Att mäta graden av personcentrering .....	26
Patientenkäten .....	27
Personalenkäten.....	31
<b>4. Patientsäkerhet och vårdkvalitet</b> .....	36
Val av indikatorer och nyckeltal .....	36
Indikatorer hämtade från Svenska palliativregistret.....	37
Dokumenterat brytpunktssamtal.....	38
Ordnation av injicerbar opioid vid smärta sista levnadsveckan.....	39
Följsamhet till ordination .....	39
Kvalitetsregistret Senior Alert – mått för att stödja vårdprevention som inte har inkluderats i rapporten .....	40

<b>5. Samverkan</b> .....	<b>46</b>
Utskrivningsklara patienter .....	46
Oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar .....	47
Påverkbara slutenvårdstillfällen .....	47
Dokumenterat läkarbeslut om övergång till palliativ vård .....	48
<b>6. Vårdtyngd</b> .....	<b>49</b>
Ursprungsidén om vårdtyngdsmätning .....	49
KVÅ – koder för klassifikation av vårdåtgärder .....	49
Diskussioner om alternativa sätt att mäta vårdtyngd .....	50
Var ges vården? .....	51
Lagom antal vårdplatser? .....	57
<b>7. Hälsöfrämjande och förebyggande</b> .....	<b>59</b>
Fallolyckor bland äldre .....	59
Ofrivillig ensamhet .....	60
<b>8. Personalens kompetens och organisatoriska förutsättningar för god och nära vård</b> .....	<b>62</b>
Legitimerad personal per patient .....	62
Andel äldre som tycker att det är ganska eller mycket lätt att få träffa sjuksköterska respektive läkare vid behov .....	64
Andel sjuksköterskor inom den kommunala primärvården med specialistutbildning .....	65
Andel anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorgen med undersköterskeutbildning .....	66
Genomsnittligt antal delegerade HSL-insatser av sjuksköterska per dag och patient i ordinärt boende .....	67
Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård .....	68
Andel legitimerad personal i kommunal primärvård som ofta eller alltid upplever sig stressade i sitt arbete .....	69
Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid bland undersköterskor .....	69
Andel tillsvidareanställda undersköterskor som slutat i kommunen utöver pensionsavgångar .....	70
<b>9. Den kommunala primärvårdens kostnader</b> .....	<b>72</b>
Beräkningsmodellen .....	73
Alternativa kostnadsmått .....	74
Steg 1 Identifiera kostnader för kommunal primärvård till och med enhetschefsnivå .....	74

<b>Steg 2 Identifiera kostnader för delegerad hälso- och sjukvård samt köpt vård</b> .....	<b>76</b>
<b>Steg 3 Identifiera gemensamma kostnader för kommunal primärvård över enhetschefsnivå</b> .....	<b>77</b>
<b>Reflektioner kring beräkningsmodellen och nyckeltalen på kostnader</b> .....	<b>77</b>
<b>10. Avslutande reflektioner</b> .....	<b>78</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>80</b>
<b>Bilaga 1 Arbetsgruppens medlemmar för nyckeltal förutom kostnader</b> .....	<b>85</b>
<b>Bilaga 2 Arbetsgruppens medlemmar för den kommunala primärvårdens kostnader</b> .....	<b>86</b>
<b>Bilaga 3 Nyckeltal och indikatorer på god och nära vård i Göteborgsregionen 2022</b> .....	<b>87</b>
<b>Bilaga 4 Reviderad version av PERCCI</b> .....	<b>89</b>
<b>Bilaga 5 Reviderad version av mP-CAT</b> .....	<b>90</b>
<b>Bilaga 6 Mall för beräkning av den kommunala primärvårdens kostnader</b> .....	<b>91</b>
<b>Bilaga 7 Mall för beräkning av köpt vård och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Exempel från Alingsås kommun 2021</b> .....	<b>92</b>

## Förord

För att veta att det görs rätt saker vid rätt tid som ger effekt i omställningen till god och nära vård är relevant uppföljning nödvändig. I dag saknas till stor del mått och indikatorer som rör kommunal primärvård och kommunernas perspektiv i omställningen. Mycket av det som kommunerna skulle vilja mäta är det svårt att få fram data om. Göteborgsregionens utveckling av nyckeltal på området är ett litet steg på vägen för att försöka fylla denna lucka.

Den här rapporten hade inte kunnat skrivas utan den kunskap och de kloka synpunkter som alla kommunrepresentanter som deltagit i utvecklingen av nyckeltal på god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen har bidragit med. Vi vill därför rikta ett stort tack till er för ert stora engagemang och den tid ni lagt på arbetet!

Theresa Larsen och Åsa Nilsson

Göteborg i juni 2023

# Sammanfattning

Sedan 2019 har FoU i Väst stegvis arbetat med att utveckla gemensamma nyckeltal för uppföljning av omställningen till en god och nära vård i Göteborgsregionens kommuner. I mars 2023 publicerades en första rapport där utfallet för ett trettiotal nyckeltal och indikatorer på god och nära kommunal primärvård redovisas. I den här rapporten beskriver vi utvecklingsarbetet och de vägval som gjorts.

Det pågår sedan en tid tillbaka en omställning av hälso- och sjukvården inom kommuner och regioner i Sverige till det som kallas god och nära vård. Målet med omställningen är att det ska ske en förflyttning från en reaktiv, sjukhuscentrerad och organisationsfokuserad vård till en proaktiv, relationsbaserad, samordnad och personcentrerad vård i öppna vårdformer och i hemmet. Digital vård och stöd till egenvård ska också öka samtidigt som omställningen ska ske utan att patientsäkerheten äventyras eller att etiska principer åsidosätts.

De valda nyckeltalen och indikatorerna utgår från de fokusområden som lyfts som centrala i omställningen till god och nära vård. Det handlar om personcentrering, samverkan samt hälsofrämjande och förebyggande insatser. Dessutom redovisar rapporten nyckeltal som belyser patienter som mottar kommunal primärvård, den kommunala primärvårdens kvalitet och säkerhet, vård- och omsorgspersonalens kompetens, den kommunala primärvårdens organisatoriska förutsättningar samt den kommunala primärvårdens kostnader.

Två arbetsgrupper, med representanter från tolv respektive tio av Göteborgsregionens medlemskommuner, har utvecklat nyckeltal och indikatorer samt tagit fram och kvalitetssäkrat data. Nyckeltalen och indikatorerna kommer från tre typer av källor:

1. Befintlig publicerad offentlig statistik.
2. Data som finns i kommunerna men som inte sammanställs i nationella register.
3. Data som tagits fram särskilt för denna rapport, till exempel genom enkäter.

Inom området *Patienter i kommunal primärvård* bygger redovisade nyckeltal och indikatorer primärt på data från Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Flera kommuners uppgifter har dock behövt revideras. En underrapportering på cirka 11 procent ses i Göteborgsregionen, bland annat på grund av att uppgifter inte rapporterats vissa månader och för att inte alla patienter som bor i särskilda boendeformer som drivs i privat regi registrerats.

Ett centralt mål i omställningen till god och nära vård är en mer personcentrerad vård och mer delaktiga patienter. I dag görs ingen riksomfattande undersökning av vad patienter som mottar kommunal primärvård tycker om vården. Inom ramen för nyckeltalsområdet **personcentrering** gjordes därför en egen enkätundersökning riktad till målgruppen. Enkäten innehöll bland annat en svensk översättning av det i Storbritannien validerade instrumentet PERCCI, som mäter hur personcentrerad patienter upplever vården som de får i hemmet. Det görs inte heller någon riksomfattande uppföljning av hur personcentrerat personal i kommunal primärvård

arbetar. Vi skickade därför ut en enkät till sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter anställda i den kommunala primärvården i Göteborgsregionen för att undersöka detta. Enkäten innehöll bland annat det validerade instrumentet mP-CAT som mäter hur personcentrerat vård- och omsorgspersonal arbetar.

Inom nyckeltalsområdet **patientsäkerhet och vårdkvalitet** presenteras fyra mått, varav två bygger på data från Svenska palliativregistret och två redovisar omsorgspersonalens följsamhet till den legitimerade personalens ordination. De senare två måtten baseras på data från kommunernas digitala signeringssystem. Måtten kunde emellertid bara tas fram för sex kommuner i Göteborgsregionen och då enbart för åtgärder som ges i ordinärt boende. Förhoppningen är att fler kommuner kommer ha verksamhetssystem i framtiden som möjliggör jämförelser mellan alla kommuner i Göteborgsregionen. Diskussioner fördes också om att utveckla mått på patientsäkerhet och vårdkvalitet baserat på kvalitetsregistret Senior Alert, som är ett verktyg för att stödja vårdprevention. Eftersom alla Göteborgsregionens kommuner inte registrerar uppgifter i Senior Alert, och vissa kommuner bara registrerar för några verksamheter, kunde data från registren dock inte användas till detta. Diskussioner fördes även om att utveckla ett mått baserat på avvikelserapporter som registreras i Västra Götalands läns IT-stöd för avvikelshantering. Systemets utformning gör det emellertid svårt att ta fram jämförbar statistik och dessutom speglar antalet avvikelserapporter snarare hur väl kommunerna rapporterar in avvikelser än det faktiska antalet avvikelser.

Många patienter och brukare får i dag insatser från flera olika vård- och omsorgsgivare. För att åstadkomma en god och nära vård måste vården och omsorgen därför vara samordnad. I nyckeltalsrapporten redovisar vi fyra indikatorer på hur **samverkan** fungerar mellan den kommunala primärvården och andra vård- och omsorgsgivare som alla bygger på nationell eller regional statistik. Måtten rör hur länge patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara, oplanerade återinskrivningar på sjukhus, påverkbar slutenvård bland äldre i kommunal primärvård samt dokumenterat läkarbeslut om övergång till palliativ vård.

Inom nyckeltalsområdet **hälsofrämjande och förebyggande arbete** redovisar vi tre mått som även de bygger på nationell statistik, rörande förekomst av fallolyckor och upplevelse av ensamhet bland äldre. Diskussioner fördes också om att utveckla mått kopplat till vårdprevention baserat på data från kvalitetsregistret Senior Alert, men som vi beskrivit ovan fick denna idé överges på grund av bristande täckning i registret.

Inom nyckeltalsområdet **personalens kompetens och förutsättningar** redovisas nio mått. De flesta bygger på undersökningar där data samlats in specifikt för nyckeltalsrapporten eftersom relevant nationell och regional statistik saknas om den kommunala primärvårdens personal. Måtten belyser bland annat personalens utbildningsnivå, antalet legitimerad personal i relation till antalet patienter, sjukfrånvaro, upplevd stress i arbetet och personalomsättning.

I dagsläget går det inte att särskilja kostnader för den kommunala primärvården från övriga verksamheter i kommunernas räkenskapsammandrag. Det innebär att det inte finns tillgång till uppgifter på kommunnivå om vad den kommunal primärvården kostar. För att beräkna andelen hälso- och sjukvård av kommunernas vård och



## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

omsorg används i dag schabloner baserade på data från 2011, som enligt senare beräkningar visat sig underskatta den kommunala primärvårdens kostnader. För att kunna följa kostnadsutvecklingen i den kommunala primärvården i Göteborgsregionen har därför egna beräkningar behövt göras. Inom nyckeltalsområdet för **den kommunala primärvårdens kostnader** redovisas tre mått: kostnad per patient i kommunal primärvård, kostnad per invånare 80 år eller äldre samt total kostnad kommunal primärvård.

En stor utmaning med att beräkna kommunernas kostnader för kommunal primärvård har varit att få fram korrekta kostnader för delegerad hälso- och sjukvård eftersom dessa kostnader inte särskiljs i kommunernas redovisningssystem annat än för hemtjänsten i några kommuner. Här har vi behövt basera våra beräkningar på schabloner. Det finns en risk att dessa schabloner inte motsvarar faktiska kostnader i enskilda kommuner och att nyckeltalen därmed blir missvisande. En angelägen uppgift för ett framtida nyckeltalsarbete är att kontrollera rimligheten i schablonerna, till exempel genom stickprovsmätningar.

Utöver ovan nämnda nyckeltalsområden var den ursprungliga ambitionen att ta fram mått på vårdtyngd. Göteborgsregionens medlemskommuner har i flera år signalerat att vårdtyngden i den kommunala primärvården ökar, men data har saknats som belägger detta. En kartläggning visade att det saknas instrument som mäter vårdtyngd för vård som ges i hemmet. Författarna till rapporten tog fram ett skissartat förslag till eget mätinstrument, men en mätning med instrumentet var inte möjligt att genomföra under projektiden.

Diskussioner fördes också om att basera ett mått på vårdtyngd på statistik över vårdåtgärder (KVÅ) som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Statistiken visade sig emellertid inte vara tillräckligt jämförbar för att kunna användas för detta ändamål. Många åtgärder registreras inte och det saknas samsyn om vilka KVÅ-koder som ska användas. En del kommuner har i dagsläget inte heller möjlighet att registrera alla KVÅ-koder som Socialstyrelsen rekommenderar i sitt urval för användning i kommunal primärvård eftersom koderna inte alltid finns tillgängliga i kommunernas verksamhetssystem. Behovet av att kunna mäta vårdtyngd i kommunal primärvård kvarstår dock.

Målsättningen med utvecklingen av de mått och indikatorer som redovisas i nyckeltalsrapporten var att ge en helhetsbild av effekterna av omställningen i kommunal primärvård i Göteborgsregionen beträffande både resultat, kvalitet och kostnader. Målet har inte nåtts fullt ut, bland annat för att tillförlitlig data saknas inom flera områden för att kunna ge en sådan helhetsbild.

# 1. Inledning

Sedan 2019 har FoU i Väst stegvis arbetat med att utveckla gemensamma nyckeltal för uppföljning av omställningen till en god och nära vård i Göteborgsregionens kommuner. I mars 2023 publicerades en första rapport där utfallet för ett trettiotal nyckeltal och indikatorer på god och nära kommunal primärvård redovisas (Larsen & Nilsson, 2023). Utvecklingen av dessa indikatorer och nyckeltal har varit en lång process. Vi har många gånger tvingats backa och välja nya vägar eftersom det som kommunerna har viljat veta inte har gått att mäta – antingen för att det saknats data eller på grund av brister i befintliga data. I den här rapporten beskriver vi utvecklingsarbetet och de vägval som gjorts. Valda nyckeltal och indikatorer presenteras och motiveras. I rapporten redogör vi också för förutsättningarna för att inhämta relevanta aggregerade data i kommunerna och från andra källor, eventuella kvalitetsbrister i tillgängliga data och möjliga konsekvenser som kvalitetsbristerna medför. Den som är intresserad av att ta del av resultaten för nyckeltalen och indikatorerna och analyser av utfallet för dessa hänvisas till nyckeltalsrapporten istället (Larsen & Nilsson, 2023).

## Omställning till god och nära vård

Det pågår sedan en tid tillbaka en omställning av hälso- och sjukvården inom kommuner och regioner i Sverige till det som kallas god och nära vård. Omställningen är tänkt att göra skillnad för alla Sveriges invånare och hjälpa oss att klara välfärdens utmaningar. Målet med omställningen är att det ska ske en förflyttning från en reaktiv, sjukhuscentrerad och organisationsfokuserad vård till en proaktiv, relationsbaserad, samordnad och personcentrerad vård i öppna vårdformer och i hemmet. Digital vård och stöd till egenvård ska också öka (SOU 2020:19, SOU 2019:29, SOU 2018:39). I propositionen *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* betonas att omställningen ska ske utan att patientsäkerheten äventyras eller att etiska principer, däribland behovsprincipen, inom hälso- och sjukvården åsidosätts (Prop. 2019/20:164).

Bakgrunden till omställningen är bland annat att befolkningen i Sverige lever längre, mår bättre och att flera tidigare dödliga sjukdomar har blivit kroniska tillstånd eller kan botas helt. Utvecklingen av nya behandlingsmetoder har varit en viktig del i detta. Framstegen har förändrat invånarnas behov av hälso- och sjukvård och skapat nya utmaningar. Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får i dag delar av sin vård inom den kommunala primärvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas hemma i stället för på sjukhus (SOU 2019:29; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). Men bakgrunden till omställningen är också att verksamheterna inom välfärdens områden inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför eftersom andelen personer i arbetsför ålder minskar. Det innebär ett behov av effektivare arbetssätt, mer hälsofrämjande och förebyggande arbete för att minska vårdbehoven och att

verksamheterna behöver bli bättre på att utnyttja de tekniska verktyg som finns, inte minst inom digitaliseringsområdet.

## Kommuner bedriver också primärvård

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är primärvård ”hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av 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” (2 kap, 6 § HSL).

I denna rapport har vi valt att använda begreppet kommunal primärvård i stället för kommunal hälso- och sjukvård. Sedan juli 2021 finns en ny definition av primärvård i hälso- och sjukvårdslagen, och flera av Göteborgsregionens medlemskommuner använder sedan dess begreppet kommunal primärvård och inte kommunal hälso- och sjukvård. När vi använder begreppet primärvård i rapporten inkluderar det såväl regionernas som kommunernas primärvård.

## Kommunal primärvård förutsätter samverkan med regionen och socialtjänsten

Med kommunal primärvård avses vård och behandling som genom kommunens åtagande och ansvar ges i särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende ”men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare” (Socialstyrelsen, 2019, s. 14). Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar eftersom gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med samhällsutvecklingen (SOU 2019:29, s. 104). Ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende och i så kallat biståndsbedömt trygghetsboende förutsätter att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]).

De största yrkesgrupperna i den kommunala primärvården är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjuktymnaster. Ibland finns också dietister och undersköterskor anställda i den kommunala primärvården. Många insatser delegeras till undersköterskor, vårdbiträden och medicinskt utbildad personal som arbetar inom hemtjänsten och på särskilda boenden. Med delegering menas att hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överläter uppgiften till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften (Socialstyrelsen, 2020a; Vårdförbundet, 2023).

Det är vanligt att många olika vård- och omsorgsgivare behöver samverka kring en patient som är inskriven i kommunal primärvård för att vården ska fungera (Arman, 2019). Det är alltid vårdcentraler och sjukhus som ansvarar för läkarinsatser. En del sådana insatser kan dock delegeras till personal i kommunen. Den kommunala primärvården förutsätter därför samarbete med patienternas läkare, vilket alltså sker över huvudmannagränserna. Till exempel är medverkan i kommunal primärvård en del av primärvårdsläkarnas uppdrag, där arbetet på vårdcentraler ofta är huvuddelen. Hemtjänsten och omsorgspersonalen på särskilda boenden utför en del av de insatser som ges inom kommunal primärvård, men merparten av arbetstiden ägnas åt omsorg och tillsyn utifrån socialtjänstlagen, till exempel hjälp med dagliga aktiviteter som hygien, mat, städning och förflyttning (Arman, 2019).

## Nationell och regional uppföljning av omställningen till nära vård

### Sveriges kommuner och regioner

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har påbörjat arbetet med att ta fram ett gemensamt set av indikatorer att använda som stöd i uppföljning av den pågående omställningen. Syftet är att ge kommuner och regioner bättre förutsättningar för att systematiskt och gemensamt kunna följa förflyttningen mot det som kännetecknar en god och nära vård. I rapporten *Att följa omställningen till Nära vård – en översikt av mått och indikatorer* (SKR, 2019) redovisas resultatet av ett första steg i det arbetet. Projektledarna för uppdraget konstaterar emellertid att ”... den spontana känslan är att det vi kommit fram till är väl konventionellt och lika sjukhustungt som den hälso- och sjukvård som vi avser att beskriva rörelser från. Indikatorer som fångar omställningens effekter för den vård och omsorg som kommunerna ansvarar för är alldeles för få. De organisatoriska och produktionsinriktade perspektiven på omställningen, inifrån och ut, är dessutom starkt överrepresenterade i förhållande till individ-, patient- och konsumtionsperspektiven och som ger en belysning utifrån och in” (SKR, 2019, s. 15).

SKR (2020) konstaterar att nya sätt att mäta behöver utvecklas för att kunna följa upp specifika åtgärder, deras effekt och ändamålsenlighet i relation till målen med god och nära vård. Många uppföljningar görs i dag, men sällan av det som är viktigast ur ett nära vård-perspektiv. Befintliga mätsystem följer organisationsindelningar och diagnosgrupper och det är svårt att fånga effekten av insatser som har en preventiv logik. Många utvärderingar beaktar enbart regionens vård, samtidigt som insatserna sannolikt får effekter på exempelvis kommunal primärvård och socialtjänstens verksamheter. Rapporten presenterar ett ramverk som vägledning för hur utvärderingar kan göras av lokala satsningar som bättre fångar effekter i relation till målen med god och nära vård.

## Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har ett regeringsuppdrag att följa och utvärdera hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård.

Utvärderingen görs ur både ett patient- och systemperspektiv och med utgångspunkt i de tre inriktningsmålen för omställningen: ökad tillgänglighet, mer delaktiga patienter och en personcentrerad vård samt ökad kontinuitet i primärvården.

Tre delrapporter har publicerats i uppdraget och en slutrapport ska levereras i mars 2025. Även flera andra rapporter som myndigheten publicerat på senare år berör omställningen till god och nära vård ur olika perspektiv.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021, 2023) konstaterar att det i stort sett saknas indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse. Ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen inneburit förbättringar. Ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, samtidigt som en kostnadsökning ses i kommunernas primärvård. En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen i primärvården. Verksamheterna har inte fått bättre förutsättningar för att nå omställningens mål eller uppfylla väsentliga delar i primärvårdens grunduppdrag. Myndigheten menar också att det saknas resurser för att klara uppdraget och för att driva det utvecklingsarbete som omställningen kräver. Kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning i primärvården. Bristande arbetsmiljö är ett hot mot kompetensförsörjningen och primärvårdens roll som navet i omställningen. Samtidigt konstaterar myndigheten att det finns ett brett stöd för omställningens mål hos patienter och yrkesverksamma och en stor efterfrågan på förbättringar.

## Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården och omställningen till en mer nära vård. Ett första förslag på 36 indikatorer för uppföljning av nära vård redovisades 2020 (Socialstyrelsen, 2020b). Under 2021 presenterades ett utvecklat förslag med ett 100-tal indikatorer och andra mått. Av dessa rör cirka 40 indikatorer kommunal vård och omsorg, varav merparten fokuserar på äldreomsorgen. Det finns få mått som avser den kommunala primärvården specifikt. Några av de föreslagna måtten är så kallade utvecklingsmått där det i dag saknas nationella dataunderlag.

Socialstyrelsen (2021a) påtalar att det finns stora kvalitetsskillnader mellan de datakällor som används som underlag för de föreslagna indikatorerna och måtten, vilket är viktigt att känna till vid utveckling, urval och bedömning av måttens tillförlitlighet. Myndigheten poängterar också att det finns ett behov av att utveckla nya datakällor, för att bland annat bättre kunna följa regionens insatser i den kommunala primärvården och patienters upplevelser. De pekar samtidigt på nackdelen med att använda nya datakällor eftersom uppföljning handlar om att bevaka utveckling över tid.

Utfallet för de mått och indikatorer där data finns tillgängliga har sammanställts i en excel-fil som publicerats på Socialstyrelsens webbplats. Här redovisas resultat för enskilda kommuner och regioner, och jämförelser kan också göras med utfallet för riket (Socialstyrelsen, 2023a). De utvecklade måtten har fokus på resultat och måluppfyllelse, vilket ligger i linje med överenskommelsen mellan staten och SKR om *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021* där det står att "[...] uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process" (Socialdepartementet & SKR, 2021, s. 8).

Socialstyrelsen har vid kontakt meddelat att de kommer att fortsätta att stödja omställningen till god och nära vård och har för avsikt att fortsätta att utveckla och förvalta indikatorer och mått för att följa omställningen till god och nära vård i kommuner och regioner.

## **Inspektionen för vård och omsorg**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sedan 2021 ett regeringsuppdrag att genomföra särskilda tillsynsinsatser som bidrar till god och nära vård. Uppdraget har delredovisats under 2022 och ska slutredovisas senast den 31 december 2023. Tillsynsinsatserna ska komplettera den ordinarie tillsynen inom hälso- och sjukvården och bidra till att utvecklingen av en god och nära vård genomförs på ett patientsäkert sätt i regionerna och kommunerna utifrån ett system- och patientperspektiv (IVO, 2022a).

Tillsyn har genomförts av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) (IVO 2022b). I sammanställningen av resultatet konstateras att det finns tydliga brister i vården av patienter på SÄBO, främst inom vård i livets slutskede, läkemedelshantering samt i kontinuitet och dokumentation. Man anser bland annat att dokumentationen i kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler håller för låg kvalitet för att upprätthålla patientsäkerheten och möjliggöra nationella kvalitetsuppföljningar.

IVO har också gjort en tillsyn av sjukhusvården (IVO, 2023). De konstaterar att när den nära vården inte fungerar men behovet av hälso- och sjukvård är stort tenderar söktrycket att öka på akutmottagningarna. När utbudet inte motsvarar behovet uppstår väntetider, undanträngningseffekter, brist på vårdplatser med överbeläggningar och utlokaliseringar som följd. Det måste finnas en balans mellan efterfrågan på vård och verksamhetens kapacitet för att kunna ge en god vård. Om akutmottagningen på ett sjukhus inte är dimensionerad för att hantera söktrycket av patienter uppstår en situation där verksamheten överbelastas.

IVO har även gjort en tillsyn av tillgängligheten i hälso- och sjukvården (IVO, 2021). De konstaterar att bristande tillgänglighet och långa väntetider kan leda till försämrad hälsa, fördröjd eller utebliven diagnos och sämre behandlingsprognos.

Sammantaget konstaterar IVO (2022a) att den påbörjade omställningen är komplex och omfattande. Förändringsarbetet kommer kunna medföra nya möjligheter, men också nya risker ur ett patient- och brukarperspektiv. Utifrån tillsynsresultaten ser IVO att den kommunala och regionala primärvården och sjukhusvården behöver

integreras mer för att hälso- och sjukvården och omsorgen ska kunna möta patientens vårdbehov på rätt vårdnivå.

## Västra Götalands län

I Västra Götalands län har ett förslag på indikatorer och mått tagits fram som syftar till att följa förflyttningen till en god och nära vård liksom följsamheten till länsgemensamma styrdokument på området (VästKom & Västra Götalandsregionen, 2023), såsom länets gemensamma färdplan för nära vård (VästKom & Västra Götalandsregionen, 2022) och hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (VästKom och Västra Götalandsregionen, 2017). De föreslagna indikatorerna och måtten har fokus på samverkan mellan vårdgivare.

Inom ramen för arbetet genomfördes en kartläggning av befintliga indikatorer, mått och datakällor av relevans. Arbetsgruppen kopplad till uppdraget konstaterade tidigt att det finns få indikatorer som belyser förflyttningen till en nära vård. Befintliga mått är oftast avgränsade till enskilda vårdgivare eller diagnoser. Det finns en systematisk uppföljning i länet inom området psykisk hälsa och inom munhälsa liksom av sådant som följsamhet till in- och utskrivning och samordnad individuell plan (SIP). De flesta indikatorer och mått som följs är dock processmått. Få indikatorer, om ens någon, visar på resultat och kvalitet ur ett patientperspektiv. Även för avvikelser i samverkan finns en påbörjad modell för uppföljning, men där saknas identifierade indikatorer och mått i nuläget. Arbetsgruppen fann inga indikatorer eller mått av betydelse som visar på kostnader kopplat till omställningen.

## Nyckeltal som grund för uppföljning och utveckling

Nyckeltal avser att mäta olika aspekter av verksamheten i en organisation. Ett nyckeltal mäter vad som har åstadkommit, utförts eller genomförts (Häger Glenngård & Karlsson, 2022). Nyckeltal indelas ofta i strukturmått, processmått och resultatmått och omfattar således både förutsättningar för verksamheten, utförandet av verksamheten och även konsekvenser av verksamheten:

- strukturmått mäter påverkbara förutsättningar såsom lokaler, kompetens, utrustning och rutiner
- processmått mäter de aktiviteter som utförs såsom behandlingar och handläggning samt hur de utförs
- resultatmått mäter utfall och effekter som bidrar till måluppfyllelse, det vill säga utfall utifrån uppställda mål för en målgrupp (Socialstyrelsen, 2020c).

Beroende på vilken sorts nyckeltal som väljs ges olika incitament och förutsättningar. De flesta indikatorer och nyckeltal som används för att följa, utvärdera och bedöma hälso- och sjukvårdens prestationer avser strukturer, processer och resultat som är baserade på evidens om specifika orsak-verkan-samband. Utgångspunkten är att kunskap finns om de mest lämpliga arbetssätten för att uppnå god kvalitet och att vårdgivare ska motiveras att införa dessa.

När det gäller omställningen till en god och nära vård finns inte alltid evidens för att de aktiviteter och resultat som följs upp när det gäller omställningen till god och nära vård faktiskt leder till ett bättre utfall för patienten eller större kostnadseffektivitet. Detsamma gäller för flera av de aktiviteter och processer som påbjuds i överenskommelserna mellan regeringen och SKR gällande omställning till god och nära vård (se Socialdepartementet & SKR, 2021 och 2022), till exempel patientkontrakt, samordnad individuell plan (SIP), läkarbesök i hemmet och distansbesök i primärvården. Dessa processer och aktiviteter skulle i teorin kunna leda till bättre utfall för patienten men säger inget om den faktiska effekten. Då krävs också så kallade effekt- eller utfallsmått som visar på om en förändring som inträffat är en följd av en vidtagen åtgärd (ESV, 2006). Till exempel skulle man behöva ta reda på om, och i så fall i vilken uträkning, som patientkontrakt, samordnade individuella vårdplaner, läkarbesök i hemmet eller distansbesök i primärvården leder till en tryggare och mer delaktig patient, färre vårdskador och minskad total vårdkonsumtion eller någon annan av de målsättningar som finns i omställningen till god och nära vård. Denna typ av orsak-verkan-samband är emellertid svåra att fastställa eftersom det finns många faktorer som påverkar patienters upplevelse av trygghet och delaktighet, antal vårdskador och total vårdkonsumtion.

Nära vård-omställningen har stark betoning på flera aspekter som är svåra att följa enbart via registerdata. Det handlar exempelvis om upplevelser av vårdens samordning, person- och informationskontinuitet och grad av personcentrering (Socialstyrelsen, 2021a). Tidigare studier visar att det är särskilt utmanande att följa upp och analysera omställningen till god och nära vård ur ett kommunalt perspektiv eftersom nationella data saknas inom flera områden, exempelvis gällande patienters upplevelser av kommunal primärvård eller vilka diagnoser som patienter inskrivna i kommunal primärvård har (Larsen & Ljung, 2020; Socialstyrelsen, 2020b). I de fall nationell statistik finns är den ofta svår att få tillgång till och att använda. Ibland fordras särskilda datauttag för att få fram önskade uppgifter. Det medför att statistik från nationella register sällan används som grund för utvecklingsarbete lokalt. Kommunerna uppger att de lägger betydligt mer tid på att rapportera in uppgifter än att analysera den data som finns (Larsen, Nilsson och Olsson, 2021). Utvecklingen av gemensamma nyckeltal och indikatorer kring god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen är en åtgärd för att råda bot på detta.

### FoU i Västs uppdrag

Sedan 2019 har FoU i Väst arbetat med att utveckla gemensamma nyckeltal för uppföljning av omställningen till en god och nära vård i Göteborgsregionens kommuner. Resultatet av arbetet har hittills redovisats i rapporterna *Omställningen till nära vård ur ett kommunalt perspektiv* (Larsen & Ljung, 2020) samt *Utveckling av nyckeltal för att följa omställningen till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner* (Larsen, Nilsson & Olsson, 2021). I den sistnämnda rapporten presenterades förslag på nyckeltal och indikatorer som skulle kunna användas för att följa omställningen i kommunerna.



I september 2021 arrangerade Göteborgsregionen ett fördjupningstillfälle kring nyckeltal och indikatorer för att följa omställningen till god och nära vård med utgångspunkt i rapporten som FoU i Väst publicerade tidigare samma år (Larsen, Nilsson & Olsson, 2021). Göteborgsregionens äldreomsorgs- och hälso- och sjukvårdschefsnätverk samt MAS/MAR-nätverk var inbjudna. Syftet med fördjupningen var att bereda frågan om hur medlemskommunerna tillsammans kan följa omställningen till god och nära vård och omsorg med utgångspunkt från rapporten.

Vid fördjupningstillfället presenterades FoU i Västs rapport samt det förslag på uppföljning av omställningen till god och nära vård som Socialstyrelsen arbetat fram (Socialstyrelsen, 2021a). Deltagarna på fördjupningstillfället var eniga om att Socialstyrelsens förslag inte motsvarar de behov av uppföljning som Göteborgsregionens medlemskommuner har. Socialstyrelsens förslag har huvudfokus på den regionfinansierade primärvården, medan få nyckeltal speglar den kommunala primärvården. Flera av de nyckeltal som rör kommunerna är i huvudsak hämtade från enkäten ”Vad tycker äldre om äldreomsorgen?” för svarande som bor på särskilt boende, trots att personer som bor på särskilt boende bara utgör en mindre del av alla som mottar kommunal primärvård.

Deltagarna på fördjupningstillfället gav FoU i Väst i uppdrag att ta fram en konkret plan för hur ett fortsatt arbete med att utveckla nyckeltal för att följa omställningen till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens medlemskommuner skulle kunna se ut. Av planen skulle det framgå vad som ska följas upp, hur ofta uppföljningen ska ske, vem som ska ansvara för materialinsamlingen, hur den ska genomföras, vilken roll som kommunerna kommer att ha i arbetet samt kostnader och finansiering av arbetet. I början av 2022 beslutade Göteborgsregionens socialchefsnätverk att avsätta statliga stimulansmedel för omställningen till god och nära vård för att genomföra utvecklingsarbetet i enlighet med den plan som FoU i Väst tagit fram (Larsen, 2021).

## Arbetsprocessen

Under 2022 och i början av 2023 har FoU i Väst tillsammans med tolv av Göteborgsregionens medlemskommuner arbetat med att ta fram nyckeltal och indikatorer på god och nära kommunal primärvård. Två arbetsgrupper, med representanter från tolv respektive tio av Göteborgsregionens medlemskommuner, har utvecklat nyckeltal och indikatorer samt tagit fram och kvalitetssäkrat data. Den ena arbetsgruppen har fokuserat på den kommunala primärvårdens kostnader, medan den andra gruppen har ansvarat för övriga nyckeltal och indikatorer (se bilaga 1 och 2 för en förteckning av vilka personer som deltagit i de olika grupperna).

I denna rapport benämns den arbetsgrupp som arbetade med primärvårdens kostnader fortsättningsvis för ”ekonomiarbetsgruppen” medan den andra benämns ”arbetsgruppen”.

Förutom att ta fram kommunspecifika uppgifter och analysera dessa har arbetsgruppernas uppdrag varit att bidra med information om vad som följs upp i kommunerna när det gäller kommunal primärvård och hur befintliga data används

för analyser och utvecklingsarbete kopplat till omställningen till en god och nära vård. Arbetsgrupperna har också bidragit med att beskriva vad man ur ett kommunalt och verksamhetsnära perspektiv skulle vilja följa upp för att kunna analysera den kommunala primärvårdens omfattning, förändring, kvalitet och effektivitet i ljuset av omställningen till en god och nära vård. En annan viktig uppgift har varit att identifiera förutsättningar för att systematiskt dokumentera och samla in jämförbara, kvalitetssäkrade och relevanta uppgifter för en gemensam analys i Göteborgsregionens kommuner – i möjligaste mån med länsregional och nationell jämförbarhet.

Temagrupp hälso- och sjukvård har varit projektets styrgrupp. I temagruppen ingår fyra socialchefer i Göteborgsregionen. Theresa Larsen och Åsa Nilsson, båda analytiker på Göteborgsregionen, FoU i Väst, har samordnat och lett arbetet med Theresa som huvudansvarig. Louise Bäckemo Johansson och Miriam Hansen, båda forskningsassistenter i samma organisation, har bidragit i sammanställning av data.

Båda arbetsgrupperna har getts möjligheten att granska och kommentera tidigare manusversioner av rapporten *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2022* (Larsen & Nilsson, 2023). De slutsatser som dras i den här rapporten är författarnas egna även om de till stora delar grundar sig på synpunkter som framkommit i diskussioner med arbetsgrupperna.

### Överväganden i urvalet av nyckeltal och indikatorer

De valda nyckeltalen och indikatorerna utgår från de fokusområden som lyfts som centrala i omställningen till god och nära vård i propositionen och offentliga utredningar. Det handlar om personcentrering, samverkan samt hälsofrämjande och förebyggande insatser. Dessutom redovisar rapporten nyckeltal som belyser den kommunala primärvårdens kvalitet och säkerhet, vård- och omsorgspersonalens kompetens, den kommunala primärvårdens organisatoriska förutsättningar samt kostnader. En utgångspunkt har varit de nyckeltal som Socialstyrelsen redovisar årligen kring god och nära vård. En majoritet av de nyckeltalen avser den regionfinansierade hälso- och sjukvården eller kommunernas äldreomsorg. Vi har därför strävat efter att ta fram motsvarande data för den kommunala primärvården och därigenom bidra till att belysa omställningen ur fler perspektiv. En fullständig förteckning över nyckeltalen finns i bilaga 1.

I valet av indikatorer och andra nyckeltal har vi så långt som möjligt fokuserat på resultat och effekter och mindre på processer. Avgörande för urvalet har också varit kvaliteten på tillgängliga data samt möjligheten att få fram uppgifter för en majoritet av de tolv kommuner som deltog i utvecklingsarbetet.

Totalt redovisas ett 30-tal indikatorer och nyckeltal inom sju olika områden. Dessutom redovisas två så kallade bakgrundsmått – *andel av befolkningen som är 80 år eller äldre* samt *ålder vid inflytt till särskilt boende*. Bakgrundsmåtten är tänkta att användas i den lokala analysen av övriga indikatorer och nyckeltal. Andra mått och data kan självklart också användas för sådana analyser. Till exempel skulle vissa mått som redovisas i Göteborg Stads socialtjänstrappport (Göteborg Stad, 2023)

liksom mått som publiceras i jämförelsedatabasen Kolada och befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) kunna användas för detta ändamål.

Nyckeltalen och indikatorerna är kommer från tre typer av källor:

1. Befintlig publicerad offentlig statistik.

Exempel är statistik från Socialstyrelsens register över kommunal hälso- och sjukvård och data ur Svenska palliativregistret.

2. Data som finns i kommunerna men som inte sammanställs i nationella register.

Exempel är omsorgspersonalens följsamhet till ordination från legitimerad personal.

3. Data som tagits fram särskilt för denna rapport.

Exempel är en enkätundersökning till patienter om vad de tycker om den kommunala primärvården.

Målsättningen är att ge en helhetsbild av effekterna av omställningen i kommunal primärvård beträffande resultat, kvalitet och kostnader. Data saknas dock på flera områden för att kunna ge en sådan. Exempelvis saknas data om vårdtyngd samt antalet och typen av insatser som delegeras. I utvecklingsarbetet har vi även funnit stora kvalitetsbrister i inrapporteringen av vårdåtgärder (KVÅ) till registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, vilket gör att den inte kan användas för uppföljning och analys i nuläget. Data från Senior Alert bedömdes inte heller hålla tillräcklig kvalitet i nuläget för att kunna användas för uppföljning. Det gäller inte minst det faktum att flera kommuner i Göteborgsregionen inte använder registret och att de kommuner som gör det inte registrerar heltäckande (se vidare kapitel 4).

## Läsanvisning

I rapportens första kapitel har vi beskrivit omställningen till god och nära vård, den kommunala primärvården, utmaningar med att följa upp omställningen och hur FoU i Väst och Göteborgsregionen (GR) har arbetat med att utveckla nyckeltal för att kunna följa omställningen till god och nära kommunal primärvård. Resterande del av rapporten är uppdelad i nio kapitel – ett för varje nyckeltalsområde som redovisas i rapporten *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2022* (Larsen & Nilsson, 2023) samt ett avslutande kapitel som sammanfattar våra viktigaste erfarenheter och iakttagelser från utvecklingsarbetet med nyckeltalen.

I varje kapitel beskriver vi valda nyckeltal och indikatorer samt redogör för nyckeltal och indikatorer som har övervägts men valts bort och motiven till dessa val.

Dessutom finns ett särskilt kapitel om vårdtyngd trots att vi inte tagit fram några nyckeltal eller indikatorer på detta område. Det fanns starka önskemål från deltagande kommuner om att utveckla nyckeltal på vårdtyngd men i dagsläget saknas modeller för sådana mätningar i kommunal primärvård. I kapitlet beskriver vi de diskussioner som fördes ihop med arbetsgrupperna och andra aktörer under utvecklingsarbetet och ger några förslag på vägar framåt.

Kapitlen om nyckeltalen kan läsas i valfri ordning. Det går också bra att bara ta del av ett enskilt kapitel eller del av ett kapitel för den som vill veta mer ett enskilt nyckeltal.

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Rapporten kan med andra ord läsas som helhet från början till slut men fungerar också som "uppslagsverk" för den som vill veta mer om ett specifikt nyckeltal som redovisas i rapporten *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2022* (Larsen & Nilsson, 2023).

## 2. Patienter i kommunal primärvård

En central del i uppföljningen av nära vård ur ett kommunalt perspektiv är att följa antalet patienter som mottar kommunal primärvård samt vilka insatser dessa personer får. I dag registreras dessa uppgifter i registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård som administreras av Socialstyrelsen. Registret ska innehålla uppgifter om alla personer som fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen, 2023b). Registret bygger på personnummer vilket ska göra det möjligt att presentera statistik på många sätt, följa utvecklingen över tid och kombinera och analysera uppgifter från flera register tillsammans, till exempel uppgifter om läkemedelsanvändning (läkemedelsregistret) och diagnoser vid slutenvård (patientregistret). Registren används däremot inte för att följa upp eller utvärdera vård och omsorg om enskilda individer (Socialstyrelsen, 2018).

Registret är ett hälsodataregister och regleras i lagen om hälsodataregister (1998:543) och den för registret specifika förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården samt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Där regleras vilka uppgifter som får finnas i registret liksom skyldigheten för kommunerna att lämna uppgifter. Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får personuppgifter i ett hälsodataregister behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Eftersom sådana uppföljningar och undersökningar kan ligga till grund för politiska beslut och verksamhetsutveckling är det viktigt att uppgifterna i registren är korrekta och tillförlitliga. Till exempel har de stimulansmedel som landets kommuner tilldelats för omställningen till god och nära vård delvis baserats på antalet individer som fått kommunal primärvård, hämtat från Socialstyrelsens register för insatser i kommunal hälso- och sjukvård (Socialdepartementet och SKR, 2022).

Fram till och med 2018 innehåller registret enbart uppgifter om personer som fått någon insats inom den kommunala primärvården, uppdelat per kalendermånad. Från och med 2019 är registret kompletterat med uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som har utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. Delegerade insatser som utförs av icke-legitimerad personal, exempelvis undersköterskor, ingår däremot inte och inte heller insatser som utförs av vårdgivare i privat regi. Åtgärderna ska vara klassificerade på den mest detaljerade nivån i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Dessutom lämnar kommunerna uppgift om datum för åtgärden samt vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört åtgärden. En åtgärd kan bara registreras en gång per dygn och patient, även om patienten fått samma åtgärd flera gånger under dygnet. Från och med 2019 lämnas alla uppgifter till registret månadsvis. Tidigare lämnades uppgifterna en gång per år.

## **Brister i registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård**

### **Underrapportering av antal patienter**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården ska kommunerna enligt 2 § "[...] lämna uppgifter om de personer som har fått kommunal hälso- och sjukvård[...]". Här ingår även patienter som enbart fått vård av icke-legitimerad personal och patienter som fått vård av annan vårdgivare än kommunen (Socialstyrelsen, 2018, bilaga 1). I arbetet med att utveckla nyckeltal på god och nära kommunal primärvård har vi upptäckt brister i Socialstyrelsens register i det att flera av Göteborgsregionens medlemskommuners uppgifter inte är korrekta.

Kvalitetsbristen gäller i första hand en underrapportering i flera kommuner, bland annat i Göteborg, Härryda, Lerum, Stenungsund och Tjörn. Det kan till exempel röra sig om partiellt bortfall där data saknas för en eller flera månader under ett år. Före 2019 rapporterade kommunerna in antal patienter som någon gång var mottagare av kommunal primärvård till Socialstyrelsen en gång per år. Efter att inrapporteringen ändrades till en gång per månad ses i flera kommuner en rejäl minskning av antal patienter 2019 i relation till 2018. Minskningen beror sannolikt på förändringen i inrapporteringsmetod snarare än en faktisk minskning av antal patienter.

En annan orsak till underrapportering som har uppmärksammats är att vissa verksamheter eller patientgrupper inte har omfattats, exempelvis patienter i ordinärt boende i vissa geografiska områden. Några kommuner har inte inkluderat patienter på särskilt boende som drivs i privat regi eller köpta vårdplatser. Alla kommuner inkluderar inte patienter som är inskrivna i kommunal primärvård och som periodvis vistas på korttidsboende eller personer som bor på LSS-boenden eller som vistas i dagverksamhet, trots att dessa målgrupper ska ingå i statistiken enligt Socialstyrelsens föreskrifter om de mottar kommunal primärvård.

I några kommuner finns en överrapportering till följd av att patienter som avlidit eller inte längre mottar insatser inte konsekvent har tagits bort ur registren. Det gäller till exempel sannolikt Tjörn före 2019.

I statistiken som rapporteras in till Socialstyrelsen ska endast personer räknas med som *mottagit en åtgärd*. Detta är inte detsamma som att personen är beviljad kommunal primärvård. I flera kommuner finns en osäkerhet om det är antal personer som beviljats kommunal primärvård eller antal patienter som faktiskt fått en åtgärd som har rapporterats till Socialstyrelsen. Några kommuner uppger att de har patienter som är inskrivna i den kommunala primärvården men där det inte finns någon notering om att en åtgärd har getts. Det gäller i synnerhet personer som bor i en bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning och dagverksamheter som är reglerade i socialtjänstlagen samt personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) och dagliga verksamheter som är reglerade i LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). I praktiken görs dock oftast någon åtgärd varje år men dokumentationen av detta kan brista. Till exempel kan det vara så att den uppdatering av personens vårdplan som oftast sker minst en gång per år inte registreras i journalsystemet.

I rapporten *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2022* (Larsen & Nilsson, 2023) har felaktiga uppgifter gällande antal patienter som mottagit kommunal primärvård i Socialstyrelsens register korrigerats i den mån som korrekt antal har kunnat tas fram. Under 2021 ses en underrapportering av totalt 2 796 patienter för Göteborgsregionens kommuner, vilket innebär en underrapportering på cirka 11 procent. År 2020 rapporterades cirka 1 900 för få patienter och 2019 rörde det sig om cirka 1 100 för få patienter.

I detta sammanhang är det också värt att påpeka att de uppgifter som Socialstyrelsen publicerar på sin webbplats över antal patienter som mottar kommunal primärvård ibland har reviderats av Socialstyrelsen efter att kommunerna rapporterat in ändringar. Revideringarna publiceras emellertid inte på Socialstyrelsens webbplats men finns tillgängliga i Socialstyrelsens register för den som begär ut dessa uppgifter. I nyckeltalsarbetet har vi använt oss av de uppgifter som finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats eftersom vi inte förrän efter nyckeltalsrapportens publicering fick kännedom om att reviderade uppgifter finns tillgängliga hos Socialstyrelsen och kan begäras ut därifrån. En jämförelse mellan de uppgifter som publicerats på Socialstyrelsens webbplats och reviderade uppgifter i Socialstyrelsens register pekar dock på att det rör sig om små skillnader och att det trots revideringar kvarstår en underrapportering av antal patienter på närmare 11 procent i Göteborgsregionen år 2021.

Ursprungligen innehöll vår nyckeltalsrapport även ett diagram över andelen individer som haft kommunala primärvårdsinsatser årets samtliga månader. Socialstyrelsen publicerar årligen dessa uppgifter tillsammans med annan data ur registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård (se till exempel Socialstyrelsen, 2022b). Vid en närmare granskning visade sig uppgifterna vara så uppenbart felaktiga i flera kommuner att vi valde att inte redovisa detta mått. Kommunerna har i efterhand inte kunnat få fram korrekta uppgifter.

I nedanstående avsnitt beskriver vi de felkällor som har identifierats i den inrapporterade statistiken till Socialstyrelsen i Göteborgsregionens kommuner:

**Alingsås:** Alingsås har konstaterat att det kan finnas felkällor i statistiken över antal patienter som mottagit kommunal primärvård. De har dock valt att inte justera siffrorna i nyckeltalsrapporten eftersom inrapporteringen skett på samma sätt alla år och korrigeringar skulle kunna medföra att det blir svårare att se förändringar över tid i kommunen.

**Göteborg:** År 2020 och 2021 har Göteborgs Stad rapporterat in för få patienter. År 2021 rapporterades 13 216 patienter medan det faktiska antalet uppgick till minst 15 600. År 2020 rapporterades 14 047 patienter, vilket också är en uppenbar underrapportering, men ett korrekt antal har inte kunnat tas fram i efterhand. Orsaken till underrapporteringen har bara delvis kunnat fastställas. En orsak är att patienter på vissa vård- och omsorgsboenden i privat regi inte har räknats med. I Göteborgs Stad fanns också 60 köpta platser för bostad med särskild service (BmSS) som inte heller rapporterats in för 2021. I den reviderade uppgiften som vi redovisar för 2021 ingår patienter på vård- och omsorgsboenden som drevs i privat regi men inte köpta BmSS-platser.

**Härryda:** År 2019 rapporterades för få patienter (691 mot faktiska 921) på grund av att kommunen inte skickade in uppgifter alla månader under året.

**Lerum:** År 2019–2021 rapporterades för få patienter (2019: 899 personer mot faktiska 1 189; 2020: 558 patienter mot faktiska 1 137; 2021: 939 mot faktiska 1 080). Det verkar finnas flera orsaker till underrapporteringen men de exakta skälen har inte kunnat fastställas.

**Mölnådal:** År 2019 rapporterades för få patienter (1 427 mot faktiska 1 716), där bland annat patienter som bodde på ett äldreboende som drevs i privat regi inte ingick.

**Stenungsund:** År 2018–2021 rapporterades för få patienter (2018: 697 mot faktiska 780; 2019: 722 mot faktiska 745; 2020: 667 mot faktiska 683 och 2021: 683 mot faktiska 684).

**Tjörn:** År 2019–2021 har sannolikt patienter som mottagit kommunal primärvård och varit bosatta i ordinärt boende inte inrapporterats. Antal inrapporterade patienter år 2019 var 191 personer (mot faktiskt antal 466); 2020: 208 personer (mot faktisk antal 475) och 2021: 220 personer (mot faktiskt antal 489). Antal patienter som inrapporterats till Socialstyrelsen åren 2017–2018 är sannolikt för stort på grund av att en del patienter som inte längre mottog insatser fortsatt var inskrivna i den kommunala primärvården.

Det är rimligt att anta att den här typen av felaktig inrapportering till Socialstyrelsens register inte är unik för Göteborgsregionens kommuner. Om den underrapportering på cirka 11 procent som ses i Göteborgsregionen 2021 skulle gälla alla Sveriges kommuner innebär det att närmare 40 000 patienter saknas i Socialstyrelsens register över insatser i den kommunala hälso- och sjukvården detta år. Eftersom statistiken ligger till grund för politiska beslut och utvecklingssatsningar är det angeläget att statistikens kvalitet förbättras och att kommunerna och Socialstyrelsen uppmärksammas på bristerna. Vår bedömning är att statistiken i dag ger en felaktig bild av den kommunala primärvårdens omfattning och utveckling. Detta skapar en missvisande bild av var kommunerna befinner sig i omställningen till en god och nära vård.

Göteborgsregionen och Socialstyrelsen har inlett ett samarbete som syftar till att förbättra kvaliteten i kommunernas inrapporterade data. Bland annat arrangerades ett dialogseminarium på temat mellan Socialstyrelsens och Göteborgsregionens medlemskommuner samt övriga kommunalförbund i länet i juni 2023.

## Kvalitetsbrister i inrapporterade KVÅ-koder

I arbetet med att utveckla nyckeltal som belyser utvecklingen av god och nära vård i kommunal primärvård hoppades vi inledningsvis kunna använda statistik över vårdåtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Tanken var att använda denna data för att till exempel följa vårdtyngd i den kommunala primärvården och att redovisa vilka vårdåtgärder som är vanligast, samt hur ofta som vissa ”avancerade” omvårdnadsåtgärder ges i kommunen, som exempelvis dialys,



blodtransfusioner och skötsel av tracheostomi. Förhoppningen var också att kunna undersöka patientens delaktighet och graden av personcentrerad vård genom att följa antal upprättade samordnade individuella planer (SIP) och antal så kallade teamkonferenser där patienten varit med i relation till det totala antalet patienter.

Syftet med inrapporteringen av KVÅ (klassifikation av vårdåtgärd) till Socialstyrelsens register är att skapa statistik över utförda vårdåtgärder av legitimerad personal inom kommunal primärvård (i kommunal regi) som kan användas för uppföljning, utvärdering, kvalitetsarbete och forskning. Enligt Socialstyrelsen är KVÅ-statistiken också tänkt att användas för lokalt systematiskt kvalitetsarbete och lokal uppföljning för den egna verksamheten samt jämförelse mellan verksamheter inom kommunen. Avsikten är också att KVÅ-statistiken ska kunna användas för jämförelser mellan kommuner (Socialstyrelsen, 2023b).

2019 var det många kommuner som inte kunde registrera KVÅ-koder i sina verksamhetssystem och alla kommuner rapporterade därför inte in dessa uppgifter till Socialstyrelsen. En del kommuner förde ”pinnstatistik” på papper som sedan levererades till Socialstyrelsen. I januari 2022 registrerade alla Göteborgsregionens medlemskommuner utom Tjörn KVÅ-koder i sina verksamhetssystem och rapporterade in dessa. Sedan november 2022 registrerar även Tjörn KVÅ-koder.

Av arbetsgruppens diskussioner om KVÅ framkom till en början att kvaliteten på registreringen uppfattades ha blivit bättre i kommunerna år för år. Däremot var det inte någon av kommunerna som deltog i utvecklingsarbetet av nyckeltalen som i slutet av 2022 hade tagit ut statistik ur Socialstyrelsens register eller använde Socialstyrelsens KVÅ-statistik för lokal uppföljning eller analys.

Socialstyrelsen har tagit fram urval av åtgärds-koder ur KVÅ-statistiken för användning i kommunal primärvård. Urvalen togs fram tillsammans med företrädare för de legitimerade yrkesgrupperna sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter och täcker alla åldersgrupper i kommunal primärvård (Socialstyrelsen, 2023b). Vid en granskning av inrapporterade åtgärder till Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård uppmärksammade dock myndigheten att vissa kommuner inte använder åtgärds-koderna i urvalet. I stället registreras mer generella åtgärder ur KVÅ även om det finns mer specifika åtgärder i urvalet. En del kommuner väljer också att registrera andra KVÅ-koder än de som rekommenderas för kommunal primärvård.

I början av 2022 sammanställde vi statistik för Göteborgsregionens medlemskommuner om vårdåtgärder utförda av legitimerad personal ur Socialstyrelsens statistikdatabas om kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ). År 2021 hade sammanlagt 56 024 vårdåtgärder registrerats. Det är i genomsnitt ungefär två åtgärder per patient och år. Detta är orimligt få åtgärder eftersom vi vet att många patienter kan ha flera insatser i veckan. Alla vårdåtgärder registreras således inte och det råder heller inte någon enighet i kommunerna om vilka KVÅ-koder som ska användas för vilka insatser.

En del kommuner har i dagsläget inte möjlighet att registrera alla de KVÅ-koder som Socialstyrelsen rekommenderar i sitt urval för användning i kommunal primärvård eftersom koderna inte alltid finns tillgängliga i kommunernas verksamhetssystem. Vi

upptäckte till exempel att flera kommuner inte kan registrera KVÅ-koderna *XS007 Konferens med patient*, *X008 Konferenser utan patient*, *AU124 Upprättande av SIP* eller *AU125 Upprättande av SIP vid utskrivning*. Några av de vanligaste vårdåtgärderna som registreras av Göteborgsregionens kommuner ingår heller inte i Socialstyrelsens rekommenderade urval av KVÅ-koder för kommunal primärvård. I Socialstyrelsens statistik redovisas dessa då som "Övriga KVÅ-koder som ej ingår i urvalet" och det går inte via det publicerade registret att se vad det rör som om för vårdåtgärd.

Tillsammans med arbetsgrupperna gjorde vi därför bedömningen att det i dagsläget inte går att använda Socialstyrelsens statistikdatabas över registrerade vårdåtgärder utförda av legitimerad personal som grund för uppföljning, analys eller jämförelser mellan kommuner. Ett kvalitetsutvecklingsarbete behövs så att kommunerna dels registrerar alla åtgärder, dels använder de KVÅ-koder som Socialstyrelsen rekommenderar (och inga andra) och enas om vilka KVÅ-koder som ska användas, åtminstone för de vanligaste vårdåtgärderna. För att KVÅ-statistiken verkligen ska kunna användas för uppföljning, analys och jämförelser mellan kommunerna skulle statistiken dessutom behöva omfatta privata vårdgivare vilket den inte gör i dag.

### 3. Delaktighet och personcentrerad vård

Ett av tre mål i regeringens proposition *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* är mer delaktiga patienter och en personcentrerad vård.

Med personcentrerad vård menas bland annat att:

- vården utgår från individens behov, preferenser och resurser;
- patienter bemöts som personer, med respekt och värdighet;
- patienten ses som en partner i den egna vården (Ekman et al., 2011).

I dag görs ingen riksomfattande undersökning av vad patienter som mottar kommunal primärvård tycker om vården. FoU i Väst har därför skickat ut en egen enkät till målgruppen i sina medlemskommuner. Det görs inte heller någon riksomfattande uppföljning av hur personcentrerat personal i kommunal primärvård arbetar. Även där har vi därför valt att skicka ut en egen enkät för att undersöka personalens uppfattning om detta. Resultaten från patientenkäten samt personalenkäten redovisas i Larsen och Nilsson (2023) samt Larsen (2022a, 2022b).

#### Att mäta graden av personcentrering

2019 gjorde FoU i Väst en kartläggning av metoder och instrument för att mäta personcentrering i en kommunal kontext ur såväl patienters, anhörigas och personals perspektiv (Larsen & Nordenhielm, 2020). Kartläggningen visade att det vanligaste sättet att mäta personcentrering är med hjälp av enkäter i form av olika instrument och skattningsskalor. Ibland används dessa tillsammans med andra mätmetoder, vanligtvis enskilda semistrukturerade intervjuer eller fokusgrupper. Studier där instrument och skattningsskalor används i kombination med observationer av interaktionen mellan vårdpersonal och patient förekommer också.

Kartläggningen visade också att det finns ett växande antal instrument och skalor för att mäta graden av personcentrering. I en undersökning från 2014 listar De Silva (2014) över 200 sådana validerade instrument och skalor samtidigt som de påpekar att listan långt ifrån är komplett.

Trots mängden instrument visade kartläggningen att det saknas instrument på svenska som fungerar för att mäta hur personcentrerad patienter som bor i ordinärt boende upplever att kommunal primärvård är. Det gör det svårt att följa upp om omställningen leder till en mer personcentrerad kommunal primärvård eller om insatser som kommunerna gör för att öka patienternas delaktighet fungerar. Däremot hittades ett validerat instrument på engelska, utvecklat och validerat i Storbritannien, som mäter hur personcentrerad patienter upplever att vård är som ges i ordinärt boende (Wilberforce et al., 2018). Instrumentet kallas PERCCI vilket står för *Person-Centred Community Care Inventory*. PERCCI består av 12 påståenden, där varje påstående ger mellan 1 och 4 poäng. Ett totalvärde beräknas, som kan variera mellan 12 och 48 poäng. Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering. Det

finns inga framtagna gränsvärden för PERCCI som säger vilka resultat som ska tolkas som mycket eller lite personcentrerad vård. PERCCI är i första hand tänkt som underlag för verksamhetsutveckling och jämförelse över tid inom eller mellan verksamheter, till exempel före och efter utvecklingsåtgärder kring personcentrering.

2021 översattes PERCCI till svenska och testades i en första studie på patienter som var 18 år eller äldre och inskrivna i kommunal primärvård i elva kommuner i Göteborgsregionen (Larsen & Lydahl, 2022a). Analyser visade att den svenska versionen av instrumentet höll hög kvalitet och totalt sett fungerade väl för att mäta hur personcentrerad patienter upplever att vården är. Likväl skulle instrumentet sannolikt vinna på att tre av påståendena omformulerades något för att bättre motsvara svenska förhållanden. En reviderad svensk version av PERCCI togs därför fram. Den reviderade versionen av PERCCI har använts som en del i enkäten till patienter i nyckeltalsarbetet. Den reviderade versionen av PERCCI finns i bilaga 4.

### Patientenkäten

För att undersöka hur patienter som får insatser i kommunal primärvård upplever vården skickades en enkät ut till 2 569 patienter i Göteborgsregionens medlemskommuner. Enkäten till patienter bestod dels av den svenska översättningen av mätinstrumentet PERCCI (Wilberforce et al., 2018; Larsen & Lydahl, 2022a) samt en övergripande fråga om hur nöjd och trygg man känner sig med hemsjukvården totalt sett, dels bakgrundsfrågor om bland annat ålder, kön och hälsotillstånd.

Målgruppen för enkäten var personer 18 år eller äldre i ordinärt boende som var inskrivna i den kommunala primärvården den 15 september 2022 i kommunerna Ale, Alingsås, Göteborg, Härryda, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Partille, Stenungsund, Tjörn och Öckerö. Kungsbacka och Mölndal valde att inte delta i enkätutskicket.

I Alingsås, Göteborg och Kungälv skickades enkäten ut till ett slumpmässigt urval av patienter. I övriga kommuner skickades enkäten till alla inskrivna patienter.

Totalt besvarade 1 152 personer enkäten, varav 35 personer digitalt. Efter borträkning av personer som avlidit under enkätperioden och personer som inte längre var inskrivna i kommunal primärvård då enkäten skulle besvaras, var svarsfrekvensen 46 procent.

Svarsfrekvensen ligger ungefär i nivå med andra patientundersökningar som genomförs på nationell nivå, vilket vi bedömer vara en god svarsfrekvens med tanke på målgruppens ålder och sjukdomsburden. Exempelvis var svarsfrekvensen på senaste enkäten "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?" 59 procent för de med hemtjänst och 43 procent för de på särskilt boende (Socialstyrelsen, 2022c). Svarsfrekvensen från den senaste nationella patientenkäten för primärvård var 39 procent, för öppen specialistvård 48 procent och för öppen psykiatri 32 procent (*Vården i siffror*, 2023).

För att få en uppfattning om hälsotillståndet för många patienter som får kommunal primärvård kan vi nämna att i vissa kommuner hade upp mot 10 procent av alla inskrivna patienter den 15 september 2022 avlidit vid månadsskiftet

oktober/november samma år då vi skulle skicka ut påminnelseenkäter till de som inte hade svarat. Respondenternas medelålder var 81 år. Den yngste var 26 år och den äldste 105 år.

### **Enkätresultatets representativitet**

Det är alltid en utmaning att få en tillräckligt hög svarsfrekvens och representativa svar på enkäter för att kunna dra slutsatser om den målgrupp som undersöks. När den första översättningen av PERCCI testades i elva kommuner i Göteborgsregionen skickades enkäten ut till personer som bodde i såväl ordinärt som särskilt boende (Larsen & Lydahl, 2022a). Endast ett fåtal personer på särskilt boende besvarade enkäten och många anhöriga till målgruppen hörde av sig till oss och meddelade att personen inte hade hemsjukvård eller kommunal primärvård eftersom personen bodde på ett särskilt boende. Många trodde alltså felaktigt att hemsjukvård och kommunal primärvård bara är något man kan få om man bor i ordinärt boende. Mot denna bakgrund valde vi därför att i undersökningen 2022 avgränsa enkäten till personer i ordinärt boende.

Det är naturligtvis en brist att vi inte undersöker alla patientgruppers upplevelser av den kommunala primärvården. Det är möjligt att andra metoder än enkäter är mer lämpliga för att fånga in åsikter från de som bor på särskilt boende, exempelvis intervjuer i grupp eller enskilt. Till viss del skulle resultat från Socialstyrelsens enkät "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?" som riktar sig till personer på särskilt boende kunna komplettera bilden. Ännu bättre hade varit om Socialstyrelsens enkät kunde kompletteras med frågor som rörde den kommunala primärvården specifikt så att målgruppen inte behöver besvara flera olika enkäter.

Av de som besvarade vår enkät uppgav 74 procent att de utöver hemsjukvård också har hemtjänst. Av alla patienter som någon gång under 2021 var mottagare av kommunal primärvård i de deltagande kommunerna hade 80 procent också någon typ av insats från socialtjänsten. I denna grupp ingår personer som bor på särskilt boende, vilket gör att andelen inte kan relateras till undersökningens resultat som var avgränsad till personer i ordinärt boende. Det är därför svårt att uttala sig om andelen som har insats från socialtjänsten hos svarspersonerna speglar andelen för målgruppen som helhet.

Det är sannolikt att svarsfrekvensen är lägre än genomsnittet för de mest sjuka patienterna. Eftersom personer som skattar sin hälsa som sämre brukar vara mindre nöjda med vården är det rimligt att anta att resultatet från enkäten något överskattar patienters nöjdhet (jämför Wolf et al., 2012). Det är också sannolikt att personer med kognitiva funktionsnedsättningar har besvarat enkäten i mindre utsträckning än andra. Inget talar dock för att bortfallet skiljer sig åt mellan kommunerna, varför resultaten bör vara jämförbara mellan kommuner.

Män och kvinnor har besvarat vår enkät i lika stor utsträckning. Svarsfrekvensen är högre för de som är 80 år eller äldre och lägre för de som är 18–64 år. Andra undersökningar pekar på att äldre brukar vara mer nöjda med vården än yngre. Eftersom de äldsta är något överrepresenterade i vår undersökning är det därför möjligt att resultatet något överskattar patienters nöjdhet.

Tabell 3:1

Svarsgruppens köns- och åldersprofil jämfört med enkätens målgrupp

	Svarsgruppen	Enkätens målgrupp*	Differens (procentenheter)
Kvinnor	59	58	+1
Män	41	42	-1
18–64 år	9	18**	-9
65–79 år	27	27	0
80- år	64	55	+9

\* Enkätens målgrupp baseras på Socialstyrelsens statistik från år 2021 om personer som någon gång under året mottagit en åtgärd i kommunal hälso- och sjukvård i de kommuner som ingick i enkätundersökningen.

\*\* I Socialstyrelsens publicerade statistik över personer som mottagit insatser i kommunal hälso- och sjukvård särredovisas inte personer i åldrarna 18–64 år utan endast gruppen 0–64 år. Det är dock ytterst få personer under 18 år som mottar kommunal primärvård vilket innebär att andelen personer i gruppen 18–64 år är nästan lika stor som i den vidare gruppen 0–64 år.

### Utmaningar med patientenkäten

Utöver utmaningarna med att uppnå en tillräckligt hög svarsfrekvens på patientenkäten fanns flera andra utmaningar med denna del av nyckeltalsarbetet som kan vara bra att känna till för andra som funderar på att göra liknande undersökningar.

När patientenkäten skickades ut första gången år 2021 blev svarsfrekvensen endast 22 procent. Vi fick då flera signaler från kommunerna om att patienter avstått från att svara på enkäten eftersom den kom från FoU i Väst vid Göteborgsregionen (GR) – en verksamhet och en organisation som man inte kände till. År 2022 beslutade vi därför att varje deltagande kommun skulle skicka ut enkäten i kommunens kuvert i stället. Av enkäten framgick det emellertid att undersökningen gjordes av FoU i Väst vid GR på uppdrag av medlemskommunerna. Svarsfrekvensen år 2022 blev mer än dubbelt så hög, 46 procent, vilket talar för att det är en bra strategi att enkäten skickas från kommunen som är en aktör som patienten känner till.

År 2022 skickades enkäten ut till sammanlagt 2 569 patienter av de cirka 28 500 som hade insatser i den kommunala primärvården det året. Även om en totalundersökning där alla patienter getts möjligheten att svara hade varit att föredra kunde en sådan inte genomföras av kostnadsskäl. En totalundersökning skulle dessutom inneburi en allt för stor arbetsbelastning för berörda kommuner. Enbart

portokostnaden uppgick till 44 kronor per enkät (utskick samt frankerat svarskuvert). Därutöver tillkommer kostnader för tryckning av enkäten, kuvert, påminnelseenkät till de som inte svarat, inskanning av enkätsvar samt arbetstid för packning och distribution av enkäterna.

I enkäten fanns kontaktuppgifter till två personer på Göteborgsregionen som respondenten eller anhöriga kunde höra av sig till om de hade frågor eller synpunkter på enkäten. Drygt 200 personer hörde av sig, det vill säga närmare åtta procent av målgruppen för enkäten, vilket är en mycket hög andel i förhållande till enkätundersökningar i allmänhet. Det handlade oftast om att patienterna inte ville svara på enkäten, men några hade frågor om enkäten och funderingar på om de verkligen tillhörde målgruppen för enkäten, till exempel om de ”bara hade hjälp med provtagning en gång var 14:e dag”. En del ville lämna kompletterande information som de inte tyckte att de kunde förmedla i enkäten. En lärdom är att när enkäter skickas ut till denna målgrupp är det bra att ha en beredskap för en stor mängd telefonsamtal från patienter och anhöriga.

Ett 20-tal anhöriga kontaktade oss för att meddela att deras närstående avlidit. I de flesta fall rörde det sig om personer som avlidit under perioden mellan det att adresser till patienterna togs fram den 15 september och att enkäten skickades ut första veckan i oktober, men ett fåtal patienter hade avlidit för flera månader sedan men kom ändå med i urvalet då kommunerna missat att avsluta dem i deras register över vilka personer som mottar kommunal primärvård. För att undvika detta vid framtida enkätutskick kommer vi uppmana kommunerna att dubbelkontrollera så patienterna som får enkäten skickad till sig verkligen är aktuella.

### **Validering av den svenska versionen av PERCCI**

För att ett mätinstrument ska vara validerat behöver det ha utvärderats och resultaten ska ha publicerats i en vetenskaplig tidskrift där oberoende ämnesexperter granskar artikelns vetenskapliga kvalitet före publicering, så kallad *peer-review*. FoU i Väst samarbetar nu med forskare vid GPCC (Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet) för att publicera en artikel om den svenska versionen av PERCCI så att den svenska versionen blir validerad.

Hittills har den svenska versionen av PERCCI följts upp genom gruppintervjuer med chefer och sjuksköterskor i kommunal primärvård i sex kommuner (Larsen & Lydahl, 2022a). Olika statistiska analyser har gjorts för att undersöka instrumentets validitet och reliabilitet. Dessa visar att den reviderade svenska versionen av PERCCI håller hög kvalitet och väl mäter patienters upplevelse av hur personcentrerad vården är. För att få ytterligare kunskaper genomfördes dessutom uppföljande intervjuer med ett 20-tal patienter våren 2023 för att undersöka hur de resonerade när de besvarade enkäten och om den svenska versionen av PERCCI fungerar för att ta reda på hur personcentrerad patienter i kommunal primärvård upplever att vården är. Även intervjuerna visar att instrumentet mycket väl fångar de dimensioner i personcentrering som är centrala ur ett patientperspektiv.

## Personalenkäten

För att undersöka hur personcentrerat personal i kommunal primärvård upplever att de arbetar skickade vi ut en digital enkät i oktober 2022. Enkäten skickades till alla sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som varit anställd minst en månad i kommunal primärvård i kommunerna Ale, Alingsås, Göteborg, Härryda, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Partille, Stenungsund, Tjörn och Öckerö (alla Göteborgsregionens medlemskommuner utom Kungsbacka).

En kontaktperson i varje deltagande kommun förmedlade en länk till enkäten via e-post till berörd personal. Svarsperioden var 6 oktober till 6 november, men kan ha varierat något i kommunerna. En påminnelse gjordes via kommunernas kontaktperson.

Undersökningen omfattade 1 377 medarbetare i kommunerna sammantaget. Av dessa var 991 sjuksköterskor och 386 rehabiliteringspersonal, det vill säga arbetsterapeuter och fysioterapeuter eller sjukgymnaster. Antalet medarbetare som ingick i undersökningen varierade stort mellan kommunerna eftersom kommunerna är olika stora och ansvarar för olika många patienter.

Ett och ett halvt år tidigare, våren 2021, skickades en nästan identisk enkät ut till sjuksköterskor som arbetade i den kommunala primärvården i nio av Göteborgsregionens kommuner. Liksom 2022 ingick inte Kungsbacka och denna gång inte heller Härryda, Lilla Edet och Öckerö. (Larsen & Lydahl, 2022b). I nyckeltalsrapporten (Larsen & Nilsson, 2023) redovisas dels resultatet för 2022 års undersökning i jämförelse med 2021 års resultat för sjuksköterskor, dels resultatet för 2022 års undersökning för legitimerad personal.

## Mätinstrumentet mP-CAT

Enkäten till legitimerad personal innehöll två delar. Den första utgjordes av bakgrundsfrågor om anställningskommun, ålder, kön, yrke, eventuell specialistutbildning, boendeform för de patienter man vårdar, anställningsform, om man arbetar hel- eller deltid samt en fråga om upplevd stress i arbetet. Den andra delen innehöll en modifierad version av det validerade instrumentet mP-CAT (Larsen & Lydahl, 2022b), som syftar till att mäta i vilken utsträckning personalen bedömer att den vård de ger är personcentrerad.

mP-CAT-instrumentet är en bedömningsskala som bygger på självrapportering. Det har utvecklats av forskare i Sverige och Australien (Edvardsson et al., 2010).

Ursprungsversionen (kallad P-CAT) är utformad för vårdpersonal (framför allt sjuksköterskor) som arbetar med äldre patienter och patienter med demenssjukdom på sjukhus och vård- och omsorgsboenden.

Forskare i Sverige har utvecklat och testat en kontextberoende och modifierad version som kallas mP-CAT (Selan et al., 2017). mP-CAT består av 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan 1 och 5 poäng. Ett totalvärde beräknas (13–65 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.



Det finns inga gränsvärden framtagna för när värden ska anses vara mycket eller lite personcentrerad mätt med mP-CAT. Enligt ett protokoll framtaget av La Trobe University (2023) i Australien indikerar värden mellan 52 och 65 hög personcentrering, värden mellan 13 och 26 låg personcentrering och värden däremellan genomsnittlig personcentrering. Gränsvärdena är dock inte grundade på studier av olika verksamheters resultat utan baseras på antagandet att 1 till 2 poäng på ett påstående är ett dåligt resultat och 4 till 5 poäng ett gott resultat.

## Revidering av instrumentet 2022

Senhösten 2022 genomförde FoU i Väst gruppintervjuer med chefer och sjuksköterskor i kommunal primärvård i fyra kommuner för att diskutera resultatet från enkäterna till patienter och personal och hur mP-CAT som instrument fungerar för att mäta hur personcentrerat personalen arbetar (Larsen & Lydahl, 2022a). Gruppintervjuerna visade tydligt att ett av påståendena i instrumentet, ”Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har”, hade tolkats på olika sätt av respondenterna vilket gjorde att det inte gick att jämföra resultaten på frågan mellan kommunerna. Flera menade till exempel att den enskildes livshistoria framför allt är något som dokumenteras i socialtjänsten och används i brukarnas genomförandeplaner där. Flera påpekade också att det inte alltid är relevant att ta hänsyn till den enskildes livshistoria när en vårdplan upprättas – det beror på vilka insatser och hur omfattande insatserna är. I tre kommuner påpekade intervjupersonerna att de inte upprättar några vårdplaner i form av ett dokument som patienten kan ta del av. De intervjuade förslog att påståendet borde formuleras om till ”Kunskaper om den enskildes livshistoria används i den enskildes vård”. I 2022 års enkätundersökning som riktades till legitimerad personal har denna revidering av mP-CAT använts. Det innebär att jämförelser av resultatet mellan år 2021 och 2022 års undersökning måste göras med försiktighet. Det går inte heller att göra jämförelser med andra kommuner och verksamheter som använder originalversionen av mP-CAT. Däremot är vår bedömning att jämförelserna mellan Göteborgsregionens kommuner över tid kommer bli mer tillförlitliga om den reviderade versionen av mP-CAT används framgent. Den reviderade versionen av mP-CAT finns i bilaga 5.

## Enkätresultatens representativitet

Den genomsnittliga svarsfrekvensen på personalenkäten var 50 procent. Svarsfrekvensen var lägre för sjuksköterskor än för rehabiliteringspersonal: 44 procent jämfört med 65 procent i kommunerna sammantaget. För sjuksköterskor varierade svarsfrekvensen i kommunerna mellan 23 och 72 procent. För rehabiliteringspersonal var den 29 till 100 procent. Öckerö kommun hade lägst svarsfrekvens för båda personalgrupper (23 respektive 29 procent). Kommunens resultat särredovisas därför inte i nyckeltalsrapporten men ingår i resultaten för samtliga kommuner.

Eftersom svarsfrekvensen varierar kraftigt mellan kommunerna är kommuner med hög svarsfrekvens överrepresenterade och bidrar mer till totalresultatet än övriga.

Eftersom svarsfrekvensen är högre för rehabiliteringspersonal än övriga yrkesgrupper är även denna yrkesgrupp överrepresenterad och bidrar mer till totalresultatet än övriga.

Enligt instruktioner till kommunerna skulle enkäten distribueras till både tillsvidareanställd, tidsbegränsat anställd och timanställd legitimerad personal i kommunal primärvård. Eftersom 96 procent av respondenterna har uppgett att de är tillsvidareanställda finns skäl att tro att enkäten inte nått alla med andra anställningsformer, eller att svarsfrekvensen för dem åtminstone är lägre. Detta är dock osäkert eftersom vi saknar uppgifter om det totala personalantalet fördelat efter anställningsform.

### Test av mP-CAT med hemtjänstpersonal

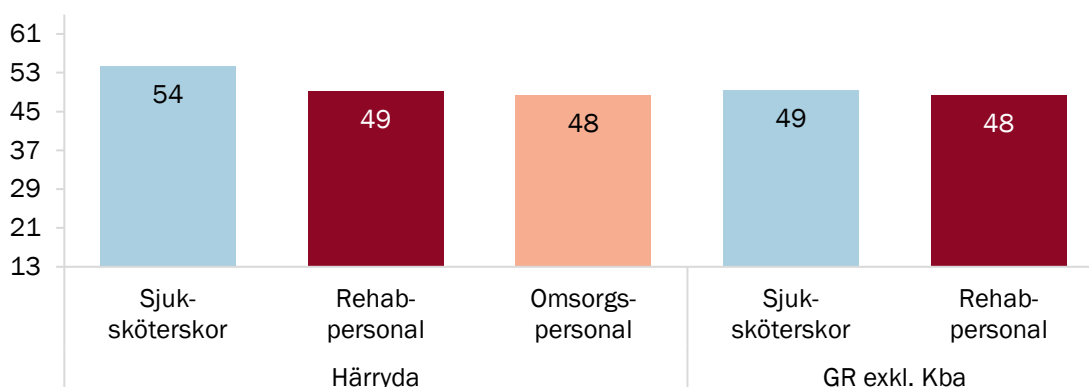
Hittills har Göteborgsregionen endast använt mP-CAT för att mäta hur personcentrerat *legitimerad* personal upplever att de arbetar. mP-CAT är dock tänkt att kunna användas även av icke-legitimerad personal för uppföljning av vård och omsorg ur ett bredare perspektiv. Under utvecklingsarbetet av nyckeltalen fick vi många önskemål om att göra motsvarande undersökning med icke-legitimerad omsorgspersonal eftersom de utför merparten av alla hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna. Eftersom detta är en antalsmässigt mycket stor personalgrupp ville vi emellertid först genomföra en pilotstudie riktad till ett mindre urval för att kunna utvärdera hur mP-CAT fungerar för denna målgrupp. Härryda kommun medverkade som pilot och skickade ut en anpassad enkät till 100 av deras icke-legitimerade medarbetare inom hemtjänsten. En uppföljande gruppintervju genomfördes med två enhetschefer, en undersköterska som svarat på enkäten och utvecklingsledaren för kommunal primärvård för att diskutera resultatet (se vidare nedan).

Svarsfrekvensen på enkäten till hemtjänstpersonal var betydligt lägre än för motsvarande enkät till kommunens legitimerade personal: 29 procent i jämförelse med 42 procent för sjuksköterskor och 60 procent för gruppen av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Av den uppföljande gruppintervjun framkom att den låga svarsfrekvensen sannolikt kan förklaras av bristande förankring av enkäten snarare än att enkäten var svår att besvara eller upplevdes som irrelevant av målgruppen.

I diagrammet nedan redovisas resultatet av mP-CAT uppdelat på sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och hemtjänstpersonal för Härryda kommun. Beträffande sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal jämförs kommunens resultat med Göteborgsregionens kommuner sammanlagt. Resultatet på mP-CAT kan anta ett värde mellan 13 och 65 poäng. Svarsfrekvensen för hemtjänstpersonal i Härryda kommun är dock för låg för att kunna dra slutsatser om hela gruppen hemtjänstpersonal i kommunen samt för att dra några säkra slutsatser om gruppens upplevelser av personcentrering jämfört med övriga personalgrupper. Resultaten som presenteras i diagram 1 antyder dock att hemtjänstpersonalen upplever att de arbetar något mindre personcentrerat än i första hand sjuksköterskor, men resultaten är alltså osäkra.

Diagram 3:1

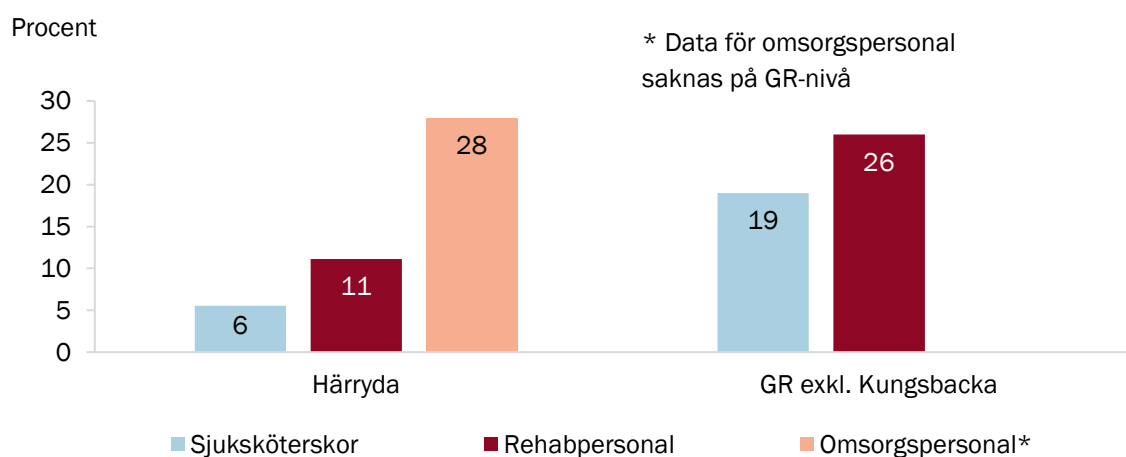
Personalens upplevelse av hur personcentrerat de arbetar (mätt med mP-CAT) i Härryda kommun jämfört med samtliga kommuner i Göteborgsregionen exklusive Kungsbacka



I enkäten till hemtjänstpersonal ställde vi, precis som i enkäten till legitimerad personal, frågan om hur ofta man upplever sig stressad i sitt arbete. Svaren indikerar att hemtjänstpersonalen i högre grad än den legitimerade personalen i Härryda kommun upplever att de ofta eller alltid är stressade i sitt arbete. Svarsfrekvensen är dock, som tidigare påpekats, för låg för att kunna dra slutsatser om all hemtjänstpersonal i kommunen.

Diagram 3:2

Andel personal som svarat att de ofta eller alltid känner sig stressade i arbetet



Resultatet från gruppintervjun om enkäten pekar på att mP-CAT inte fungerar lika bra för att mäta hur personcentrerat hemtjänstpersonal arbetar som legitimerad personal och att instrumentet behöver anpassas för denna målgrupp.

De intervjuade beskrev att enkätfrågans 13 påståenden rörande olika aspekter av personcentrerad vård och omsorg har olika innebörd och relevans i olika verksamheter och för olika personalgrupper. Några av enkätinstrumentets

påståendefrågor kunde tolkas på olika sätt och definitioner skulle behövas för att både underlätta för respondenterna och för att stärka resultatens validitet. De intervjuade bedömde att mP-CAT-instrumentet är mer lämpat för vård- och omsorgsboenden än för vård och omsorg i hemmet. Utifrån enkätfrågans urval av påstående riskerar hemtjänstverksamheter att få lägre poäng på mP-CAT än särskilda boenden även om den enskilde kanske upplever vården och omsorgen som lika personcentrerad i båda verksamheterna.

## 4. Patientsäkerhet och vårdkvalitet

I propositionen om inriktningen för en nära och tillgänglig vård (Prop. 2019/20:164) och i de offentliga utredningar som ligger till grund för propositionen (se t. ex. SOU 2020:19) betonas att omställningen till god och nära vård ska ske utan att patientsäkerheten äventyras. Att följa upp vården ur ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv är därför centralt, och mycket tid i utvecklingen av nyckeltal och indikatorer har ägnats åt att identifiera relevanta och valida mått inom detta område.

### Val av indikatorer och nyckeltal

Patientsäkerhet och vårdkvalitet i kommunal primärvård följs redan i dag på en rad olika sätt, till exempel via Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för den kommunala hälso- och sjukvården<sup>1</sup> och de nationella kvalitetsregistren Senior Alert<sup>2</sup> och Svenska palliativregistret<sup>3</sup>. Dessutom registrerar kommuner och regioner avvikelserapporter och allvarliga vårdskador (Lex Maria). Vi uppfattade därför till att börja med att det skulle finnas många datakällor att hämta relevanta uppgifter från och att vi skulle kunna använda oss av redan befintliga nyckeltal och indikatorer som publiceras nationellt på detta område. Det visade sig emellertid inte vara fullt så enkelt.

I diskussioner med arbetsgrupperna framkom att Göteborgsregionens medlemskommuner i dagsläget inte använder sig av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer i någon större utsträckning för att följa upp eller utveckla den kommunala primärvården. Skälen till detta är att kvalitetsindikatorerna primärt mäter förutsättningar för kvalitet men inte säger något om kvaliteten på vården i sig. Exempel på indikatorer är förekomsten av styrande dokument och planer; möten för systematiskt patientsäkerhetsarbete; verksamhetsförlagd utbildning; tillgång till legitimerad personal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring; användning av standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling; olika typer av erbjudna insatser (multiprofessionellt demensteam, fotundersökning, basal utredning avseende blåsdysfunktion) samt förekomsten av fallskador och frakturer. I slutändan enades vi om att bara ta med en av de kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen redovisar i vår nyckeltalsrapport, nämligen antal fallskador bland personer 65 år eller äldre som har insatser i kommunal primärvård.

Det visade sig också att inte alla Göteborgsregionens medlemskommuner registrerade data i Senior Alert, och att några kommuner bara registrerar vissa

---

<sup>1</sup> År 2022 redovisade Socialstyrelsen 35 kvalitetsindikatorer som rör kommunal primärvård.

<sup>2</sup> Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och 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.

<sup>3</sup> Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slut för patienten och patientens närstående. Detta inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats.

uppgifter för några verksamheter. Det gick därför inte att få fram jämförbara data för alla kommuner. Dessutom visade det sig att data från registren inte gick att använda för den typ av analyser som kommunerna önskade göra (se vidare avsnittet om Senior Alert i detta kapitel).

Avvikelse som upptäckts av hälso- och sjukvårdspersonal i Västra Götalands län rapporteras i MedControl PRO som är ett IT-stöd för avvikelshantering. Vi hoppades inledningsvis att kunna använda oss av dessa rapporter för att ta fram någon form av nyckeltal eller indikator på avvikelser i den kommunala primärvården. Det visade sig dock att MedControl PRO inte lämpar sig särskilt väl för detta. Antalet avvikelserapporter är många och det är svårt att skapa sig en överblick över vad för typ av avvikelser det rör sig om. Det finns dessutom stora variationer i hur heltäckande avvikelser rapporteras in i systemet. Arbetsgruppen menade att få avvikelserapporter i en kommun kan böttna i bristande rapportering och inte självklart bör tolkas som få avvikelser. En liknande problematik diskuterades beträffande allvarliga vårdskador. Få anmälningar i en kommun kan bero på att kommunen inte alltid uppmärksammar vårdskador. Den här typen av problematik försvårar jämförelser mellan kommuner. Arbetsgruppen beskrev dock att man arbetar med att förbättra sina rutiner för att identifiera och anmäla vårdskador.

Den kommunala primärvården förutsätter en fungerande samverkan med såväl läkare i regionen som kommunens socialtjänst. Arbetsgruppen ansåg därför att det var viktigt att utveckla nyckeltal och indikatorer som visar på kvaliteten på den samverkan som sker. Någon kommun som deltog i utvecklingen av nyckeltal brukade regelbundet kartlägga hur samarbetet med läkare på vårdcentraler i kommunen fungerar, bland annat genom att redogöra för antalet timmar i veckan som läkare finns tillgänglig på särskilda boenden och hur lätt det är för personalen att få kontakt med läkare vid behov. Att göra denna typ av kartläggningar tar dock mycket tid och det är svårt att sammanställa resultatet i nyckeltal och indikatorer som är jämförbara mellan kommuner. Arbetsgruppen beslöt därför att inte utveckla någon indikator kring läkarmedverkan i den kommunala primärvården. Samtidigt var gruppen enligt om att det är viktigt att följa upp hur läkarmedverkan fungerar i den kommunala primärvården på andra sätt.

## Indikatorer hämtade från Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos. Registrets statistik baseras på uppgifter som lämnats av vårdpersonal via en enkät med ett 30-tal frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet samt genom en enkät som besvaras av närstående. Registrets statistik är tänkt att användas för att följa vårdkvaliteten för en oftast mycket sårbar patientgrupp (Svenska palliativregistret, 2023).

Registret innehåller flera uppgifter som kan användas som indikatorer på vårdkvalitet. Det handlar exempelvis om ifall det finns ett dokumenterat brytpunktssamtal, om personen avled med trycksår, om någon var närvarande i dödsögonblicket och om personens smärta skattades under den sista veckan i livet.

Arbetsgruppen bedömde att registret håller hög kvalitet och att de trender som måtten visar är rimliga och trovärdiga. Arbetsgruppen hade en omfattande dialog om vilket eller vilka av måtten i registret som det var mest angeläget att följa för att jämföra vårdkvalitet mellan kommuner över tid. Majoriteten ansåg att det är alla måtten sammantaget som ger en bra helhetsbild av kvaliteten i den palliativa vården. Samtidigt behövde antalet nyckeltal i rapporten begränsas.

I prioriteringen valdes slutligen tre mått ut som särskilt angelägna för att följa kvaliteten i den palliativa vård som kommunerna utför:

- dokumenterade brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård
- ordination av injicerbar opioid vid smärta sista levnadsveckan till patienter i särskilt och ordinärt boende
- dokumenterat läkarbeslut om övergång till palliativ vård.

Alla tre måtten bedömdes samtidigt vara relevanta indikatorer på samverkan – och dokumenterade brytpunktssamtal även på delaktighet. I nyckeltalsrapporten redovisas de första två måtten under området patientsäkerhet och vårdkvalitet, medan det tredje måttet redovisas under området samverkan. I detta avsnitt redogör vi för arbetsgruppens överväganden som gjorde att de första två måtten inkluderades i nyckeltalsrapporten, medan argumenten för det sista måttet finns i kapitel 5.

## Dokumenterat brytpunktssamtal

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:7) ska ett så kallat brytpunktssamtal föras mellan ansvarig eller tjänstgörande läkare och patient. Ett brytpunktssamtal är ett samtal mellan läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Samtalet ger patienten en möjlighet att vara delaktig och besluta hur hen vill ha det under den sista tiden. Vid dessa samtal är det ofta önskvärt att närstående deltar, om patienten tillåter.

Även om det är läkare från regionens primärvård som ansvarar för att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig, samt för att genomföra och dokumentera ett aktuellt brytpunktssamtal, så är den kommunala primärvården beroende av att detta sker för att de i sin tur ska kunna ge en adekvat och säker vård i livets slutskede. Arbetsgruppen bedömde därför att måttet är centralt att ha med i nyckeltalsrapporten.

Socialstyrelsen (2018) definierar palliativ vård som hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård innebär också ett beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ett organiserat stöd till närstående. När övergången till palliativ vård i livets slutskede dokumenteras av ansvarig läkare blir det tydligt att det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

I IVO:s granskning av äldreomsorgen och den kommunala primärvården under covidpandemin framkommer allvarliga brister när det gäller att följa gällande

föreskrift om brytpunktssamtal för äldre som bor på särskilt boende (IVO, 2020). Tillsynen har visat att ställningstagande och brytpunktssamtal inte alltid har skett på det sätt som föreskrivs, varken när det gäller delaktighet från patient eller närstående. Tillsynen visade också att samtalen ofta inte har dokumenterats på det sätt som de ska. Det förekommer även att sjuksköterskor har inlett vård i livets slutskede utan en förnyad kontakt med läkare, i strid med gällande bestämmelser.

## Ordination av injicerbar opioid vid smärta sista levnadsveckan

Även om det är läkare från regionens primärvård som ska ordinera injicerbar opioid vid smärta till palliativa patienter är den kommunala primärvården beroende av att detta sker, för att de i sin tur ska kunna ge en adekvat och säker vård i livets slutskede. På den grunden bedömdes måttet vara angeläget att följa som indikator på vårdkvalitet.

Göteborgsregionen, FoU i Väst, beställde data från Svenska palliativregistret i två omgångar: först för perioden januari 2012 till och med november 2022, därefter en kompletterande beställning med helårsstatistik för 2022 (erhållen 2023-02-06). Vi har själva bearbetat den statistik som redovisas i nyckeltalsrapporten. Bearbetningen har omfattat skapandet av nya variabler. Det har handlat dels om att slå samman dödsplatskategorier (särskilt boende, vård- och omsorgsboende/LSS med korttidsplats och eget hem med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård, allmän hemsjukvård respektive hemtjänst till en kategori), dels om att skapa en variabel för förekomst av brytpunktssamtal genom att kombinera uppgifter om brytpunktssamtal med *patient* och brytpunktssamtal med *närstående* (utifrån information om hur Palliativregistret själva redovisar ett sådant mått). Därutöver har rena beräkningar utförts, inklusive beräkningar av resultat för Göteborgsregionen som helhet.

Resultaten för de valda indikatorerna har sammanställts både för Göteborgsregionen som helhet och för respektive kommun. De regionala resultaten redovisas nedbrutet på dels ”eget hem med någon typ av stöd” (vilket till den största delen avser hemsjukvård men sedan 2015 även hemtjänst), dels ”särskilt boende, vård- och omsorgsboende eller korttidsboende”. På kommunnivå redovisas däremot resultaten enbart för ordinärt och särskilt boende sammanslaget, av två skäl: dels var ambitionen att hålla ned antalet mått och diagram i nyckeltalsrapporten, dels baseras resultaten för ordinärt boende i några kommuner på mycket få personer per år. Även om nedbrytningen på de olika målgrupperna är relevant så bedömde gruppen att rapportens omfång och mer robusta resultat var faktorer som vägde över.

## Följsamhet till ordination

En majoritet av alla hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunal primärvård delegeras till omsorgspersonal på vård- och omsorgsboenden och i hemtjänsten. Ett sätt att följa upp hur samverkan med kommunens socialtjänst fungerar ur ett patientsäkerhets- och vårdkvalitetsperspektiv är att följa omsorgspersonalens följsamhet till ordination av legitimerad personal. Några kommuner, men inte alla, har möjlighet att göra det för delar av sin verksamhet genom sina digitala



signeringssystem. I nyckeltalsrapporten har vi valt att ta med några indikatorer som visar på omsorgspersonalens följsamhet till ordination.

Sex av Göteborgsregionens kommuner använder sig av digitala signeringssystem för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser som ges till patienter i ordinärt boende (Ale, Lilla Edet, Kungälv, Mölndal, Stenungsund och Öckerö). Ur signeringssystemen är det enkelt att få fram statistik över omsorgspersonalens följsamhet till den legitimerade personalens ordinationer. Arbetsgruppen bedömde att omsorgspersonalens följsamhet till ordination är en central aspekt av den kommunala primärvårdens kvalitet. Om ordinerade insatser inte utförs får patienterna inte den vård som de har bedömts vara i behov av. Trots att följsamheten i dag inte går att mäta i alla kommuner eller inom alla verksamhetsområden ansåg arbetsgruppen att det ändå var relevant att redovisa nyckeltal på följsamhet för de kommuner som mäter detta. Förhoppning är att fler kommuner kommer ha verksamhetssystem i framtiden som möjliggör jämförelser i alla Göteborgsregionens kommuner.

Två nyckeltal som rör följsamhet till ordination valdes ut. Det ena är andelen läkemedelsinsatser som delegerats av sjuksköterska till omsorgspersonal och getts i tid till patienter i ordinärt boende. Det andra är andelen delegerade eller ordinerade rehabiliteringsinsatser av arbetsterapeut eller fysioterapeut till omsorgspersonal för patienter i ordinärt boende som har utförts (signerats). Endast Kungälv, Lilla Edet, Mölndal och Öckerö har signeringssystem som inkluderar rehabiliteringsinsatser, varför endast dessa fyra kommuner ingår i mätningen.

Flera andra alternativa nyckeltal på området diskuterades också. Till exempel önskade arbetsgruppen att kunna följa genomsnittlig avvikelse i tid för insulingivning eftersom detta är ett läkemedel som är mycket viktigt att ge vid rätt tidpunkt för att hålla ett stabilt blodsocker. Endast två kommuner hade emellertid möjligheten att leverera dessa data och nyckeltalet valdes därför bort. Målsättningen är dock att kunna redovisa detta nyckeltal i kommande nyckeltalsrapporter.

## **Kvalitetsregistret Senior Alert – mått för att stödja vårdprevention som inte har inkluderats i rapporten**

Inledningsvis har vi nämnt att vi valde att inte inkludera nyckeltal och indikatorer baserade på data ur Senior Alert. I detta avsnitt beskriver vi mer i detalj skälen till detta.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer. Registret tar sikte på risken för fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen samt problem med blåsdysfunktion. Dessa fem problemområden drabbar främst äldre personer och är områden som hänger ihop med varandra. En undernärd person har lättare att falla och utveckla trycksår, och vid till exempel en höftfraktur ökar risken att utveckla trycksår, näringsproblem och försämrad munhälsa. Målet med Senior Alert är att utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg (Senior Alert, 2023).

Arbetsgruppens diskussioner om uppgifterna som finns tillgängliga i Senior Alert utmynnade i fyra huvudsakliga skäl för att inte inkludera registrets mått i den aktuella nyckeltalsrapporten. Rapportens författare har i efterhand kompletterat och delvis även korrigerat beskrivningen utifrån diskussioner med den nationella koordinatören för Senior Alert.

**1. Det finns stora olikheter i hur Göteborgsregionens kommuner använder Senior Alert och vissa kommuner registrerar inte alls.**

För år 2022 saknades uppgifter helt för Ale, Kungälv och Stenungsund, och flera kommuner som registrerat i systemet har inte gjort det heltäckande. Bara sex av Göteborgsregionens kommuner har registrerat med avseende på ”hemsjukvård”. Göteborg har enbart registrerat på ”särskilt boende”, och detsamma gäller Mölndal bakåt i tid. Dessa förhållanden begränsar förutsättningen för jämförelser mellan kommunerna. Bäst jämförbarhet bedömdes finnas med avgränsning till särskilt boende.

Flera kommuner beskriver dock att de satsar på att börja göra, eller göra fler, riskbedömningar via Senior Alert. Det bör göra registret mer användbart i ett regionalt nyckeltalsarbete framöver.

**2. Senior Alert inkluderar ”bara” personer för vilka en riskbedömning har gjorts.**

Det vore angeläget att beräkna andelen av alla patienter i kommunal primärvård som fått en riskbedömning under året. För att kunna göra det behöver registrets antal unika personer relateras till antalet patienter i de olika verksamheterna utifrån exempelvis de årsmedelvärden som kommunerna redovisar i årsrapporter. För detta skulle dock mer information behövas om vilka målgrupper som kommunerna använder registret för. Dessa uppgifter är inte tillgängliga i dag.

**3. Det är osäkert i vilken utsträckning som registrerade individer motsvarar rapportens huvudsakliga målgrupp: personer med insatser av kommunal primärvård.**

I Senior Alerts interaktiva publika rapport ”Vårdprevention och utfall – trycksår, undernäring, fall och munhälsa” (se figur 4:1 nedan) sammanställs resultat för olika verksamheter uppdelat på ”typ av enhet”. Utöver sex kommunala verksamheter (som benämns demens; hemsjukvård; korttids; socialpsykiatri; vård och omsorg; LSS) ingår även två områden inom regionen (vårdcentral; avdelning). De senare två kategorierna ingår i rapporten för ”alla typer av enhet” men behöver tas bort i en sammanställning av resultat med fokus på kommunal primärvård. Möjligheten att välja en eller flera enhetstyper i resultatrapporterna är emellertid något som ingår i Senior Alerts utvecklingsarbete.

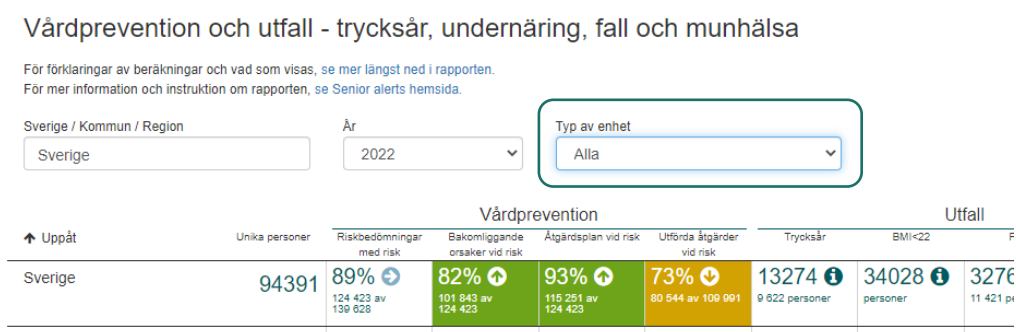
Det är inte självklart vilka av de sex kommunkategorierna som ska användas för att ge den mest relevanta bilden av kommunal primärvård. Det är exempelvis osäkert om alla registrerade personer inom ”vård och omsorg” har insatser från kommunal primärvård. Kommunen får endast registrera personer som de har hälso- och sjukvårdsansvar för. Det exkluderar personer som endast har hemtjänstinsatser (personer som inte är inskrivna i hemsjukvården har regionens

primärvård ansvar för). Gränsen för att bli inskriven i kommunens hemsjukvård ser dock olika ut beroende på avtal, och avtalen varierar i landet.

En annan osäkerhet gäller de registrerades ålder. Registret har ingen avgränsning i ålder (namnet till trots), och det är i nuläget inte möjligt att avgränsa resultatrapporter till någon särskild ålderskategori. Även detta är en fråga i det pågående utvecklingsarbetet hos Senior Alert.

Figur 4:1.

Senior Alerts interaktiva publika rapport "Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa"



4. **Utifrån hur Senior Alerts publika och interaktiva rapport är uppbyggd gick det inte att få fram vad arbetsgruppen bedömde skulle vara de mest relevanta uppgifterna, och de resultat som redovisas ger inte självklart en rättvisande bild.**

a. **Andelen riskbedömningar som resulterat i minst en identifierad risk baseras på genomförda riskbedömningar, inte på unika riskbedömda individer (se figur 4:2 nedan).**

I det redovisade antalet unika personer ingår en individ endast en gång per kommun. En och samma individ kan dock ingå med flera riskbedömningar om hen har blivit riskbedömd av flera verksamheter i kommunen under året (mätperioden), exempelvis av både hemsjukvård, korttidsboende och ett permanent särskilt boende. Dessa individer bidrar alltså till resultaten med varje genomförd riskbedömning lika mycket som en ny unik individ.

Det är rimligt att anta att personer som har bedömts av flera verksamheter i större utsträckning bidrar till en identifierad risk jämfört med övriga eftersom de kan förväntas ha mer komplexa vård- och omsorgsbehov. Ju mer heltäckande som den enskilda kommunens verksamheter registrerar i Senior Alert, desto större andel identifierade risker kan förväntas – jämfört med andra kommuner eller över tid.

Det är enligt Senior Alerts koordinator möjligt att hantera dubbelregistrerade personer i datauttag för forskning men det är inte möjligt i rapporter som kommunerna kan hämta ur registret.

Figur 4:2

Publikt tillgängliga mått i Senior Alerts interaktiva rapport "Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa"

Vårdprevention					
Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Sverige	94391	89% ↗ 124 423 av 139 628	82% ↗ 101 843 av 124 423	93% ↗ 115 251 av 124 423	73% ↘ 80 544 av 109 991

**b. Det sammanlagda måttet "riskbedömning med risk" utgår från antalet *bedömningstillfällen* oavsett om bedömningarna omfattat tre eller fyra riskområden.**

Måttet motsvarar andelen bedömningstillfällen som resulterat i minst en identifierad risk dividerat med det totala antalet riskbedömningstillfällen.

Munhälsa kan väljas bort vid bedömningstillfället, övriga tre riskområden är obligatoriska. Detta innebär att andelen identifierade risker som presenteras i det sammanlagda resultatet kommer att vara större i en kommun som alltid bedömer samtliga fyra riskområden jämfört med en kommun som ibland eller alltid exkluderar munhälsa – allt annat lika.

I jämförelser mellan kommuners resultat betyder en mindre andel identifierade risker alltså inte nödvändigtvis att patienterna i den kommunen löper mindre risk utan kan i stället bero på att kommunen inte gjort en lika heltäckande riskbedömning (som inkluderat munhälsa).

Senior Alerts koordinator bedömer dock att det är relativt ovanligt att en patient har risk inom munhälsa utan att ha det inom något av de tre övriga riskområdena. Inom en enskild verksamhet kan det dock vara vanligare, exempelvis inom LSS.

För att erhålla helt jämförbara resultat så att data från Senior Alert kan användas i framtida nyckeltal ser vi två alternativ:

- ta bort munhälsa helt ur det sammanlagda måttet;
- avgränsa det sammanlagda måttet till de riskbedömningstillfällen som omfattat samtliga fyra riskområden, det vill säga inkluderat munhälsa.

Ytterligare ett alternativ skulle kunna vara att beräkna ett genomsnitt som väger samman resultatet för de tre obligatoriska riskområdena med resultatet för munhälsa – eller ett förenklat, men mindre lämpat, oviktat medelvärde av dessa två resultat (där resultatet för munhälsa väger lika tungt som övriga trots att det baseras på färre bedömningstillfällen). Detta bedömer vi dock vara en sämre lösning eftersom det blir svårare att tolka resultatet.

**c. Andelen riskbedömningar som följts av en åtgärd baseras på antalet riskbedömningar som har följts upp inom 6 månader.**

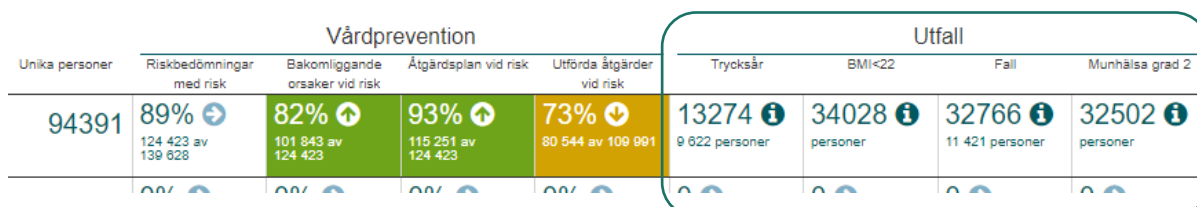
Eftersom resultatet inte väger in eventuella riskbedömningar som *inte* har följts upp, kan måttet ge en missvisande bild av kvaliteten på kommunernas patientsäkerhetsarbete. En kommun som exempelvis har identifierat 100 risker och, inom sex månader, bara har följt upp fem av dem kan ändå få resultatet 100 procent "utförda åtgärder vid risk" förutsatt att åtgärder har vidtagits beträffande de fem (enda) uppföljda riskerna. Ska ett sådant resultat redovisas bör det åtföljas med ett kompletterande mått som anger andelen uppföljda risker.

Eftersom måttet utgår från risksituationen vid en uppföljning som kan ske ett halvår senare är det vidare svårt att se kedjan av verksamheternas arbete kopplat till en och samma person. För det skulle utfallet på måttet för, exempelvis, första halvåret 2023 behöva utgå från de riskbedömningar som gjordes under andra halvåret 2022. Som måtten redovisas är resultaten på årsbasis svårtolkade.

**d. Att följa antalet *utfall* inom de fyra riskområdena (se figur 4:3) bedömde arbetsgruppen inte var relevant eftersom antalen i nuläget i för hög grad speglar hur omfattande registreringen varit – både mellan enskilda kommuner och i en och samma kommun över tid.**

Figur 4:3.

Utfallsmått i Senior Alerts interaktiva rapport "Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa"



Arbetsgruppen betonade att Senior Alert är ett bra verktyg med stor potential för att följa upp verksamheternas arbete och använda som underlag för lokalt utvecklingsarbete. I inloggat läge kan kommunerna följa utfall på enhetsnivå. Men för att registret ska kunna fungera som underlag för uppföljning och jämförelser mellan kommuner behöver det användas mer systematiskt och heltäckande. Möjligen kan detta underlättas genom den integrering av Senior Alert som kommer ske i det sammanhållna verksamhetssystemet Millenium. Uppgifter kommer då hämtas automatiskt och behovet av dubbeldokumentation minskar.

Arbetsgruppen ansåg att registrets mått bör användas som en helhet, både vad gäller de olika riskområdena och med avseende på både riskbedömningar och åtgärdsplaner. Samtidigt skulle det innebära både ett omfattande arbete och ett stort antal mått i en bredare nyckeltalsrapport rörande omställningen till en god och nära kommunal primärvård. Här kan ett alternativ vara att, mer övergripande, redovisa de sammanlagda måtten för de fyra riskområdena. En mer detaljerad uppföljning kan

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

vara önskvärt i ett lokalt utvecklingsarbete. Det skulle också kunna göras i en framtida regional fördjupningsrapport. En aktuell utvecklingsfråga för Senior Alert är för övrigt att på sikt kunna redovisa kösupplade uppgifter, vilket också skulle kunna vara intressant att analysera på regional nivå framöver.

## 5. Samverkan

Många patienter och brukare får i dag insatser från flera olika vård- och omsorgsgivare. För att åstadkomma en god och nära vård måste vården och omsorgen vara samordnad. I nyckeltalsrapporten redovisar vi fyra indikatorer på hur samverkan fungerar mellan den kommunala primärvården och andra vård- och omsorgsgivare:

- Genomsnittligt antal dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara
- Oplanerade återinskrivningar på sjukhus
- Påverkbar slutenvård bland patienter 65 år eller äldre inskrivna i kommunal primärvård
- Dokumenterat läkarbeslut om övergång till palliativ vård.

Flera alternativa nyckeltal och indikatorer på samverkan diskuterades också i arbetsgruppen. Till en början fanns ambitionen att använda KVÅ-koden *konferens utan patient*, samt avvikelser i samverkan som registreras i Västra Götalands läns IT-stöd för avvikelshantering MedControl PRO. Som vi redogör för i kapitel 2 och 4 visade sig emellertid såväl inrapporteringen av KVÅ-koder till Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård som registreringen av avvikelser i samverkan i MedControl PRO ha för stora kvalitetsbrister för att kunna användas för detta ändamål i dagsläget.

### Utskrivningsklara patienter

Det genomsnittliga antalet dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara är ett mått som redan i dag följs upp och redovisas månadsvis på kommun-, vårdssamverkan- och länsnivå i Västra Götalands län. Måttet visar hur snabbt kommunerna tar hem en patient från sjukhus efter att de bedömts vara utskrivningsklara och registrerats som detta i SAMSA, som är Västra Götalands läns IT-system för samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård. Mätvärdet avser enbart de patienter som har behov av insatser från kommunen när de skrivs ut från sjukhus.

Kommunal verksamhet, slutenvård och landstingsfinansierad öppenvård ska alla bidra till att tiden inom slutenvården efter att patienten bedömts som utskrivningsklar blir så kort som möjligt. Överenskommelsen mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård anger att parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutenvård är trygg, säker och effektiv för den enskilde (Västra Götalands läns kommuner och Västra Götalandsregionen, 2020).

Flera i arbetsgruppen var kritiska till att använda detta mått som indikator på samverkan. De menade att det inte är självklart att kort tid kvar i slutenvård alltid är det bästa ur patientens perspektiv. Till exempel kan en eller två dagar extra på

sjukhus innebära att patienten slipper flytta mellan olika boenden i kommunen om en permanent plats inte finns tillgänglig på utskrivningsdagen. Flera ansåg också att måttet är orättvist genom att det ensidigt fokuserar på hur snabbt kommunen kan ta hem en patient från sjukhus, men inte säger något om huruvida patienten faktiskt var utskrivningsklar och om sjukhuset gjort de insatser och förberedelser som krävs för att kommunen ska kunna ta emot patienten på ett hållbart sätt. Kompletterande mått på detta område efterfrågades och bör därför vara ett prioriterat utvecklingsområde för kommande nyckeltalsrapporter.

## Oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar

Oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar bland patienter 65 år eller äldre är ett mått som ingår i Socialstyrelsens nationella uppföljning av nära vård. Måttet avser återinskrivningar grundade i ett antal utvalda diagnoser för åldersgruppen, bland annat diabetes, KOL, pneumoni, UVI, förmaksflimmer, hjärtsvikt och fraktur på lårbenshalsen eller höften.

Måttet avser att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad. Även tillgången till slutenvårdsplatser kan dock påverka antalet återinskrivningar i slutna vård.

Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser. Måttet avser att vara indikator för en sammanhållen vård och omsorg för gruppen mest sjuka äldre (Socialstyrelsen, 2020d, s. 47–50).

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre har legat på ungefär samma nivå i riket mellan 2015 och 2020. Därefter ses en minskning med ungefär en procentenhet per år. Minskande antal oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar kan bero på att färre patienter skrivs ut för tidigt från den slutna vården, alternativt att uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten är bättre samordnad. Arbetsgruppen betonade dock att minskningen inte nödvändigtvis är ett tecken på att vården är bättre sammanhållen. Utvecklingen kan också bero på att tillgången på vårdplatser minskar och att tillgången till slutna vård är sämre för äldre än för yngre.

## Påverkbara slutenvårdstillfällen

Antalet påverkbara slutenvårdstillfällen antas kunna minska om patienter med vissa typer av kroniska sjukdomstillstånd (hjärtsvikt, diabetes, astma eller kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL) får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. De sjukdomstillstånd som indikatorn omfattar kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. En fungerande samverkan mellan olika vårdgivare har också betydelse (Socialstyrelsen, 2020d, s. 46–47).



Genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling och rehabilitering kan en del, men inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos äldre personer innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga. Arbetsgruppen betonade också att en minskning av antalet påverkbara slutenvårdstillfällen inte nödvändigtvis ska tolkas som ett tecken på att rätt preventiva insatser och behandling getts. Även tillgången till slutenvårdsplatser kan påverka antalet inskrivningar i slutenvård.

## Dokumenterat läkarbeslut om övergång till palliativ vård

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:7) ska ett så kallat brytpunktssamtal föras mellan ansvarig eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede (se vidare avsnittet *Dokumenterat brytpunktssamtal* i kapitel 4 *Patientsäkerhet och vårdkvalitet*). Även om det är läkare från regionens primärvård som ansvarar för att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig, samt är den som genomför brytpunktssamtalet, så är den kommunala primärvården beroende av att detta sker, för att de i sin tur ska kunna ge en adekvat och säker vård i livets slutskede. När övergången till palliativ vård i livets slutskede dokumenteras av ansvarig läkare blir det tydligt att det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

I IVO:s granskning av äldreomsorgen och den kommunala primärvården under covidpandemin framkommer allvarliga brister när det gäller att följa gällande föreskrift om brytpunktssamtal för äldre som bor på särskilt boende (IVO, 2020). Inspektionen visade bland annat att sjuksköterskor har inlett vård i livets slutskede utan en förnyad kontakt med läkare, i strid med gällande bestämmelser.

Arbetsgruppen bedömde att Svenska palliativregistrets mått på dokumenterat läkarbeslut om övergång till palliativ vård i den medicinska journalen – utöver att beslutet är en förutsättning för brytpunktssamtalet – bidrar till att belysa samverkan mellan regionen och kommunen kring berörda patienter. Det avgjorde att arbetsgruppen valde att inkludera måttet trots att det belyser verksamheternas processer snarare än resultat.

Resultaten visar på en markant ökning av dokumenterade läkarbeslut om övergång till palliativ vård i Göteborgsregionen under det senaste decenniet. Det gäller i synnerhet på särskilda boenden, där andelen berörda patienter (med väntat dödsfall) som fått ett dokumenterat brytpunktssamtal har ökat från 76 procent år 2013 till 93 procent år 2022. För patienter i ordinärt boende med hemsjukvård (eller i fåtalet fall hemtjänst) är motsvarande ökning från 87 till 96 procent. Den här generellt positiva utveckling ses i flertalet kommuner. Arbetsgruppen bedömer att den längre trendbilden med en gradvis förbättrad dokumentation av brytpunktssamtal speglar ett förbättrat arbete och inte bara en ökad registrering i Palliativregistret.

## 6. Vårdtyngd

En målsättning med omställningen till god och nära vård är att primärvården ska vara navet och att en förflyttning i möjligaste mån ska ske från slutenvård på sjukhus till mer vård i öppna vårdformer, vård i hemmet och egenvård. Att följa upp *var* vården ges är därför en central aspekt av omställningen till god och nära vård.

Göteborgsregionens medlemskommuner har i flera år signalerat att vårdtyngden i den kommunala primärvården ökar. En enkätundersökning som genomfördes av VästKom 2019 bekräftar denna bild och pekar på att den kommunala primärvården tar hand om allt sjukare patienter med mer komplexa tillstånd (VästKom, 2019). En undersökning från 2019 genomförd av stadsdelen Askim-Frölunda-Högsbo i Göteborgs Stad visade att patienter i kommunal primärvård får allt fler och mer tidskrävande insatser (Larsen & Ljung 2020). Mot denna bakgrund hade vi ursprungligen ambitionen att utveckla nyckeltal och indikatorer som gör det möjligt att följa vårdtyngden i kommunal primärvård över tid. Det visade sig emellertid vara betydligt svårare än vi trott. Inga nyckeltal och indikatorer på vårdtyngd ingår därför i nyckeltalsrapporten. I detta kapitel redogör vi för de utmaningar som vi ställdes inför kring uppföljning av vårdtyngd. Vi ger också förslag på hur vårdtyngd skulle kunna mätas framöver. Sist i kapitlet för vi en diskussion om var vården ges i dag och hur detta förändrats över tid.

### Ursprungsidén om vårdtyngdsmätning

I början av utvecklingsarbetet av nyckeltal hade vi flera förslag på nyckeltal och indikatorer på vårdtyngden i kommunal primärvård. Dessa var:

- Antal åtgärder som ges av legitimerad personal (baserat på inrapporterade KVÅ-koder till Socialstyrelsen)
- Antal åtgärder som delegeras samt typ av åtgärd
- Antal timmar producerad hälso- och sjukvård
- Antalet utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder och tidsåtgången att utföra dessa i relation till antalet patienter

### KVÅ – koder för klassifikation av vårdåtgärder

Som vi beskrivit i kapitel 2 i denna rapport visade sig kommunernas inrapporterade KVÅ-statistik inte hålla tillräckligt hög kvalitet i dagsläget för att kunna användas för uppföljning. Det finns också flera andra förhållanden i KVÅ-statistiken som gör den svår att använda för mätning av vårdtyngd. Till exempel registreras åtgärder som ges flera gånger per dygn bara som en insats per dygn. KVÅ-statistiken omfattar inte åtgärder som ges av privata vårdgivare och innehåller inte heller åtgärder som delegerats till icke-legitimerad personal.

I dag delegeras runt 70 procent av alla åtgärder i kommunal primärvård till icke-legitimerad personal. För att få en bild av den vård som ges av kommunerna och

vårdtyngden i kommunal primärvård är det helt avgörande att kunna följa hur många åtgärder som delegeras, och vilka åtgärder det rör sig om. Ingen av Göteborgsregionens medlemskommuner har idag verksamhetssystem som enkelt gör det möjligt att ta fram den här typen av statistik. Även om uppgifterna finns i kommunerna krävs det mycket manuellt arbete för att sammanställa dem. Några kommuner, som har digitala signeringsystem, kan ta fram uppgifter om antal utförda åtgärder i ordinärt boende, men inte för andra boendeformer och inte heller fördelat på typ av åtgärd. Arbetsgruppen enades om att det skulle vara ett för stort arbete att sammanställa denna data manuellt.

Av diskussionerna i arbetsgruppen framkom att ingen av kommunerna hade möjlighet att ta fram uppgifter om antal timmar producerad hälso- och sjukvård ur sina verksamhetssystem. Några kommuner använder sig av tidsatta schabloner för att ersätta verksamheter som utför delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Schablonerna är dock just schabloner och den faktiska tiden för att utföra en åtgärd kan vara en annan. I dagsläget saknas dessutom möjligheten att få fram tidsåtgången för åtgärder som utförs av legitimerad personal och därför går det inte att skapa en helhetsbild av den kommunala primärvården.

## Diskussioner om alternativa sätt att mäta vårdtyngd

Arbetsgruppen förde flera diskussioner om alternativa sätt att mäta vårdtyngd i kommunal primärvård när det visade sig att ursprungsidén inte var genomförbar. Författarna till denna rapport undersökte om det finns befintliga vårdtyngdsmätningssystem som skulle kunna användas men fann inget sådant. Det finns ett stort antal vårdtyngdsmätningssystem, men majoriteten av dessa är utvecklade för regional specialistvård eller sjukhusvård, och ofta kring en avgränsad diagnosgrupp. Några instrument identifierades också som mäter behovet av sammantaget vård- och omsorgsbehov hos äldre personer på särskilt boende, exempelvis Katz ADL-index (Socialstyrelsen, 2014) och Bergerskalan (Berger, 1980).

Författarna kontaktade även Socialstyrelsen i frågan och fick information om att de också ser ett behov av att kunna göra vårdtyngdsmätningar, men att deras arbete fortfarande befinner sig på idéstadiet. Socialstyrelsen har diskuterat att i så fall använda KVÅ-statistik som underlag för den typen av mätningar.

Flera kommuner som deltog i utvecklingen av nyckeltalen har anlitat företaget Ensolution för att följa upp och analysera den kommunala primärvården. I det underlag som Ensolution tar fram inkluderas flera mått som belyser vårdtyngd. Bland annat redovisar de andel hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras till andra professioner, vilka insatser som ges (uppdelat på sju huvudkategorier) och patienternas skattade vårdbehov av sjuksköterska baserat på hur omfattande vårdbehov patienten har och hur vårdbehovet förväntas utvecklas. Eftersom Ensolution har utarbetade metoder för att mäta vårdtyngd bjöd vi in dem till ett arbetsgruppsmöte för att diskutera möjliga vägar till ett samarbete i frågan. Diskussionerna resulterade dock inte i något konkret beslut.

Författarna till den här rapporten tog även själva fram ett skissartat förslag till vårdtyngdsmätningssystem för kommunal primärvård. Instrumentet byggde på

idén att patientansvarig sjuksköterska och/eller rehabiliteringspersonal registrerar ett antal uppgifter för varje patient som är beviljad kommunal primärvård under en viss tidsperiod, till exempel under 14 dagar. De uppgifter som föreslogs registreras var patientens ålder, kön, boendeform, antal beviljade hälso- och sjukvårdsåtgärder samt direkt tid som det tagit att utföra åtgärderna hos patienten under mätperioden uppdelat på olika yrkesgrupper. Avsikten var även att särskilja ett antal åtgärdstyper som bedömdes vara särskilt relevanta att följa, exempelvis några mer avancerade åtgärder eller åtgärder inom palliativ vård.

Instrumentet presenterades för och diskuterades med arbetsgruppen, som ställde sig positiva till instrumentets utformning. Genomförande av vårdtyngdsmätningen i kommunerna med stöd av instrumentet bedömdes dock ta så pass mycket tid i anspråk att det krävdes längre framförhållning än vad det fanns utrymme till under projekttiden. Arbetsgruppen beslutade att lyfta frågan om vårdtyngdsmätningar igen i framtagningen av data till 2023 års nyckeltal.

## Var ges vården?

Det finns omfattande relevant statistik på nationell och regional nivå som belyser var vården ges som inte kan följas på kommunnivå, och som vi därför valt att inte inkludera i nyckeltalsrapporten. I den här rapporten har vi dock valt att presentera en del av denna data för att komplettera den bild som nyckeltalsrapporten ger.

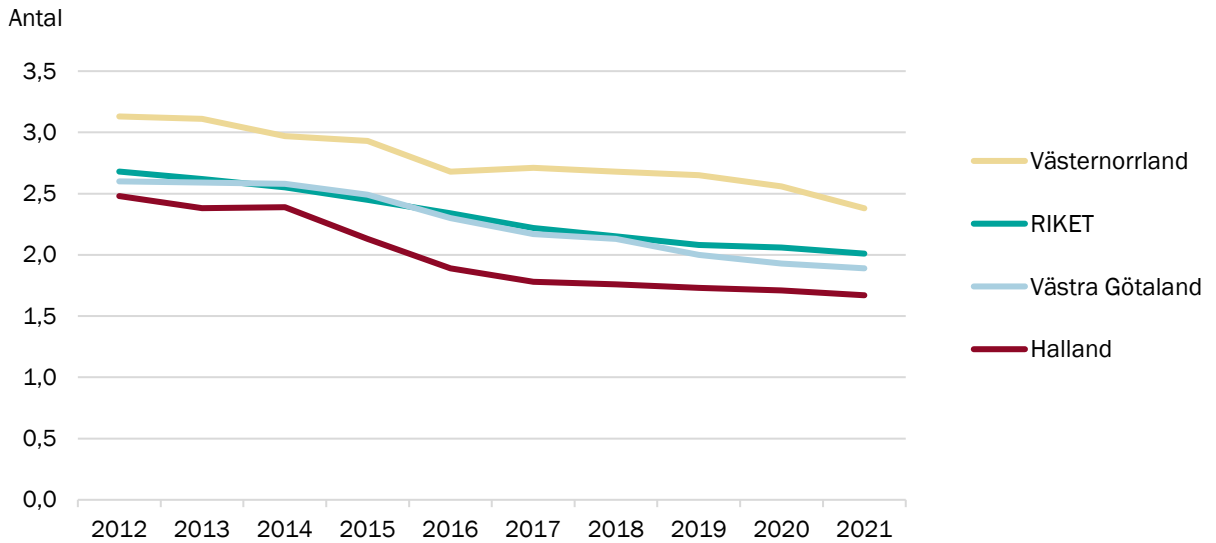
Under de senaste 20 åren har antalet vårdplatser inom slutenvården i förhållande till befolkningens mängd minskat stadigt i Sverige (se diagram 6:1). Många menar att minskningen av vårdplatser på sjukhus beror på att behovet har minskat på grund av teknisk och medicinsk utveckling. Nya behandlingsmetoder gör att patienter kan skrivas ut fortare, och en del insatser kan utföras i öppen vård istället. Några sjukdomstillstånd kan förebyggas eller lindras så att slutenvård inte behövs. Andra menar att minskningen också speglar en försämrad tillgång till vård som kan leda till negativa konsekvenser för patienter.

I dag finns i genomsnitt två disponibla vårdplatser per 1 000 invånare inom slutenvården i Sverige. Region Halland är det län som har minst antal vårdplatser medan Västernorrland har flest. Västra Götalandsregionen ligger precis under riksgenomsnittet med 1,9 vårdplatser per 1 000 invånare.

Med disponibla vårdplatser avses det antal vårdplatser i slutenvård som genomsnittligt under året varit tillgängliga (beläggningsbara) med hänsyn tagen till planerade och oplanerade stängningar (t ex på grund av neddragningar, 5-dygnsvård, semestrar, strejk, personalbrist, extra vårdtunga patienter, förhöjd smittorisk) samt att de krav som ställs på patientsäkerhet och arbetsmiljö för disponibla vårdplatser ska ha varit uppfyllda (Vården i siffror, 2023).

**Diagram 6:1**

Antal disponibla vårdplatser i slutenvård per 1 000 invånare i Sverige, 2012–2021

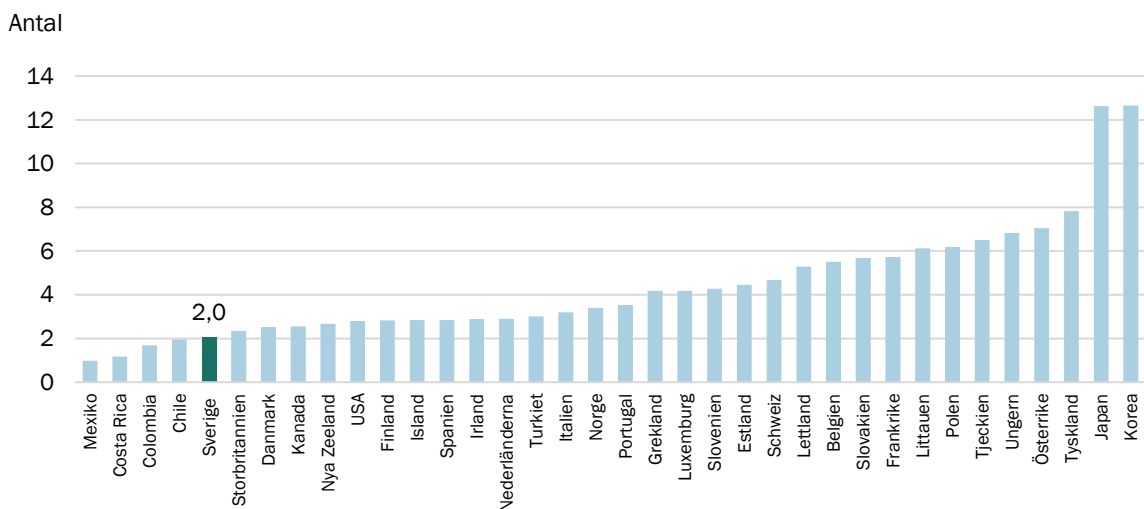


Källa: Vården i siffror

Antalet disponibla vårdplatser har minskat stadigt de senaste tio åren även i andra OECD-länder än Sverige. Medianvärdet för OECD-länder år 2021 var 3,3 vårdplatser per 1 000 invånare. Lägst antal platser hade Mexiko (1,0) och högst antal hade Korea (12,7) (se diagram 6:2). Bara Mexiko, Costa Rica, Colombia och Chile hade färre platser än Sverige, där antalet i genomsnitt är 2,0 vårdplatser per 1 000 invånare.

**Diagram 6:2**

Antal disponibla vårdplatser i slutenvård per 1 000 invånare 2021 eller senast tillgängliga värde i OECD-länder



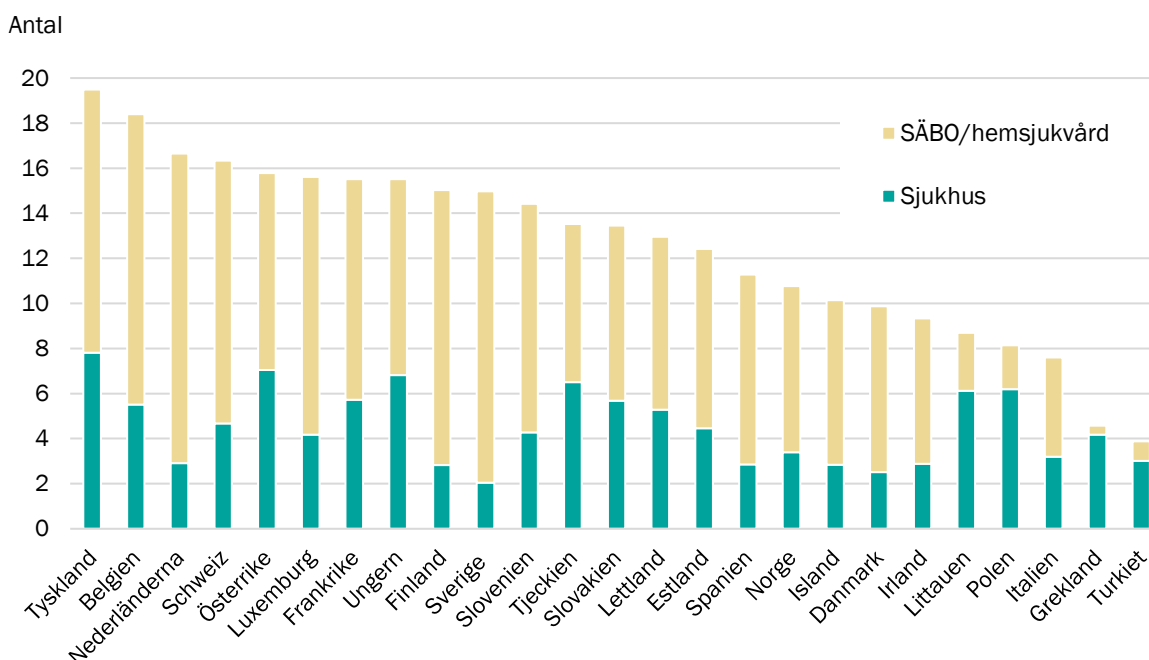
Källa: OECD Data

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Att dra slutsatser av skillnader mellan länder förutsätter att hänsyn tas till att sjukvårdssystemen och sjukvårdsstrukturerna skiljer sig åt. En av förklaringarna till skillnaderna mellan Sverige och många andra OECD-länder är den svenska ÅDEL-reformen från 1992. Då blev kommunerna huvudmän för hälso- och sjukvård när vården av de mest sjuka äldre flyttades från landstingens långvårdsavdelningar till kommunernas särskilda boenden (SÄBO). Syftet var att sjuka äldre personer skulle få sitt samlade behov av vård- och omsorg och socialtjänst tillgodosett i mer hemlika former. I halva Sverige övertog kommunerna samtidigt ansvaret för hemsjukvården. Den senaste tioårsperioden har avtal tecknats mellan regioner och kommuner om övertagande av hemsjukvård i resten av landet. Ett undantag är dock Stockholms län där detta endast finns i Norrtälje. Om man lägger ihop antalet vårdplatser i slutenvården på sjukhus med antalet vårdplatser på särskilda boenden och i hemsjukvården har Sverige cirka 15 vårdplatser per 1 000 invånare. Bland europeiska länder har Tyskland med detta sätt att mäta flest vårdplatser (18,5) medan Turkiet har minst antal (3,9) (diagram 6:3). Enbart Nederländerna och Belgien har fler vårdplatser på särskilda boenden och i hemsjukvård än Sverige.

**Diagram 6:3**

**Antal vårdplatser per 1 000 invånare 2021 fördelat på sjukhus samt vård- och omsorgsboenden och hemsjukvård**



Källa: OECD och Eurostat. Bearbetning FoU i Väst.

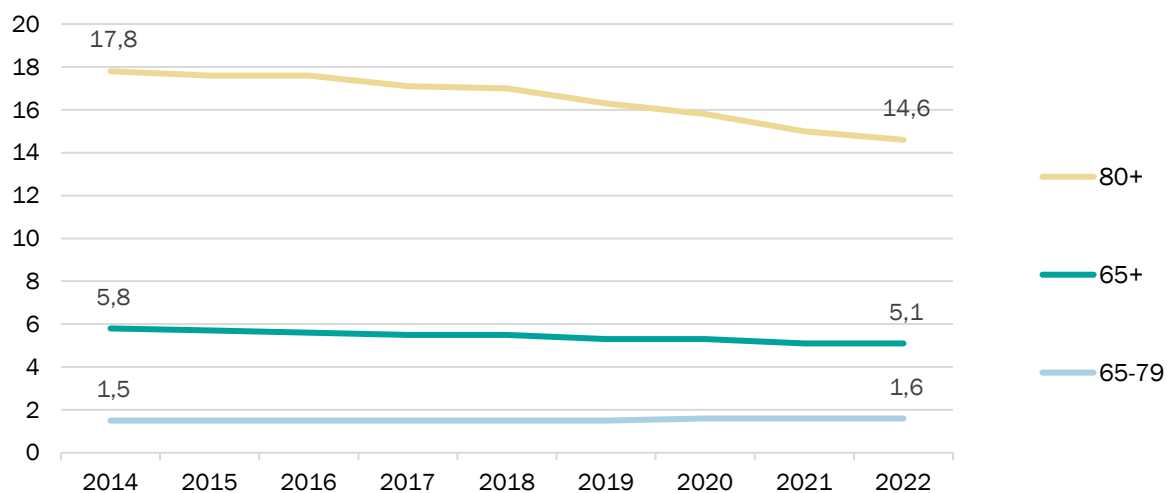
## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Antalet disponibla vårdplatser på särskilt boende för personer 65 år eller äldre i Sverige har varit relativt stabilt de senaste 10 åren i Sverige. Runt 110 000 personer per år har bott på särskilt boende. Eftersom antalet äldre i befolkningen ökar minskar däremot *andelen* personer som bor på särskilt boende. Av diagram 4 nedan framgår dock att minskningen enbart gäller personer 80 år eller äldre medan andelen för gruppen 65–79 år i stället ökar svagt. Minskningen för de äldre kan sannolikt till stor del förklaras av bättre hälsa allt längre upp i åldrarna, men skulle också kunna bero på att gränserna för när en person anses vara i behov av permanent plats på särskilt boende gradvis har förskjutits.

**Diagram 6:4**

### Andel personer 65 år eller äldre som bor på särskilt boende

Procent



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för äldreomsorg

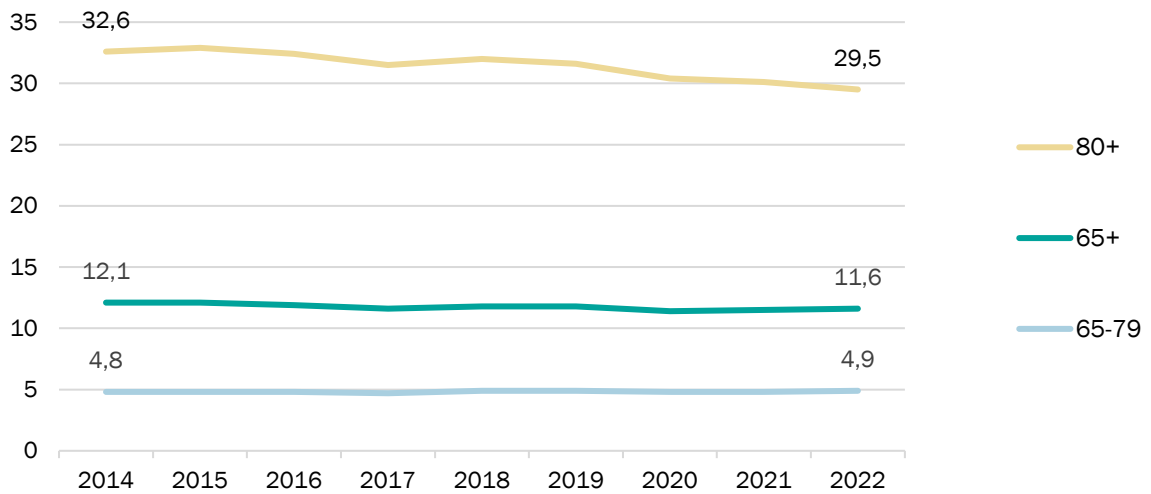
Antalet personer 65 år eller äldre som beviljas hemtjänst i Sverige har ökat svagt de senaste åren – från knappt 230 000 personer år 2014 till knappt 250 000 personer år 2022. Eftersom antalet äldre har ökat mer än antalet personer som beviljas hemtjänst har dock andelen personer som beviljas hemtjänst minskat. Precis som för permanentt särskilt boende ses minskningen enbart bland personer 80 år eller äldre.

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

**Diagram 6:5**

**Andel personer 65 år eller äldre som har beslut om hemtjänst i ordinärt boende**

Procent



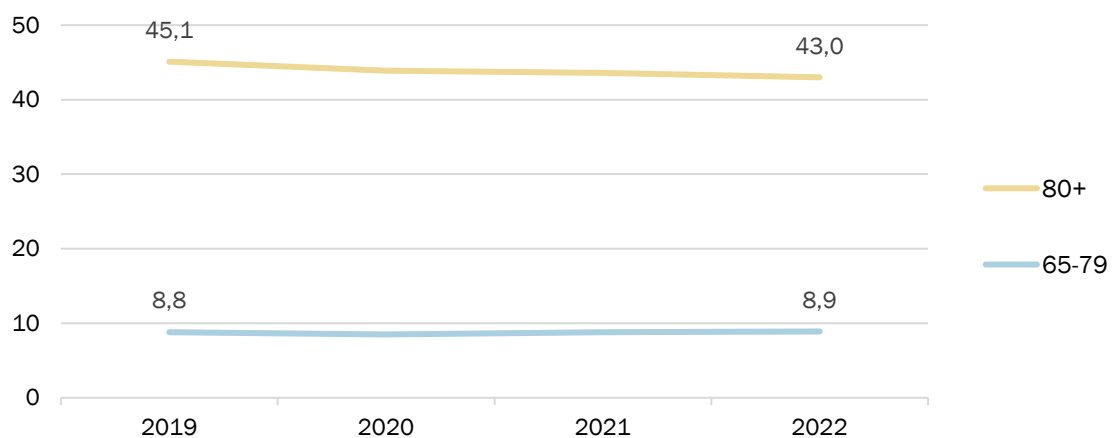
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för äldreomsorg

Andelen personer som mottar kommunal primärvård har minskat på senare år i Sverige bland de som är 80 år eller äldre, men inte för övriga åldersgrupper. I diagram 6:6 nedan visar vi andelen personer som någon gång under året mottog kommunal primärvård. Som vi beskrivit i rapportens kapitel 2, finns kvalitetsbrister i registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård som gör att data över andelen personer av befolkningen som har fått kommunal primärvård måste tolkas försiktigt.

**Diagram 6:6**

**Andel personer 65 år eller äldre som mottagit kommunal primärvård**

Procent



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas över insatser i kommunal hälso- och sjukvård



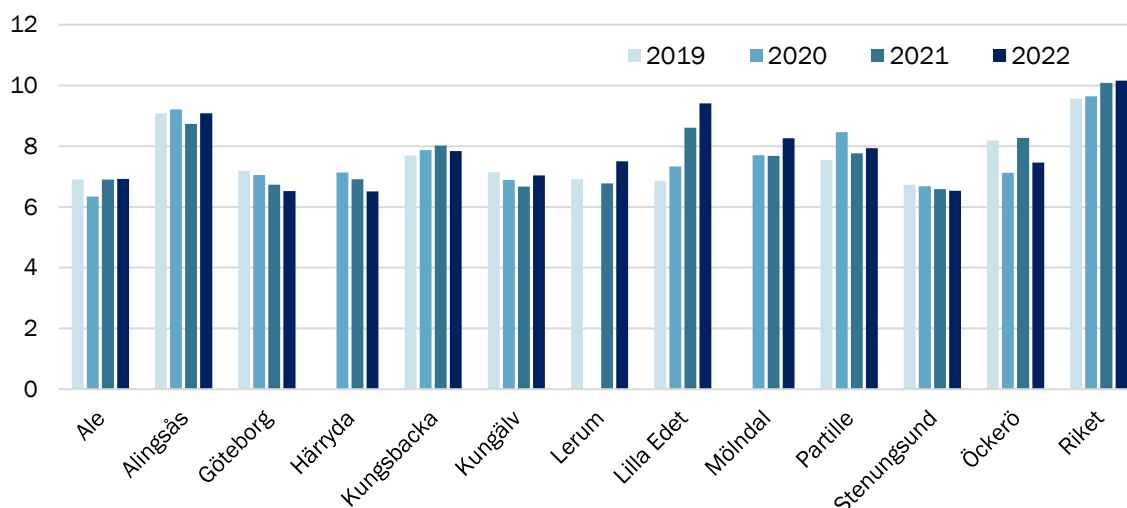
## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

I Kolada redovisas andelen personer 65 år eller äldre som mottagit kommunal primärvård under *september* månad. Personer som mottagit kommunal primärvård övriga månader under året ingår alltså inte i statistiken. Enligt detta mått har andelen personer som mottar kommunal primärvård i Sverige ökat sedan 2019 (diagram 6:7). Trenden varierar för Göteborgsregionens kommuner. Återigen vill vi påpeka att kvalitetsbrister i registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård gör att måttet måste tolkas försiktigt och att det därför är svårt att veta om andelen personer som mottar kommunal primärvård i olika åldersgrupper faktiskt ökar eller minskar.

### Diagram 6:7

#### Andel personer 65 år eller äldre som mottagit kommunal primärvård under september månad

Procent



Kommentar: Lerums uppgifter för år 2020 och Tjörns uppgifter för samtliga år redovisas inte i diagrammet ovan då de är uppenbart felaktiga, men ingår i medelvärdet för VG län och riket.

Källa: Kolada (SCB och Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård)

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att andelen vårdplatser i Sverige minskar såväl inom slutet sjukhusvård som i särskilt boende, men att vi inte säkert kan uttala oss om utvecklingen i kommunal primärvård. Minskningen av vårdplatser i slutet vård ligger i linje med målsättningen i omställningen till en god och nära vård där en förflyttning från slutet vård till mer öppen vård eftersträvas. Förflyttningen säger dock inget om kvaliteten på vården utan måste analyseras i relation till exempelvis patientnöjdhet, kostnader, resultat, personalens kompetens och vårdtyngd och i vilken utsträckning som befolkningens behov tillgodoses i öppna vårdformer och genom förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021) konstaterar i sin uppföljning av omställningen till god och nära vård att det emellertid finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse. Ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen har inneburit förbättringar. Ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller

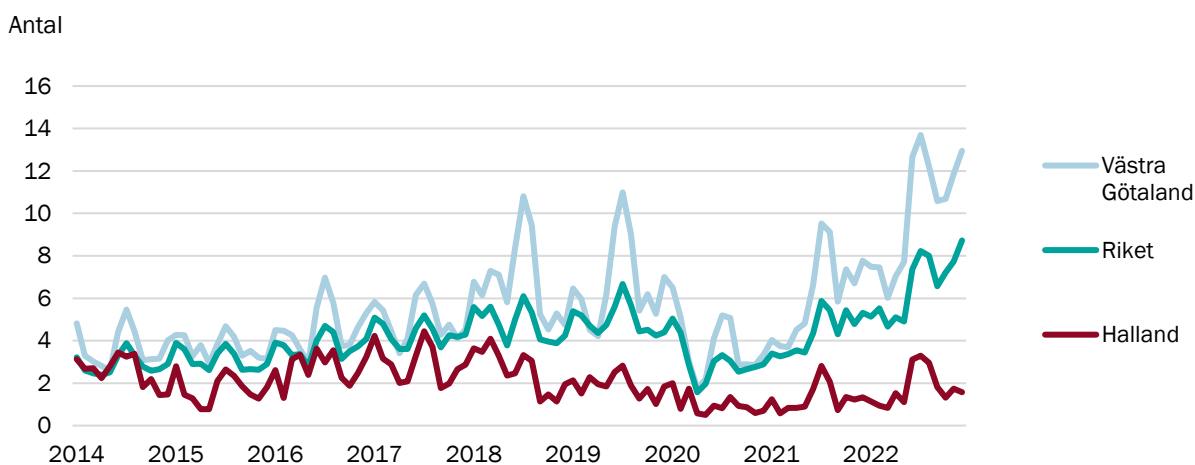
ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion samtidigt som en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård. Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens i primärvården. En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen i primärvården.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2023) konstaterar också att primärvården behöver utvecklas på områden som är centrala för omställningen, men att vårdcentralerna har svårt att med befintliga resurser klara uppdraget och att driva det utvecklingsarbete som omställningen kräver. Kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning i primärvården. Till exempel har antalet specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor minskat över tid.

### Lagom antal vårdplatser?

Sedan 2020 har antalet överbeläggningar på sjukhus ökat kraftigt i Sverige, från i genomsnitt 3 överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser år 2020 till i genomsnitt 6,5 överbeläggningar år 2022. Utvecklingen varierar dock mellan regionerna. I Halland ses ingen ökning alls, medan antalet överbeläggningar i Västra Götalands län har ökat från i genomsnitt 3,7 år 2020 till 9,8 år 2022.

**Diagram 6:8**  
Antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser 2014–2022

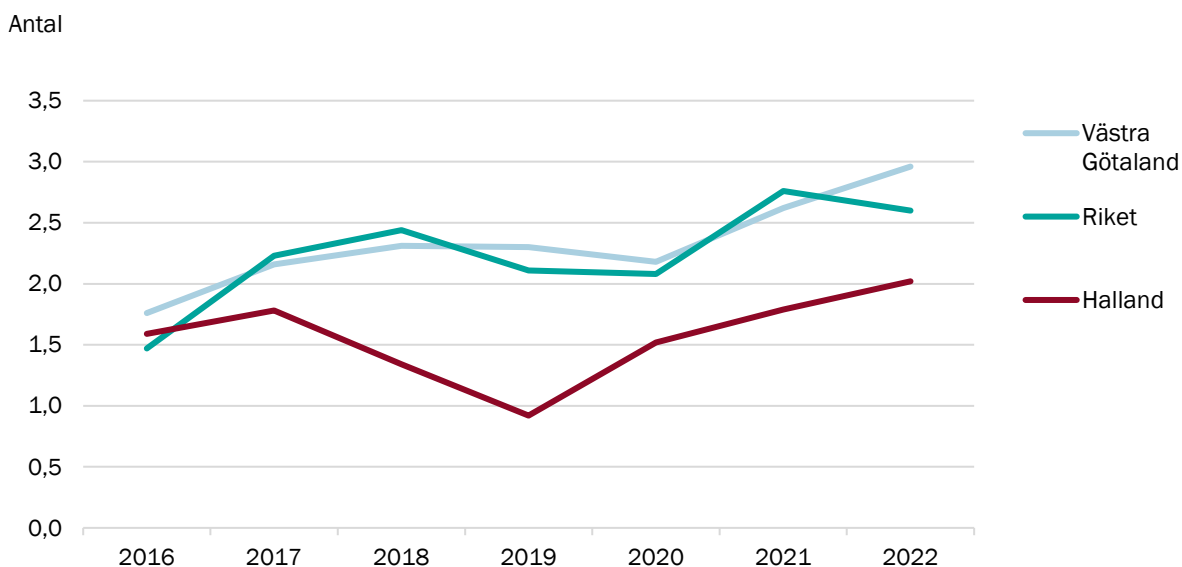


Källa: Vården i siffror

Även antalet utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård har ökat, om än inte lika kraftigt som antalet överbeläggningar. Utlokaliserad patient innebär att en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten.

Diagram 6:9

Antal utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser 2014–2022, årsmedelvärden



Källa: Vården i siffor

Flera studier visar på ett samband mellan å ena sidan hög beläggingsgrad, överbeläggning och utlokaliserade patienter och å den andra sidan högre dödsfall och fler vårdskador (Sprivulis et al., 2006; Schilling et al., 2010; Cunnigham et al., 2012; Madsen et al., 2014; Boden et al., 2016; Ravaghi et al., 2020).

Forskare vid Linköpings universitet har undersökt sambandet mellan antal slutenvårdsplatser och dödsfall (Siverskog & Henriksson, 2022). De konstaterar att både antal vårdplatser och dödlighet minskade i alla regioner under åren 2001–2019, men i de regioner som gjorde stora neddragningar på vårdplatser sjönk dödligheten inte lika mycket. Tre färre vårdplatser motsvarade ungefär ett ytterligare dödsfall per år.

Socialstyrelsen (2023c) bedömer att nuvarande antal disponibla vårdplatser inom somatisk sjukhusvård inte räcker för att möta behoven. Även Inspektionen för vård och omsorg påpekar att den överbeläggning som ses i alla regioner runt om i landet har lett till såväl allvarliga vårdskador som dödsfall (IVO, 2023). Eftersom vårdplatsbrist och hög beläggingsgrad är förknippat med tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker ser Socialstyrelsen (2023c) det som prioriterat att åtgärder vidtas för att snarast öka antalet disponibla vårdplatser inom den somatiska vården.

## 7. Hälsöfrämjande och förebyggande

I överenskommelsen om en god och nära vård 2022 mellan regeringen och SKR framhålls att ett hälsöfrämjande, preventivt samt habiliterande och rehabiliterande fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt använda samhällsresurser effektivt. Att följa utvecklingen på området med några nyckeltal och indikatorer har därför hela tiden varit målsättningen i utvecklingen av nyckeltal på god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen.

I nyckeltalsrapporten redovisar vi tre indikatorer på hälsöfrämjande och förebyggande arbete:

- fallolyckor bland personer 80 år eller äldre som lett till slutenvård
- fallolyckor bland personer 65 år eller äldre som är inskrivna i kommunal primärvård.
- Andel personer 65 år eller äldre som bor på särskilt boende eller som har hemtjänst och som ofta besväras av ensamhet.

Flera andra möjliga datakällor, nyckeltal och indikatorer på området diskuterades i arbetsgruppen. Ursprungligen var tanken att presentera flera nyckeltal baserade på data ur det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Som vi beskrivit i kapitel 4 visade sig det dock inte vara möjligt, bland annat för att alla Göteborgsregionens medlemskommuner inte registrerar data i Senior Alert, och att några kommuner bara registrerar vissa uppgifter för några verksamheter. Det gick därför inte att få fram jämförbara data för alla kommuner. Dessutom visade det sig att data från registren inte helt kunde användas för den typ av analyser som kommunerna önskade göra.

Arbetsgruppen diskuterade även om ett nyckeltal baserat på andel invånare med bra självskattat hälsotillstånd enligt den nationella folkhälsoenkäten skulle kunna utgöra ett mått på hälsöfrämjande och förebyggande arbete. Gruppen kom dock fram till att det finns så många faktorer som påverkar upplevd hälsa att det är svårt att koppla resultatet på ett sådant mått till just omställningen till en god och nära vård, varför måttet inte togs med.

I arbetsgruppen diskuterades också om medellivslängd skulle användas som indikatorer på hälsöfrämjande och förebyggande arbete. Arbetsgruppen enades slutligen om att medellivslängd snarare är ett mått som kan förklara andra utfallsmått. Vi valde därför att presentera medellivslängd under avsnittet Bakgrundsmått i stället.

### Fallolyckor bland äldre

Varje år faller 100 000 personer 65 år eller äldre i Sverige så illa att de behöver besöka sjukvården. Cirka 2 000 äldre dör av fallolyckor. Fallolyckor är en vanlig

orsak till att personer kommer i behov av hemtjänst eller kommunal primärvård. Med förebyggande insatser kan olyckor förhindras och mänskligt lidande och kostnader för vård och omsorg minska.

Fallskador leder ofta till allvarliga konsekvenser som förändrar den äldres livskvalitet. Alla fall leder inte till fysisk skada men nästan hälften gör det (MSB, 2013). Riskfaktorer för fall är främst nedsatt förflyttningsförmåga, läkemedelsbiverkningar, långvariga sjukdomar, samsjuklighet, akuta sjukdomar och stigande ålder. Mer än var tredje äldre person i ordinärt boende faller minst en gång per år och hälften av dessa faller vid upprepade tillfällen. Fallfrekvensen är två till fyra gånger så hög för äldre personer i särskilda boenden (MSB, 2013).

Eftersom fallolyckor kan leda till såväl stort lidande för individen som höga kostnader för vård och omsorg är det viktigt att försöka förebygga fallskador. Exempel på fallpreventiva åtgärder är förskrivning av gånghjälpmedel som rollator, läkemedelsgenomgångar för att om möjligt sätta ut preparat som ger yrsel, god halkbekämpning på gator och trottoarer vintertid, bra belysning såväl hemma som utomhus i kommunen liksom fixartjänster och förebyggande hembesök (MSB, 2013).

I nyckeltalsrapporten presenterar vi två nyckeltal kring fallolyckor – dels fallolyckor bland personer 80 år eller äldre som lett till slutenvård, dels fallolyckor bland personer 65 år eller äldre som mottar kommunala primärvård. Arbetsgruppen förde omfattande diskussioner om huruvida det senare måttet skulle inkluderas i rapporten eller inte. Eftersom måttet bygger på data från registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, och vi vet att antal patienter som registreras i registret inte är korrekt i alla kommuner, kommer nyckeltal som baseras på denna data visa på resultat som inte stämmer överens med verkligheten. Vi valde till slut att ändå ha med måttet, men då främst som ett exempel på hur missvisande resultat kan bli om den data som måttet baseras på inte är korrekt.

## Ofrivillig ensamhet

Ofrivillig ensamhet är en vanlig bidragande orsak till psykisk ohälsa, vilket kan leda till behov av vård och omsorg inklusive kommunal primärvård. Att förebygga och motverka ofrivillig ensamhet är viktigt eftersom den typen av ensamhet har en negativ påverkan på både den fysiska och psykiska hälsan. Att fånga upp den ofrivilliga ensamheten tidigt och erbjuda stöd för att bryta den är centralt. Här har både socialtjänsten liksom kommunens och regionens hälso- och sjukvård en viktig roll att fylla (Socialstyrelsen, 2022d).

I nyckeltalsrapporten redovisar vi andelen som lider av ensamhet av äldre som bor på särskilt boende eller har hemtjänst. Data bygger på Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”. Ett problem med denna data är den låga svarsfrekvensen, framför allt för målgruppen på särskilt boende. I 2022 års undersökning svarade 59 procent på enkäten som hade hemtjänst och 43 procent av de som bodde på särskilt boende. Därtill är det långt från alltid som den enskilde respondenten besvarar enkäten på egen hand. Av de som hade hemtjänst gällde det, år 2022, 54 procent medan 11 procent hade hjälp av någon annan och 35 procent av enkäterna besvarades enbart av någon annan. Endast 14

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

procent av de äldre på särskilt boende svarade själva på enkäten. 25 procent hade hjälp av någon annan och 62 procent av enkäterna besvarades enbart av någon annan. Generellt tenderar frågorna att besvaras mer positivt när den äldre personen svarar själv, något mindre positivt när personen svarar tillsammans med någon och minst positivt när någon annan svarar åt den äldre.

## 8. Personalens kompetens och organisatoriska förutsättningar för god och nära vård

I Socialstyrelsens (2023b) uppföljning av omställningen till god och nära vård finns många mått som fokuserar på personalens kompetens och förutsättningar inom den regionala hälso- och sjukvården och kommunal äldreomsorg. Däremot saknas i stort sett motsvarande mått för personal som arbetar inom den kommunala primärvården. För att uppnå en god och nära kommunal primärvård är det avgörande att personalen har adekvat kompetens och att det finns rätt organisatoriska förutsättningar för den vård som bedrivs. Vi har därför valt att tillsammans med arbetsgrupperna ta fram flera indikatorer på kompetensrelaterade förutsättningar. De flesta bygger på undersökningar där vi samlat in data från kommunerna eftersom nationell statistik saknas. I detta kapitel beskriver vi indikatorerna och hur de har arbetats fram.

### Legitimerad personal per patient

En självklar förutsättning för att patienter ska erhålla en god och nära vård är att det finns personal på plats som kan ge dem vård. Arbetsgruppen hade flera diskussioner om hur ett mått på bemanningstäthet skulle kunna göras jämförbart mellan kommuner och över tid.

Kolada<sup>4</sup> erbjuder mått på antal sjuksköterskor per plats i boende med särskild service för äldre (vardagar respektive helgdagar). Arbetsgruppen bedömde att måttet inte är relevant sett till rapportens fokus på kommunal primärvård och beslutade att ta fram ett eget mått på bemanningstäthet genom att relatera tillgängliga personalresurser – fördelat på de legitimerade yrkesgrupperna sjuksköterskor, fysioterapeuter respektive arbetsterapeuter – till antal inskrivna patienter vid ett visst datum. I Kolada redovisas antalet årsarbetare med avseende på sjuksköterskor, men inte beträffande annan legitimerad personal. Uppgifterna i Kolada är därtill avgränsade till kommunens egna medarbetare, vilket gör jämförelser problematiska eftersom det varierar i vilken utsträckning kommunerna använder sig av bemanningsföretag och hur förekomsten ser ut av vårdgivare i privat regi. I kommuner med många patienter som får vård från privat personal skulle måttet på bemanningstäthet bli missvisande litet.

Uppgifter i kommunernas bemanningsplaner bedömdes heller inte vara användbara eftersom de inte säkert motsvarar antalet medarbetare eller "årsarbetare" som faktiskt arbetat i verksamheten. Arbetsgruppen beslutade sig därför för att ta fram ett

---

<sup>4</sup> Kolada är en öppen och kostnadsfria databas som innehåller drygt 6 000 nyckeltal om kommuner och regioner.

annat mått på personalresurser: *arbetade timmar av legitimerad personal fördelat på antal patienter som fick minst en insats i kommunal primärvård i oktober 2022*. Först började gruppen samla in uppgifter om antal årsarbetare under november 2022, i avsikt att kunna återanvända de uppgifter som kommunerna skickar in till SKR inom ramen för den så kallade ”november-statistiken”<sup>5</sup>. Dessa uppgifter rapporteras dock in i en annan form och visade sig också vara problematiska att använda. November-statistiken inkluderar nämligen sjukskrivna och tjänstlediga samtidigt som timavlönade också räknas in, vilket skulle ge en missvisande positiv bild av de personalresurser som funnits tillhands för patienterna i praktiken.

För att få ett bättre mått på kommunens tillgängliga personalresurser per patient utgick vi istället från *antalet arbetade timmar* under en månad, fördelat på tre legitimerade personalgrupper: sjuksköterskor (AID 206011; 206012; 206014; 206021; 206023; 206090), arbetsterapeuter (AID 301010) samt fysioterapeuter/sjukgymnaster (AID 301011). En enkel excelenkät användes för insamling av dessa uppgifter (se figur 8:1). I enkäten särredovisades tiden utförd av månadsanställda (inklusive deras eventuella fyllnadstid/övertid) respektive timavlönade, men måttet i rapporten utgår från summan av dessa timmar. Excelmodellen inspirerades av den enkät som Göteborgsregionens arbetsgrupp Nyckeltal Personalhälsa använder i sin årliga uppföljning av årsarbetstiden för kommunernas samtliga personalgrupper. Kommunrepresentanterna i denna arbetsgrupp bistod med att ta fram uppgifterna till den här rapporten. Mätmånad var oktober 2022.

I Nyckeltal Personalhälsa ingår endast kommunernas egen personal, det vill säga inte någon eventuell inhyrd personal eller privata vårdgivare. Eftersom Göteborgs Stad har en betydande kostnad för inhyrd personal gjorde de en särskild beräkning av antalet timmar det rörde sig om: nära 13 000 timmar den aktuella månaden. Detta gällde enbart sjuksköterskor, medan inhyrd personal inte varit aktuellt för arbetsterapeuter eller fysioterapeuter.

---

<sup>5</sup> SKR samlar in och redovisar årligen statistik över anställda i kommuner och regioner per november, ofta kallad novemberstatistiken. Personalstatistiken används som underlag för avtalsförhandlingar, vid bedömningar av sysselsättningsutveckling och personalbehov samt vid personalplanering. Statistiken utgör dessutom underlag för den officiella löne- och sysselsättningsstatistik som produceras av Statistiska centralbyrån, SCB.



**Figur 8.1.**

**Excelenkät för insamling av uppgifter om utbildningsnivå hos anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorgen**

**Arbetad tid oktober 2022**

Ange arbetstiden i timmar fördelad på tid utförd av månadsanställda/timavlönade under oktober 2022 inklusive fyllnadstid/övertid. Semestertid ska inte ingå.

	Sjuksköterskor AID 206011; 206012; 206014; 206021; 206023; 206090	Arbetsterapeuter AID 301010	Fysioterapeuter/ sjukgymnaster AID 301011
Timmar utförda av månadsanställda inkl. fyllnadstid och övertid Kostnaden avser grundlön inkl. lönetillägg.			
Timmar utförda av timavlönade			
Summa	0	0	0

Ev. kommentar, exv. med information om det finns personalpooler, flexitid, årsarbetstid m.m. som påverkar utfallet:

Arbetsgruppen Nyckeltal Nära vård samlade själva in antalet personer i respektive kommun som fick en insats i kommunal hälso- och sjukvård i oktober 2022.

Måttet som redovisas i den här rapporten motsvarar antalet arbetade timmar per personalgrupp under oktober månad dividerat med antalet aktuella patienter samma månad.

Måttet avser all den tid som personalgrupperna arbetar fördelat på antalet patienter, det vill säga är inget mått på direkt patienttid. En ansevärd del av personalens arbetstid går åt till annat än direkt patientarbete, exempelvis administration, restid och samverkan med primärvården. Dessa förutsättningar kan skifta i kommunerna, inte minst restiden. Men också annan organisering av arbetet påverkar, såsom tillgången till administrativt stöd, i vilken utsträckning insatser delegeras och formerna för samverkan med regionens primärvård.

Att måttet är avgränsat till en av årets månader innebär, särskilt i mindre kommuner, att en sjukskrivning, semester eller tjänstledighet kan få stor betydelse för resultatet. Det gäller i synnerhet för fysioterapeuter och arbetsterapeuter som utgör relativt små personalgrupper. Mätningen skulle sannolikt behöva göras över en längre period för att få ett mer rättvisande resultat. Trots måttets brister bedömde arbetsgruppen att det ändå ger ett relevant mått på tillgängliga personalresurser i relation till antalet patienter. På sikt bedömdes det dock vara angeläget att komplettera måttet med i vilken utsträckning som insatser delegeras, både antalet och vilka typer av insatser – något som förväntas behöva öka på sikt utifrån kompetensförsörjningsbehovet.

## **Andel äldre som tycker att det är ganska eller mycket lätt att få träffa sjuksköterska respektive läkare vid behov**

Att mäta hur kommunernas bemanning ser ut i relation till antal patienter är ett sätt att följa omställningen till en god och nära vård ur ett kommunalt perspektiv. Antal legitimerad personal per patient säger dock inget om patienternas upplevelse av vården. Det är därför viktigt att komplettera måttet med ett patientperspektiv där

patienterna själva får förmedla i vilken utsträckning de upplever att de får den hjälp de behöver.

Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”, som är riktad till personer 65 år och äldre på särskilt boende erbjuder mått på hur de boende upplever tillgången till sjuksköterska eller läkare. Arbetsgruppen bedömde att det var relevant att inkludera dessa mått i nyckeltalsrapporten även om de bara rör en avgränsad grupp av alla som får insatser i kommunal primärvård.

Själva enkätfrågorna lyder ”Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?” respektive ”Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?”.

Frågornas svarsalternativ lyder: Mycket lätt; Ganska lätt; Varken lätt eller svårt; Ganska svårt; Mycket svårt; samt Vet inte/Ingen åsikt.

I nyckeltalsrapporten redovisar vi andelen brukare som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få träffa sjuksköterska respektive läkare vid behov. Personer som inte besvarat frågorna med en åsikt är exkluderade ur procentbasen, vilket är gjort redan i Socialstyrelsens resultatrapport. I deras rapport presenteras resultaten enbart som procentandelar, och det är därför inte möjligt att i den här rapporten redovisa ett sammantaget resultat för Göteborgsregionen.

Vår rapport redovisar resultat för 2019, 2020 och 2022. Undersökningen genomfördes inte 2021. Öckerös resultat för 2020 redovisas inte på grund av ett alltför begränsat antal svar detta år. Övriga resultat baseras på som minst 35 personer per kommun och år.

Skillnader i resultat mellan kommuner och mellan år måste tolkas försiktigt eftersom det är stort bortfall på enkäten. År 2022 omfattades 68 321 personer på särskilt boende, och av dessa besvarade 43 procent enkäten. För undersökningarna 2013–2022 har svarsfrekvensen varierat mellan 40 och 57 procent. Av redovisade kända orsaker till bortfallet år 2022 står sjukdom (inklusive demens) för den absolut största delen, följt av enkäter som kommit i retur till avsändaren. En annan viktig omständighet är att endast 14 procent av inkomna besvarade enkäter har besvarats av den äldre själv, och ytterligare 25 procent av den äldre tillsammans med någon annan. Det innebär att i fler än sex av tio fall är det enbart någon annan än den äldre som besvarat enkäten.

## **Andel sjuksköterskor inom den kommunala primärvården med specialistutbildning**

De anställdas kompetens i den kommunala primärvården är avgörande för att kunna ge patienterna en god och säker vård. En viktig del i kompetensen är formell utbildning. Omställningen till en god och nära vård, som i högre grad ska bedrivas utanför sjukhusen, ställer ökade krav på kommunernas tillgång till sjuksköterskor med specialistutbildning som kan utföra mer avancerade vårduppgifter på ett patientsäkert sätt och med god kvalitet. Arbetsgruppen bedömde mot den bakgrunden att det är angeläget att följa andelen sjuksköterskor inom den kommunala primärvården som har en specialistutbildning.

Det visade sig inte vara möjligt att erhålla den typen av statistik från SKR eller någon annan aktör. Arbetsgruppen gjorde därför en egen datainsamling. Uppgifterna för 2022 avser samtliga anställda sjuksköterskor i den kommunala primärvården i november månad (inklusive föräldralediga och tjänstlediga). Timavlönade som fått ersättning utbetald i november för tid inarbetad under oktober ingår också (jämförbart med den så kallade "november-statistik" som lämnas till SKR). Endast personal som är anställda i kommunal regi ingår. Med specialistutbildning avses en högskoleutbildning på 60 högskolepoäng eller mer.

Andelen sjuksköterskor med specialistutbildning är beräknad utifrån antal personer och tar inte hänsyn till eventuella skillnader i tjänstgöringsgrad. Det innebär att en timavlönad sjuksköterska som bara arbetat 10 timmar den aktuella månaden räknas på samma sätt som en sjuksköterska som arbetat heltid. Att vikta andelen personer med specialistutbildning i relation till personens tjänstgöringsgrad bedömdes dock innebära ett orimligt stort arbete. Arbetsgruppen ansåg också att det vore fel att inte räkna med anställda med en låg tjänstgöringsgrad eftersom dessa möter patienter precis som andra.

En kommuns resultat, Härrydas, avvek kraftigt från övriga kommuners med en mycket stor andel anställda som har en specialistutbildning. Kommunens representant i arbetsgruppen förklarade resultatet med en låg personalomsättning i personalgruppen i kombination med att kommunen erbjudit vidareutbildning inom tjänsten.

Ett svagt men signifikant samband ses mellan kommunens resultat på mP-CAT och andel specialistsjuksköterskor som finns anställda i kommunen ( $p < 0.05$ ). Ju högre andel sjuksköterskor med specialistutbildning, i desto högre grad upplever hela den legitimerade personalen att de arbetar personcentrerat mätt med mP-CAT (för mer information om mP-CAT, se kapitel 3).

### **Andel anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorgen med undersköterskeutbildning**

Eftersom en majoritet av alla hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunal primärvård utförs av icke-legitimerad personal är det viktigt att följa kompetensen även för dessa yrkesgrupper. Arbetsgruppen valde därför att inkludera ett mått i nyckeltalsrapporten som visar på hur stor andel av de anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorgen som har en undersköterskeutbildning.

Vid två tillfällen, 2019 och 2022, har Göteborgsregionen genomfört en särskild kartläggning av utbildningsbakgrunden hos äldreomsorgens personal. I kartläggningen 2022 omfattades även hemsjukvårdens omvårdnadspersonal. Kartläggningarna har gjorts på uppdrag av, i dialog med och med stöd av chefsnätverk och så kallade branschråd på Göteborgsregionen.

Kartläggningarna har avsett undersköterskor och andra befattningar som helt eller delvis utför vård- och omsorgsuppgifter inom särskilt boende, hemtjänst och hemsjukvård. Anställda som enbart utför serviceinsatser såsom städning och tvätthantering omfattas inte. Måttet är avgränsat till kommunens anställda

medarbetare (personer, inte årsarbetare), de som är tillsvidareanställda eller har en tidsbegränsad anställning längre än 3 månader (dvs. timavlönade ingår inte). Eventuella medarbetare med arbetsmarknadsanställning utanför ordinarie bemanning ingår inte och inte heller så kallade LOV-anställda.

Mätdatum har varit 31 maj. Uppgifterna har samlats in genom en excel-enkät (se figur 5) som har distribuerats genom Göteborgsregionens nätverk för äldreomsorgschefer samt hälso- och sjukvårdschefer.

I nyckeltalsrapporten redovisas andelen av de anställda som har en undersköterskeutbildning från gymnasiet eller vuxenutbildningens vård- och omsorgsprogram (eller längre eftergymnasial utbildning). De undersköterskeutbildningar som avses (och specificeras i enkäten) är gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram (2 500 p); vuxenutbildningens vård- och omsorgsprogram (1 500 p) samt äldre utbildningar som exempelvis omvårdnadsprogrammet (1 350 p) eller vård- och omsorgsprogrammet (1 400–1 500 p) och mentalskötarlinsen (2–3 terminer).

Rapportens redovisning särskiljer på särskilt boende (inklusive korttidsboende) och hemtjänst. I den redovisade totaluppgiften ingår även det mindre antalet anställda inom hemsjukvård.

**Figur 8:2**

**Excelenkät för insamling av uppgifter om utbildningsnivå hos anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorgen.**

Kommun:	Särskilt boende	Hemtjänst	Hemsjukvård	TOTALT
Undersköterskor med eftergymnasial utbildning YH 200 p eller Högskola 60 p [ANTAL]				0
Undersköterskor med undersköterskeutbildning från gymnasiet eller vuxenutbildningens vård- och omsorgsprogram OBS: Gruppen ovan (på rad 8) ska inte räknas med här. [ANTAL]				0
Vårdbiträden, biträden eller personal med andra titlar som, helt eller delvis, utför undersköterskeuppgifter utan en undersköterskeutbildning. [ANTAL]				0
Totalt antal anställda som utför undersköterskeuppgifter inom äldreomsorgen [RÄKNAS UT AUTOMATISKT]	0	0	0	0

Eventuell kommentar:

## Genomsnittligt antal delegerade HSL-insatser av sjuksköterska per dag och patient i ordinärt boende

Eftersom majoriteten av alla hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna utförs av icke-legitimerad personal bedömde arbetsgruppen att det är viktigt att följa delegerade insatser för att undersöka effekter och resultat av omställningen till god och nära kommunal primärvård. Sådan data finns dock inte enkelt tillgänglig att sammanställa på kommunnivå. Som vi beskrivit i kapitel 4 använder sex av Göteborgsregionens medlemskommuner digitala signeringssystem för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser som ges till patienter i ordinärt boende: Ale, Lilla Edet,

Kungälv, Mölndal, Stenungsund och Öckerö. Dessa kommuner kan ta fram vissa data om hälso- och sjukvårdsinsatser som delegerats av legitimerad personal till omsorgspersonal. Arbetsgruppen beslutade därför att inkludera ett mått i rapporten som visar på det genomsnittliga antalet delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser av sjuksköterska per dag och patient bosatta i ordinärt boende. Trots att måttet inte går att få fram för alla kommuner i Göteborgsregionen eller inom andra verksamhetsområden än ordinärt boende, ansåg arbetsgruppen att det ändå är relevant att redovisa detta mått. Förhoppningen är att fler kommuner kommer ha verksamhetssystem i framtiden som möjliggör jämförelser i alla Göteborgsregionens kommuner och inom fler verksamhetsområden.

Måttet har räknats fram genom att dividera samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser som delegerats av sjuksköterska per kvartal med antalet patienter som fick minst en insats i kommunal hälso- och sjukvård under kvartalet. Jämförbara data kunde bara erhållas för 2022. Målsättningen är att ta fram motsvarande uppgifter i 2023 års nyckeltalsrapport och på sikt kunna följa utvecklingen över tid.

## Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård

I Socialstyrelsens *Öppna jämförelser – Kommunal hälso- och sjukvård* (Socialstyrelsen, 2022b) ingår två mått på kommunernas förutsättningar för att kunna erbjuda patienter i livets slutskede en god palliativ vård. Ett av måtten är kopplat till personalens kunskaper inom området och avser förekomsten av en övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård. För att personalen ska kunna möta patienters olika behov av stöd och symtomlindring och för att främja deras livskvalitet behöver de ha grundläggande kunskaper och kompetens i palliativ vård. Arbetsgruppen bedömde därför att detta mått är relevant att redovisa i nyckeltalsrapporten. Det är dock viktigt att påpeka att måttet inte säger något om personalens faktiska kompetens – och naturligtvis ännu mindre om i vilken grad den förväntade kompetensen hos personalen i en kommun som har en övergripande kompetensutvecklingsplan har bidragit till en god omvårdnad av patienter i livets slutskede.

Med övergripande kompetensutvecklingsplan avses en kommunövergripande plan för personalens kompetensutveckling inom den kommunala hälso- och sjukvården som bygger på verksamhetens mål och kartläggning samt analys av befintliga kompetenser. Planen ska finnas i kommunens styrdokument och vara antagen i ansvarig politisk nämnd (eller på delegation).

Med fortbildning avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna, exempelvis kurs, föreläsning eller seminarier. Fortbildningen ska avse både vård- och omsorgspersonal. Resultaten redovisas som ”ja” (att planen finns på plats), ”nej” eller ”delvis”, som innebär att planen finns för endast vårdpersonal eller endast omsorgspersonal.

Måttets resultat finns tillgängliga för Sveriges kommuner från och med år 2020, i både Socialstyrelsens egna resultatpublikationer och via Kolada. Bland Göteborgsregionens kommuner hade Ale inte rapporterat in data för år 2020–2022 och Göteborg hade inte rapporterat in data för år 2020 och 2022. Dessa uppgifter har kommunernas representanter i arbetsgruppen emellertid kunnat komplettera med.

## **Andel legitimerad personal i kommunal primärvård som ofta eller alltid upplever sig stressade i sitt arbete**

I Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till god och nära vård redovisas ett mått på upplevd stress bland läkare som är anställda i regionens primärvård (2023b). Arbetsgruppen bedömde att det är viktigt att kunna redovisa motsvarande mått för den kommunala primärvårdens personal. Sådan data finns dock inte tillgänglig på nationell nivå. Vi valde därför att inkludera en fråga om upplevd stress i arbetet i den digitala enkät som skickades ut till sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i oktober 2022 (läs mer om enkäten i kapitel 3).

Enkätens fråga löd: ”Upplever du dig stressad i ditt arbete?”. Svartalternativen var ”Nej, aldrig”, ”Ja, ibland” samt ”Ja, alltid”.

Svarsfrekvensen på enkäten varierade kraftigt mellan kommunerna och var dessutom högre för rehabiliteringspersonal än för sjuksköterskor. Den varierande svarsfrekvensen innebär att kommuner med hög svarsfrekvens är överrepresenterade i totalresultatet. Den högre svarsfrekvensen bland rehabiliteringspersonal innebär att även deras svar är överrepresenterade i totalresultatet. Efter diskussioner i arbetsgruppen kunde vi konstatera att den varierande svarsfrekvensen till stor del kan förklaras av hur respektive kommun informerade om enkäten. Kommunernas delaktighet och engagemang är avgörande för en hög svarsfrekvens och representativa data.

Ett signifikant samband ses mellan stress och hur personcentrerat personalen själva upplever att de arbetar mätt med mP-CAT (se kapitel 3). Ju mer stressad personalen är, desto mindre personcentrerat upplever de att de arbetar ( $p < 0.001$ ). Det finns även ett signifikant samband mellan hur gammal respondenten är och upplevd stress i arbetet. Ju yngre respondenterna är, desto mer stress upplever de i arbetet ( $p < 0.01$ ).

## **Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid bland undersköterskor**

I Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till god och nära vård redovisas två nyckeltal på sjukfrånvaro (2023b): sjukfrånvaro bland regionanställd personal samt sjukskrivning mer än 14 dagar bland anställda på särskilt boende i kommunerna. Arbetsgruppen ansåg att det var viktigt att komplettera med ett mått på sjukfrånvaron bland personal i kommunal primärvård. Sådana uppgifter visade sig emellertid inte vara enkelt tillgängliga utan skulle kräva omfattande datainsamlingsarbete från kommunerna.

Göteborgsregionen tar årligen fram statistik för sjukfrånvaro bland kommunanställda undersköterskor inom ramen för Nyckeltal Personalhälsa. Efter diskussioner beslutade arbetsgruppen att redovisa detta mått i nyckeltalsrapporten även om det bara gäller en av flera personalgrupper som utför insatser i kommunal primärvård. I framtiden skulle måttet behöva kompletteras med data även för legitimerad personal.

Data till måttet har tagits fram av Göteborgsregionens arbetsgrupp Nyckeltal Personalhälsa med representanter från regionens samtliga tretton kommuner. Resultatet av detta och andra relaterade mått redovisas i rapporter varje tertiäl, där helårsrapporten är mer omfattande än de kortare tertiälrapporterna (se vidare [www.goteborgsregionen.se/nph](http://www.goteborgsregionen.se/nph)).

Undersköterskor avser personal med AID-koder 207008–207011. Undersköterskor är en av sju personalgrupper som (tillsammans med gruppen chefer) särskiljs i rapporterna. Urvalet av personalgrupper i Nyckeltal Personalhälsa syftar till att följa utvecklingen för några av kommunernas större personalgrupper. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter eller fysioterapeuter ingår alltså inte i ordinarie mätning.

Måttet avser kommunernas månadsanställda personal, det vill säga tillsvidareanställda och anställda med tidsbegränsad anställning, medan det exkluderar timavlönade. Måttet avser anställda oavsett tjänstgöringsgrad. Anställda inom avtalsområdena BEA, PAN, RiB<sup>6</sup>, ofta timavlönad personal, ingår inte. Partille kommuns uppgifter är inte fullt jämförbara med övriga kommuners på grund av att uppgifterna inkluderar timavlönades sjukfrånvaro som kommunen av tekniska skäl inte kan definiera bort.

Måttet beräknas som totalt antal timmar i personalgruppens sjukfrånvarotid dividerat med totalt antal timmar i gruppens tillgängliga ordinarie arbetstid.

## **Andel tillsvidareanställda undersköterskor som slutat i kommunen utöver pensionsavgångar**

Inom ramen för Nyckeltal Personalhälsa i Göteborgsregion redovisas också personalavgångar för sju stora personalgrupper, däribland undersköterskor (men inte sjuksköterskor, arbetsterapeuter eller fysioterapeuter). Eftersom en stor omsättning på personal och många nya anställda kan leda till turbulens i arbetsgrupper, lägre effektivitet och sämre kvalitet beslutade arbetsgruppen att inkludera måttet för undersköterskor i nyckeltalsrapporten.

Måttet motsvarar antalet tillsvidareanställda undersköterskor som slutat sitt arbete i kommunen dividerat med genomsnittligt antal tillsvidareanställda undersköterskor under året (antalet för samtliga kalendermånader genom tolv).

Måttet avser *externa* avgångar. Intern personalrörlighet i form av avgångar som leder till ny anställning inom kommunen ingår inte. Det valda måttet undantar

---

<sup>6</sup> BEA står för Bestämmelse för arbetstagare i arbetsmarknadspolitiska insatser. PAN står för Överenskommelse om lön och anställningsvillkor för personlig assistent och anhörigvårdare. RiB står för Avtal för räddningstjänstpersonal i beredskap.

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

pensionsavgångar (i Nyckeltal Personalhälsa redovisas även ett mått som inkluderar pensionsavgångar). Måttet inkluderar däremot avlidna, personer som slutar enligt överenskommelse med arbetsgivaren utifrån personliga skäl eller av arbetsbrist samt avgångar till följd av extern verksamhetsövergång. Eventuella avgångar till kommunens bolag ingår, men däremot inte eventuell verksamhetsövergång till kommunalt bolag eller bolagisering av kommunverksamhet.



## 9. Den kommunala primärvårdens kostnader

De ekonomiska resurser som tilldelas primärvården kan betraktas på två sätt: som en förutsättning för omställningen till god och nära vård och som ett mått på primärvårdens andel av hela hälso- och sjukvårdsverksamheten. Enligt direktivet till utredningen om nära vård kommer det att:

[...] krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bland annat handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. [...] Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare, (Kommittédirektiv 2017:24, s. 14).

Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är därför av största vikt, vilket också påpekas i Västra Götalands läns gemensamma färdplan för god och nära vård (VästKom & Västra Götalandsregionen, 2022, s.4). Det är samtidigt viktigt att påpeka att det ekonomiska perspektivet behöver kompletteras med data som belyser tillgången på övriga resurser, exempelvis personalens kompetens och medicinteknisk utrustning, liksom vårdens kvalitet och säkerhet.

För att beräkna andelen hälso- och sjukvård av kommunernas vård och omsorg använder SCB i dag i de så kallade Hälsoräkenskapernas<sup>1</sup> schablonberäkningar som baseras på data från 2011. Enligt den beräknades kommunernas hälso- och sjukvårdsandel av all vård och omsorg år 2019 vara 14,4 procent, vilket motsvarar 26 miljarder kronor. En ny beräkning av företaget Ensolution (Johansson, 2021) visar emellertid att andelen hälso- och sjukvård i kommunal vård och omsorg har ökat under senare år och att den schablon som används därför bidrar till att underskatta den kommunala primärvårdens kostnad. Enligt Ensolutions beräkningar uppgick den faktiska andelen till 15,9 procent, vilket motsvarar 29 miljarder kronor. Det är 2,77 miljarder mer än vad den officiella statistiken visar.

I dagsläget går det inte att särskilja kostnader för den kommunala primärvården från övriga verksamheter i kommunernas räkenskapsammandrag (RS)<sup>1</sup> (Johansson, 2021). Det innebär att det inte finns tillgängliga uppgifter på kommunnivå vad den kommunala primärvården kostar och att kommunernas kostnader därför inte kan jämföras. För att kunna följa kostnadsutvecklingen för Göteborgsregionens kommuner har vi därför behövt göra egna beräkningar. Hur dessa beräkningar har gjorts redovisas i resterande del av detta kapitel.

<sup>1</sup> Nationalräkenskaperna beskriver landets ekonomi och dess utveckling och används bland annat för att beräkna landets bruttonationalprodukt (BNP). Hälsoräkenskaperna är den del av Nationalräkenskaperna som beskriver hälso- och sjukvårdens utgifter. I dag särredovisas inte kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård som utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30), från omsorgsinsatser som utförs enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, utan de presenteras samlat under posterna vård och omsorg om äldre, insatser enligt LSS/SFB och insatser till personer med funktionsnedsättning (exkl. LSS/ SFB). LSS är lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, och SFB är socialförsäkringsbalken (2010:110).

## Beräkningsmodellen

För att det ska vara möjligt att göra jämförelser av den kommunala primärvårdens kostnader mellan olika kommuner måste redovisningen vara enhetlig. Vi har använt oss av en beräkningsmodell som bygger på principerna för *Kostnad per brukare* (SKL, 2012) och *Kostnad per patient* (SKR, 2020b).

Eftersom kostnader för kommunal primärvård kan redovisas inom andra verksamhetsområden än inom just kommunal primärvård i kommunernas redovisningssystem behövde kommunerna göra en översyn av hur den enskilda kommunen har identifierat verksamheten och var den redovisas. Alla kostnader som uppstår för att leverera kommunala primärvårdsinsatser behöver inkluderas. Det innebär allt från kostnader för löner till legitimerad personal och sjukvårdsprodukter till transporter och bakomliggande kostnader för att kunna leverera insatsen, såsom kostnader för ledning, lokaler, administration och andra stödfunktioner. Mallen för beräkningsmodellen finns i bilaga 6.

I den framtagna beräkningsmodellen räknas kostnaderna ut i tre steg. I steg 1 identifieras alla kostnader upp till och med enhetschefsnivå som kan kopplas samman med driften av kommunal primärvård exklusive kostnader för delegerad hälso- och sjukvård samt köpt vård. Dessa kostnadsposter identifieras i stället i steg 2. I steg 3 identifieras och fördelas gemensamma kostnader över enhetschefsnivå.

När samtliga kostnader som är kopplade till driften av kommunal primärvård har identifierats i de tre stegen erhålls totalkostnaden för kommunal primärvård för respektive kommun. Eftersom kommunerna är olika stora och har olika många patienter som mottar kommunala primärvård behöver totalkostnaden för kommunal primärvård ställas i relation till något för att kostnadsjämförelser mellan kommuner och över år ska kunna göras. I samråd med arbetsgruppen för primärvårdens kostnader valde vi att ta fram två nyckeltal på området. I det ena måttet fördelas totalkostnaden på det antal patienter som fått minst en insats i den kommunala primärvården under mätåret. I det andra måttet fördelas totalkostnaden i stället på antal invånare i kommunen som är 80 år eller äldre, eftersom denna åldersgrupp är

den som har mest kommunal primärvård. Samtliga kostnader har räknats om till 2021 års penningvärde för att möjliggöra jämförelser över tid.

## Alternativa kostnadsått

Arbetsgruppen för primärvårdens kostnader diskuterade flera alternativ för fördelning av kostnader. Eftersom det finns en mycket stor variation mellan patienter som får kommunal primärvård när det gäller hur ofta de får insatser och hur omfattande insatserna är, menade flera deltagare i arbetsgruppen att ett nyckeltal där kostnaderna fördelas på samtliga patienter, oavsett vårdbehov, blir alltför trubbigt. Arbetsgruppen såg fördelar med att i stället fördela kostnaderna på exempelvis patienter som hade insatser under hela mätåret, eller att man räknade bort patienter som bara hade några enstaka insatser per år. Tillförlitlig statistik över detta saknas dock och därför kunde inte den typen av mått tas fram. Ett annat alternativt mått som diskuterades var att räkna fram vad en timma kommunal primärvård kostar. Det förutsätter att det finns uppgifter om antalet timmar kommunal primärvård som produceras på ett år i kommunerna. Eftersom även denna data saknas gick inte heller detta mått att ta fram.

## Steg 1 Identifiera kostnader för kommunal primärvård till och med enhetschefsnivå

Kostnader för drift av kommunal primärvård till och med enhetschefsnivå inkluderar alla bruttokostnader i kontoklass 4–8 i kommunernas redovisningssystem, förutom kostnader för bostadsanpassning och utskrivningsklara patienter som inte räknats med. Beloppen baseras på bruttokostnader och inkluderar kostnader för patienter i alla åldrar. I den mall som användes för att få fram alla kostnader i steg 1 (se bilaga 6) är kostnaderna uppdelade på flera poster:

- **Personalkostnader:**

Här ingår alla kostnader för personal anställd i den kommunala primärvården. Det rör sig vanligtvis om sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt MAS, MAR och enhetschefer. Ibland finns även undersköterskor anställda i den kommunala primärvården, men oftast är de anställda i äldreomsorgen eller funktionsstöd och utför hälso- och sjukvårdsinsatser på delegation av den legitimerade personalen (Kostnaden för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser räknas ut i steg 2). Metod- och kvalitetsutvecklare samt specialfunktioner, exempelvis dietist, ska ingå i beräkningen förutsatt att de är anställda i den kommunala primärvården. Är de anställda på verksamhetsnivå ska de i stället räknas med i gemensamma kostnader över enhetschefsnivå, vilket görs i steg 3.

- **Inhyrd personal:**

Många kommuner hyr personal från bemanningsföretag som utför kommunala primärvårdsinsatser. Dessa kostnader ska också räknas med.

Variationen är stor mellan Göteborgsregionens kommuner när det gäller hur mycket personal som hyrs in av bemanningsföretag. I Göteborgs Stad utgjordes

13 procent av personalkostnaderna av inhyrd personal år 2021, medan Alingsås och Lilla Edet inte hyrde in någon personal alls från bemanningsföretag.

- **Lokalhyror:**

Här ingår kontorsplatser och andra lokaler som utnyttjas av den kommunala primärvårdens personal. Posten inkluderar även lokalkostnader för legitimerad personal som har kontor på särskilt boende. En schablon kan användas för beräkning av kostnaden om interndebitering i kommunen inte görs för detta. Schablonen kan exempelvis utgå från kostnaden för en arbetsplats eller kvadratmeterhyra.

Andelen lokalkostnader av den totala kostnaden för kommunal primärvård varierar mellan kommunerna – från 0,5 procent i Öckerö kommun till 1,8 procent i Partille kommun. Hyresnivån för kontorslokaler i kommunen som personalen utnyttjar påverkar kostnaderna liksom lokalernas ålder.

- **Hjälpmedel:**

Här ingår kommunens kostnader för hjälpmedel, exempelvis rollator, rullstol, förhöjning till toalettstol, bad och duschstol och minnesstöd.

- **Provtagningsmaterial, läkemedel, sjukvårdsartiklar m.m.:**

Under covidpandemin byggde kommunerna upp förråd av förbrukningsartiklar, vilket gjorde att kostnaden för detta i flera kommuner var högre under en period, i synnerhet 2020, än vad som normalt är fallet. Kostnader för uppbyggnad av förråd i samband med pandemin har inkluderats i denna post. Om denna kostnad ligger centralt i kommunen har 20 procent av kostnaden räknats med.

- **Fordon och varutransporter:**

Posten inkluderar leasingavgifter alternativt kapitalkostnader om kommunen äger sina egna fordon. Bränslekostnader, försäkringar, reparationer och parkeringsavgifter ingår också.

- **IT, telefoni och datorer:**

Posten inkluderar leasingavgifter alternativt kapitalkostnader om kommunen äger utrustning själv. Kostnader för vissa programlicenser och SITS-kort ligger ibland centralt i kommunen. Dessa kostnader tas då med under gemensamma kostnader i steg 3.

- **Övriga kostnader:**

Här ingår exempelvis utbildningskostnader och kostnader för organisationskonsult. En del av dessa kostnader har finansierats med olika statsbidrag, exempelvis genom överenskommelsen om god och nära vård. När den kommunala primärvårdens kostnader följs över tid ska man alltså vara medveten om att totalkostnaden till viss del påverkas av storleken på tillgängliga statsbidrag, något som varierar mellan åren.

## Steg 2 Identifiera kostnader för delegerad hälso- och sjukvård samt köpt vård

Av de kommuner som ingått i Göteborgsregionens mätning av kostnader för kommunal primärvård har ingen kunnat särskilja kostnader för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser från övriga kostnader för vårdtjänster som köpts av extern utförare. Det har därmed varit nödvändigt att göra en omfördelning av kostnader med hjälp av schabloner. Här har vi använt den schablon som företaget Ensolution har tagit fram. Schablonen är baserad på data från 36 kommuner som gjorde mätning av kostnad per brukare 2019 (Johansson, 2021). Procentandelarna för olika verksamheter framgår av mallen som finns i bilaga 7.

Några kommuners ekonomisystem och utförandestatistik kan heller inte särskilja kostnader för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i egen regi. Om kommunen kan redovisa tidsåtgång för den delegerade hälso- och sjukvård som utförs inom hemtjänsten har denna tid använts i beräkningen. Det gäller Tjörn, Lilla Edet, Mölndal, Härryda och Alingsås. Om hälso- och sjukvårdsinsatserna inte är tidsatta har i stället olika schabloner använts för att kunna uppskatta den delegerade tiden. Lerum och Partille har ett ersättningssystem där 11,0 respektive 10,2 procent av beviljad hemtjänsttid bedöms vara hälso- och sjukvård. Öckerö har ett liknande system, men där har hittills bara 4 procent av beviljad hemtjänsttid bedömts vara hälso- och sjukvård. Arbetsgruppen bedömde att denna andel var orimligt liten, och Öckerö har i stället räknat på en schablon på 10 procent. Stenungsund har använt en schablon på 14 procent, baserat på en stickprovsanalys som gjorts av insatser som utförts i en hemtjänstgrupp under en avgränsad mätperiod 2022. I Göteborg görs bedömningen att 8 procent av beviljad hemtjänsttid utgörs av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Företaget Ensolution använder sig av en schablon på 13 procent i de fall som kommunen inte har möjlighet att redovisa tidsåtgången för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemtjänst (Johansson, 2021). Schablonen är baserad på data från cirka 50 kommuner som gjort mätningar med Ensolutions modell mellan 2017 och 2019. Jämfört med Ensolutions schablon använder sig alltså flera kommuner som ingått i Göteborgsregionens mätning av lägre procentandelar, vilket skulle kunna betyda att kostnaderna för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser i Göteborg, Lerum, Partille och Öckerö underskattas.

Ingen av kommunerna i Göteborgsregionens mätning har kunnat särskilja kostnader i sina ekonomisystem för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs på särskilda boenden, hospice, korttidsboenden eller LSS-boenden. Det har därmed varit nödvändigt att göra en omfördelning av kostnader med hjälp av schabloner. Återigen har schabloner från Ensolution använts (Johansson, 2021). Schablonerna är baserade på fem kommuners punktmätningar år 2011 av innehållet i omvårdnad, service och hälso- och sjukvård inom särskilt boende. Schablonens rimlighet har därefter kontrollerats i 17 kommuner som genomfört detaljerade mätningar av hälso- och sjukvård med hjälp av Ensolutions verktyg Kuben. Bedömningen är att procentsatsen av nedlagd tid för icke-legitimerad personal för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är likartad i förhållande till utfall 2011 på totalen. Det finns däremot en variation mellan enskilda kommuner (Johansson, 2021). Det talar för att

våra beräkningar som delvis baseras på schabloner kan ge en missvisande bild av berörda kommuners kostnader och därmed också göra skillnader i resultat osäkra.

### **Steg 3 Identifiera gemensamma kostnader för kommunal primärvård över enhetschefsnivå**

Utöver kostnader för kommunal primärvård upp till och med enhetschefsnivå samt för köpta vårdtjänster och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, finns kostnader för gemensamma aktiviteter i kommunen som behöver räknas med i totalkostnaden för kommunal primärvård. Dessa så kallade overheadkostnader (OH-kostnader) kan till exempel vara kostnader för verksamhetschef, personalavdelning, kommunikationsinsatser, IT, vaktmästeri och reception.

Andelen OH-kostnader av den totala kostnaden för kommunal primärvård varierar från cirka 4 till 15 procent i de kommuner som deltagit i mätningen. Variationen beror framför allt på skillnader i ekonomisystem och bokföringsrutiner där vissa kommuner lägger kostnader för till exempel datorer och telefoni på respektive verksamhet medan andra kommuner väljer att lägga dessa kostnader centralt i kommunen. Detaljerade mallar för hur uträkningen av OH-kostnader gjorts redovisas i bilaga till rapporten *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2022* (Larsen & Nilsson, 2023).

### **Reflektioner kring beräkningsmodellen och nyckeltalen på kostnader**

En stor utmaning med att beräkna kommunernas kostnader för kommunal primärvård har varit att få fram korrekta kostnader för delegerad hälso- och sjukvård eftersom dessa kostnader inte särskiljs i kommunernas redovisningssystem annat än för hemtjänsten i några kommuner. Här har vi behövt basera våra beräkningar på schabloner. Det finns en risk att dessa schabloner inte stämmer överens med faktiska kostnader i enskilda kommuner och att nyckeltalen därmed blir missvisande. En angelägen uppgift för ett framtida nyckeltalsarbete är att kontrollera rimligheten i schablonerna, till exempel genom stickprovsmätningar i deltagande kommuner.

Ytterligare en utmaning har varit att få fram korrekta uppgifter över antal personer som mottagit kommunal hälso- och sjukvård. Flera kommuner har reviderat de uppgifter som registrerats i Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Vi misstänker dock att det fortfarande förekommer felaktiga uppgifter för enskilda kommuner, enskilda år. Om så är fallet förs det felet naturligtvis vidare till måttet på kommunernas kostnader för kommunal primärvård i relation till antal patienter.

Ett viktigt medskick i övrigt är att totalkostnaden för kommunal primärvård i första hand speglar kommunernas budget. Utöver att sätta detta mått i relation till antalet patienter behöver kostnaderna analyseras i relation till exempelvis vårdtyngd och utförda åtgärder för att upptäcka om den kommunala primärvårdens kostnader, kvalitet och möjligheter att ge en god vård påverkas av omställningen.

## 10. Avslutande reflektioner

Målsättningen med utvecklingen av de mått och indikatorer som redovisas i nyckeltalsrapporten var att ge en helhetsbild av effekterna av omställningen i kommunal primärvård i Göteborgsregionen beträffande både resultat, kvalitet och kostnader. Som vi beskrivit i denna rapport har vi inte lyckats nå hela vägen fram, bland annat för att data saknas inom flera områden för att kunna ge en sådan helhetsbild. Avslutningsvis vill vi sammanfatta vad vi ser som våra viktigaste lärdomar av utvecklingsarbetet.

Socialstyrelsens statistik över antal patienter som får insatser i kommunal primärvård är inte tillförlitlig, till följd av att flera kommuner inte rapporterar in data på det sätt som efterfrågas. Eftersom statistiken ligger till grund för politiska beslut och utvecklingssatsningar är det av yttersta vikt att statistikens kvalitet förbättras i samarbete mellan kommuner och Socialstyrelsen. I vårt regionala utvecklingsarbete framkom att många kommuner inte använder nationell statistik för egen uppföljning och analys i dag. Genom att använda statistiken, som vi gjorde i nyckeltalsarbetet, kan kvalitetsbrister i statistiken upptäckas och åtgärdas. Vår förhoppning är att kommuner i framtiden lägger mer fokus och resurser på analys av data i stället för, som i dag, på inmatning av data i olika system som sedan inte används.

I dag görs ingen nationell uppföljning av hur personcentrerad den kommunala primärvården är. Eftersom personcentrering är en central del i omställningen till god och nära vård anser vi att uppföljningen behöver kompletteras på nationell nivå, till exempel genom den typ av enkätundersökningar till patienter och personal som vi skickat ut i Göteborgsregionen.

En majoritet av alla hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunal primärvård delegeras till omsorgspersonal. I dag saknas nationell statistik över vilka och hur många insatser som delegeras och om de utförs enligt ordination. För att kunna följa utvecklingen och kvaliteten i den kommunala primärvården behöver sådan data samlas in och analyseras. I dag saknas dock legala förutsättningar för detta.

Flertalet kommuner i Göteborgsregionen påtalar att vårdtyngden i den kommunala primärvården ökar. I dag saknas jämförbara data som gör det möjligt att mäta detta. Modeller för vårdtyngdsmätning i kommunal primärvård behöver utvecklas.

Det finns i dagsläget ingen nationell rapportering av kostnader för hälso- och sjukvård för landets kommuner trots att det är centralt att kunna följa kostnadsutvecklingen i kommunal primärvård i omställningen till god och nära vård. En tillförlitlig metod för sådan uppföljning behöver utvecklas.

Vår erfarenhet av utveckling av mått och indikatorer är att det tar lång tid att komma fram till gemensamma definitioner och mätmetoder som möjliggör jämförelse mellan kommuner – även för sådant som till en början verkar enkelt och självklart. I arbetet med att bedöma måttens relevans och förutsättningarna för att samla in kvalitetssäkrade data har det varit helt nödvändigt för oss på Göteborgsregionen att samarbeta med personer i kommunerna som har goda kunskaper om verksamheten och som själva ska använda måtten och indikatorerna. Vår förhoppning är att måtten

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

ska vara till nytta i utvecklandet av den kommunala primärvården i Göteborgsregionen och i förlängningen öka förutsättningarna för att invånarna ska kunna möta en god och nära vård.



## Referenser

Arman, R. (2019). *"Vi är ingen ö" – vardagen i kommunal hälso- och sjukvård*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Berger E. Y. (1980). A system for rating the severity of senility. *J Am Geriatr Soc*. 28(5):234-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.1980.tb00527.x. PMID: 7365189.

Boden, D.G., Agarwal, A., Hussain, T., Martin, S.J., Radford, N., Riyat, M.S., So, K., Su, Y., Turvey, A., Whale, C.I. (2016). Lowering levels of bed occupancy is associated with decreased in-hospital mortality and improved performance on the 4-hour target in a UK District General Hospital. *Emerg. Med. J.* 33 (2), 85–90.

<http://dx.doi.org/10.1136/emered-2014-204479>

Cunningham P, Sammut J. (2012). Inadequate acute hospital beds and the limits of primary care and prevention. *Emerg Med Australas*. 24(5):566–72.

<https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2012.01601.x>

De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. The Health Foundation Inspiring Improvement.

Edvardsson, D., Fethersonhaugh, D., Nay, R., Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*. 22(1)101–108. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990688>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251.

<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Ekonomistyrningsverket (ESV) (2006). *Effektutvärdering. Att välja upplägg*.

Förordning (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

Göteborgs Stad (2023). *Socialtjänstrapport 2023. Invid och familjeomsorgen i Göteborgs Stad*.

Häger Glenngård, A. & Knutsson, H. (2022). *Leverans 8. Ramverk för uppföljning och kvalitetsutveckling. RSS/SC2019/127/ Förbättra kommunernas förmåga att bedöma den övergripande kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård för äldre*. ARCC Consortium.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2023). *Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen*.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2022a). *Delredovisning av S2019/02870, S2021/06574 (delvis) - Uppdrag att genomföra särskilda tillsynsinsatser som bidrar till omställningen till en god och nära vård*.

Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2022b). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)*.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2021). *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Johansson, A. (2021). *Utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården i Sverige*. Ensolution.

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

Kunskapsguiden (2023). *Ny definition av primärvården*.

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/kommunal-halso--och-sjukvard/ny-definition-av-primarvarden/>

Lagen (1998:543) om hälsodataregister.

Larsen, T. & Nilsson, Å. (2023). *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T. (2022a). *Patientenkät kommunal hälso- och sjukvård – resultat för 11 kommuner i Göteborgsregionen 2022*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T. (2022b). *Hur personcentrerad upplever legitimerad personal att vården är? En enkätundersökning i kommunal hälso- och sjukvård genomförd i samarbete med 12 av Göteborgsregionens kommuner hösten 2022*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T. & Lydahl, D. (2022a). *Hur personcentrerad är kommunal hälso- och sjukvård? Patienters och sjuksköterskors upplevelser*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen & Lydahl, D. (2022b). *Personcentrering i en kommunal kontext – analys av en enkät till patienter med hemsjukvård*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T. (2021). *Projektplan för fortsatt utvecklingsarbete av nyckeltal för att följa omställningen till en god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens medlemskommuner*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T., Nilsson, Å., Ohlsson, J. (2021). *Utveckling av nyckeltal för att följa omställning till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

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

La Trobe University (2023). *Notes on Scoring of the Person-Centred Care Assessment Tool (P-CAT)*.

Madsen, F., Ladelund, S., Linneberg, A. (2014). High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark. *Health Aff*, 33 (7), 1236–1244. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1303>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) (2013). *Systematiskt arbete för äldres säkerhet – Om fall, trafikolyckor, bränder och suicid*.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2023). [Ordnat för omställning. Utvärdering av omställningen till god och nära vård – delrapport.](#)

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021). [Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.](#)

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018). [Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.](#)

Prop. 2019/20:164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.*

Regionala cancercentrum i samverkan (2021). [Palliativ vård. Nationellt vårdprogram 3.0.](#)

Ravaghi H, Alidoost S, Mannion R, Bélorgeot VD. (2020). Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res.* 20(1):186. 5. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z>

Schilling, P.L., Campbell, D.A.J., Englesbe, M.J., Davis, M.M., (2010). A comparison of in-hospital mortality risk conferred by high hospital occupancy, differences in nurse staffing levels, weekend admission, and seasonal influenza. *Med Care*, 48 (3), 224–232. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181c162c0>

Senior Alert (2023). *Om Senior Alert*. Information hämtad den 8 juni 2023. <https://www.senioralert.se/om-senior-alert/>

Selan, D., Jakobsson, U., Condelius, A. (2017). The Swedish P-CAT: modification and exploration of psychometric properties of two different versions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3):527–535. <https://doi.org/10.1111/scs.12366>

Siverskog, J. & Henriksson, M. (2022). The health cost of reducing hospital bed capacity. *Social Science & Medicine*, 313:115399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115399>

Socialdepartementet och Sveriges kommuner och regioner (2022). *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Socialdepartementet och Sveriges kommuner och regioner (2021) *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Socialstyrelsen (2023a). [Uppföljning av omställningen till god och nära vård.](#) Information hämtad den 8 juni 2023.

Socialstyrelsen (2023b). *Klassifikation av vårdåtgärder.* <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/>

Socialstyrelsen (2023c). [Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering.](#)

Socialstyrelsen (2022a). [Öppna jämförelser – Kommunal hälso- och sjukvård. Bilaga – resultat.](#)

Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Socialstyrelsen (2022b). [Bilaga – Tabeller – Statistik över insatser i kommunal hälso- och sjukvård 2022.](#)

Socialstyrelsen (2022c). [Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022?](#)

Socialstyrelsen (2022d). [Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre personer – primärvård och äldreomsorg.](#)

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.](#)

Socialstyrelsen (2020a). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården?* Information hämtad den 21 juli 2020 på <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen (2020b). [Uppföljning av omställningen till en mer nära vård - förslag på indikatorer.](#)

Socialstyrelsen (2020c). [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.](#)

Socialstyrelsen (2020d). [Sex frågor om vården. Bilaga 3. Indikatorbeskrivningar. Öppna jämförelser 2020.](#)

Socialstyrelsen (2019). [Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.](#)

Socialstyrelsen (2018). [Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp.](#)

Socialstyrelsen (2014). [Katz ADL-index – Katz' Activities of Daily Living Index.](#)  
Socialstyrelsen kvalitetsgranskar standardiserade bedömningsmetoder.

[Socialstyrelsens föreskrifter \(HSLF-FS 2017:67\) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.](#)

SOSFS (2011:7) [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.](#)

[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.](#)

Sprivilis, P.C., Da Silva, J.A., Jacobs, I.G., Frazer, A.R.L., Jelinek, G.A., (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*, 184 (5), 208–212.  
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00203.x>

Svenska Palliativregistret (2023). *Om Svenska Palliativregistret*. Information hämtad 230226. <https://www.palliativregistret.se/>

Sveriges kommuner och landsting (2012). *Metodbeskrivning. Kostnad per brukare inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning.*

## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2020a). [Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter.](#)

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2020b). [Nationella KPP-principer. Version 4. Kostnad per patient.](#)

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2019). [Att följa omställningen till Nära vård – en översikt av mått och indikatorer.](#)

Vården i siffror (2023). <https://vardenisiffror.se/>

Vårdförbundet (2023). *Vad innebär delegering?* Information hämtad den 8 juni 2023. <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/regelverket-i-varden/delegering/>

Västra Götalands läns kommuner & Västra Götalandsregionen (2020). [Överenskommelse mellan Västra Götalands läns kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård.](#)

VästKom & Västra Götalandsregionen (2023). [Länsgemensam uppföljning av god och nära vård. Slutrapport. Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.](#)

VästKom & Västra Götalandsregionen (2022). *Färdplan – Länsgemensam strategi för god och nära vård.* [Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård \(vgregion.se\)](#)

VästKom & Västra Götalandsregionen (2017). [Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017–2020.](#)

VästKom (2019). *En enkätundersökning av utvecklingen inom kommunal hälso-och sjukvård under perioden 2017–2019.*

Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., & Roberts, C. (2018). The preliminary measurement properties of the person-centred community care inventory (PERCCI). *Quality of Life Research*, 27(10):2745–2756. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1917-1>

Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Swedberg, K., & Ekman, I. (2012). Impacts of patient characteristics on hospital care experience in 34,000 Swedish patients. *BMC nursing*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-8>

# Bilaga 1

## Arbetsgruppens medlemmar för nyckeltal förutom kostnader

Kommun	Representant
Ale	Hanna Thelander, enhetschef hemtjänst och demensteam Linda Andersson, metodutvecklare hemsjukvård
Alingsås	Carl O'Keefe, systemförvaltare vård- och omsorgsförvaltningen Camilla Liljegren, utvecklingsledare vård- och omsorgsförvaltningen
Göteborg	Anna Arvidsson, verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvård Cecilia Jaruta, verksamhetscontroller hälso- och sjukvård Frida Bodén, MAR Karin Tidlund, utvecklingsledare kvalitet och utveckling Teres Moeschlin, MAS
Härryda	Emma Emanuelsson, planeringsledare, socialtjänstens utvecklings- och uppföljningsfunktion
Kungälv	Elisabeth Wedenmark, enhetschef hemsjukvården
Lerum	Karolina Wolmhag, metodutvecklare hälso- och sjukvård och förebyggande
Lilla Edet	Tina Penttilä, planeringsansvarig sjuksköterska Maria Ljungberg, sjuksköterska
Mölnadal	Cecilia Olsson, MAR Hanna Annelund, verksamhetsutvecklare vård och omsorg Karin Blomqvist, MAS
Partille	Merita Melin, kvalitetsutvecklare hemsjukvården Malin Danneke Ericsson, metodutvecklare hemsjukvården
Stenungsund	Peter Bolin, enhetschef och verksamhetsutvecklare hemsjukvården
Tjörn	Ann-Charlotte Nyrén, verksamhetschef kommunal hälso- och sjukvård Lena Björkqvist, enhetschef hemsjukvården
Öckerö	Catrin Hermansson, MAS

## Bilaga 2

# Arbetsgruppens medlemmar för den kommunala primärvårdens kostnader

Kommun	Representant
Alingsås	Astor Ekdahl, controller
Göteborg	Cecilia Jaruta, verksamhetscontroller hälso- och sjukvård Helen Jarelid, ekonom
Härryda	Kristin Kinander, ekonom
Kungälv	Makki Al Musawe, verksamhetsutvecklare/controller
Lerum	Nastaran Bahmani, ekonom
Lilla Edet	Milica Skorup, ekonom
Partille	Marcus Sellgren, controller
Stenungsund	Peter Bolin, enhetschef och verksamhetsutvecklare hemsjukvården Axel Pettersson, ekonom
Tjörn	Lena Björkqvist, enhetschef hemsjukvården
Öckerö	Deborah Jakobsson, ekonom

## Bilaga 3

# Nyckeltal och indikatorer på god och nära vård i Göteborgsregionen 2022

Område	Nyckeltal
<b>Patienter i kommunal primärvård</b>	Antal patienter som någon gång under året var mottagare av kommunal primärvård
	Andel patienter 80 år eller äldre som någon gång under året var mottagare av kommunal primärvård
	Andel personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser som hade bistånd enligt SoL
<b>Personcentrering</b>	Sammantagen nöjdhet med den kommunala hälso- och sjukvården bland patienter i ordinärt boende
	Upplevelse hos patienter i kommunal primärvård av vårdens grad av personcentrering (PERCCI)
	Upplevelse hos legitimerad personal/sjuksköterskor av arbetets grad av personcentrering (mP-CAT)
<b>Patientsäkerhet och vårdkvalitet</b>	Dokumenterat brytpunktssamtal till patient i kommunal primärvård om övergången till palliativ vård
	Ordnation av opioid mot smärta vid behov under sista levnadsveckan
	Omsorgspersonalens följsamhet till ordination <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel delegerade HSL-insatser av sjuksköterska som utförts (signerats) i tid i ordinärt boende</li> <li>• Andel ordinerade/delegerade HSL-insatser av rehabiliteringspersonal som utförts (signerats)</li> </ul>
<b>Hälsöfrämjande och förebyggande insatser</b>	Antal personer 80 år eller äldre som vårdats i slutenvård pga. fallolycka, per 1 000 invånare
	Antal fallskador per 1 000 personår bland patienter 65 år och äldre som mottagit kommunal primärvård
	Andel personer 65 år eller äldre som ofta besväras av ensamhet (ordinärt boende med hemtjänst/särskilt boende)



## Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen

Område	Nyckeltal
<b>Samverkan</b>	Genomsnittligt antal dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara
	Antal oplanerade återinskrivningar på sjukhus
	Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre (hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende / särskilt boende)
	Dokumenterat läkarbeslut om övergång till palliativ vård i kommunal primärvård
<b>Personalens kompetens och förutsättningar</b>	Antal arbetade timmar för legitimerad personal per patient i kommunal primärvård
	Andel patienter på särskilt boende som tycker att det är ganska eller mycket lätt att få träffa sjuksköterska/läkare vid behov
	Andel sjuksköterskor med specialistutbildning inom den kommunala hälso- och sjukvården
	Andel anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorgen med undersköterskeutbildning
	Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård
	Andel legitimerad personal i kommunal primärvård som ofta eller alltid upplever sig stressade i sitt arbete
	Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid bland undersköterskor
	Andel tillsvidareanställda undersköterskor som slutat i kommunen utöver pensionsavgångar
	Antal delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser av sjuksköterska i ordinärt boende fördelat på antal patienter som fick insatser
	<b>Kostnader för kommunal primärvård</b>
	Kostnad per invånare 80 år eller äldre
	Total kostnad kommunal primärvård
<b>Bakgrundsmått</b>	Andel av befolkningen 80 år och äldre
	Ålder vid inflyttning till särskilt boende

## Bilaga 4

### Reviderad version av PERCCI

	Aldrig eller sällan	Ibland	Ofta	Alltid
<b>De första sex påståendena rör personal som tar hand om dig i hemsjukvården, t ex sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska.</b>				
1. Personalen tar det jag säger på allvar.				
2. Personalen bemöter mig med vänlighet, som om jag betyder något för dem.				
3. Personalen märker när jag har bättre och sämre dagar.				
4. Jag har utvecklat nära band med personalen. Jag har förtroende för personalen.				
5. Personalen förstår vilka områden i livet jag behöver hjälp med.				
6. Jag får tillräckligt med tid för att säga det jag vill säga till personalen om min hälsa och behandling.				
<b>De sista sex påståendena rör din hemsjukvård totalt sett.</b>				
7. Den vård och det stöd som jag får hjälper mig att vara optimistisk kring det som jag fortfarande kan göra.				
8. Jag har något att säga till om i beslut som fattas om min vård och omsorg.				
9. Jag får hjälp att hålla kontakt med min omgivning. Personalen hjälper mig att samordna min vård.				
10. Jag får hjälp med det som är viktigast för mig.				
11. Mina åsikter om min vård och omsorg respekteras.				
12. Min vård och omsorg stärker mitt självförtroende. Min vård och omsorg stärker min förmåga att hantera min sjukdom och behandling.				

## Bilaga 5

# Reviderad version av mP-CAT

1. Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskildes behov.
2. Vi har formella teammöten där vi diskuterar den enskildes vård.
3. ~~Kunskaper om den enskildes livshistoria används i de vårdplaner vi har.~~  
Ny lydelse:  
Kunskaper om den enskildes livshistoria används i den enskildes vård.
4. Relationen mellan den enskilde och personal är viktigare än arbetsuppgifterna.
5. Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur den enskilde vill ha det.
6. Vården är anpassad efter den enskildes behov.
7. Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov.
8. Miljön hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskildes behov.
9. ~~Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en miljö som är anpassad efter den enskildes behov.~~  
Ny lydelse:  
Det är viktigare att få arbetsuppgiften gjord än att skapa goda relationer med den enskilde.
10. Den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som är anpassad efter den enskildes behov.
11. Bedömning av den enskildes behov sker vid varje kontakt.
12. Det är svårt för den enskilde att röra sig i miljön.
13. Vi tar hänsyn till den enskildes önskningar i den vård som ges.

# Bilaga 6

## Mall för beräkning av den kommunala primärvårdens kostnader

Utfall 2021	Alingsås	Göteborg	Härryda	Kungälv	Lerum	Lilla Edet	Mölndal	Partille	Stenungsund	Tjörn	Öckerö	GR exkl. Kungsbacka o Ale
<b>Kostnader för kommunal hälso- och sjukvård<sup>1</sup></b>												
varav personal <sup>2</sup>	60 934	621 787	38 711	47 380	47 869	21 459	62 178	39 861	37 338	21 234	23 743	1 022 494
varav inhyrd personal <sup>3</sup>	0	82 902	593	2 478	1 255	0	925	733	454	160	1 036	90 536
varav lokalhyror <sup>4</sup>	1 351	22 865	1 304	1 286	669	592	1 356	1 830	510	796	259	32 818
varav tekniska hjälpmedel	5 916	48 156	2 439	4 325	3 927	1 566	6 619	3 444	2 916	1 907	1 626	82 841
varav lab.material, läkemedel, sjukvårdsartiklar <sup>5</sup>	4 521	32 604	1 205	3 267	1 737	481	4 590	2 243	2 023	904	874	54 449
varav fordon och varutransporter <sup>6</sup>	1 984	21 933	1 152	1 627	1 766	510	3 058	1 112	732	748	371	34 993
varav IT, datorer och telefoni <sup>7</sup>	1 681	8 349	901	1 270	727	291	1 422	717	260	751	575	16 944
varav övriga kostnader <sup>8</sup>	715	24 206	1 834	492	1 706	90	3 241	972	751	1 630	966	36 603
<b>Köpt vård<sup>9</sup></b>	<b>6 557</b>	<b>225 118</b>	<b>4 445</b>	<b>16 319</b>	<b>25 227</b>	<b>1 612</b>	<b>23 289</b>	<b>4 187</b>	<b>2 146</b>	<b>0</b>	<b>347</b>	<b>309 249</b>
<b>Delegerad hälso- och sjukvård<sup>10</sup></b>	<b>62 629</b>	<b>420 162</b>	<b>52 495</b>	<b>52 947</b>	<b>34 652</b>	<b>15 864</b>	<b>52 998</b>	<b>35 874</b>	<b>31 354</b>	<b>21 105</b>	<b>18 224</b>	<b>798 304</b>
<b>OH över enhetsnivå<sup>11</sup></b>	<b>5 852</b>	<b>64 159</b>	<b>9 695</b>	<b>8 598</b>	<b>6 883</b>	<b>6 612</b>	<b>7 643</b>	<b>12 232</b>	<b>9 134</b>	<b>2 849</b>	<b>3 133</b>	<b>136 790</b>
<b>Kostnader totalt</b>	<b>152 140</b>	<b>1 572 241</b>	<b>114 774</b>	<b>139 989</b>	<b>126 418</b>	<b>49 078</b>	<b>167 320</b>	<b>103 204</b>	<b>87 617</b>	<b>52 084</b>	<b>51 154</b>	<b>2 616 020</b>
<b>Antal personer som någon gång var mottagare av khsv 2021</b>	<b>1 406</b>	<b>15 613</b>	<b>858</b>	<b>1 249</b>	<b>1 080</b>	<b>440</b>	<b>1 591</b>	<b>996</b>	<b>684</b>	<b>489</b>	<b>527</b>	<b>24 933</b>
<b>Kostnad per patient</b>	<b>108</b>	<b>101</b>	<b>134</b>	<b>112</b>	<b>117</b>	<b>112</b>	<b>105</b>	<b>104</b>	<b>128</b>	<b>107</b>	<b>97</b>	<b>105</b>
<b>Antal invånare 80 år eller äldre</b>	<b>2 508</b>	<b>23 132</b>	<b>1 618</b>	<b>2 794</b>	<b>2 147</b>	<b>676</b>	<b>2 980</b>	<b>1 827</b>	<b>1 555</b>	<b>1 118</b>	<b>848</b>	<b>41 203</b>
<b>Kostnad per invånare 80 år eller äldre</b>	<b>61</b>	<b>68</b>	<b>71</b>	<b>50</b>	<b>59</b>	<b>73</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>60</b>	<b>63</b>

# Bilaga 7

## Mall för beräkning av köpt vård och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Exempel från Alingsås kommun 2021

**Anvisning:** Fyll endast i uppgifter i kolumn B; kostnader i kolumn D räknas ut automatiskt.

2021			
Köpt vård	Total kostnad tkr	Andel HSL <sup>1</sup>	Kostnad HSL köpt vård
SÄBO 65+	20 687	20,7%	4 282
Korttidsboende/korttidsvård 65+	129	25,1%	32
Hospice		25,1%	0
Utskrivningsklara	53	25,1%	13
LSS-boende vuxna	5 364	10,1%	542
LSS-boende barn och unga	149	5,0%	7
Korttidsboende/korttidsvård funktionsnedsättning (ej LSS)	2 396	24,0%	575
Särskilt boende funktionsnedsättning (ej LSS)	7 671	14,4%	1 105
<b>Summa kostnad HSL i köpt vård</b>			<b>6 557</b>
Delegerad HSL	Total kostnad tkr	Andel HSL <sup>1</sup>	Kostnad delegerad HSL
Delegerad HSL hemtjänst <sup>2</sup>	15 103	100%	15 103
Totalkostnad SÄBO	330 570	11%	36 363
Totalkostnad korttidsboende/hospice	34 189	12%	4 103
Totalkostnad boende enligt LSS	141 215	5%	7 061
<b>Summa kostnad delegerad HSL</b>			<b>62 629</b>