

Att följa omställningen till Nära vård

EN ÖVERSIKT AV MÅTT OCH INDIKATIONER



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Vården behöver komma närmare patienten och brukaren. Utvecklingen av en Nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. SKR:s roll är att stödja och synliggöra kommunernas och regionernas arbete för Nära vård.

För att hälso- och sjukvården och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, och kunna möta invånarnas behov och den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omställning i hela vård- och omsorgssystemet. Genom en omställning till en mer tillgänglig, närmare vård med nya arbetssätt kan resurserna inom vård och omsorg användas bättre och därmed räcka till fler.

Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en ny benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Det är en personcentrerad hälso- och sjukvård och omsorg där personen är delaktig utifrån sina förmågor och preferenser och där samarbete mellan regioner och kommuner är centralt. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

De brister som svensk hälso- och sjukvård har att hantera finns till stor del i hur vården tillhandahålls och i mindre grad i kvaliteten i innehållet. Bristerna finns inom områden som tillgänglighet, kontinuitet, planering och samordning av insatser utifrån den enskildes behov, förebyggande och hälsofrämjande arbete och liknande.

Utöver den uppföljning som staten via utredningen God och nära vård och sina myndigheter initierat finns alltså behov och efterfrågan av ett gemensamt set av indikatorer som SKR:s medlemmarna kan använda som stöd i den pågående omställningen. Svensk hälso- och sjukvård och omsorg behöver en gemensam nationell strategi för förändringarna mot en Nära vård och där har ett sådant indikatorset också sin plats.

Initiativ har därför tagits till ett projekt för att utarbeta förslag till former för uppföljning och till ett indikatorset att ställa till SKR-medlemmarnas förfogande så att de får bättre förutsättningar för att systematiskt och gemensamt kunna följa förflyttningen till Nära vård.

I den här skriften redovisas resultatet av ett första steg i det arbetet. Det ska ses som en översikt över vissa mått och indikatorer som projektet bedömt vara användbara i det här sammanhanget. Omställningen beskrivs här som en långsiktig förändringsprocess som redan pågår och som till del har pågått sedan länge. Förändringsprocessen beskrivs med nio olika rörelser i riktning mot målbilden av Nära vård. Skriften ger också viktiga insikter om att omställningen till Nära vård också kräver förnyelse av våra uppföljningsmetoder och indikatorer.

Skriften ges ut av SKR, men har skrivits av Jan Olov Strandell på JoS Konsult AB. Han har lett projektet och sammanställt utfallet av dess arbete i den här rapporten. Han svarar själv för innehållet.

Stockholm i december 2019

Lisbeth Löpare Johansson

Samordnare Nära vård

Innehåll

Bakgrund	7
Uppdrag och förutsättningar.....	7
Organisation och arbetsform.....	8
Metod och arbetssätt.....	9
Rapportens form och innehåll	13
Är uppdraget utfört? – Projektledarens reflektioner	15
Beskrivning av rörelser i riktning mot Nära vård	18
Rörelse från sluten mot öppen vård	18
Rörelse från reaktiv mot proaktiv vård	20
Rörelse mot bästa effektiva omhändertagande nivå.....	22
Rörelse mot bättre samverkan för en mer sammanhållen vård och omsorg	24
Rörelse mot högre grad av personcentrering och medskapande i vård och omsorg	26
Rörelse mot bättre psykisk hälsa i befolkningen	29
Rörelse mot ökad tillgänglighet	30
Rörelse mot mer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser	32
Rörelse mot en mer jämlik vård och omsorg	35
Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården och dess insatser	36
Medarbetarnas syn på att arbeta i en hälso- och sjukvård under omställning ..	38
Exempel på hur indikatorer används för att stödja omställningen till Nära vård i några regioner	40
Västra Götalandsregionen - Vårdskiftet	40
Region Kronoberg – Närmare Kronobergaren	44
Region Uppsala – Effektiv och nära vård 2030.....	49
Beskrivningar av mått och indikatorer	53
Rörelse från sluten mot öppen vård	53
Rörelse från reaktiv mot proaktiv vård	60
Rörelse mot bästa effektiva omhändertagandenivå.....	63
Rörelse mot bättre samverkan för en mer sammanhållen vård och omsorg	63
Rörelse mot högre grad av personcentrering och medskapande i vård och omsorg	68
Rörelse mot bättre psykisk hälsa i befolkningen	69
Rörelse mot ökad tillgänglighet	72
Rörelse mot mer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser	74
Rörelse mot en mer jämlik vård	78

Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården och dess insatser	79
Medarbetarnas syn på att arbeta i en hälso- och sjukvård under omställning ..	80

Bakgrund

För att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv, hålla hög kvalitet, och kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov, krävs en omställning i hela vårdkedjan. Därför pågår en förflyttning från en reaktiv sjukhustung organisationsfokuserad vård till en proaktiv, relationsbaserad vård nära patienter och brukare.

Från den nationella nivån stöds arbetet av den statliga utredningen God och nära vård och av SKR:s Nära vård-arbete. Utredningen har presenterat en färdplan för god och nära vård, en förändrad vårdgaranti och förslag om ett nationellt grunduppdrag för primärvården. SKR:s arbete syftar till att stödja regioners och kommuners utvecklingsarbete i den önskade riktningen.

Utredningens färdplan, tillsammans med SKR:s arbete och det regionala utvecklingsarbetet, anger en inriktning för omställningen. På flera håll i landet tas nu lokala målbilder och strategier fram och i regioner och kommuner pågår arbete med att ta fram mått för uppföljning. Utredningen har å sin sida föreslagit fyra breda storheter som bör följas nationellt.

Att följa den komplexa utveckling som omställningen innebär är svårt och från medlemmarna har därför önskemål kommit om att SKR inom ramen för sitt Nära vård-arbete och tillsammans med företrädare för regioner och kommuner tar initiativ till ett arbete för att försöka hitta och definiera möjliga gemensamma uppföljningsmått och indikatorer för omställningen.

Parallellt har både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård och omsorgsanalys, efter regeringsuppdrag lämnat förslag på indikatorer att ingå i den statliga uppföljningen av vårdens kvalitet och jämlikhet. Förslagen är till del även relevanta för att följa omställningen mot Nära vård.

De brister som svensk hälso- och sjukvård har att hantera framöver är till stor del att söka i formerna för hur vården tillhandahålls och i mindre grad i kvaliteten i innehållet. De brister som upplevs finns inom områden som tillgänglighet, kontinuitet, planering och samordning av insatser utifrån den enskildes behov, förebyggande och hälsofrämjande arbete och liknande.

Uppdrag och förutsättningar

Utöver den uppföljning som staten via utredningen God och nära vård och sina myndigheter initierat finns alltså behov och efterfrågan av ett gemensamt indikatorset som SKR kan ställa till medlemmarnas förfogande att använda som stöd i den pågående omställningen. Svensk hälso- och sjukvård och omsorg behöver en gemensam nationell strategi för förändringarna mot Nära vård och där har ett sådant indikatorset sin plats.

Initiativ har därför tagits till ett projekt med ett uppdraget som beskrivs på följande sätt att:

- utarbeta förslag till former för uppföljning och till ett indikatorset att ställa till SKR- medlemmarnas förfogande så att de får bättre förutsättningar för att systematiskt och gemensamt kunna följa förflyttningen mot det som kännetecknar Nära vård.
- Indikatorset ska ha som ambition att fånga omställningen: i de fyra dimensionerna; vårdresultat, resursutnyttjande, personal och patient/brukarupplevelse, på de tre nivåerna; mikro, meso och makro samt för de två huvudmännen; regioner och kommuner.

Målbilden som arbetet baseras på har formulerats i bilden:

The image shows two boxes with text. The left box is titled 'Målbild' and contains three bullet points describing the vision of care. The right box is titled 'För att nå målbilden bör varje åtgärd :' and contains five bullet points listing actions to achieve the vision. A small logo for 'Sörmland Kommun och Landsting' is visible in the top right corner of the right box.

Målbild

- En god och nära vård utgår från individuella förutsättningar och behov.
- En god och nära vård bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- En god och nära vård bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

För att nå målbilden bör varje åtgärd :

- Utgå från patientens/brukarens individuella förutsättningar och behov
- Utgå från att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser uppströms är det mest rationella arbetssättet
- Utgå från att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet
- Bidra till jämlik vård för jämlik hälsa
- Bidra till trygghet och självständighet
- Skapas tillsammans med gemensamt ansvarstagande och tillit

Organisation och arbetsform

För arbetet sattes en projektgrupp samman bestående av representanter från berörda avdelningar inom SKR och av intresserade personer från regioner och kommuner. SKR har också bistått gruppen med en projektledare som svarat för att hålla samman och dokumentera arbetet.

Gruppen har träffats under fem tillfällen från oktober 2018 till mars 2019. Vid ett tillfälle avsattes en hel dag för arbetet och alla deltagande fanns fysiskt på plats. I övrigt har mötena varat 2–3 timmar och en stor del av deltagandet har skett som videokonferens eller via telefon.

De personer som deltagit i arbetet har varit, från regioner och kommun:

Marie-Louise Rönnbäck, Vårdutvecklare, Region Uppsala, Mats Norman, Kvalitetsutvecklare, Region Uppsala,

Anna Nurmilehto, Vård- och omsorgschef, Avesta kommun, Tobias Nilsson, Chefsstrateg, Region Västra Götaland, Daniel Åberg, Statistiker, Region Kronoberg

och från SKR:

Fredrik Westander, Utredare, Vård och omsorg, Örjan Lutz, Handläggare, Arbetsgivarpolitik, Agneta Rönn, Expert, Ekonomi och styrning,

Hanna Emami, Vård och omsorg, Patientrapporterade data,

Stina Gäre Arvidsson, Vård och omsorg, Nära vård, PrimärvårdsKvalitet,

Emma Spak, Vård och omsorg, Samordnare Nära vård samt

Jan Olov Strandell, konsult, Vård och omsorg, projektledare för indikatorarbetet.

Under arbetes gång har synpunkter inhämtats från Nationellt primärvårdsråd och Mattias Damberg därifrån har bistått med värdefulla synpunkter, liksom Tina Bergman och Margaretha Ehneborn från Vårdvalet Västmanland. Karin Fröjd, medicinsk rådgivare i Västra Götaland har också lämnat värdefulla synpunkter.

Metod och arbetssätt

Målbilder

I inledningen av arbetet var ambitionen att undvika att samtala om mått och indikatorer och i stället fokusera på vad som kännetecknar den Nära vården och vad som skiljer den från det vi har idag och då gärna i termer av vilka förändringar vi vill åstadkomma sett med patienters/brukares ögon.

Vi gjorde därför en genomgång av regionernas hemsidor och vad som där beskrivs av omställningen till Nära vård. De regioner och kommuner som var representerade i gruppen fick en huvudroll och vi försökte hitta vad som var essensen i begreppet Nära vård, vad som finns i målbilderna för omställningen till en Nära vård och vad det är som hälso- och sjukvården ska förflytta sig mot eller annorlunda uttryckt, ha en rörelse mot.

Påverkansanalys

Med inventeringen av målbilder med oss fortsatte vi arbetet enligt metoden påverkansanalys och då med tanken att vi ytterligare skulle kunna synliggöra de viktigaste målområdena.¹ Med dem som grund ville vi identifiera vilka bakomliggande faktorer som skapar förutsättningar för att uppnå ett gott resultat och i ett tredje steg fastställa mått för sådant som påverkar resultaten för de olika

¹ Qulturum, Påverkansanalys, efter IHI Driver diagram:
<https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43161>

målområdenas. På så sätt ville vi hitta för området Nära vård specifika mått och indikatorer och särskilt då när det gäller meso- och framför allt mikronivån.

Vi fann dock att de målbilder vi hade att arbeta med är alltför övergripande och att de ofta är formulerade som motsatser till problembildens olika delar. De beskriver ofta vad förändringarna ska ha som utgångspunkter och mindre av vad som konkret ska göras för att närma sig de önskade tillstånden med bland annat bättre tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. Där finns också inslag av genomgripande strukturella förändringar där riktning är utpekad. Ännu finns inget tydligt beskrivit omkring vad som bör struktureras om och hur.

Däremot finns ett antal tämligen tydliga riktningar för en generell rörelse att ta fasta på och vi kommer därför att beskriva resultatet av vårt arbete i form av ett antal förflyttningar eller rörelser som hälso- och sjukvården och omsorgen behöver påbörja, fortsätta eller förstärka och som var och en kan beskrivas med ett antal mått och indikatorer. I det har vi, i den mån vi uppfattat det som möjligt, försökt fånga de fyra dimensionerna; vårdresultat, resursutnyttjande, personal och patient/brukarupplevelse. Vi har i det här skedet inte haft någon ambition att täcka in alla tre nivåer, makro, meso och mikronivåerna. Vi har hållit oss till den nationella makronivån och i viss mån till region/mesonivån, då det för de mått och indikatorer vi lyft går att redovisa utfall per region. Trots att vi ständigt påmint oss om vikten av att fånga kommunernas del i den Nära vården så har vi bara hittat några få användbara mått och indikatorer.

LCH-matrisen

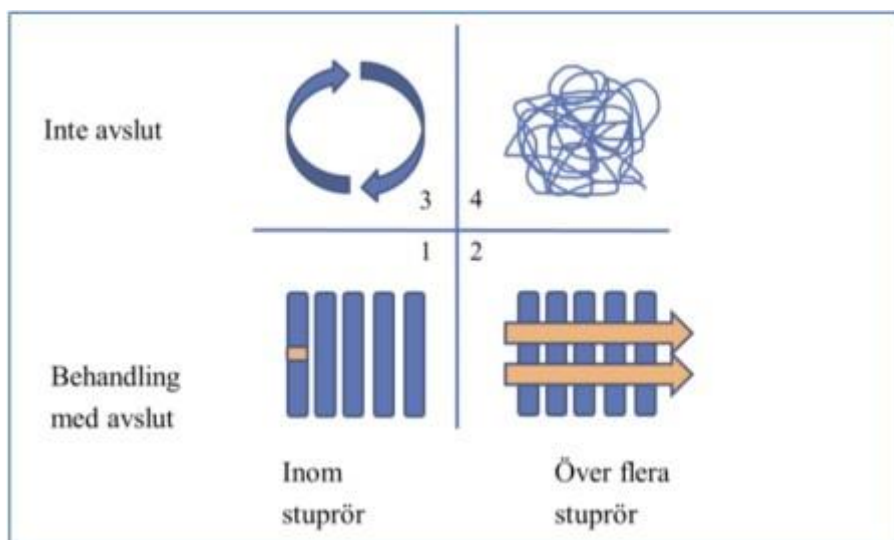
Av resonemanget ovan följer att de mått vi väljer kommer att bli av övergripande karaktär och därmed är de också trögrörliga. Det måste ske stora förändringar eller förflyta långa tidperioder för att det ska vara möjligt att fånga skillnader i indikatorernas utfall. Vi hade därför ett behov av att hitta någon mer generell indelningsgrund för mätpopulationerna. Detta för att minska deras storlek och få indikatorer med mer spets och som tydligt fångar det vi är ute efter.

Den oberoende tankesmedjan Leading Health Care har i ett workpaper från 2016 beskrivit ett analysramverk för målgruppsanpassad vård även känt som "LHC-matrisen".² Ramverket ska ses som ett diskussionsunderlag, och är inte till för att sortera in patienter, utan för att se behovet av olika organisationslösningar och styrmodeller för olika grupper och behov.

Matrisen bygger på två dimensioner, den första är om patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över lång tid, eller livslångt. Den andra dimensionen är om det rör sig om något som kan hanteras inom en specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras.

² <http://leadinghealthcare.se/publikationer/malgruppsanpassad-varld-ett-analysramverk/>

Figur 1: LHC-matrisen



1. Den första gruppen, enkla patienter, gynnas av en lättillgänglig primärvård samt en högeffektiv specialiserad vård, precis som den ser ut i dag. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per styck är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.
2. Den andra gruppen, komplicerade patienter, gynnas av ett fokus på flöden och god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som flödesbaserad vård och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga.
3. Den tredje gruppen, patienter med kronisk sjukdom, gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, ett fokus på hälsa och monitorering av ett kroniskt tillstånd, helst utanför sjukhuset. Patientens roll i sin egen vård blir central.
4. Den fjärde gruppen, multisjuka, gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är illa rustad för att hantera denna svåra grupp som gynnas av kontinuitet, teamarbete och nätversorienterad sjukvård.

Vårdanalys behovsindelning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har även de tagit fram ett ramverk för att beskriva olika gruppers behov men då med fokus på behovet av samordning av vården.³ I ett PM 2016:1a beskrivs dimensionerna med termerna "Komplexitet i samordning av individens vård och omsorg" och på x-axeln "Individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen."

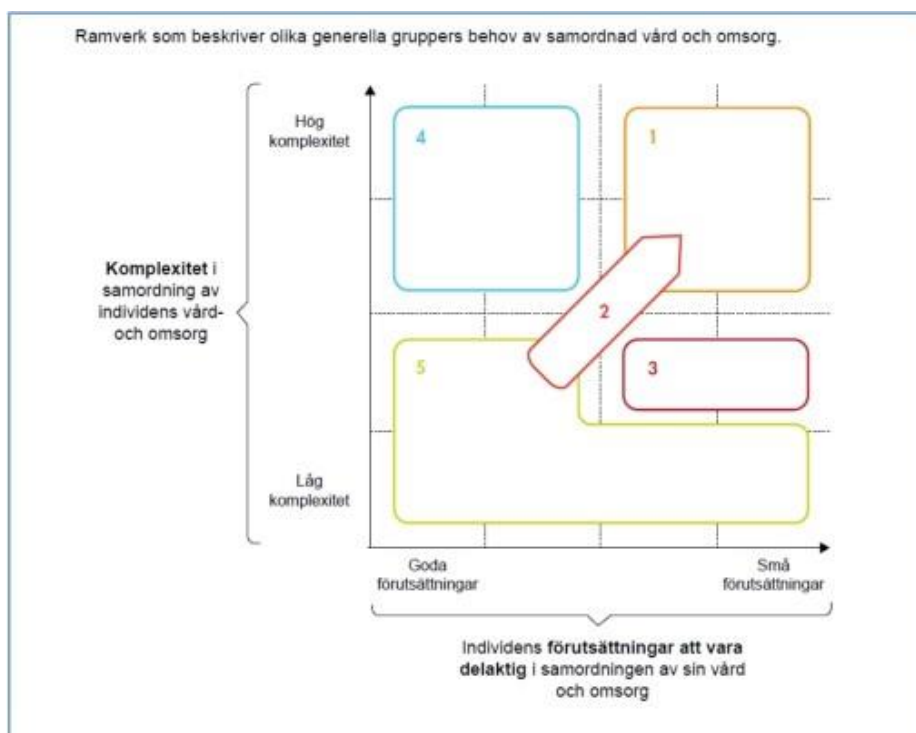
- Grupp 1:

³ <https://www.vardanalys.se/rapporter/samordnad-var-d-och-omsorg/>

Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

- Grupp 2:
Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar för samordning.
- Grupp 3:
I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 4:
Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 5:
I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer.

Figur 2: Vårdanalys: Samordnad vård och omsorg



De båda ramverken liknar varandra i hög grad och vår bedömning är att de kan ligga till grund för de definitioner av olika behovsgrupper vi efterfrågat.

Rapportens form och innehåll

Som tidigare framgått har de målbilder vi haft att arbeta med varit övergripande och beskrivande för bakgrunden och nödvändigheten av en omställning. Omställningen beskrivs också ofta i termer av vilka utmaningar som ska mötas och i mindre utsträckning av hur det ska ske.

Omställningen kommer heller inte att ske från det ena året till det andra utan har karaktären av en långsiktig förändringsprocess, som redan pågår och har pågått i flera fall under decennier. Denna förändringsprocess låter sig, enligt vår mening, beskrivas i ett antal rörelser som tillsammans utgör riktningen för omställningen mot Nära vård. Det är rörelser i riktning:

- från sluten mot öppen vård,
- från reaktiv mot proaktiv vård,
- mot bästa effektiva omhändertagande nivå,
- mot bättre samverkan för en mer sammanhållen vård och omsorg,
- mot högre grad av personcentrering och medskapande i vård och omsorg,
- mot bättre psykisk hälsa i befolkningen,
- mot ökad tillgänglighet,
- mot mer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, samt
- mot en mer jämlik vård och omsorg.

Dessa rörelser ska följas samtidigt som befolknings- och patientperspektiven, liksom medarbetarperspektivet följs:

- befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården och dess insatser och
- medarbetarnas syn på att arbeta i en hälso- och sjukvård under omställning.

Rapporten innehåller i sin första del en beskrivning av dessa olika rörelser och motiven till att de valts ut för att representera olika moment i den generella rörelse som utgör omställningen mot Nära vård.

I en andra del beskrivs detaljerat de mått och indikatorer som valts ut för att belysa var och en av rörelseriktningarna. Där finns också källorna och de portaler på webben där utfall presenteras och visualiseras. Så långt som möjligt är de också beskrivna utifrån vilken dimension, nivå och huvudmannaorganisation de är avsedda att belysa. Där framgår också om de är avgränsade till en eller flera av de behovsgrupper som beskrivs i ramverken från Leading Health Care och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

För flertalet rörelser anges också mått och indikatorer som det vore önskvärt att kunna följa och vad de i så fall kan bidra med för att vi bättre ska kunna följa respektive rörelse. Det kommer dock att krävas ett utvecklingsarbete innan de kan få en gemensam nationell uppföljning. Sådana indikatorer benämns därför som utvecklingsindikatorer.

Indikatorbeskrivningarna ska ses som resultatet av en inventering av tillgängliga och önskvärda mått och indikatorer och inte som ett färdigt, avgränsat indikatorset för att följa omställningen. Den innehåller också nästan enbart mått och indikatorer för att följa rörelser på nationell nivå och på regionnivå. För några få rörelser kan även utfallet för enstaka beskrivna mått vara representativt för de kommunala huvudmännen.

Mått och indikatorer avsedda för förändrings- och förbättringsarbete på enhetsnivå (mikronivå) saknas helt då de målbilder vi haft att utgå från har varit av alltför generell och övergripande nivå för att det ska vara möjligt att identifiera sådana.

Är uppdraget utfört? – Projektledarens reflektioner

När resultatet av vårt arbete nu ligger färdigt så blir det tydligt att vi inte kunnat utföra uppdraget till fullo. 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.

Det projektet gjort är att vi inventerat fram ett stort antal mått och indikatorer som kan användas för att följa rörelsen i omställningen inom de olika områdena. De är i huvudsak användbara på den nationella nivån men kan också följas per region. De beskriver i alltför stor utsträckning rörelsen i form av vad det ska göras mindre av i stället för att visa på rörelse mot positiva målbilder av vad som det ska göras mer av.

Resultatet av arbetet har karaktären av en bruttolista att använda för att fånga en bred bild av vad omställningsarbetet leder till. Trenderna för många av måtten följer dock i många fall en trend som pågått under decennier. Det gör det svårt att se om förändringarna i utfall kan kopplas till insatser som görs för att stödja omställningen.

Målbilderna för Nära vård för den nationella nivån är alltför generella och övergripande för att vi ska kunna bygga indikatorset med känslighet för kortare tidsperioder och då som vägledning för makro- och mesonivåerna. Som nämnts är ingen av de identifierade måtten och indikatorerna användbara som stöd i förbättringsarbete på mikronivå. För att kunna bygga sådana mått- och indikatorset hade vi varit i behov av tydligare och mer detaljerade strategier för omställningsarbetet.

I SKR:s verksamhetsplan för 2019 har styrelsen bland annat prioriterat aktiviteter för omställningen till Nära vård och där finns utveckling av en nationell strategi för långsiktig samverkan kring omställningen till Nära vård med som en punkt. Den strategin blir central för nästa steg av arbetet med att utveckla och validera gemensamma indikatorer och mått för att kunna följa omställningen.

I de flesta regioner och i många kommuner sker aktiviteter för att driva på en omställning i syfte att klara nuvarande och framtida utmaningar. Dessa följs och kommer att följas med olika former av uppföljningar. De kommer i sin tur att kunna lyftas för användning på nationell nivå.

Vi kommer successivt att få en utveckling av mått och indikatorer i den takt som olika framgångsrika sätt att ta sig an omställningen blir beskrivna och spridda. Tillsammans och med stöd från SKR kan regionerna och kommunerna så ta fram mer verkningsfulla mått och indikatorer.

Ett sådant arbete bör ske mer långsiktigt än det i detta första steg. Det bör också ske med större systematik och utföras av personer mer direkt involverade i det regionala omställningsarbetet än de som varit inblandade i arbetet så här långt.

Endast ett fåtal indikatorer som belyser effekterna av omställningen för den kommunala vård- och omsorgen lyfts fram i den här rapporten. Det beror inte bara på att projektgruppen, med ett undantag, hämtats från regioner. Det visar också att det i dag finns små möjligheter att på nationell nivå följa patient- och brukarströmmar över huvudmannagränserna och att belysa vår befolknings samlade konsumtion av hälso- och sjukvård och omsorg. De mått och indikatorer som finns är i regel framtagna ur ett produktionsperspektiv.

I det fortsatta arbetet behöver de här bristerna adresseras. De önskade rörelser som beskrivs här i rapporten innebär att kommunernas verksamheter berörs eller kommer att beröras. Kan vi inte beskriva detta med fakta och tillsammans med regioner och kommuner analysera och dra slutsatser från dessa fakta, så kommer sannolikt diskussioner om kostnadsövertäckningar och krav på kompensationer för detta att uppstå. Sådana diskussioner blir sällan konstruktiva eller patient- och brukarorienterade.

SKR bör därför ta på sig rollen att vara plattformen för ett arbete gemensamt med regioner och kommuner och som konstruktivt tar sig an effekterna av den pågående omställningen. Ett första steg är att gemensamt identifiera mått och indikatorer som belyser utvecklingen i det här avseendet. Det SKR gjort för att stödja medlemmarna i deras förändringsarbete med anledning av att Samverkanslagen trätt i kraft 1 januari 2018 ska ses som ett framgångsrikt exempel på hur ett sådant arbete kan genomföras.

Rörelserna från sluten mot öppen vård och från reaktiv mot proaktiv vård innehåller inom regionerna ett liknande dilemma som det som beskrivs ovan mellan regioner och kommuner. Hälso- och sjukvårdslagen och de principer för prioriteringar den bygger på och där den med störst behov av hälso- och sjukvård ges företräde, tas av och till som intäkt för att resurser och patienter ska finnas kvar i sluten vård och att insatser av reaktiv karaktär måste gå före de proaktiva. Ett aktuellt exempel är reaktioner på de pågående förändringarna inom Nya Karolinska Solna.

I det fortsatta arbetet bör även den här typen av risk för målkonflikter mötas med faktabaserade beskrivningar av effekterna av den pågående omställningen mot Nära vård.

Personcentrerad vård och personcentrering är två centrala begrepp inom Nära vård och beskrivs som framgångsfaktorer i arbetet med omställningen. Viljan att mäta om vården är personcentrerad och vilka effekterna man får av en personcentrerad vård är stor. Så har också varit fallet i vårt projekt och när vi ser på resultatet av arbetet så är det med lite av samma frustration som ofta beskrivs av de som getts sig i kast med denna utmaning. I SKR:s rapport från 2018 ”Personcentrerad vård i Sverige” beskrivs svårigheterna och där pekas även på några steg att ta framåt.

Med direkt koppling till personcentrering och personcentrerad vård hittar vi bara de mått som används inom Nationell patientenkät samt lämnar förslag på utvecklingsindikatorer för att följa användningen av några verktyg som avser att öka patienters delaktighet och medskapande.

På samma sätt som arbetet med omställningen till Nära vård skulle behöva en tydligare nationell strategi för att vi ska kunna följa upp den, så skulle begreppen personcentrering och personcentrerad vård också behöva få en gemensam nationell definition och en strategi för utveckling innehållande bland annat mått och indikatorer för uppföljning. Idag har vi, om jag generaliserar, en förenklad tanke om att bara vi frågar patienterna om deras syn på och erfarenheter av vård och omsorg, så får vi en bra bild av dess effekter. Det är självklart en omistlig del av uppföljningen som fortsatt behöver utvecklas, men den behöver kopplas till annan hälsodata och bli mer specifik för att bli ett mer verkningsfullt instrument.

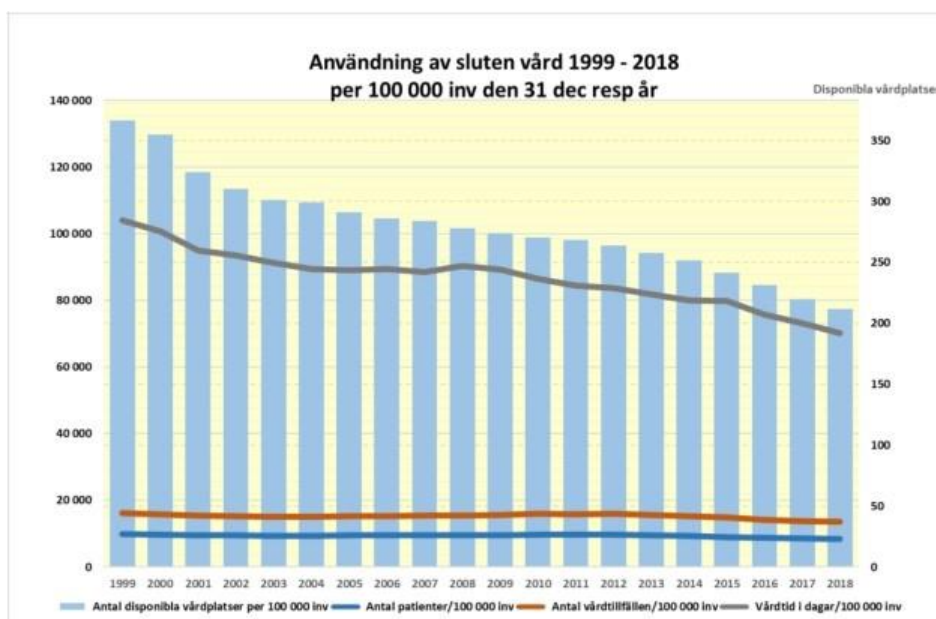
I sammanhanget Nära vård är vi tydliga med att bristerna inom svensk hälso- och sjukvård till stor del finns att söka i formerna för hur vården tillhandhålls. Här blir då personcentrering och personcentrerad vård och omsorg centrala företeelser. SKR skulle i detta behöva arbeta tillsammans med myndigheter, lärosäten och kommuner och regioner för att åstadkomma ett mer systematiskt arbete för att hitta, validera och sprida nya och effektiva arbetssätt, metoder och verktyg. I detta blir då också uppföljning och utveckling av metoder för uppföljning, inklusive framtagande av mått och indikatorer en viktig del.

Beskrivning av rörelser i riktning mot Nära vård

Rörelse från sluten mot öppen vård

Sedan länge pågår en omställning med minskad användning av slutenvård. Oavsett hur omställningen till Nära vård i övrigt beskrivs så återkommer önsksningar om en fortsatt förskjutning från sluten vård mot öppna vårdformer. Den beskrivs då som en rörelse från sluten vård på sjukhus mot öppen vård nära patienter och brukare. Förskjutningen är ingen ny företeelse. Vi har sedan flera decennier en successivt pågående minskning av sluten vård och den kommer i huvudsak av att vårddiderna kortats. Tar vi hänsyn till att befolkningen ökat med drygt 1,2 miljoner (14,3 %) och räknar per 100 000 invånare så har patienter i sluten vård blivit 16 % färre och vårddiden 35 % kortare sedan 1998. Vi vet också att under dessa år har antalet personer 80 år och äldre ökat med 80 000 eller 18 %.

Figur 3: Användning av sluten vård



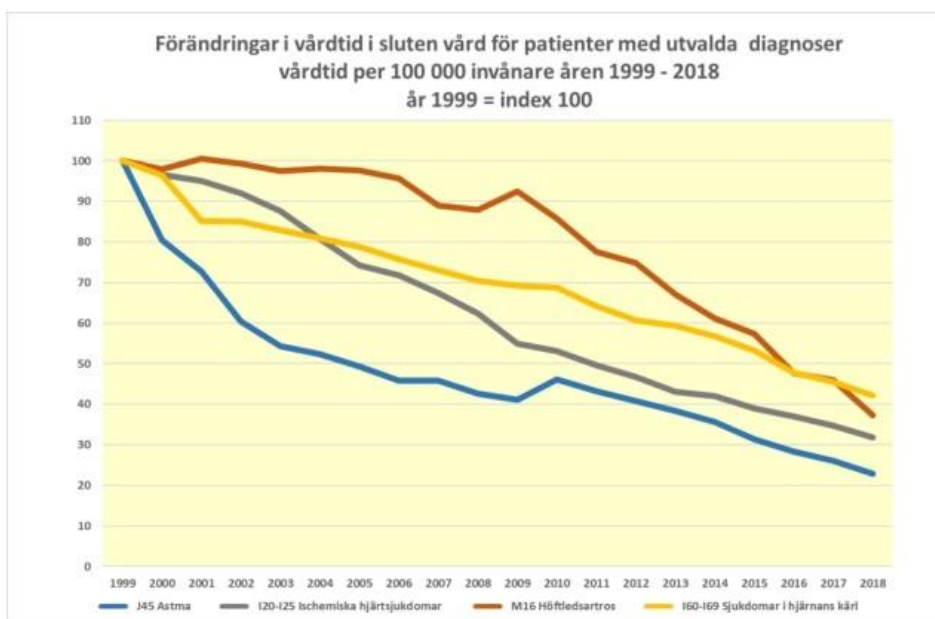
Källor: Socialstyrelsens statistikdatabas (Diagnoser i slutenvård), SCB (Medelbefolkning per år), och SKR (antal disponibla vårdplatser)

Drivkrafterna bakom den successivt minskande användningen av sluten vård har varit flera, där den viktigaste är den medicinska kunskaps- och teknikutvecklingen. Tillsammans med sjunkande förekomst i stora sjukdomsgrupper och med effektiviseringsarbete för att möta en hög kostnadsutvecklingstakt har det lett till den stora förändringen på relativt kort tid. Den här utvecklingen bör kunna fortsätta i takt med kunskapsutvecklingen och i takt med att nya former

för hur vård tillhandahålls tas fram och för hur patienters inflytande och aktiva deltagande och medskapande i vården utvecklas.

Styrkan i dessa drivkrafter blir än tydligare om några diagnoser väljs ut och användningen av slutenvård för dessa visas.

Figur 4: Användning av slutenvård vid vissa utvalda diagnoser



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, (Diagnoser i slutenvård)

Omställningen till Nära vård ska leda till en förflyttning eller rörelse från en reaktiv sjukhusvård mot en mer proaktiv vård nära patienter och brukare. Förskjutningen i hur vårdens resurser i olika former nyttjas följs därför lämpligen med förändringar i konsumtionen av slutenvård och de här utvalda måtten och indikatorerna avser alltså att beskriva en rörelse mot mindre användning av slutenvård för att tillgodose människors behov av hälso- och sjukvård.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är alltför sjukhuscentrerat och primärvården har inte förutsättningar att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Resurser som skulle behöva verka utanför sjukhusen är idag knutna till sjukhusen.⁴

Det finns alltså skäl att följa hur kostnader fördelas mellan specialiserad vård och primärvård och därigenom ur ett generellt perspektiv belysa en rörelse mot att investera i vård utanför sjukhus och förmågan att använda investerade resurser för att minska slutenvårdsanvändningen. Att mäta hur kostnaderna fördelas och fördelning av resurser i budget mellan specialiserad vård och

⁴ SOU2017:53 God och nära vård, En gemensam färdplan och målbild, sid 28

primärvård kan vara ett sätt att följa den politiska ambitionen för att stärka primärvården över tid.

Rörelse från reaktiv mot proaktiv vård

I juni 2019 presenterade utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård sitt tredje delbetänkande och då med underrubriken Vård i samverkan. Där ges en historisk tillbakablick över hur det moderna svenska hälso- och sjukvårdssystemet utvecklats sedan efterkrigstiden och hur denna utveckling påverkar våra förutsättningar att i dag bedriva en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård. Tillbakablickens fångar bland annat frånvaron av perspektiv som idag bedöms som avgörande för framgång i en modern samhällskontext; personcentrering och betydelsen av många och olika professioner och kompetenser i utformningen av hälso- och sjukvården. Förutom att beskriva r också tillbakablickens en studie i historiska hierarkier och en förklaring till dagens ofta föråldrade maktstrukturer.⁵

Utredningen Effektiv vård beskriver en del effekter av dessa maktstrukturer och menar att vård och omsorg generellt sett inte är tillräckligt sammanhållen i dagens system. När insatser från olika håll inte hänger ihop, kontinuiteten brister och ingen har ett helhetsansvar för patienten, uppstår inte sällan situationer som löses genom att patienten skjutsas till akutmottagning och eventuellt också skrivs in för slutna vård. Om det förebyggande uppdraget i vården och omsorgen fungerat tillräckligt väl hade detta ofta kunnat undvikas. I ett större perspektiv är mycket av den akutsjukvård, specialiserad vård och slutenvård som dessa patienter konsumerar undvikbar och därmed onödig. Systemet och styrningen är inriktat på reaktiva åtgärder och inte proaktiva.⁶

Omställningen mot en Nära vård förväntas leda till att ett mer proaktivt arbetssätt tillämpas och därmed att allt fler patienter kan få sina vårdbehov tillgodosedda i ett skede då de inte behöver resurserna på sjukhusens akut-mottagningar och i förlängningen deras slutna vård. Allt mer av vården borde i ett system präglad av ett proaktivt arbetssätt kunna utföras i planerad form.

Runt 75 % av alla inskrivningar i slutna vård sker oplanerat. Akutmottagningen är ingången till så gott som all oplanerad slutenvård. För gruppen 80 år eller äldre skrivs i genomsnitt i Sverige 53 % av de som besöker en akutmottagning in för slutna vård. Det finns bilder av att många av dem hamnar på akuten för att det saknas alternativ, för att den övriga öppna vårdens tillgänglighet är för dålig eller för att den är för dåligt samordnad. När patienten väl är inne på akutmottagningen är möjligheterna att hitta andra lösningar än inskrivning i slutenvård begränsade. När det gäller yngre personer, ofta med enklare åkommor, finns bilder av att man söker akutmottagningen på grund av dess tillgänglighet dygnet runt och på grund av att det är en mottagning på ett sjukhus och därmed har högre status. En utvecklad primärvård som uppfattas som tillgänglig och har stort förtroende hos befolkningen borde leda till att fler söker för sina

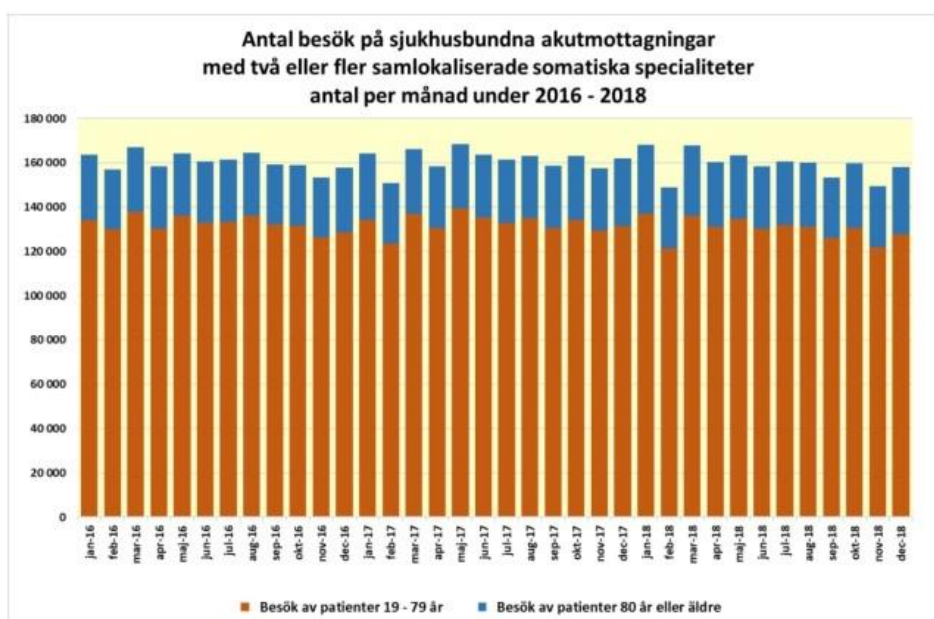
⁵ SOU 2019:29 God och nära vård, Vård i samverkan, juni 2019, sid 14 - 15

⁶ SOU 2016:2 Effektiv vård, januari 2016, sid 328

hälsoproblem där och därmed också leda till ett lägre behov/efterfrågan av vård på akutmottagning.

Besök på akutmottagning kan alltså användas för att indirekt belysa den öppna vårdens förmåga att ha ett proaktivt arbetssätt och att kunna samordna vård och omsorg så att behov av insatser på akutmottagning och i förlängningen slutna vård kan undvikas.

Figur 5: Besök på akutmottagningar



Källa: Socialstyrelsens patientregister

Det skulle också vara av värde att parallellt följa utvecklingen av vårdkontakter som är att se som alternativ till akutmottagningen, närakuter, jourmottagningar, videobesök och liknande. Idag finns ingen möjlighet att göra det på ett standardiserat och systematiskt sätt.

Den tidigare beskrivna rörelsen från slutna mot öppna vård är även den delvis en beskrivning av rörelsen mot mer proaktivitet i vården.

I begreppet proaktivitet ligger också att hälso- och sjukvården, och då framför allt inom primärvård, inte bara inväntar att patienterna själva ska adressera vården med sina behov utan också att vården tar kontakt med sina patienter och då särskilt de som har olika riskfaktorer och kroniska sjukdomar och står under dess behandling och uppföljning.

I ett sådant sammanhang blir det viktigt att utveckla och använda olika verktyg som stöder primärvårdens professioner i att ha överblick över sina riskpatienter och som ger ett stöd som leder till att dessa får en systematisk och regelbunden uppföljning, både utifrån generella riktlinjer och utifrån den enskilde patientens individuella behov.

PrimärvårdsKvalitet är ett sådant och att följa i vilken grad verktyget används blir en strukturindikator för rörelsen mot mer användning av proaktiva insatser.

Proaktivitet innebär också att vården bör tillämpa principerna för one-stop-shopping, dvs att man får alla sina aktuella behov så långt möjligt tillgodosedda vid en och samma kontakt med hälso- och sjukvården. Det har varit alltför vanligt att man som patient som besöker vården bara haft möjlighet att få hjälp med det man i förväg anmält som behov och att ytterligare frågor och hälsoproblem kräver ett nytt besök. Proaktivitet ska också innebära att man blir erbjuden olika insatser som man som patient inte tänker på men som vården, utifrån en riskbedömning, vet att man kan ha nytta av. Den kan vara att erbjuda vaccinationer, screening, rådgivning och annat som man inte frågar efter som patient. Ett annat exempel kan vara att kontrollera om patienter med läkemedelsbehandling mot kronisk sjukdom behöver receptförnyelse. Ett sådant agerande spar inte bara tid och ökar bekvämligheten för patienten utan spar förmodligen också tid för de som ska tillhandahålla vården.

Det finns en inbyggd prioriteringskonflikt mellan proaktivitet och reaktivitet som kommer ur den obalans mellan behov/efterfrågan och tillgängliga resurser som många i vården idag ger uttryck för. Principen om att störst behov ska gå först kan göra att ett proaktivt arbetssätt blir svårt att tillämpa när alla resurser går åt till att reaktivt och för stunden lösa patienters hälsoproblem.

Rörelse mot bästa effektiva omhändertagande nivå

Den önskade omställningen av vård och omsorg motiveras främst av att de samlade resurserna, ekonomiska och personella, behöver användas bättre och därmed räcka till fler i ett sammanhang med en demografisk utveckling som ger allt större behov av vård- och omsorg att möta.

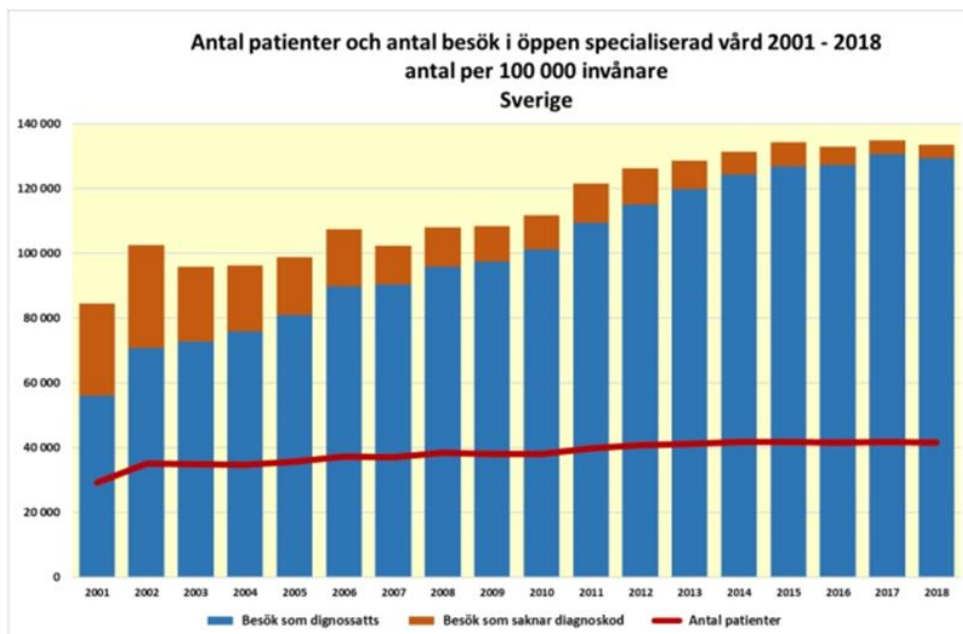
Principen om att sträva mot att utföra insatser i en form och av vårdutförare som gör det med bibehållen kvalitet och med lägst resursåtgång, oftast uttryckt som LEON- principen, är generell och har lyfts fram vid analys och planering av hälso- och sjukvård under minst ett halvt sekel. Den är numer ofta omformulerad till bästa effektiva omhändertagande nivå (BEON) och har då företrädesvis använts i sammanhang där man vill styra arbetsgifter mot den eller de yrkeskategorier som kan utföra dem till lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet.

Helst borde vi kunna påvisa att det finns en generell rörelse från specialiserad vård mot primärvård, alltså även från den öppna specialiserade vården. För dagen har projektet inga bra idéer om hur.

För slutet vård finns gott om data med en historik som går tillbaka till 1987 och med försumbart bortfall. Rörelsen kan därför väl beskrivas generellt och för olika patientgrupper. En svaghet är att vi idag saknar bra möjligheter att följa vad rörelsen leder till i den öppna vården och framför allt då för primärvården men också för kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

För den specialiserade öppna vården finns data utifrån diagnoser som går tillbaka till 2001. Bortfallet var från början stort men har minskat de senaste åren. Bortfall förekommer även i form av privata vårdgivare som inte rapporterat in data. Registret är också begränsat till vårdkontakter där läkare varit inblandad.

Figur 6: Patienter och besök i öppen specialiserad vård



Källa: Socialstyrelsen patientregister

Ett ledtidsbaserat uppföljningssystem för att kunna följa tillgängligheten och den förstärkta vårdgarantin inom primärvården är under uppbyggnad. Det kommer bygga på data per vårdkontakt och ge möjlighet att följa inte bara led- och väntetider utan också ge en möjlighet att följa vad som görs oavsett vilken personalkategori som utför vården och oavsett kontaktformer; traditionella mottagningsbesök, hembesök, distansbesök (t.ex. olika former av e-tjänster) samt brev- och telefonkontakter. Uppföljningen omfattar såväl privat som offentligt driven primärvård.

Vårdvals-systemet med olika utformning av vårdvalen i regionerna, med uppdrag som har olika omfattning och med olika gränsdragningar mot den specialiserade vården kommer att göra volymjämförelser mellan länen svår när det gäller den öppna vården.

När det gäller de kommunala huvudmannorganisationerna finns statistik publicerad över antal personer som fått beslut om bistånd i form av särskilt boende, korttidsvård/korttidsboende och hemtjänst och som kan användas för att belysa rörelsen. Statistik finns också över insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

Det finns också en generell rörelse driven av den medicinska utvecklingen som ger en ständigt pågående förskjutning från vårdutförare och enheter med hög

grad av specialisering till sådana med mer generella och breda kompetenser. Kanske det är ett fenomen som borde belysas i deskriptiva termer och mått. Det beskrivs ofta i olika sammanhang som att det sker en överföring eller om man vill göra det extra tydligt en övervältring av uppgifter och kostnader från verksamheter med hög specialiseringsgrad till mer bred verksamhet och det uppstår en diskussion om resursöverföringar. Där blir den stora utmaningen att belysa den ständigt pågående rörelsens påverkan på den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten och även på det som betecknas som egenvård.

Det här borde vara ett område för fördjupade tematiska studier där individers samlade konsumtion av hälso- och sjukvård och socialtjänst kartläggs. Med det som grund skulle indikatorer kunna pekats ut och de skulle också aggregerade kunna publiceras av Socialstyrelsen som har tillgång till data från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Om vi byter systemperspektivet mot ett patientperspektiv så finns idag många exempel på områden där patienter med olika sjukdomar, oftast kroniska sådana, tar över det som vården tidigare gjort i form av ordinationer av läkemedelsdoser, utförande av avancerad tekniska behandlingar och provtagningar och liknande. Exempel på områden där det här alltmer blir naturliga delar av vården är självdialys, egenkontroll och flerdosbehandling med insulin för diabetiker, behandling av reumatiska och neurologiska sjukdomar. Den ständigt pågående teknikutvecklingen kommer att leda till att patienter i allt större utsträckning kommer att ta makten över vården och behandlingen av sina sjukdomar och då även inom områden som vi i dag ser som omöjliga för egenvård.

Även här finns ett område för mer tematiska studier av effekterna ur olika aspekter av denna ständigt pågående utveckling.

Rörelse mot bättre samverkan för en mer sammanhållen vård och omsorg

Vägleda av utredning God och nära vård, som i sitt delbetänkande från juni 2019 beskrivit hur man ser på begreppet personcentrerad samverkan, beskriver vi en rörelse mot bättre samverkan över tre olika gränssnitt;

- samverkan inom en och samma huvudman (region eller kommun) för hälso-och sjukvård,
- samverkan mellan olika huvudmän för hälso- och sjukvård, samt
- samverkan mellan hälso- och sjukvård respektive socialtjänst

Sambanden mellan sjukhusvård/specialiserad vård och primärvård är, sett ur en enskild patients perspektiv, inte särskilt starka. Som patient kan man uppfatta att det bara sker skriftligt via remisser.

Remissen fyller många funktioner, den är en informationsbärare, den legitimerar förflyttning till högre vårdnivåer, den förflyttar patientansvar från en vårdutförare till en annan, den fördelar kostnader mellan organisatoriska enheter inom vården mm, mm.

Remissflödena borde utifrån detta vara intressanta att följa för att få en bild av hur samverkan sker. Området har säkert också en stor potential för förbättringar, bland annat borde remissens funktion som underlag för konsultation primärvård – specialiserad vård och vice versa kunna utvecklas.

Data finns, bland annat när det gäller de standardiserade vårdförloppen inom cancervården, och även i övrig specialiserad vård. Det skulle således vara möjliga att publicera utfall i olika indikatorer efter mindre kompletteringar av nuvarande väntetidsrapportering.

I samband med den för primärvård utökade vårdgarantins införande är nu individbaserade data över väntetider på väg att rapporteras från alla regioner. I skrivande stund finns data från 17 regioner och här kommer nya möjligheter till uppföljning att uppstå.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beräknar att cirka en miljon personer med flera parallella behov av hälso- och sjukvård också har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg.⁷

År 2014 skrevs totalt 1 121 823 personer ut från sjukhus i Sverige, varav 51 procent var kvinnor och 44 procent var 65 år eller äldre. Majoriteten (cirka 93 %) hade vårdats inom den somatiska vården, medan cirka 7 procent hade vårdats på en psykiatrisk klinik. Andelen utskrivna av totalbefolkningen varierade mellan 10 och 14 procent per län.

Av samtliga utskrivna personer under 2014 fick knappt 30 procent fortsatt kommunal hälso- och sjukvård, medan knappt 20 procent fick insatser från socialtjänsten.

Av alla utskrivna under år 2014 hade 53 763 personer fortsatt behov av både kommunal hälso- och sjukvård och omsorg (knappt 5 %). En majoritet av de utskrivna med fortsatta behov av vård och omsorg var 65 år eller äldre, och flertalet var äldre än 80 år. Fler kvinnor än män fanns bland dessa sköra personer.⁸

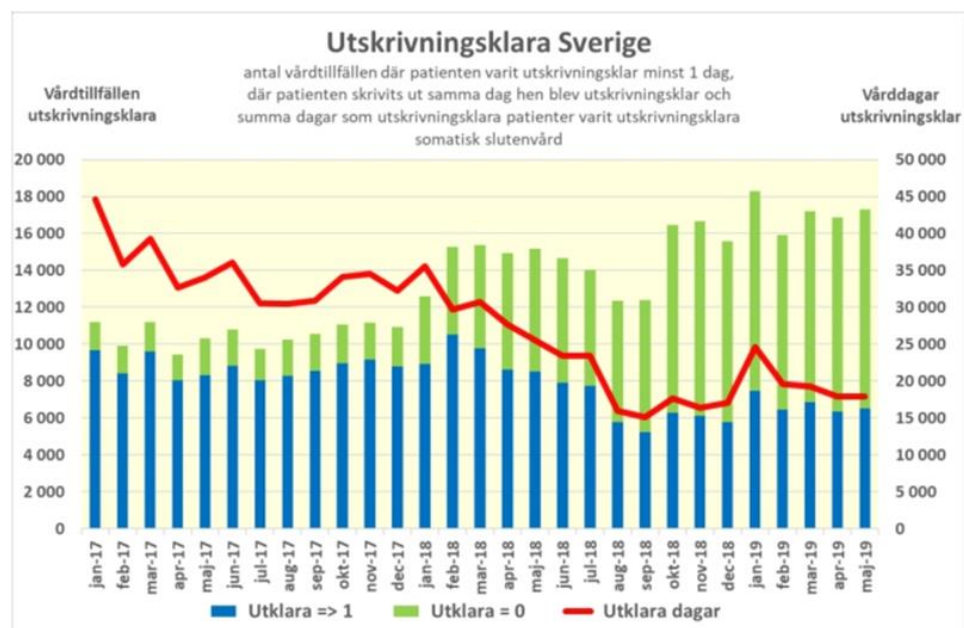
Utskrivning efter ett vårdtillfälle på sjukhus innebär en möjlighet att fånga upp och planera för en samordnad vård och omsorg för dessa människor. Lag om samverkan vid utskrivning förutsätter ökad medverkan av den öppna vården, som med patientens fasta vårdkontakt som dirigent, tar initiativ till en samordnad individuell planering. Med ett personcentrerat arbets sätt i planeringen och med självklar medverkan från parter och kompetenser som svarar mot den enskildes behov, så utgår lagstiftaren från att vi får önskvärda förbättringarna i form av en ur patientens/brukarens synvinkel mer nära och bättre samordnad vård och omsorg. På Väntetider i vården redovisas mått som avser att beskriva effekter av och följsamhet till den lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 1 januari 2018. Ikraftträdandet hade föregåtts av ett arbete med att teckna länsvisa överenskommelser mellan regioner

⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2016:1, Samordnad vård och omsorg, sid 9

⁸ Socialstyrelsen Om övergångar mellan slutna och öppna vård och omsorg, 2017, sid 14-16

och kommuner om hur de dispositiva delarna av lagen skulle tillämpas. Att följa utvecklingen på det här området ger en bra proxy för utvecklingen inom en viktig del av det som ingår i omställningen mot Nära vård.

Figur 7: Utskrivningsklara patienter och deras vårdtid



Källa SKR, Väntetider i vården, utskrivningsklara patienter

Indikatorn oplanerade återinskrivningar är väl använd såväl internationellt som i Sverige. Den har exempelvis använts för att fördela statliga prestationsbaserade stimulansmedel till kommuner och regioner i samband med satsningen mot de mest sjuka äldre för snart 10 år sedan. Den har fortsatt en given plats för att följa förmågan till samverkan och för att följa eventuella önskade effekter av tidigarelagda utskrivningar från slutet hälso- och sjukvård.

Indikatorn finns också i ett antal varianter mer avgränsade till diagnos- och behovsgrupper. Den kan också göras mer specifik genom att tidsperioden mellan det primära vårdtillfället och återinskrivningen kortas från det idag vanliga 30 dagar till exempelvis 7 dagar.

Rörelse mot högre grad av personcentring och medskapande i vård och omsorg

Det råder inte alltid samsyn om varför man ska samordna sin planering och vem den samordnade planeringen i första hand är till för, verksamheten eller patienten/brukaren. En viktig distinktion måste göras mellan den egna planeringen av framtida insatser som varje berörd vårdenheter ska göra och den gemensamma planeringen mellan olika vårdenheter som syftar till att samordna de olika aktörernas insatser på ett för den enskilde tillfredställande sätt.

För att skapa en sammanhängande hälso- och sjukvård utifrån varje patients behov, förutsättningar och preferenser krävs att samtliga aktörer som är inblandade i insatserna, inklusive patienten själv, har samsyn om hur vårdprocessen ska se ut. När en personcentrerad vårdprocess utformas är det viktigt att sätta mål utifrån patienten, inte efter organisatorisk indelning av hälso- och sjukvården. Samordning måste mätas och följas upp utifrån effekterna för patienten, inte utifrån de enskilda insatserna eller åtgärderna.

Vården och omsorgen är samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser.⁹

När samordningen brister överläts ansvaret för att koordinera insatserna på patienten, brukaren eller närstående. Detta kan få allvarliga konsekvenser för personer som har flera simultana behov och nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg.¹⁰

En bärande idé i Nära vård-begreppet är att involvera patienten, skapa delaktighet och partnerskap och att patienten blir medskapande.

I ett positionspapper från 2010 skriver SKR:s styrelse:

Förhållningssättet mellan den professionelle och patienten/brukaren, både på individnivå och på verksamhetsnivå, vilar idag i alltför stor utsträckning på en obalans i maktförhållande och på sina håll en föråldrad kultur där de professionella är auktoriteter som ska "lösa individens situation". Synen på den enskilde har präglats av att denne är en "mottagare" av välfärdstjänsten som inte kan eller får påverka sin egen process och hur verksamheten bedrivs.

En viktig del i att effektivisera hälso- och sjukvården kommer att vara att skapa lösningar och organisation för att stödja patientens vilja och förmåga till egenansvar. Det kan röra sig om tekniska lösningar och andra arbetsmetoder för att ge stöd och tillgång till självdiagnostik, stöd för att den enskilde ska kunna ta ett ökat ansvar för sin friskvård och förebyggande hälso- och sjukvård, lösningar för att utföra monitorering eller behandling i hemmet, fler möjligheter att kommunicera med hälso- och sjukvården, system för att själv kunna rapportera in hälsodata, m.m.

⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Från medel till mål, att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, 2017. s 44

¹⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Från medel till mål, att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, 2017. s 25

I det här sammanhanget finns ett antal begrepp och verktyg som kan användas för uppföljning:

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. En fast vårdkontakt ska också utses om en patient som skrivs in i sluten vård bedöms behöva insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller regionens öppna vård efter det att patienten har skrivits ut.

Alla som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan få en samordnad individuell plan, om det behövs för att behoven ska kunna tillgodoses.

Patientkontrakt är ett nytt koncept som ska ge bättre samordning mellan olika vårdgivare och större delaktighet för patienterna. Patientkontraktet ska stödja relationen mellan patienten och vården och bygga på samskapande och gemensamt ansvar. Patientkontraktet är inget juridiskt kontrakt utan bör ses som ett kultur- och strukturarbete som ska bidra till bättre delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan.

Patientkontraktet handlar om att i varje möte mellan individen och vården söka, stärka och ta tillvara individens egen förmåga och vilja utifrån vad som är viktigt för den personen.

Försöksverksamheten med patientkontrakt har tillkommit som format för att förbättra kontinuitet och samordning. Utvärderingar visar att graden av kontinuitet är låg i hälso- och sjukvården. En utvärdering som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gjort påvisar svaga resultat för Sverige i internationella jämförelser rörande samordning och kontinuitet.¹¹ Att systematisk och med jämförbarhet kunna följa kontinuitet känns därför angeläget.

Rimligen innehåller de patientadministrativa delarna av informationssystemen i primärvården uppgifter om fast vårdkontakt som går att extrahera. Andel personer med SIP och andel personer med SIP som följts upp ingår i PrimärvårdsKvalitet. Kontinuitetsindex finns också för olika behovsgrupper i PrimärvårdsKvalitet.

PrimärvårdsKvalitet främsta syfte är dock att stödja kvalitetsutveckling på vårdcentralsnivå, men indikatorerna är användbara på såväl regional som nationell nivå. Utfall visas idag också på Vården i siffror, men är i nuläget inte heltäckande.

¹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring, 2012

Rörelse mot bättre psykisk hälsa i befolkningen

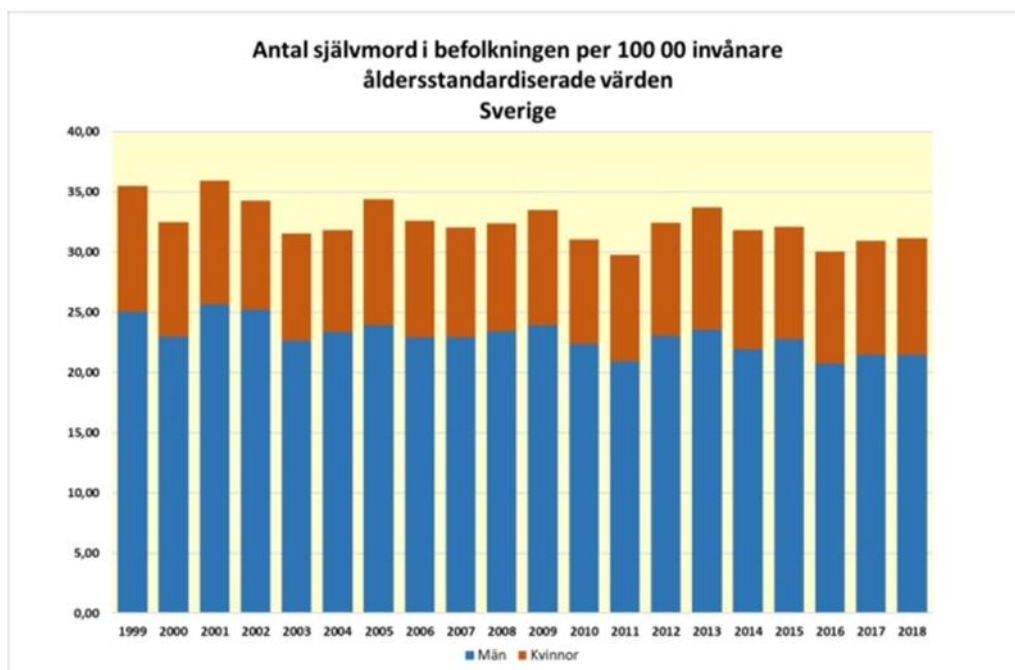
Under arbetes gång har projektgruppen diskuterat fram och tillbaka angående den psykiatriska vården och de utmaningar som finns när det gäller den psykiska hälsan i befolkningen. Vi har å ena sida fört diskussionen om att det psykiatriska området lätt blir särbehandlat, redovisat för sig och inte sett som vilken annan del som helst av hälso- och sjukvården. Den borde därför utifrån det synsättet få ingå tillsammans med all annan hälso- och sjukvård under de rubriker vi använder för att beskriva rörelsen mot Nära vård.

Å andra sidan är den psykiska ohälsan en så stor utmaning för hälso- och sjukvården och välfärden generellt att den bör ges en egen rubrik. Vi har därför valt att ha mått och indikatorer som rör psykisk hälsa specifikt redovisade.

Alla mått och indikatorer som finns med i den här redovisningen och som avser specialiserad vård går förmodligen att ta fram avgränsad till psykiatrisk vård, men då tappar vi några som är mer specifika för det psykiatriska området.

Varje år avlider ungefär 1 600 personer som följd av självmord eller vid dödsfall där uppsåtet är oklart. Det motsvarar cirka 1,8 procent av alla drygt 90 000 dödsfall under ett år. Indikatorn visar antalet dödsfall i relationen till hela befolkningen.

Figur 8: Självmord i befolkningen



Källa: Vården i siffror och Socialstyrelsens Dödsorsaksregister

Folkhälsomyndigheten mäter vartannat år i sin Folkhälsoenkät indikatorer på folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Häri ingår mätning av de tillfrågades psykiska välbefinnande.

Personer med psykisk ohälsa har kortare medellivslängd och vårdas i högre grad än övriga i somatisk slutenvård med diagnoser som vanligtvis kan hanteras i öppen vård. Orsakerna till detta kan vara att för personer med psykisk ohälsa upptäcks sjukdomen sent i förloppet, att behandlingen inte alls sker eller tar längre tid och att patienterna är sämre på att följa ordinationer och råd. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer. Att följa detta ger en bild av hur vården totalt sett arbetar för en rörelse mot bättre psykisk hälsa.

Generellt sett så avvisas en betydligt större andel av remisser från primärvården till den specialiserade psykiatriska vården jämfört med remisser till de somatiska specialistverksamheterna. Det är bakgrunden till att remitteringarna från primärvård till specialiserad psykiatrisk vård bör följas specifikt.

Rörelse mot ökad tillgänglighet

Bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvården har länge varit ett problem i Sverige och det har stått i kontrast till de överlag goda medicinska resultat som hälso- och sjukvården presterar. Att förbättra tillgängligheten har därför varit ett uttryckligt mål för hälso- och sjukvårdspolitiken under lång tid och olika reformer och stödinsatser med lagreglerade vårdgarantier och prestationsbaserade statliga ersättningar har använts.

Senast var det en förstärkt vårdgaranti för primärvården som infördes från den 1 januari 2019. Den motiverades bland annat med att många idag vänder sig till akutmottagningar med besvär som skulle kunna ha avhjälpats i primärvården om tillgängligheten varit bättre. Det är en bidragande orsak till att väntetiderna på akuten blir långa och att vårdresurserna inte utnyttjas effektivt¹².

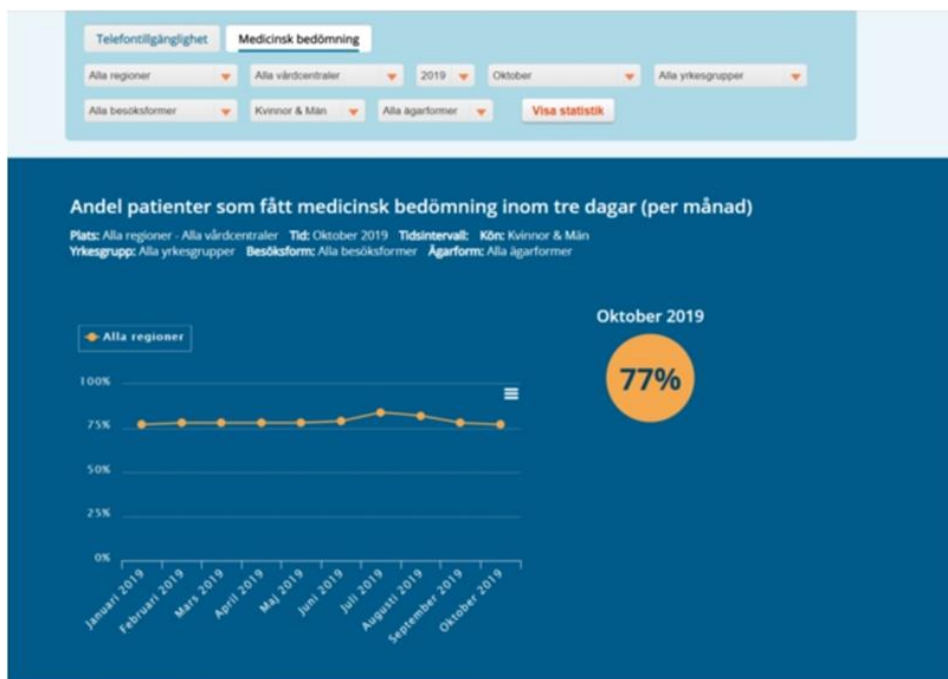
Garantin innebär att samma dag som man söker hjälp för ett hälsoproblem ska man få kontakt med primärvården, till exempel vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen. Det kan ske via telefon eller genom besök.

Den beskriver också att en person som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

Uppföljning har förberetts och startats och för tillfället visas utfall för 17 av 21 regioner.

¹² Prop. 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, sid 24

Figur 9: Andel patienter i primärvården som fått medicinsk bedömning utförd inom tre dagar



Källa: SKR: www.vantetider.se 2019-12-18

Tillgänglighet handlar inte enbart om väntetider och köer. Det är också generell fråga om hur lätt medborgare har att få kontakt med vården via olika media och kanaler.

1177 Vårdguidens e-tjänster möjliggör digital kommunikation mellan vårdgivare och invånare på ett säkert sätt. Tjänsterna är kostnadsfria och kan ses som ett komplement till andra sätt att komma i kontakt med vården. Genom att logga in på 1177 Vårdguidens e-tjänster kan invånare i hela landet utföra sina vårdärenden på tider som passar dem själva samt läsa personlig information om sin vård på ett säkert sätt. Webbplats och telefon finns tillgänglig dygnet runt och kan ersätta och vara komplement till personliga möten.

Andelar av olika kontaktformer, mottagningsbesök, telefon, video, meddelandetjänst sett ur vårdens perspektiv kommer att vara av stort intresse att följa över tid. De s.k. nätdoktorerna svarar för en tjänst med hög efterfrågan och omfattningen av denna kommer att behöva följas nationellt.

Många regioner gör eller står inför stora investeringar i nya digitala vårdssystem. Tillgängligheten för båda patienter och vårdpersonal kommer att stå i fokus och stor vikt kommer att läggas på att skapa möjligheter för den önskade omställningen av vården så att den kan hantera många fler patientkontakter och få högre tillgänglighet och högre effektivitet som ett sätt att frigöra resurser för patienter med de största behoven.

Ett sätt att öka tillgängligheten till vården är att tillhandahålla olika typer av digitala tjänster, såväl mellan vårdgivare som i kontakten med patienter. Införandet av sådana tjänster behöver göras på sätt som säkerställer att vård ges efter behov och att tjänsterna är inkluderande och att offentliga resurser används på ett klokt och effektivt sätt.¹³ När det gäller digitala vårdkontakter mellan patient och vårdgivare har användandet och utvecklingen av dessa tjänster växt fram snabbt och regelverk och strukturer har inte hunnit utvecklas i samma hastighet.

De senaste åren har initiativ tagits på såväl nationell som lokal nivå för att skapa regelverk, former och förutsättningar för att integrera dessa tjänster i ordinarie hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har fått flera sådana uppdrag och utredningen Styrning för en mer jämlik vård ska analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas med beaktande av principen behovsstyrd vård.

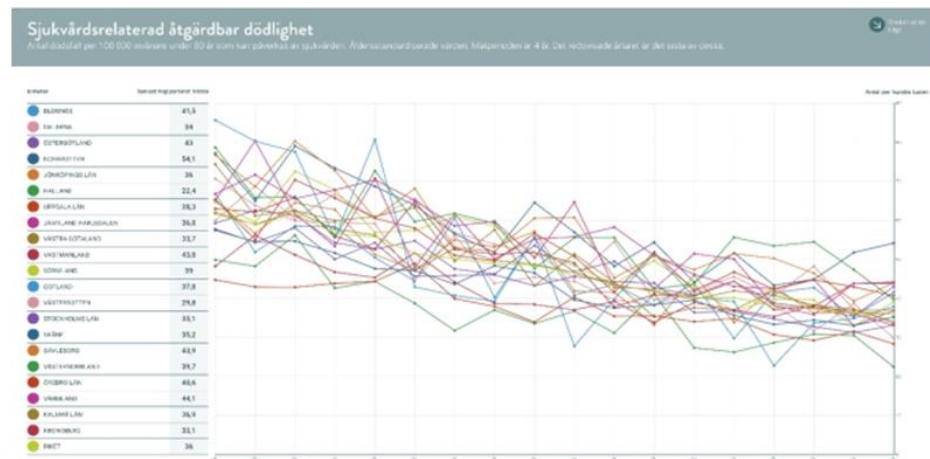
Rörelse mot mer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

En bärande idé i Nära vård-begreppet är proaktivitet och hjälp till egenvård. Här är Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete självklara utvecklingsområden. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet är en indikator som finns med i de urval som Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys nyligen redovisat utifrån sina respektive uppdrag för regeringen om indikatorer för att följa upp hälso- och sjukvården.

Indikatorn visar antalet dödsfall per 100 000 invånare under 80 år som kan påverkas av sjukvårdens olika insatser, som tidig upptäckt och behandling. Justering har gjorts för variationer i åldersstrukturen mellan olika regioner.

¹³ SOU 2019:29, God och nära vård, Vård i samverkan sid 70

Figur 10: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet



Källa: Vården i siffror och Socialstyrelsens dödsorsaksregister

Årligen drabbas närmare 19 000 personer av höftfraktur (2014). Kvinnor utgör 65–70 procent. Närmare hälften av patienterna är över 85 år. Antalet drabbade har minskat sedan år 2000, trots en ökande och äldre befolkning. Patienter med höftfrakturer tillhör de mest vård- och resurskrävande grupperna inom sjukvården och svarade 2014 för 2,7 procent av alla slutenvårdsdygn i hälso- och sjukvården.

Höftfrakturer är en av de allvarligaste konsekvenserna av osteoporos (benskörhet). Låg bentäthet är tillsammans med hög ålder de viktigaste riskfaktorerna för att få en fraktur. Patienterna har ofta har ett flertal komplicerande sjukdomar. I regel uppstår frakturen vid ett så kallat lågenergitrauma, som innebär att patienten faller från sittande, stående eller gående.

De förebyggande insatserna är mycket viktiga för att förhindra höftfrakturer, både en första höftfraktur och nya frakturer hos patienter som redan brutit sig. Det förebyggande arbetet består i att förebygga, diagnostisera och behandla osteoporos, samt att motverka fallolyckor och minska skaderisken vid dessa. Fysisk aktivitet, utevistelse och allsidig kost är viktigt.

Fallolyckor är idag den vanligaste skadeorsaken i Sverige och utgör i synnerhet bland äldre ett omfattande folkhälsoproblem. Två tredjedelar av de som avlider till följd av fall är 65 år eller äldre, liksom hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av fallskada. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av lidande och försämrad livskvalitet som t ex rörelsesvårigheter, isolering och ökat beroende av andra. Många fallolyckor resulterar i höftfrakturer som utöver lidande för den drabbade även medför stora kostnader för samhället.

Att följa frekvenserna av fallskador och höftfrakturer ger alltså en bild av effekterna av rörelsen mot mer av hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser.

Fetma och övervikt medför en rad hälsoproblem. Risker för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen och vissa cancerformer såsom tjocktarmscancer ökar. Fetma och övervikt utvecklas genom en kombination av levnadsvanor, miljöfaktorer och arv.

Den nationella folkhälsoenkäten, ”Hälsa på lika villkor?”, är en nationell undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Syftet är att visa hur befolkningen mår och följa förändringar i hälsa över tid. Frågorna i den nationella folkhälsoenkäten handlar om fysisk och psykisk hälsa, tandhälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, arbetsmiljö, trygghet och sociala relationer. Den ger oss en möjlighet att följa utvecklingen

Tandhälsan är en viktig del av människors livskvalitet och välbefinnande. Även det sociala livet påverkas av tandhälsan. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelt samband med matvanorna eftersom kosten påverkar tandhälsan och tandkvaliteten påverkar vad människor äter. Inom det folkhälsopolitiska målområdet ”Goda matvanor” framhålls vikten av en god tandhälsa för att kunna tillgodogöra sig maten.

Det finns även sjukdomar där man misstänker samband med tandhälsan, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar, cancersjukdomar och diabetes.

Studier har också visat att tandlossningssjukdomar hos gravida kvinnor kan öka risken för att barnet har låg födelsevikt.

Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats väsentligt finns det fortfarande stora socioekonomiska skillnader. Arbetare uppger att de har sämre tandhälsa jämfört med tjänstemän och arbetare avstår jämfört med tjänstemän i samma situation oftare från att söka tandvård trots att det behövs.

Den nationella folkhälsoenkäten innehåller uppgifter om självskattad tandhälsa, av andelen personer med övervikt respektive fetma i befolkningen.

Indikatorerna som idag används är oftast övergripande och trögrörliga med långa mätperioder. Vi saknar också en tydlig inriktning av förväntningarna på vad den till Nära vård omställda hälso- och sjukvården ska kunna åstadkomma annat än formulerat som högre grad av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete. En sådan inriktning behövs för att vi ska kunna definiera fler processindikatorer för olika åtgärder som är centrala för stora befolknings- och sjukdomsgrupper och därmed intressanta att följa.

På SKR:s kongress 2015 beslutades enligt att arbeta fram en ”Sammanhållen långsiktig strategi för framtidens hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst, vård och omsorg”. Med start våren 2017 genomfördes workshoppar över hela landet. Deltagare var drygt 1 300 förtroendevalda och chefer i ledande ställning i kommuner och regioner och då inom skola, socialtjänst, vård och omsorg och hälso- och sjukvård. Workshoppar hölls även med elev- brukar- och patientorganisationer, fackliga organisationer och myndigheter. Strategi för hälsa formulerades utifrån det omfattande underlag som då togs fram och fastställdes av SKR:s styrelse i december 2017.

Under tre fokusområden:

- En god och jämlik hälsa
- God kvalitet – upplevelser
- Hållbart och uthålligt,

finns 22 indikatorer framtagna och mål är satta för hur utfallet i dessa ska förändras fram till år 2022. Man har också angett att resultat ska brytas ned på region och kommunnivå och uttalat att det ska vara analyserbart på kön och så långt som möjligt också på vissa socioekonomiska faktorer. Det anges också som generellt mål att det inte bara är angeläget att genomsnittstalen blir bättre utan även att skillnader som finns inom och mellan kommuner och regioner och mellan olika grupper ska minska.

I programmet finns flera mål och indikatorer som väl sammanfaller med vad som är viktigt att följa för rörelsen mot mer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och vad de leder till.

Rörelse mot en mer jämlik vård och omsorg

2018 startade Sveriges regioner, med stöd av SKR, etableringen av ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Det är en viktig pusselbit för att skapa en god vård av hög kvalitet som är kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv.

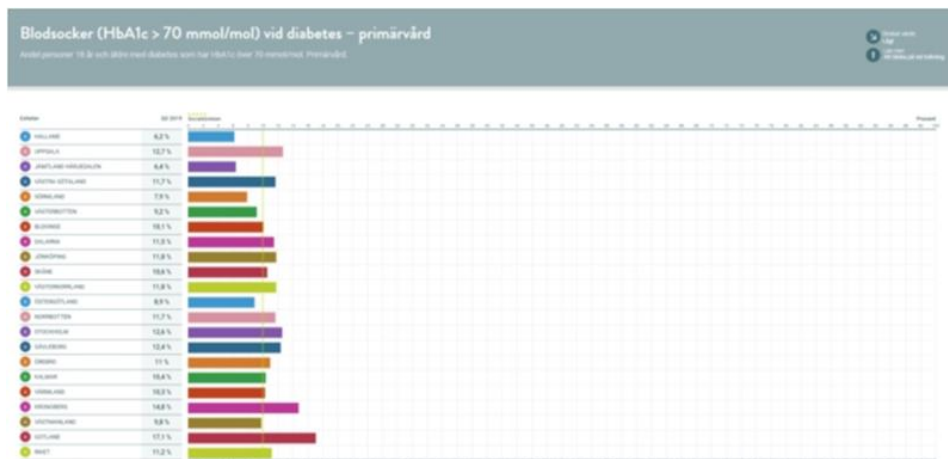
Det övergripande syftet med hela kunskapsstyrningsarbetet är att göra skillnad för liv och jämlik hälsa genom att stödja arbete med att möjliggöra en hälso- och sjukvård där bästa tillgängliga kunskap alltid används i varje möte mellan invånare och hälso- och sjukvårdens personal. Genom uppföljning och analys av resultaten ska man tillsammans ha ett ständigt lärande och förbättra vården.

I uppdraget för de nationella programområdena och nationella samverkansgrupperna som utgör centrala beståndsdelar i systemet ingår att göra analyser av skillnader i resultat för patienterna samt analyser av var det är möjligt att göra verklig skillnad till det bättre. Baserat på analysen tar grupperna sedan fram områden för förbättringsinsatser.

Ett nationellt primärvårdsråd finns i detta system och har bland annat till uppgift att hålla ihop primärvårdsrepresentanter i andra programområden och arbetsgrupper, att vara stöd och referens inom kunskapsstyrningsorganisationen till pågående och kommande aktiviteter som rör primärvård och omställningen till Nära vård och också fortlöpande följa och analysera kunskapsutvecklingen och variationer i praxis inom området.

Arbetet görs möjligt genom att data för analys och uppföljning finns i de drygt hundratalet Nationella Kvalitetsregister som är i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Nedan visas ett exempel från ett av registren NDR, Nationella Diabetesregistret, som är publicerat på Vården i siffror.

Figur: 11: Blodsockerkontroll – primärvård



Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att följa upp den nationella satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård som pågått sedan 2015.¹⁴ I det sammanhanget har man tagit fram regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan för att bidra med kunskap om varför de uppstår, om de är omotiverade och hur omotiverade skillnader kan minska. I rapporten drar man bland annat slutsatserna att det finns väsentliga skillnader i processer och resultat mellan regioner och enheter, att flera påverkbara faktorer bidrar till att skillnaderna uppstår, att det kvarstår väsentliga regionala skillnader även när man tar hänsyn till patientsammansättning och att flera av skillnaderna är omotiverade.

Man har också kartlagt vilka framgångsfaktorerna varit inom ett område där man haft en positiv utveckling och sammanfattar dessa utifrån en tro om att de i hög grad är generella och användbara inom andra områden. Det är tre utvecklingsområden som pekas ut som de viktigaste där beslutsfattare och andra aktörer kan stärka förutsättningarna för ett utvecklings- och förbättringsarbete som leder till minskade omotiverade skillnader, nämligen,

- stärkta förutsättningar för en personcentrerad vård,
- stärkta förutsättningar för regionalt och lokalt förbättringsarbete och
- utvecklad kunskapsstyrning.

Från projektet sida föreslås i nuvarande skede inte några indikatorer för att följa denna rörelse.

Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården och dess insatser

Befolkningens och patienternas uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en bild av hur väl vården fungerar. De verktyg som används idag

¹⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Olik eller ojämlig, juni 2019

i form av Hälso- och sjukvårdsbarometern och Nationell patientenkät ger även underlag för förbättringsarbete nationellt, regionalt och lokalt.

Hälso- och sjukvårdsbarometern fångar attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter och närstående. Frågorna berör bland annat tillgång till hälso- och sjukvård, förtroende för hälso- och sjukvården, attityder till väntetider samt om vård ges på lika villkor.

Genom att delta i Nationell Patientenkät får patienter möjlighet att berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv, samt vara ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning.

Det gör också internationella studier via den amerikanska stiftelsen Commonwealth Fund och dess International Health Policy Survey där 11 länder deltar. I jämförelse med andra verksamheter och andra länder framstår befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i Sverige som stort. Det är större än förtroendet för samtliga andra offentliga verksamheter som årligen följs upp och Sverige placerar sig högt i dessa mätningar.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i en analys dock konstaterat att det stora förtroende vi ser för hälso- och sjukvården i allmänhet inte innebär att befolkningens erfarenheter av sjukvården är alltigenom goda. När det gäller tillgänglighet, samordning och kontinuitet så är resultaten sämre, både vad gäller erfarenheterna från patienter och förtroendet från befolkningen. Analyserna tyder på att särskilt tillgängligheten, kontinuiteten och sådant som att bli tagen på allvar och lyssnad på i mötet med vården är vanliga skäl till att ha ett litet förtroende. I flera rapporter har myndigheten också sett att befolkningen i Sverige har betydligt sämre erfarenheter av hur hälso- och sjukvården i fungerar i dessa avseenden än befolkningen i andra jämförbara länder.

Det här är centrala aspekter av det som brukar kallas en personcentrerad vård och viktiga delar i omställningen mot Nära vård. En mer personcentrerad hälso- och sjukvård är med andra ord en viktig komponent i att både behålla och stärka förtroendet för hälso- och sjukvården.¹⁵

Myndigheten har också våren 2019 gett ut en rapport som svarar på ett regeringsuppdrag och som syftar till att ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet. Särskilt fokus har legat på områden som är viktiga att följa ur ett patientperspektiv och man har där lyft tre kvalitetsområden; gott hälsoutfall av vården, personcentrerad hälso- och sjukvård – att man blir sedd, respekterad och inkluderad - och tillgänglig hälso- och sjukvård.¹⁶

Utöver dessa verktyg som används idag har gruppen inte hittat några andra möjligheter att på nationell nivå kunna följa befolknings- och

¹⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2018:4, Förnuft och känsla, juni 2018, sid 111

¹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2019:2, Med örat mot marken, mars 2019, sid 7

patient/brukarperspektiven. Båda dessa spänner över hälso- och sjukvården som helhet och kan bara delvis hänföra specifikt till Nära vård och behöver alltså utvecklas, bland annat utifrån rekommendationerna från Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys.

Medarbetarnas syn på att arbeta i en hälso- och sjukvård under omställning

Medarbetarengagemang bedöms vara en av de viktigaste förutsättningarna för en organisations förmåga att nå goda resultat. I personalintensiva verksamheter, som de inom kommuner och regioner, är detta särskilt tydligt.

Begreppet medarbetarengagemang används generellt för att beskriva medarbetarnas motivation och förutsättningar att göra sitt bästa för organisationen. SKR och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) erbjuder en modell och en enkät för att kontinuerligt utvärdera och följa upp arbetsgivarpolitiken i kommuner och regioner med fokus på Hållbart medarbetarengagemang (HME).

Bakgrunden till modellen är att jämförelser av olika slag kommit att utgöra en allt viktigare grund för den strategiska styrningen i kommuner och regioner. På personalområdet har jämförelsemöjligheterna ofta inskränkt sig till att handla om kvantitativa data, mestadels om resurser. Med HME-enkäten har kommuner och regioner möjlighet att följa upp och jämföra kvalitativa resultatmätt på personalområdet, samt koppla dessa till verksamhetsresultaten.

Modellen bygger på att det finns kopplingar mellan medarbetarengagemang och verksamhetsresultat och då enligt teorin om The Public Sector Value Chain.¹⁷ Enligt modellen förutsätts medarbetarengagemanget och kundnöjdheten föda varandra. Engagerade medarbetare leder till nöjda kunder och nöjda kunder leder till engagerade medarbetare. Tredje länken i kedjan är vad som enligt modellen primärt utgör målet med offentlig verksamhet och i någon mån det slutgiltiga resultatet av ett gott medarbetarengagemang, nämligen allmänhetens tillit och förtroendet för offentliga institutioner. Det innebär enkelt uttryckt att medborgarna anser sig få valuta för den skatt de betalar och därmed är villiga att fortsätta göra så.

¹⁷ Heintzman, R., & Marson, B. (2005). People, service and trust: is there a public sector service value chain? *International Review of Administrative Sciences* (71), 549–575.

Alla regioner och kommuner deltar inte regelbundet i dessa mätningar och att följa resultaten på nationell nivå är inte möjligt och förmodligen heller inte ändamålsenligt. Det är i första hand ett verktyg för respektive arbetsgivare, regioner och kommuner.

Exempel på hur indikatorer används för att stödja omställningen till Nära vård i några regioner

I projektet är tre regioner, Västra Götaland, Kronoberg och Uppsala och en kommun, Avesta kommun, representerade. I det här avsnittet, med exempel på hur indikatorer använts för att stödja det pågående omställningsarbetet, har det då varit naturligt att använda dessa som exempel.

Här presenteras hur de tre regionerna i olika dokument och på webben beskriver sina arbeten; bakgrund, målbilder, aktiviteter liksom former och innehåll i uppföljningen. Efter sammanställningen har innehållet faktagranskats av representanten för respektive region.

I Dalarna har regionen och Avesta och Hedemora kommuner drivit ett gemensamt arbete under rubriken Ny Nära Vård i Södra Dalarna. Strax före årsskiftet 2019/2020 har Region Dalarna beslutat ta ett omtag i sitt arbete med omställning till God och Nära vård och involvera alla 15 kommuner i länet. Efter samråd med projektets representant från Avesta kommun avstår vi därför från att redovisa arbetet i södra Dalarna.

Västra Götalandsregionen - Vårdskiftet

Under rubriken Vårdskiftet genomför Västra Götalandsregionen, i nära samarbete med länets 49 kommuner, utvecklingsarbete för att ställa om hälso- och sjukvården så att den bättre ska kunna möta framtidens utmaningar.

Med ett enigt regionfullmäktige i ryggen har ledningen för Västra Götalandsregionen gått ut till sin befolkning och beskrivit varför och hur man vill ställa om vården så att den bättre kan möta patienternas behov och skapa mesta möjliga värde av de tillgängliga resurserna. Det här ägde rum våren 2017 och i strategin¹⁸ för omställningen identifieras områden där man vill se en utveckling nödvändig för att möta framtidens behov. De områden som beskrivs i strategin är:

- Utveckla den nära vården
- Koncentrera vård för bättre kvalitet och tillgänglighet
- Utveckla digitala vårdformer och tjänster

¹⁸<https://www.alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/aa5f6aca-1cc4-409e-bbc7-fe407a398c5e/Strategi%20f%c3%b6r%20omst%c3%a4llningen%20layoutad%20version.pdf?a=false&guest=true>

- Fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling

och kort sammanfattade innebär de:

Utveckla den nära vården

Vård som patienten behöver ofta ska finnas nära och i den nära vården ingår vård inom primärvården, tandvården eller i patientens hem samt öppen specialiserad vård utanför de stora akutsjukhusen, på specialiserade närsjukvårdscentrum, mindre sjukhus, på distans eller andra öppna vårdformer. 1177 via telefon eller webb ska vara den enkla vägen in i vården och kunna erbjuda ett utökat utbud av tjänster.

Koncentrera vård för bättre kvalitet och tillgänglighet

För att säkerställa och höja kvalitet och patientsäkerhet samt öka effektiviteten behöver viss specialiserad vård samlas till färre platser än idag. Det handlar i huvudsak om den vård som en enskild patient sällan behöver.

Utveckla digitala vårdformer och tjänster

Digitaliseringen påverkar alla områden i samhället och invånarnas förväntningar på hur organisationer möter och interagerar med omvärlden ökar. Västra Götalandsregionen ska ligga i framkant när det gäller att använda digitaliseringens möjligheter, något som förutsätter förändringar på flera plan. Västra Götalandsregionen ska vara öppen och lättillgänglig och kommunicera på ett sätt som passar den enskildes behov.

Fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling

Den största kunskapen till förändring, förbättring och utveckling av hälso- och sjukvården finns hos vårdens medarbetare och chefer. Parallellt med de ovan nämnda mer strukturella åtgärderna för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen behövs ett systematiskt arbete med lokal verksamhetsutveckling och ständiga förbättringar inom varje verksamhet för att förbättra produktivitet och effektivitet samt arbetsmiljö.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har för åren 2018 – 2019¹⁹ och nu senast i september 2019 för år 2020²⁰ fastställt handlingsplaner avseende omställningen av hälso- och sjukvården som i sina åtgärder och aktiviteter fokuserar på:

- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Mobil närvård inom primärvården och sjukhusvården

¹⁹<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/4679ed9d-585f-4be0-9105-822f9884d4a8/Handlingsplan%202018-2019%20-%20beslutad%20slutversion.pdf?a=false&guest=true>

²⁰<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/70e38caa-d996-4d51-9ef2-17303858f59e/Handlingsplan%202020%20avseende%20omst%c3%a4llning%20av%20h%c3%a4lso-%20och%20sjukv%c3%a5rd%20i%20V%c3%a4stra%20....pdf?a=false&guest=true>

- Sex områden för digitala invånartjänster; digitala vårdmöten, monitorering i hemmen, 1177, webbtidbok, stöd- och behandlingsplattformen samt egen triagering.
- Utveckling och koncentration av traumasjukvården
- Genomförande av beslutade åtgärder inom koncentration
- Årlig uppföljning och åtgärdsplan avseende kvaliteten i hälso- och sjukvården
- Etablering av systemet för kunskapsstyrning på regional och lokal nivå

Till det har lagts ett uppdrag att inom alla de fyra områdena i strategin ta fram en utvecklingsplan för barn och ungas hälso- och sjukvård.

Där poängteras att man för att kunna genomföra många av de aktiviteter som beskrivs i handlingsplanen behöver ha ett fördjupat samarbete med kommunerna i länet.

Arbetet beskrivs fortlöpande på webbsidan Vårdskiftet²¹ och det sker på ett transparent och lätt tillgängligt sätt även för en extern läsare. Beskrivningen där ger intryck av att arbetet är mycket väl strukturerat och genomförs systematiskt och man säger sig ha ambitionen att i arbetet vara konsekventa, hålla fast vid strategin och så långt möjligt undvika helt nya initiativ.

Genomförandet har också givits en organisatorisk överbyggnad med en programchef och med programledare för vart och ett av de fem områdena i strategin. Uppdraget att ta fram en utvecklingsplan för barn och ungas hälso- och sjukvård har blivit det femte programområdet. Både personella och ekonomiska resurser har omfördelats och specifikt för omställningen har hittills drygt 1.3 mdr kr avsatts för åren 2017 – 2020.

Uppföljning och indikatorer

I augusti 2018 publicerades en första rapport där ett antal uppföljningsindikatorer inom omställningen av hälso- och sjukvård definierats och aktuella utfall redovisades²². Med denna som baslinje har sedan en andra uppföljning²³ med data för 2018 publicerats.

Koncernkontorets avdelning för data och analys har uppdraget att definiera uppföljningsindikatorer inom omställningen av hälso- och sjukvården som kan användas för att värdera om utveckling sker i riktning mot de syften och mål som angivits för omställningsarbetet. En övergripande målsättning är att inomregionala skillnader ska minska. Urvalet av indikatorer baseras på befintliga datakällor och indikatorerna är av övergripande karaktär.

²¹ <https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardskiftet/>

²² http://analys.vgregion.se/contentassets/61718719ab204e1eb4600beddb448871/indikatorrapport_20190611.pdf

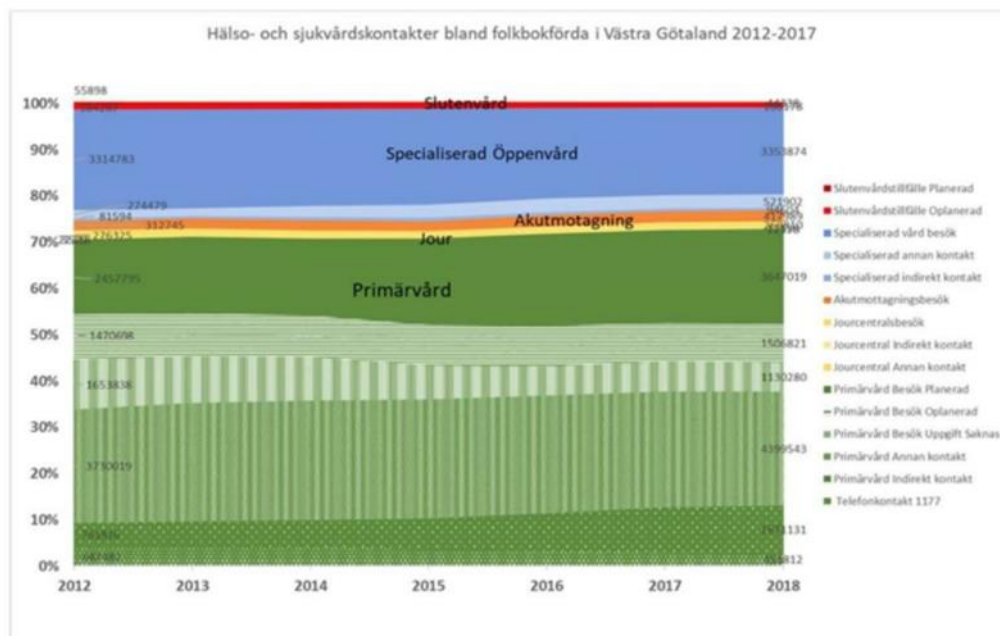
²³ http://analys.vgregion.se/contentassets/61718719ab204e1eb4600beddb448871/indikatorrapport_20190611.pdf

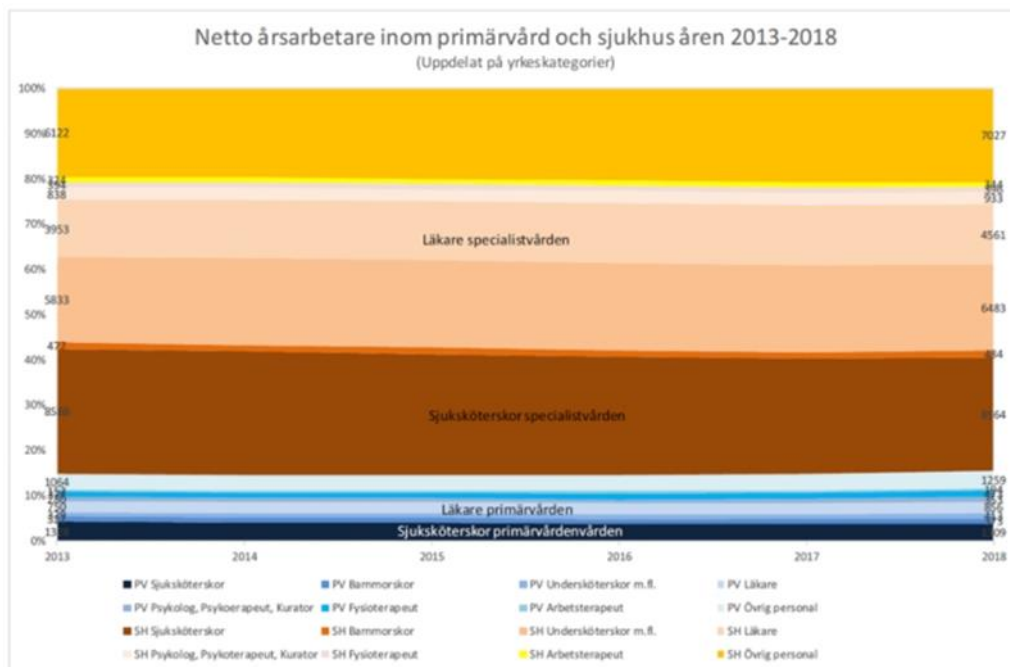
Syftet med rapporteringen är att den ska ge en så samlad uppföljning som möjligt av hur arbetet med omställningen fortskrider och om det leder till resultat i linje med omställningens syften och mål. Rapporterna redovisar ett urval av indikatorer fördelade på områdena:

- medicinsk kvalitet,
- patientens och befolkningens uppfattning av vården,
- patientsäkerhet,
- tillgänglighet,
- sammanhållen vård,
- vårdkonsumtion och sökmönster,
- ekonomi samt
- HR.

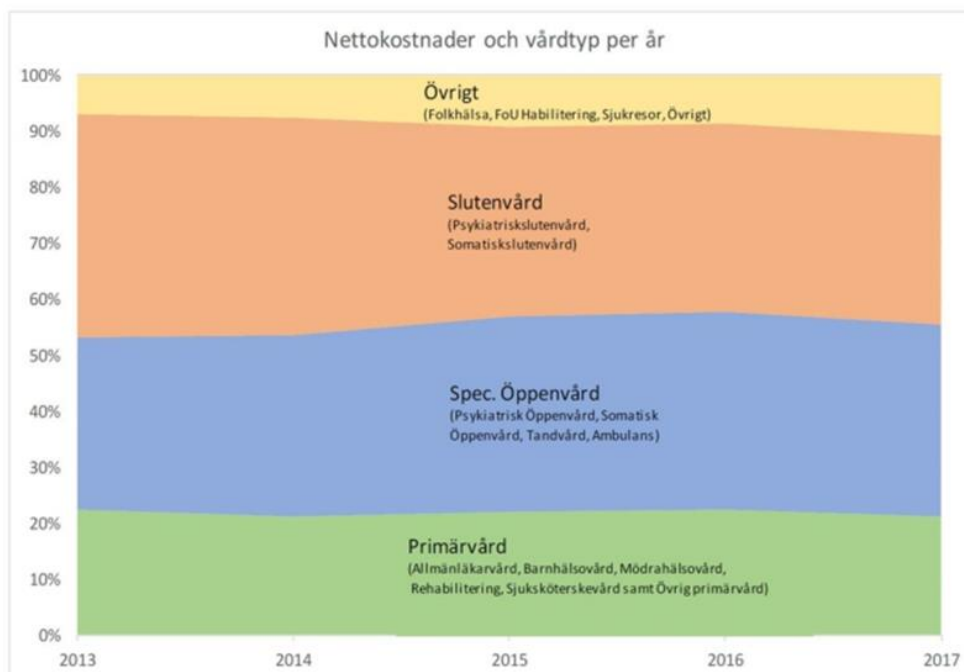
Uppföljningen sker enligt den vedertagna indelningen av indikatorer i resultat, process och struktur. De olika områdena täcks av indikatorer i olika grad vilket beror på att indikatorer ännu saknas eller att registreringar inte görs, görs med för gles frekvens eller har dålig kvalitet. Man beskriver alltså en liknande problematik som vi i projektet Att följa omställningen till Nära vård ställts inför.

I den andra uppföljningsrapporten avslutar författarna med att lyfta fram tre övergripande indikatorer som kan påvisa förflyttningen mot Nära vård:





Källa:



Region Kronoberg – Närmare Kronobergaren

Närmare kronobergaren är namnet på hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi som fastställdes av regionfullmäktige i Region Kronoberg i november

2017²⁴. Ett förändrat sjukdomspanorama, nya digitala möjligheter, tydligare patientsamverkan och rätt använd kompetens är några exempel på utmaningar och möjligheter som väntar i framtiden och som motiverar strategin.

Strategin siktar mot år 2027 och tydliggör hälso- och sjukvårdens övergripande målbild och viktigaste utvecklingsområden för att kunna bedriva en fortsatt god vård för länets invånare och det beskrivs att man tydligare vill utgå från individen och utveckla en nära hälso- och sjukvård genom en stärkt primärvård och flexibla lösningar.

Strategin är tänkt att vara vägledande i de beslut som fattas i form av prioriteringar och satsningar med sikte på framtiden. Tanken är också att den ska ge medarbetare, invånare, patienter och närstående en god inblick i utvecklingen av hälso- och sjukvården i Kronoberg och skapa förståelse för de val som görs. Strategin innehåller en gemensam målbild och anger vad man behöver ha fokus på de kommande tio åren.

Målbilden innebär att man tar sig närmare kronobergaren både geografiskt, i sina relationer och i den tillgänglighet som erbjuds:

Nära vård - med fokus på öppen vård och flexibilitet
Nära individen - med hög grad av delaktighet.

Arbetet för att närma sig målbilden har fyra inriktningar och till dem har kopplats totalt 13 löften till befolkningen och patienterna i Kronoberg, löften som ska vara uppfyllda år 2027.

1. I Kronoberg ska vården vara till för alla

- Vi ska erbjuda en jämlik vård
- Vi ska arbeta tillsammans för patientens bästa
- Vi ska styra och leda proaktivt
- Vi ska arbeta hållbart och systematiskt

2. I Kronoberg ska vården vara nära och samordnad

- Vi ska utveckla nya sätt att vara tillgängliga
- Vi ska erbjuda rätt vårdnivå i rätt tid
- Vi ska säkerställa kontinuitet i vårdprocesser

²⁴ http://www.regionkronoberg.se/contentassets/4e3e2cd27ca6422bbc4c8f69f1fe9f71/narmare-kronobergaren-2017-2027_2018-07-04.pdf

3. I Kronoberg ska invånarna kunna vara aktiva medskapare i sin hälsa och vård

- Vi ska vara en förebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Vi ska erbjuda varje patient hög delaktighet
- Vi ska kommunicera professionellt

4. I Kronoberg ska patientens behov mötas med kompetens och arbetsglädje

- Vi ska utveckla vårt lärande för en kunskapsbaserad vård
- Vi ska ha lättillgängliga verksamhetsstöd
- Våra medarbetare ska kunna arbeta på toppen av sin kompetens

För 2019 har man inom ramen för inriktningarna identifierat 5 fokusområden:

Egenvård och prevention

- Genomföra pilotförsök med hälsosamtal för 50-åringar i primärvård
- Genomföra en förstudie för "Hälsorevolution Kronoberg" Öka förskrivningen av FAR- recept och nyttja resursen receptmottagare
- Öka fokus på sekundärprevention och egenvård inom kliniska processer

Tillgänglighet

- Säkerställa vård- och behandlingsgarantin
- Samordna operationsprocess Ljungby-Växjö
- Gemensam väntelista Ljungby-Växjö
- Förstärka teambaserat arbetssätt som stödjer ökad tillgänglighet
- Pröva flexibla öppettider för mottagningar inom primärvård och på sjukhusen

Kompetensförsörjning

- Bli hyroberoende
- Reducera övertid
- Öka den totala sysselsättningsgraden
- Agera utifrån en uppdaterad kompetensförsörjningsplan

Kvalitet i vårdmötet

- Reducera vårdskador
- Införa Barnens bästa galler i Kronoberg
- Vidareutveckla och införa Äldrehälsa Kronoberg
- Personcentrera vårdmötet med överenskommelser, fast vårdkontakt och sammanhållen plan
- Dokumentera rätt i vården (DRIV)
- Skapa förutsättningar för aktiv medverkan av patienter och närstående i verksamhetsnära utveckling och forskning

Digitalisering

- Införa triageringsverktyg i primärvården
- Införa digitalt vårdmöte via video inom samtliga verksamheter
- Införa Cosmic Nova på alla vårdavdelningar
- Erbjuder webbtidbok i verksamheterna
- Förbereda införande av digitala kallelser
- Erbjuder nya applikationer via Stöd- och behandlingsplattformen

Uppföljning och indikatorer

I februari 2019 fastställde Hälso- och sjukvårdsnämnden att de fyra inriktningarna i strategin ska följas upp årligen på befolkningsnivå genom en enkät till Kronobergspanelen. Delarna i respektive strategisk inriktning, de 13 löftena, följs upp i den årliga processen med budget, verksamhetsplaner, handlingsplaner, del- och årsredovisning, och då i ett treårs-perspektiv.

En första baslinjemätning gällande de fyra strategiska inriktningarna har nu gjorts med hjälp av den så kallade Kronobergspanelen. Den bildades på initiativ av Södra regionvårdsnämnden som hade behov av att konsultera invånarna i södra sjukvårdsregionen gällande deras syn på den nivåstrukturering av vården som planerades. När Region Kronoberg använder sig av panelen, men då avgränsad till drygt 1 000 slumpvis utvalda personer från hela Kronoberg, så går den under namnet Kronobergspanelen. Deltagarna får möjlighet lämna synpunkter på frågor om ämnen som är aktuella för Region Kronoberg och resultatet av undersökningarna blir en del av underlaget inför kommande politiska beslut. Uppföljningen av inriktningarna i Närmare kronobergaren genomfördes under april 2019²⁵ och så här såg frågorna ut:

Inriktning 1:

I Kronoberg ska vården vara till för alla

- Jag upplever att jag har samma möjligheter som andra kronobergare att få vård
- Jag upplever att mina närstående har samma möjligheter som andra kronobergare att få vård

Inriktning 2:

I Kronoberg ska vården vara nära och samordnad

- Jag upplever att jag har lätt att få kontakt med vården när jag behöver det
- Jag upplever att mina närstående har lätt att få kontakt med vården när de behöver det
- Jag upplever att jag får den vård jag behöver inom rimlig tid

²⁵<http://www.regionkronoberg.se/contentassets/4e3e2cd27ca6422bbc4c8f69f1fe9f71/uppfoljning-narmare-kronobergaren-kronobergspanelen-juni-2019.pdf>

- Jag upplever att mina närstående får den vård de behöver inom rimlig tid

Inriktning 3:

I Kronoberg ska invånarna kunna vara aktiva medskapare i sin hälsa och vård

- Jag upplever att jag får den kunskap jag behöver från vården, för att stärka min hälsa.
- Jag upplever att mina närstående får den kunskap de behöver från vården, för att stärka sin egen hälsa.
- Jag upplever att jag kan vara delaktig i min vård.
- Jag upplever att mina närstående kan vara delaktiga i sin vård.

Inriktning 4:

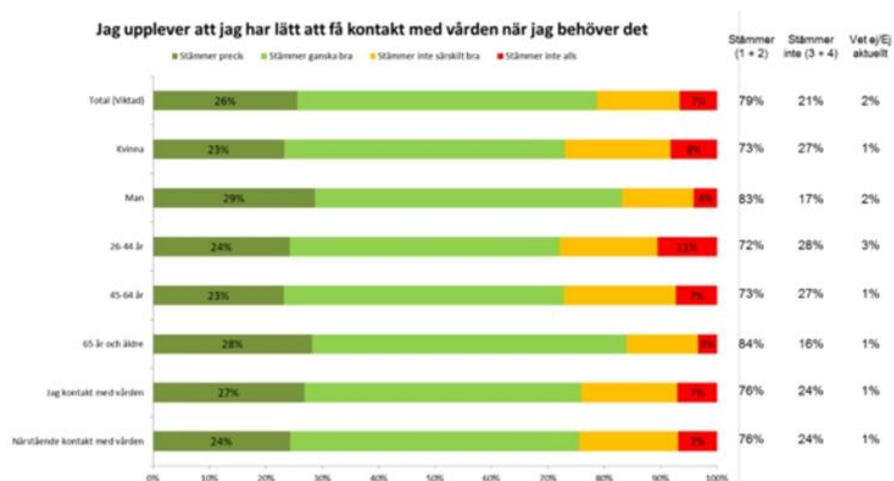
I Kronoberg ska patientens behov mötas med kompetens och arbetsglädje

- Jag upplever att jag möts av kunnig personal när jag har kontakt med vården
- Jag upplever att mina närstående möts av kunnig personal när de har kontakt med vården
- Jag upplever att jag blir trevligt bemött när jag har kontakt med vården
- Jag upplever att mina närstående blir trevligt bemötta när de har kontakt med vården

Trygghet

- Jag är trygg med vården i Region Kronoberg
- Jag upplever att mina närstående är trygga med vården i Region Kronoberg

Utfallen i varje enskild fråga presenteras med följande graf:



Vid kommande mätning 2020 planeras att utöver dessa frågor även inkludera mer specifika frågor gällande fokusområdena, för att på så sätt få återkoppling från befolkningen på aktuella utvecklingsområden.

För de 5 fokusområdena sker uppföljningen via den etablerade verksamhetsuppföljningen i delårs- och årsredovisningar och avser både genomförda aktiviteter och utfall i olika mått och indikatorer. Som exempel på de senare kan nämnas följande:

I fokusområdet **Egenvård och prevention** mäts som exempel antalet utfärdade FAR (fysisk aktivitet på recept).

I fokusområdet **Tillgänglighet** värderas resultatet av aktiviteterna via tillgänglighets- och vårdgarantimätningarna.

Kompetensförsörjning följs upp genom att kostnader för hyrpersonal, kostnader för övertid och faktisk sysselsättningsgrad monitoreras.

Kvaliteten i vårdmötet följs upp genom de nationella punktprevalensmätningarna av vårdskador och med mätningar av andelen patienter med samordningsärende med kommunen som har fast vårdkontakt utsedd.

Region Uppsala – Effektiv och nära vård 2030

I början av 2017 påbörjades ett framåtsyftande arbete kring primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård i Region Uppsala. En målbild för primärvårdens roll skulle tas fram och förslag skulle ges på insatser för 2018 samt mer långsiktigt.

I juni samma år beslutade Regionstyrelsen om ett breddat arbete för hela hälso- och sjukvården och med målbild och strategier för ”Effektiv och nära vård 2030”. Det fick till följd att det fortsatta arbetet med primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård integrerades i arbetet med Effektiv och nära vård 2030.

Utredningsarbetet innehöll en djup genomgång av förutsättningarna för hälso- och sjukvården i regionen. Den innefattade kartläggning av befolkningsutveckling och hälsoläget i befolkningen, liksom av vårdbehov och vårdkonsumtion. Detta tillsammans med en beskrivning av Region Uppsalas hälso- och sjukvårdssystem, satt i en nationell och internationell jämförelse och utifrån aktuell vårdutbud, blev grunden för målbilden av en Effektiv och nära vård 2030.

I mars 2018 presenterades rapporten Effektiv och nära vård 2030 med underrubriken Ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion²⁶. Beslut om strategi och målbild togs redan månaden efter av regionstyrelsen. Detta följdes av arbete med att ta fram handlingsplaner.

²⁶ [https://www.regionuppsala.se/Global/LLK/H%c3%a4lso-%20och%20sjukv%c3%a5rdsavd/Effektiv%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%202030/Slutrapport%20Utredningen%20Effektiv%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%202030%202018-04-27%20\(1\).pdf](https://www.regionuppsala.se/Global/LLK/H%c3%a4lso-%20och%20sjukv%c3%a5rdsavd/Effektiv%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%202030/Slutrapport%20Utredningen%20Effektiv%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%202030%202018-04-27%20(1).pdf)

I augusti 2019 presenterades färdplanen, vägen mot en Effektiv och nära vård 2030, på följande sätt²⁷.

Omställningen har fyra målområden:

- Nära vård
- Effektiv
- Förebyggande och hälsofrämjande
- Samskapande

Målbilden har kort sammanfattats i fyra meningar.

En **nära vård** som bygger på kontinuitet och hög tillgänglighet. Vården är **effektiv** och utförs på rätt nivå med rätt kompetens. Utgångspunkten är ett **förebyggande och hälsofrämjande** arbete i samverkan med andra aktörer. Vården bygger på **samskapande** och tillit där patienter och anhöriga involveras som jämlika partners och experter i vården.

Strategierna för att nå målbilden är

- Förnyad vårdstruktur
- Hållbara ekonomiska förutsättningar
- Utvecklad styrning och uppföljning
- Kompetensförsörjning, nya arbetssätt och nya kompetenser
- Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling
- Digital infrastruktur
- Forskning för en god och nära vård
- Kommunikation
- Fastighetsutveckling

Skälen till att de behövs en omställning har sammanfattats i fem punkter och man beskriver också att vården av tradition är sjukhustung med fokus på akutvård och trauman. Framöver kommer den stora gruppen att vara de kroniskt sjuka och det är man inte riggade för i dag. Vården är inte van vid att möta kroniker över tid.

Det finns också stora hälsoskillnader mellan grupper i samhället där de skilda socioekonomiska villkoren anges som orsak. En ökad jämlikhet behövs också av rationella och ekonomiska skäl.

Välfärden kommer om tio år att behöva anställa all ny tillgänglig personal på hela arbetsmarknaden om man inte hittar nya sätt att lösa framtidens utmaningar inom välfärdssektorn.

De fem punkterna är:

- Regionens invånare blir allt fler och allt äldre vilket leder till ökande vårdbehov

²⁷ https://www.regionuppsala.se/Global/LLK/H%c3%a4lso-%20och%20sjukv%c3%a5rdsavd/Effektiv%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%202030/PPM%20Nul%c3%a4ge%20aug%202019_%20extran%c3%a4tet.pptx

- Den medicinska kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård är mycket bra men arbetssätt, organisation och struktur har inte utvecklats i samma takt. De är inte tillräckligt anpassade för att möta invånarnas behov
- Vi har en alltför sjukhustung sjukvård – vården behöver komma närmare invånarna och primärvården stärkas
- Invånarna förväntar sig en högre tillgänglighet och kontinuitet i vården än vad vi kan erbjuda idag
- Omvärlden ställer nya krav - vi behöver ta tillvara digitaliseringens möjligheter.

Man har också formulerat vad omställningen förväntas leda till och pekar då på att dagens patienter får ta ett för stort ansvar för att hålla ihop sin egen vård och man önskar att omställningen ska leda till att vården blir behovsstyrd, får ett bättre anseende och att människor får en förändrad syn på vården.

- Hälso- och sjukvård ska ges med hög kvalitet och patientsäkerhet utifrån invånarnas behov
- Fler ska ha tillit och förtroende för vården
- Vården är tillgänglig och nära
- En förändrad syn på hur vård bedrivs och hur invånare söker och får vård
- Vi ska underlätta patientens väg genom vården.

Omställningen förväntas ur patienters och invånares synvinkel innebära att:

- Du upplever att vården är lätt att hitta och att komma i kontakt med
- Du upplever dig trygg och väl omhändertagen i kontakt med vården
- Du upplever att vården är säker och av god kvalitet
- Den vård du behöver ofta ska finnas i din närhet
- För vård som behövs mer sällan kan du behöva åka lite längre
- Det ska bli möjligt för dig att i högre grad använda digitala tjänster
- Som patient ska du inte behöva känna av organisatoriska gränser.

Även hur omställningen förväntas påverka vårdens vardag beskrivs:

- Vi behöver utveckla nya arbetsformer och samverka över organisations- och specialitetsgränser för att skapa kontinuitet och trygghet för patienten
- Vi ska använda oss av digitala vårdformer som blir en naturlig del av arbetet
- Patienterna involveras och delaktigheten ökar
- Vi ska fortsätta utveckla personcentrerade arbetssätt
- Vi ska hjälpa patienterna rätt i vården.

Omställningsarbetet har hittills lett till att konkreta förslag lämnats och politiska beslut fattats om vårdstruktur och då om den nivå som kallas vårdcentrum och om strukturen för elektiv kirurgi för de närmaste tre åren. Även när det gäller psykisk hälsa för barn och unga har förslag varit föremål för politisk hantering och extra medel har tillskjutits för genomförandet.

Det är angeläget att förtydliga att den påbörjade omställningen och de olika delarna måste genomföras successivt under åren fram till 2030. Merparten av de utvecklingsprojekt och uppdrag som fanns med i utredningen och slutrapporten Effektiv och nära vård 2030 har startats upp eller befinner sig i planeringsstadiet. Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott (den politiska styrgruppen) fattar därför löpande beslut och uppdragsplanen för Effektiv och nära vård 2030 revideras vid behov.

Uppföljning och indikatorer

Uppföljning sker regelbundet i form av olika återrapporteringar, bland annat samlar programledaren alla strategiansvariga för nulägesrapportering och diskussion var tredje vecka. Regelbunden rapportering sker också till delar av koncernledningsgruppen samt till den politiska styrgruppen.

Omställningen följs via två uppdrag i Regionplan och Budget för 2019 och uppdragen är:

Regionkontoret ska tillsammans med vårdförvaltningarna utveckla och fördjupa samverkan utifrån mål och inriktning i länets strategi för närvårdssamverkan och utifrån En effektiv och nära vård 2030.

Regionkontoret ska i samarbete med berörda förvaltningar påbörja arbetet med att ställa om till en nära och effektiv vård som ett led i arbetet med att prioritera resurser till förmån för nära vård och primärvård.

Uppföljning finns idag som ett område som programkansliet för Effektiv och nära vård 2030 kommer att jobba med under första delen av 2020.

Beskrivningar av mått och indikatorer

Under det här avsnittet ges en mer detaljerad beskrivning av de mått och indikatorer som inventerats fram i arbetet. Det är dels sådana som finns tillgängliga och där utfallen publiceras med regelbundenhet. Det är dels utvecklingsindikatorer, sådana där datainsamling, beräkningar och form för presentation behöver tas fram.

Här beskrivs också vilka urval som är möjliga att göra, exempelvis avseende kön, ålder och hemkommun. Inte minst viktigt är en könsuppdelad statistik då det är en förutsättning för att synliggöra strukturella mönster och könsskillnader mellan kvinnor och män.

Rörelse från slutet mot öppen vård

Utvecklingen mot Nära vård ska leda till en förflyttning eller åtminstone rörelse från en reaktiv sjukhustung vård mot en mer proaktiv vård nära patienter och brukare. Förskjutningen i resursutnyttjande följs lämpligen med förändringar i konsumtionen av slutet vård.

Indikatorerna avser att ur ett generellt perspektiv belysa en rörelse mot mindre användning av slutet vård som vårdform för att tillgodose människors behov av hälso- och sjukvård.

Att med olika deskriptiva mått följa och analysera den rörelse mot mer öppen vård som pågår är självklart intressant i sammanhanget. En svaghet är att vi idag saknar bra möjligheter att följa vad rörelsen får för resultat i den andra vågskålen, den öppna vården och framför allt då för primärvården och för kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Grundmått är:

Antal vårdtillfällen

Vårdtid i dagar

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS Statistikdatabas
Historiska data	Ja, från 2001
Möjliga urval	Kön, ålder, region, sjukhus
Period	År
Utfall visualiseras	Vården i siffror

Källor	SoS Patientregister, även SKR:s Vårdtillfällesdatabas
Behovsgrupp	Generell

Måtten belyser dimensionen resursutnyttjande på makro- och mesonivå.

Med dessa kan flera olika mått beräknas och med komplettering av befolkningsuppgifter kan även åldersfördelning och olika nyckeltal skapas, som exempelvis:

Antal vårdtillfällen per invånare och år

Vårdtid i dagar per 100 000 invånare

Medelvårdtid per vårdtillfälle

Medelvårdtid per patient

Andel vårdtillfällen per invånare 80 år och äldre

Data över överbeläggningar och utlokaliserade patienter samlas månadsvis in till SKR som en del av uppföljningen av patientsäkerheten. Där ingår också disponibla vårdplatser som är ett användbart mått i det här sammanhanget.

Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Måttet och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Väntetider i vården
Historiska data	Ja, från 2008
Möjliga urval	Region, sjukhus
Period	År, i grunddata per månad
Utfall visualiseras	Vården i siffror, Kolada
Källor	Väntetider i vården
Behovsgrupp	Generell

Måtten belyser dimensionen resursutnyttjande på makro- och mesonivå

Konsumtion av slutna vård av patienter med kroniska sjukdomar

Kroniska sjukdomar medför oftast behandlingar som inte har ett slut, utan är en livslång process. Målet är inte att bota, utan att undvika en försämring i livskvaliteten eller ett läge som kräver sjukhusvård.

Indikatorn avser att belysa en rörelse mot mindre användning av sluten vård och bättre vårdresultat för specifika kroniska sjukdomstillstånd. Indirekt belyses den Nära vårdens förmåga till optimalt omhändertagande av patienter med dessa diagnoser.

Antalet slutenvårdstillfällen kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. De kroniska sjukdomstillstånd där patienterna har mest sluten vård är hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). De kan behandlas effektivt i primärvården eller vid behov i öppen specialiserad vård och med preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling, rehabilitering med mera kan många inskrivningar i sluten vård undvikas.

Generellt sett vårdas män i högre utsträckning i sluten vård än kvinnor med de diagnoser som ingår i måttet. Antalet slutenvårdstillfällen har minskat vid samtliga sjukdomar över tid, dock inte i lika stor utsträckning för hjärtsvikt.

Undvikbar (påverkbar) slutenvård vid kronisk sjukdom – Hjärtsvikt, Astma, KOL eller diabetes per 100 000 invånare

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS Statistikdatabas
Historiska data	Ja, från 2008
Möjliga urval	Kön, region, sjukhus
Period	År, åldersstandardiserade värden
Utfall visualiseras	Värden i siffror
Källor	SoS Patientregister
Behovsgrupp	Personer med kronisk sjukdom

Måttet belyser dimensionen resursutnyttjande på makro- och mesonivå.

Rörelse från sluten vård till öppen vård avseende patienter med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Äldrecentrum har sedan länge använt konsumtion av sluten vård som kriterium för att identifiera multisjuka patienter. Då har multisjuk definierats som den som under en tolv månadersperiod har vårdats tre eller fler gånger inom sluten sjukhusvård samt under denna tidsperiod haft diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper. I det här sammanhanget används begreppet multisjuk i vidare mening och enligt de beskrivningar som tagits fram av LHC och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Multisjuka gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är illa rustad för att

hantera denna svåra grupp som gynnas av kontinuitet, teamarbete och nätverksorienterad sjukvård.

Indikatorerna avser att belysa en rörelse mot mindre användning av slutenvård och bättre vårdresultat för personer med omfattande och komplexa behov. Indirekt belyses den Nära vårdens förmåga att hitta sådana individuella lösningar.

Andel personer med 3 eller fler oplanerade vårdtillfällen de senaste 12 månaderna

Idag görs ingen nationell sammanställning och redovisning. Data finns i patientregistret och måttet kan därför lätt beräknas och visualiseras. Där finns heltäckande data från 1987 och framåt. Data finns och även till del i den Vårdtillfällesdatabas som regionerna gemensamt håller och som administreras av SKR.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS Statistikdatabas
Historiska data	Ja, från 2000
Möjliga urval	Kön, ålder, region, sjukhus, medicinskt verksamhetsområde
Period	År
Utfall visualiseras	Nej
Källor	SoS Patientregister, även SKR:s Vårdtillfällesdatabas
Behovsgrupp	Multisjuka

Indikatorn belyser dimensionen resursutnyttjande på makro- och mesonivå.

Palliativ vård innebär att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada.

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Mått som mäter detta finns i olika varianter internationellt. Denna indikator avser att följa inskrivningsfrekvenserna för patienter i livets slutskede.

Det finns ingen målnivå och bedömningar måste naturligtvis göras från fall till fall, men att studera variationerna mellan regioner och eventuella skillnader mellan år kan påvisa behov av att vidare kartlägga till exempel praxisskillnader avseende avancerad sjukvård i hemmet.

Indikatorn visar andelen döda med två eller flera inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet. Som ny inskrivning räknas de inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller klinik, då indikatorn inte syftar till att mäta omfattningen av transfereringar.

Återkommande slutenvård i livets slutskede

Andel patienter med två eller flera inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Nej
Historiska data	Ja, från 2000
Möjliga urval	Kön, region, sjukhus
Period	År
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS Patientregister och dödsorsaksregister
Behovsgrupp	Multisjuka

Indikatorn belyser vårdresultat och resursutnyttjande på makro- och mesonivåerna.

Den baseras på en samkörning mellan patientregistret och dödsorsaksregistret och kan redovisas på både nationell nivå och länsnivå.

Vårdkonsumtion i livets slutskede generellt är intressant att följa men görs förmodligen bäst i form av avgränsade fördjupade analyser.

För att generellt följa resursutnyttjandet även inom de kommunala huvudmannorganisationerna så finns data tillgängliga för att kunna följa följande deskriptiva mått.

Andel personer som avlider på sjukhus

Andel personer som avlider i särskilt boende

Andel personer som avlider i privat bostad

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Nej
Historiska data	Ja, från 2003, relativt högt bortfall
Period	År
Utfall visualiseras	Nej
Källor	SoS Dödsorsaksregistret
Behovsgrupp	Generell

Måtten beskriver resursutnyttjande och i någon mån vårdresultat på makro- och mesonivå för regionerna och de kommunala huvudmannorganisationerna.

På samma sätt som när det gäller konsumtion av slutenvård så är det intressant att följa deskriptiva data över användningen av kommunala insatser.

Socialstyrelsens statistikdatabas för äldreomsorg publicerar uppgifter om detta sedan 2014.

Andel personer 65 år och äldre som bor permanent i särskilt boende

Andel personer 65 år och äldre som har beslut om korttidsvård/korttidsboende eller hemtjänst

Andel personer 65 år och äldre som har beslut om hemtjänst

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS Statistikdatabas
Historiska data	Ja, från 2014 och för perioden 2007 - 2012
Möjliga urval	Kön, ålder, län, kommun
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Nej
Källor	SoS Statistikdatabas för äldreomsorg
Behovsgrupp	Generell

Måtten beskriver resursutnyttjande på makro- och mesonivå för de kommunala huvudmannorganisationerna.

Socialstyrelsen samlar årligen in uppgifter från kommunerna om den kommunala hälso- och sjukvården och publicerar det i rapportform²⁸. Med det avses hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvar 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. Kommunerna i Stockholms län (förutom Norrtälje) har inget sådant avtal.

Andel personer 65 år som någon gång under året var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, rapport hos SoS Statistikdatabas
Historiska data	Ja, sedan 2007
Visade urval	Kön, ålder, kommun
Period	År och månad

²⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-21.pdf>

Utfall visualiseras	I rapport i pdf-format och i excellfil ²⁹
Källor	SoS Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver resursutnyttjande på makro- och mesonivå för de kommunala huvudmannorganisationerna.

Rörelse från sluten vård till öppen vård - ekonomi

Indikatorerna avser att ur ett generellt perspektiv belysa en rörelse mot att investera i vård utanför sjukhus och förmågan att använda investerade resurser för att minska slutenvårdsanvändningen. Att mäta fördelning av kostnader och fördelning av resurser kan vara ett sätt att följa den politiska ambitionen för att stärka primärvården över tid. Erfarenheten är ofta den att man gör fördelningar i budget som senare grusas av en verklighet med underskott i den specialiserade vården.

Nettokostnad per invånare för specialiserad somatisk vård exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen

Nettokostnad per invånare för specialiserad psykiatrisk vård exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen

Nettokostnad per invånare för primärvård exklusive hemsjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården i siffror
Historiska data	Ja, från 2010
Period	År
Utfall visualiseras	Vården i siffror, Kolada
Källor	SCB och SKR
Behovsgrupp	Generell

Måtten beskriver resursutnyttjande på makro- och mesonivå för regionerna.

²⁹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-21-tabeller.xls>

Fördelning av ekonomiska resurser till specialiserad vård och primärvård (utvecklingsindikator)

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Nej, finns i respektive regions budget
Historiska data	Ja
Period	År
Utfall visualiseras	Nej
Källor	Regioners budgetar
Behovsgrupp	Generell

Rörelse från reaktiv mot proaktiv vård

Runt 75 % av alla inskrivningar i slutenvård sker oplanerat. Omställningen mot en Nära vård förväntas leda till att allt fler patienter kan få sina vårdbehov tillgodosedda utan att behöva skrivas in för slutenvård på sjukhus och när det behövs sker det planerat.

Indikatorn avser att belysa den Nära vårdens förmåga att proaktivt kunna tillgodose vårdbehov så att akut eller oplanerad slutenvård behövs i mindre omfattning.

Andel planerade och oplanerade vårdtillfällen

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Nej
Historiska data	Ja
Möjliga urval	Kön, ålder, region, kommun
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Nej
Källor	SoS Patientregister, SKR:s vårdtillfällesdatabas
Behovsgrupp	Generell

Måtten beskriver resursutnyttjande och i någon mån vårdresultat på makro- och mesonivå för regionerna.

Uppgifter för akutbesök och väntetider i specialiserad öppenvård började samlas in till Socialstyrelsens patientregister 2015. Syftet med insamlingen är att följa akutvårdens tillgänglighet över tid och kunna jämföra skillnader i väntetider mellan olika vårdgivare. Detta mått speglar dock enbart befolkningens utnyttjande av akutmottagningar, inte väntetider på akutmottagningen.

Det är enbart statistik över besök på sjukhusbundna akutmottagningar med två, eller fler, samlokaliserade somatiska specialiteter som ingår. Statistiken påverkas således av olikheter i hur dessa mottagningar är organiserade i regionerna, men även exempelvis av hur vården i övrigt är organiserad och av befolkningen sammansättningen.

Besök av patienter som är 18 år eller yngre har exkluderats från statistiken. Detta beror på att organiseringen av akutsjukvården för barn och unga varierar vid olika sjukhus och i regionerna. Vid vissa sjukhus tas barn emot på flerspecialistakuterna medan de vid andra sjukhus tas emot på akutmottagningar med endast en somatisk specialitet ("barnakuter" exempelvis). Därför går det inte att jämföra statistik mellan olika sjukhus och regioner om barns besök inkluderas.

När det gäller yngre personer, ofta med enklare åkommor, finns bilder av att man söker akutmottagningen på grund av dess tillgänglighet dygnet runt och på grund av att det är en mottagning på ett sjukhus och därmed har högre status. En utvecklad Nära vård borde leda till lägre behov/efterfrågan av vård på akutmottagning. Indikatorn belyser utvecklingen av antal besök på akutmottagningen för individer 19 år eller äldre. Indirekt belyses den Nära vårdens förmåga att vara snabbt tillgänglig för vårdkontakter där snabbt omhändertagande efterfrågas.

Besök på akutmottagning för personer 19 år och äldre per 1 000 invånare

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS Statistikdatabas
Historiska data	Ja, från 2015
Möjliga urval	Kön, ålder, region, sjukhus
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS Patientregister
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver resursutnyttjande och i någon mån vårdresultat på makro- och mesonivå för regionerna.

Akutmottagningen är ingången till så gott som all oplanerad slutenvård. För gruppen 80 år eller äldre skrivs i genomsnitt i Sverige 53 % av de som besöker en akutmottagning in för slutenvård. Det finns bilder av att många av dem hamnar på akuten för att det saknas alternativ, för att den övriga öppna vårdens tillgänglighet är för dålig eller av att den är för dåligt samordnad. När patienten väl är inne på akutmottagningen är möjligheterna att hitta andra lösningar än inskrivning i slutenvård begränsade.

Indikatorn visar utvecklingen av antal besök på akutmottagningen för individer 80 år eller äldre. Indirekt belyses den Nära vårdens förmåga att ha ett proaktivt arbetssätt och att kunna samordna vård och omsorg så att behov av insatser på akutmottagning och i förlängningen slutna vård kan undvikas.

Besök på akutmottagning för personer 80 år och äldre per 1 000 invånare

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS Statistikdatabas
Historiska data	Ja, från 2015
Möjliga urval	Kön, ålder, region, sjukhus
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS Patientregister
Behovsgrupp	Generell

Måtten beskriver resursutnyttjande och i någon mån vårdresultat på makro- och mesonivå för regionerna.

På samma sätt som när det gäller slutenvård så skulle det vara av värde att parallellt följa utvecklingen av vårdkontakter som är att se som alternativ till akutmottagningen, närakuter, jourmottagningar, videobesök och liknande. Idag finns ingen möjlighet att göra det på ett standardiserat och systematiskt sätt.

Vårdkontakter som är alternativ till besök på akutmottagning (utvecklingsindikator)

I begreppet proaktivitet ligger också att hälso- och sjukvården, och då framför allt primärvården, inte bara inväntar att patienterna själva ska adressera vården med sina behov utan också att vården tar kontakt med sina patienter och då särskilt dem som har olika riskfaktorer och kroniska sjukdomar och står under dess behandling och uppföljning.

I ett sådant sammanhang blir det viktigt att utveckla och använda olika verktyg som stöder primärvårdens professioner i att ha överblick över sina riskpatienter och som ger ett stöd som leder till att dessa får en systematisk och regelbunden uppföljning, både utifrån generella riktlinjer och utifrån den enskilde patientens individuella behov.

PrimärvårdsKvalitet är ett sådant verktyg och är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Det ger stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete. Vårdcentraler som använder PrimärvårdsKvalitet kan se alla uppgifter om sin egen verksamhet och följa upp vården av enskilda patienter. Som referens visas genomsnittsvärden från hela landet.

Andel vårdcentraler som använder PrimärvårdsKvalitet

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, rapport på SKR:s hemsida
Historiska data	Inte aktuellt
Period	År och månad
Utfall visualiseras	PDF på hemsidan
Källor	SKR:s hemsida för PrimärvårdsKvalitet
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver förutsättningar i struktur och processer för proaktivt arbetssätt.

Rörelse mot bästa effektiva omhändertagandenivå

Helst borde vi kunna påvisa att det finns en generell rörelse från specialiserad vård mot Nära vård och primärvård, alltså även från den öppna specialiserade vården. För dagen har projektet inga bra idéer om hur.

Det finns också en generell rörelse driven av den medicinska utvecklingen som ger en ständigt pågående förskjutning neråt i vårdnivåerna som kommer att grumla bilden.

Kanske det är det fenomenet som borde belysas i deskriptiva termer. Där blir den stora utmaningen att belysa rörelsens påverkan på den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det borde vara ett område för fördjupade tematiska studier där individers samlade konsumtion av hälso- och sjukvård och socialtjänst kartläggs. Med det som grund skulle indikatorer kunna pekas ut och de skulle också aggregerade kunna publiceras av Socialstyrelsen som har tillgång till data från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Rörelse mot bättre samverkan för en mer sammanhållen vård och omsorg

Remissflödena borde vara intressanta att följa för att få en bild av hur samverkan sker inom regionernas hälso- och sjukvård.

Området har säkert också en stor potential för förbättringar. Remissens funktion som underlag för konsultation primärvård – specialiserad vård och vice versa är ett område som säkert kan utvecklas.

Data finns till viss del, bland annat när det gäller de standardiserade vårdförloppen inom cancervården och även i övrig specialiserad vård och skulle vara möjliga att kunna publicera med mindre kompletteringar av nuvarande rapportering.

I samband med den för primärvård utökade vårdgarantins införande är nu indibaserade data över väntetider på väg att rapporteras från alla regioner. I dagsläget finns data från alla regioner och här kommer nya möjligheter till uppföljning att uppstå.

För makro- och mesonivåerna är det följande mått som borde börja följas:

Antal remitteringar från primärvård till specialiserad vård per 100 000 invånare (Utvecklingsindikator)

Andel remitteringar från primärvård som leder till vårdkontakt i specialiserad vård (Utvecklingsindikator)

Andel remitteringar från primärvård till specialiserad vård som direkt besvaras (Utvecklingsindikator)

Antal egen vårdbegäran till specialiserad vård per 100 000 invånare (Utvecklingsindikator)

Andel av egen vårdbegäran som leder till vårdkontakt i specialiserad vård (Utvecklingsindikator)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beräknar att cirka en miljon personer har flera parallella behov och har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Av alla utskrivna under år 2014 hade 53 763 personer fortsatt behov av både kommunal hälso- och sjukvård och omsorg (knappt 5 %).

På Väntetider i vården redovisas tre grafer som avser att beskriva effekter av och följsamhet till den lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 1 januari 2017. Att följa utvecklingen på det här området ger en bra proxy för utvecklingen inom en viktig del av det som ingår i omställningen mot Nära vård.

Den första indikatorn avser att kvantifiera problemet med utskrivningsklara patienter räknat i tid och då vårdtiden de utskrivningsklara patienterna i genomsnitt är utskrivningsklara men kvar på sjukhus. Där divideras alltså summan vårdtid som utskrivningsklar för alla patienter som skrivits ut under den aktuella perioden med antalet vårdtillfällen där patienter varit utskrivningsklar en dag eller mer. Vårdtid som utskrivningsklar beräknas enligt formeln utskrivningsdatum minus utskrivningsklardatum.

Utskrivningsklara patienter i somatisk slutenvård, vårdtid i genomsnitt

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Väntetider i vården
Historiska data	Ja, från 2014
Möjliga urval	Län, kommun
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Väntetider i vården och Vården i siffror
Källor	SKR:s Vårdtillfällesdatabas
Behovsgrupp	Komplexa och multisjuka patienter

Måttet beskriver vårdresultat och i någon mån resursutnyttjande på makro- och mesonivå för regionerna.

Ett annat sätt att kvantifiera problemet med utskrivningsklara patienter är att räkna fram hur många vårdplatser de belägger i genomsnitt under mätperioden.

Där divideras alltså summan vårdtid som utskrivningsklar med antalet kalenderdagar i mätperioden, vilket ger genomsnittet för vårdplatser som dessa patienter belagt. Det beräknas som en andel genom att divideras med antalet disponibla vårdplatser under samma period.

Utskrivningsklara patienter i somatisk slutenvård, belagda vårdplatser

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Väntetider i vården
Historiska data	Ja, från 2017
Möjliga urval	Län, kommun
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Väntetider i vården och Vården i siffror
Källor	SKR:s Vårdtillfällesdatabas
Behovsgrupp	Komplexa och multisjuka patienter

Måttet beskriver vårdresultat och i någon mån resursutnyttjande på makro- och mesonivå för regionerna och också för de kommunala huvudmännen.

Ett annat mått som även det kvantifierar problemet med utskrivningsklara är summan vårdtid som utskrivningsklar för patienter utskrivna under mätperioden. Räknat per 1 000 invånare ger det jämförbarhet mellan och inom län.

Utskrivningsklara patienter i slutenvård, vårdtid som utskrivningsklar per 1 000 invånare

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården i siffror
Historiska data	Ja, från 2014
Möjliga urval	Län, kommun
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SKR:s Vårdtillfällesdatabas
Behovsgrupp	Komplexa och multisjuka patienter

Måttet beskriver vårdresultat och i någon mån resursutnyttjande på makro- och mesonivå för regionerna och också för de kommunala huvudmännen.

Lag 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård föreskriver att "Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Ansvar för att planeringen kommer till stånd och berörda kallas ligger på patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården".

Idag sker ingen nationell uppföljning av detta. De system som används runt om i landet ger alla en sådan möjlighet. Planering finns därför att påbörja insamling och publicering av data för detta.

Vårdtillfällen i somatisk slutenvård som leder till en samordnad individuell planering (Utvecklingsindikator)

Samma lagstiftning reglerar också den slutna vårdens skyldighet att underrätta berörda enheter om den behandlande läkaren i samband med inskrivningen bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller regionens öppna vård efter det att patienten har skrivits ut. Ett sådant meddelande kallas inskrivningsmeddelande och ska innehålla patientens personuppgifter och uppgift om när patientens bedöms vara klar att skrivas ut.

En indikator som mäter andelen vårdtillfällen där ett inskrivningsmeddelande skickats är i sig värdefullt att följa över tid för att se hur den nya lagstiftningen tillämpas. Den ger också en bild av skillnader mellan och inom län i rutiner och praxis för den bedömning av fortsatta behov som ska göras i samband med inskrivning i slutet vård. Sådana skillnader kan till viss del härledas till olikheter i patientmix, men sannolikt har det liten påverkan.

Den ger också möjlighet att värdera och analysera skillnader i indikatorn ”Vårdtid som utskrivningsklar”. Den initiala bedömningen av en nyinskriven patients behov av insatser efter utskrivning kommer att ha betydelse för i vilka former planeringen inför utskrivning sker. Det i sin tur har betydelse för i vilken grad patienter kan skrivas ut när de är utskrivningsklara.

Andel vårdtillfällen med inskrivningsmeddelande (Utvecklingsindikator)

Ett av de explicita målen med lagen om samverkan vid utskrivning har från lagstiftarens sida varit att patienter inte onödigtvis ska vara inskrivna på sjukhus. Den process lagen föreskriver i samband med utskrivning förutsätts leda till att de patienter som blir förklarade utskrivningsklara men inte kan skrivas ut blir färre och att de patienter som ändå blir kvar som utskrivningsklara, ska kunna komma ut från sjukhuset efter allt färre dagar som utskrivningsklara.

Många har uttryckt oro för att det ska leda till att patienter skrivs ut för tidigt, att de inte är tillräckligt förberedda eller i tillräckligt gott skick för att återgå till sitt ordinarie boende. Man har då också varnat för att patienter i ökad utsträckning tvingas till att åter söka akutsjukvård och att bli återinskrivna i slutenvård. Indikatorn oplanerade återinskrivningar är väl använd såväl internationellt som i Sverige. Den har exempelvis används för att fördela statliga prestationsbaserade stimulansmedel till kommuner och regioner i samband med satsningen mot de mest sjuka äldre för snart 10 år sedan.

I det här sammanhanget används den för att följa eventuella oönskade effekter av tidigarelagda utskrivningar från slutenvård. Indikatorn belyser också utskrivning från slutenvård där uppföljning och fortsatt omhändertagande inte är tillräckligt samordnat.

Oplanerade återinskrivningar i slutenvård inom 1 - 30 dagar

Andel under mätperioden avslutade vårdtillfällen där patienten oplanerat återinskrivits 1 – 30 dagar efter att ha skrivits ut från ett tidigare vårdtillfälle.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården i siffror
Historiska data	Ja, från 2010
Möjliga urval	Kön, region, sjukhus
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SKR:s Vårdtillfällesdatabas
Behovsgrupp	Komplexa och multisjuka patienter

Måttet beskriver vårdresultat och i någon mån resursutnyttjande på makro- och mesonivå för regionerna och också för de kommunala huvudmännen.

Den kan också göras mer specifik genom att tidsperioden mellan det primära vårdtillfället och återinskrivningen kortas från det idag vanliga 30 dagar till exempelvis 7 dagar.

Indikatorn finns också i ett antal varianter mer avgränsade till diagnos- och behovsgrupper. Ett sådant exempel riktas då specifikt mot gruppen komplexa (multisjuka patienter) och benämns.

Oplanerad återinskrivning inom 1 – 30 dagar – mest sjuka äldre

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården i siffror
Historiska data	Ja, från 2010
Möjliga urval	Kön, region, sjukhus
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS patientregister
Behovsgrupp	Komplexa och multisjuka patienter

Måttet beskriver vårdresultat och i någon mån resursutnyttjande på makro- och mesonivå för regionerna och också för de kommunala huvudmännen.

Indikatorn avser att belysa alltför tidig utskrivning från slutna vård och utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande inte är tillräckligt samordnat.

Rörelse mot högre grad av personcentrering och medskapande i vård och omsorg

En bärande idé i Nära vård-begreppet är att involvera patienten, skapa delaktighet och partnerskap. I det sammanhanget finns ett antal begrepp och verktyg som kan följas.

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Som tidigare nämnts ska en fast vårdkontakt utses om patient som skrivs in i slutna vård bedöms behöva insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller regionens öppna vård efter det att patienten har skrivits ut.

Alla som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan få en samordnad individuell plan, om det behövs en plan för att behoven ska kunna tillgodoses.

Patientkontrakt är ett nytt koncept som ska ge bättre samordning mellan olika vårdgivare och större delaktighet för patienterna. Patientkontraktet ska skapa förutsättningar för att relationen mellan patienten och vården bygger på samskapande och gemensamt ansvar. Patientkontraktet är inget juridiskt kontrakt utan bör ses som ett kultur- och strukturarbete som ska bidra till bättre delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan.

Patientkontraktet handlar om att i varje möte mellan individen och vården söka, stärka och ta tillvara individens egen förmåga och vilja utifrån vad som är viktigt för den personen. Konceptet består av fyra delar, baserade på gemensam värdegrund och gemensamt ansvar:

- Överenskommelse
- Fast vårdkontakt
- Överenskommen tid
- Sammanhållen plan

Exempel på indikatorer som skulle kunna börja följas nationellt:

Andel patienter med utsedd fast vårdkontakt i primärvård (Utvecklingsindikator)

Andel patienter med fast läkarkontakt i primärvården (Utvecklingsindikator)

Andel personer med SIP (Utvecklingsindikator)

Andel personer med SIP som följts upp (Utvecklingsindikator)

Kontinuitet (Utvecklingsindikator)

Rimligen innehåller de patientadministrativa delarna av informationssystemen i primärvården uppgifter om fast vårdkontakt som går att extrahera. Andel personer med SIP och andel personer med SIP som följts upp ingår i PrimärvårdsKvalitet. Kontinuitetsindex finns också för olika behovsgrupper i PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet främsta syfte är dock att stödja kvalitetsutveckling på vårdcentralsnivå, men indikatorerna är användbara på såväl regional som nationell nivå. Utfall visas idag också på Vården i siffror, men är i nuläget inte heltäckande.

Rörelse mot bättre psykisk hälsa i befolkningen

Varje år avlider ungefär 1 600 personer som följd av självmord eller vid dödsfall där uppsåtet är oklart. Det motsvarar cirka 1,8 procent av alla drygt 90 000 dödsfall under ett år. Indikatorn visar antalet dödsfall i relationen till hela befolkningen.

Själv mord i befolkningen

Andel självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare.
Ålderstandardisera värden på länsnivå.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården i siffror
Historiska data	Ja, från 2000
Möjliga urval	Kön, region
Period	År
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS dödsorsaksregistret
Behovsgrupp	Komplexa och multisjuka patienter

Måttet beskriver förutsättningar och utmaningar för vården men också vårdresultat på makro- och mesonivå.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är en av de indikatorer som Folkhälsomyndigheten valt för att mäta folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Tillsammans med övriga indikatorer ger den en uppfattning om hur befolkningen i Sverige mår. Indikatorn uppdateras vartannat år.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

Vid mätning används frågeinstrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire). Frågorna avser att indikera psykiskt välbefinnande och mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. Instrumentet är fokuserat på avbrott i den ”normala” funktionen snarare än livslång karaktäristika. GHQ är utformat för att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina ”normala” funktioner och uppkomsten av nya fenomen av ”distressing” karaktär.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Folkhälsomyndigheten
Historiska data	Ja, från 2006
Möjliga urval	Kön, län, kommun
Period	År
Utfall visualiseras	Folkhälsomyndigheten
Källor	Nationella folkhälsoenkäten
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver förutsättningar och utmaningar för vården på makronivå.

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en väl fungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan påverka inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården.

Indikatorn visar antal personer, 20–59 år, som någon gång från 2007 slutenvårdats med en psykiatrisk diagnos och haft minst ett somatiskt slutenvårdstillfälle med någon av de ingående diagnoserna.

Den högre andelen undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykisk ohälsa kan till exempel bero på att sjukdomen upptäcks sent i förloppet, att behandlingen inte alls sker eller tar längre tid och att patienterna är sämre på att följa ordinationer. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av riskfaktorer av livsstilskaraktär. Generellt har fler män undvikbara vårdtillfällen. Detta beror troligen på att fler män drabbas av några av de stora sjukdomstillstånd som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i öppen vård.

Personer med en allvarlig psykisk störning kan också ha svårt att sköta viss somatisk behandling i öppen somatisk vård, vilket kan göra att patienten vårdas inskrivna i slutenvården. Skälen till att patienter med psykiatrisk diagnos i högre utsträckning vårdas i slutenvård i enlighet med indikatorn bör studeras närmare.

Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter. Avser personer 20–59 år med tidigare psykiatrisk vård.

Åldersstandardiserade värden.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården siffror
Historiska data	Ja, från 2007
Möjliga urval	Kön, region
Period	År
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS patientregister
Behovsgrupp	Kronisk sjuka och multisjuka

Måttet beskriver vårdresultat på makro- och mesonivå.

Generellt sett så avvisas en betydligt större andel av primärvårdens remisser till den specialiserade psykiatriska vården än till den specialiserade somatiska vården. Indikatorn avser att belysa samverkan mellan den Nära vården och den För makro- och mesonivåerna är det följande mått som borde börja följas:

Andel remitteringar som lett till vårdkontakt i vuxenpsykiatrisk vård (Utvecklingsindikator)

Rörelse mot ökad tillgänglighet

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har lämnat förslag om att primärvården ska kunna ta emot patienter med brådskande behov klockan 7.00 till 22.00.

Öppettider inom Nära vård för patienter med brådskande behov (Utvecklingsindikator) specialiserade psykiatriska vården

Samma dag som man söker hjälp för ett hälsoproblem ska man få kontakt med primärvården, till exempel vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen. Det kan ske via telefon eller genom besök.

Tillgängligheten till primärvård har hittills mätts som telefontillgängligheten under en månad höst och vår och då utifrån att alla som ringer ska få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag enligt den nationella vårdgarantin.

Indikatorn har nu formulerats om men mäts fortsatt på samma sätt och då av de vårdcentraler som har datoriserade telefonisystem.

Andel patienter som får kontakt med primärvården samma dag som patienten tar kontakt

Det totala antalet telefonsamtal och hur stor andel av dessa som besvarades samma dag mäts under en månad två gånger per år.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Väntetider i vården
Historiska data	Ja, från 2009
Möjliga urval	Region, vårdcentral
Period	År – höst eller vår
Utfall visualiseras	Väntetider i vården
Källor	Väntetider i vården
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver vårdresultat på makro-, meso- och mikronivå.

Den nya förstärkta vårdgarantin för primärvården beskriver att en person som kontakter primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

Data publiceras och uppdateras kontinuerligt utifrån hur respektive region rapporterar sin tillgänglighet.

Andel patienter som får medicinsk bedömning av legitimerad personal i primärvården inom 3 dagar

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Väntetider i vården
Historiska data	Ja, från januari 2019
Möjliga urval	Kön, region, vårdcentral, yrkesgrupp, besöksform,
Period	År och månad
Utfall visualiseras	Väntetider i vården
Källor	Väntetider i vården
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver vårdresultat på makro-, meso- och mikronivå.

1177 Vårdguidens e-tjänster möjliggör digital kommunikation mellan vårdgivare och invånare på ett säkert sätt. Tjänsterna är kostnadsfria och kan ses som ett komplement till andra sätt att komma i kontakt med vården. Genom att logga in på 1177 Vårdguidens e-tjänster kan invånare i hela landet utföra sina vårdärenden på tider som passar dem själva samt läsa personlig information om sin vård på ett säkert sätt.

Webbplats och telefon finns tillgänglig dygnet runt och kan därför vara ett komplement till ett personligt möte.

Här listas ett antal tänkbara indikatorer att följa. Flertalet av dem finns redan redovisade i Excelformat månadsvis på Ineras hemsida.

Tillgänglighet till 1177 Vårdguiden på telefon (Utvecklingsindikator) Besök på 1177 Vårdguiden (Utvecklingsindikator)

Användningen av meddelandetjänsten för kommunikation patienter – vårdutförare via 1177 Vårdguiden (Utvecklingsindikator)

Användning av e-tjänster för överföring av mätvärden mm från patienter i hemmet till vården (Utvecklingsindikator)

Andelar av olika kontaktformer, mottagningsbesök, telefon, video, meddelandetjänst ur vårdens perspektiv (Utvecklingsindikator)

E-tjänster att använda för kommunikationspatienter – vården utanför 1177 exempelvis nätdoktorerna (Utvecklingsindikator)

Rörelse mot mer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Antalet dödsfall per 100 000 invånare under 80 år och som kan påverkas av sjukvårdens olika insatser genom exempelvis tidig upptäckt och behandling kan användas för att beskriva hälso- och sjukvårdens förmåga att arbeta sjukdomsförebyggande.

Indikatorn finns med i de urval av indikatorer som Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys nyligen redovisat utifrån sina respektive uppdrag för regeringen. Justering görs för variationer i åldersstrukturen mellan regioner.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Exempel på diagnoser som ingår i indikatorn är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Den största andelen dödsfall sker i stroke och i diabetes, och för kvinnor även cancer i livmoderhalsen.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården i siffror
Historiska data	Ja från 2000
Möjliga urval	Kön, region, sjukhus
Period	Rullande 4 år
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS Dödsorsaksregister
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver vårdresultat på makro-, meso- och mikronivå.

Årligen drabbas närmare 19 000 personer av höftfraktur (2014). Kvinnor utgör 65–70 procent. Närmare hälften av patienterna är över 85 år. Antalet drabbade har minskat sedan år 2000, trots en ökande och äldre befolkning. Patienter med höftfrakturer tillhör de mest vård- och resurskrävande grupperna inom sjukvården och svarade 2014 för 2,7 procent av all vårdtid i slutenvård.

De förebyggande insatserna är mycket viktiga för att förhindra höftfrakturer, både en första höftfraktur och nya frakturer hos patienter som redan brutit sig. Det förebyggande arbetet består i att förebygga, diagnostisera och behandla osteoporos, samt att motverka fallolyckor och minska skaderisken vid dessa. Fysisk aktivitet, utevistelse och allsidig kost är viktigt.

Förekomst av höftfraktur

Indikatorn visar antalet personer 50 år och äldre som slutenvårdats för höftfraktur under mätperioden, per 100 000 invånare. Uppgifterna är inte åldersstandardiserade, utan olika åldersstrukturer i regionerna bidrar till skillnaderna mellan dem.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS statistikdatabas
Historiska data	Ja från 1998
Möjliga urval	Kön, region, sjukhus
Period	År
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	SoS Patientregistret
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver vårdresultat på makro- och mesonivå.

Fallolyckor är idag den vanligaste skadeorsaken i Sverige och utgör i synnerhet bland äldre ett omfattande folkhälsoproblem. Två tredjedelar av de som avlider till följd av fall är 65 år eller äldre, liksom hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av skada. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av lidande och försämrad livskvalitet som rörelsesvårigheter, isolering och ökat beroende av andra. Många fallolyckor resulterar i höftfrakturer.

Indikatorn visar antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre.

Indikatorn ingår i strategi för hälsa men är där avgränsad till män och kvinnor 80 år och äldre. Målet för 2022 har satts till att antalet ska minska med 10 per 1 000 invånare.

Fallskador bland äldre

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, SoS statistikdatabas
Historiska data	Ja, från 2008
Möjliga urval	Kön, region, sjukhus
Period	År
Utfall visualiseras	Värden i siffror
Källor	SoS Patientregistret
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver vårdresultat på makro- och mesonivå.

Fetma och övervikt medför en rad hälsoproblem. Risker för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen och vissa cancerformer såsom tjocktarmscancer ökar. Fetma och övervikt utvecklas genom en kombination av levnadsvanor, miljöfaktorer och arv.

Den nationella folkhälsoenkäten, ”Hälsa på lika villkor?”, är en nationell undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Syftet är att visa hur befolkningen mår och följa förändringar i hälsa över tid. Undersökningen är ett samarbetsprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Sveriges regioner. Undersökningen genomfördes första gången år 2004 och har sedan dess genomförts varje år. Det nationella urvalet består av 20 000 personer i åldern 16–84 år. Från och med år 2016 kommer undersökningen att göras vartannat år med 40 000 personer i åldern 16–84 år. Frågorna i den nationella folkhälsoenkäten handlar om fysisk och psykisk hälsa, tandhälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, arbetsmiljö, trygghet och sociala relationer.

Bakom enkäten står Folkhälsomyndigheten, som arbetar för en bättre folkhälsa genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Folkhälsomyndighetens vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.

Fetma i befolkningen

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Folkhälsomyndighetens folkhälsodata
Historiska data	Ja från 2004
Möjliga urval	Kön, ålder, län, kommun
Period	År
Utfall visualiseras	Värden i siffror, Folkhälsomyndighetens
Källor	Nationella folkhälsoenkäten
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver förutsättningar för värden och vårdresultat på makro- och mesonivå.

Tandhälsan är en viktig del av människors livskvalitet och välbefinnande. Även det sociala livet påverkas av tandhälsan. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelt samband med matvanorna eftersom kosten påverkar tandhälsan och tandkvaliteten påverkar vad människor äter. Inom det folkhälsopolitiska målområdet ”Goda matvanor” framhålls vikten av en god tandhälsa för att kunna tillgodogöra sig maten.

Det finns även sjukdomar där man misstänker samband med tandhälsan, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar, cancersjukdomar och diabetes. Studier har också visat att tandlossningssjukdomar hos gravida kvinnor kan öka risken för att barnet har låg födelsevikt.

Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats väsentligt finns det fortfarande stora socioekonomiska skillnader. Arbetare uppger att de har sämre tandhälsa jämfört med tjänstemän, och arbetare avstår oftare än tjänstemän i samma situation från att söka tandvård trots att det behövs.

Bra tandhälsa

Andel personer som tycker de har bra eller ganska bra tandhälsa. Mätperioden avser 4 år där det redovisade året är det sista.

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Folkhälsomyndighetens folkhälsodata
Historiska data	Ja, från 2007
Möjliga urval	Kön, ålder, län, kommun
Period	Rullande 4 år
Utfall visualiseras	Vården i siffror, Folkhälsomyndighetens
Källor	Nationella folkhälsoenkäten
Behovsgrupp	Generell

Måttet beskriver vårdresultat på makro- och mesonivå.

Indikatorerna som idag används är oftast övergripande och trögrikliga med långa mätperioder. Vi saknar också en tydlig inriktning av förväntningarna på vad den till Nära vård omställda hälso- och sjukvården ska kunna åstadkomma annat än formulerat som högre grad av proaktivt och hälsofrämjande arbete. En sådan inriktning behövs för att vi ska kunna definiera fler processindikatorer för olika åtgärder som är centrala för stora befolknings- och sjukdomsgrupper och därmed intressanta att följa.

Rörelse mot en mer jämlik vård

Inga indikatorer är föreslagna.

Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården och dess insatser

Utöver de verktyg som används i dag i form av Hälso- och sjukvårdbarometern och Nationell patientenkät har gruppen inte hittat några andra möjligheter att på nationell nivå kunna följa befolknings- och brukarperspektiven. Båda dessa spänner över hälso- och sjukvården som helhet och är svåra att hänföra specifikt till Nära vård.

I det sammanhanget blir utfallet i båda dessa att se som bakgrundsfaktorer eller kanske som hygienfaktorer.

Hälso- och sjukvårdsbarometern fångar attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter och närstående. Frågorna berör bland annat tillgång till hälso- och sjukvård, förtroende för hälso- och sjukvården, attityder till väntetider samt huruvida vården ges på lika villkor.

Indikatorer här är:

Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver

Rimlig väntetid till vårdcentral/hälsocentral Förtroende för vård och hälsocentral etc.

Helhetsintryck

Emotionellt stöd

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Vården i siffror
Historiska data	Ja, från 2016
Möjliga urval	Kön, region
Period	År
Utfall visualiseras	Vården i siffror
Källor	Hälso- och sjukvårdsbarometern
Behovsgrupp	Generella

Genom att delta i Nationell Patientenkät får patienter möjlighet att berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv, samt som ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning.

I sammanhanget användbara indikatorer är:

Delaktighet och involvering

Respekt och bemötande

Kontinuitet och koordinering

Information och kunskap

Tillgänglighet

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, patientkat.se
Historiska data	Ja, sedan 2015
Möjliga urval	Kön, region
Period	År
Utfall visualiseras	Nationell Patientenkät, Vården i siffror
Källor	Nationell Patientenkät
Behovsgrupp	Generella

Medarbetarnas syn på att arbeta i en hälso- och sjukvård under omställning

Medarbetarengagemang bedöms vara en av de viktigaste förutsättningarna för en organisations förmåga att nå goda resultat. I personalintensiva verksamheter, som de inom kommuner och regioner, är detta särskilt tydligt.

Begreppet medarbetarengagemang används generellt för att beskriva medarbetarnas motivation och förutsättningar att göra sitt bästa för organisationen. SKR och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) erbjuder en modell och en enkät för att kontinuerligt utvärdera och följa upp arbetsgivarpolitiken i kommuner och regioner med fokus på Hållbart medarbetarengagemang (HME).

Indikatorerna är:

Motivation

1a. Mitt arbete känns meningsfullt

1b. Jag lär nytt och utvecklas i mitt dagliga arbete

1c. Jag ser fram emot att gå till arbetet

Ledarskap

2a. Min närmaste chef visar uppskattning för mina arbetsinsatser

2b. Min närmaste chef visar förtroende för mig som medarbetare

2c. Min närmaste chef ger mig förutsättningar att ta ansvar i mitt arbete

Styrning

3a. Jag är insatt i min arbetsplats mål

3b. Min arbetsplats mål följs upp och utvärderas på ett bra sätt

3c. Jag vet vad som förväntas av mig i mitt arbete

Måtten och datas tillgänglighet:

Data nationellt tillgängliga i dag	Ja, Kolada
Historiska data	Ja, sedan 2016
Möjliga urval	Kön, region, kommun
Period	År
Utfall visualiseras	Kolada
Källor	Nationell Patientenkät
Behovsgrupp	

Att följa omställningen till Nära vård

Utöver den uppföljning som staten via utredningen God och nära vård och sina myndigheter initierat finns behov och efterfrågan av ett gemensamt set av indikatorer som SKR kan ställa till medlemmarnas förfogande att använda som stöd i den pågående omställningen. Svensk hälso- och sjukvård och omsorg behöver en gemensam nationell strategi för förändringarna mot en God och nära vård och där har ett sådant indikatorset sin plats.

Initiativ har därför tagits till ett projekt för att utarbeta förslag till former för uppföljning och till ett indikatorset att ställa till SKR- medlemmarnas förfogande så att de får bättre förutsättningar för att systematiskt och gemensamt kunna följa förflyttningen mot det som kännetecknar Nära vård.

I den här skriften redovisas resultatet av ett första steg i det arbetet. Det ska ses som en översikt över mått och indikatorer som projektet bedömt vara användbara i det här sammanhanget. Omställningen beskrivs här som en långsiktig förändringsprocess som redan pågår och som till del har pågått i decennier, Förändringsprocessen beskrivs med nio olika rörelser i samma riktning och då mot målbilden för Nära vård.

Upplysningar om innehållet
Lisbeth Löpare Johansson lisbeth.lopape.johansson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020
ISBN: 978-91-7585-828-9