



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner

# Kvalitetsdata i kommunal primärvård

-Kommunpilot 2.0 av och med PrimärvårdsKvalitet

Sammanfattning.....	1
Bakgrund .....	2
Tidigare projekt med PrimärvårdsKvalitet (PVQ) i kommunal hälso- och sjukvård.....	4
Syfte .....	5
Frågeställningar .....	5
Mål.....	5
Genomförande och Metod.....	6
Journalssystem och datalagring .....	6
Användning av strukturerad dokumentation.....	7
Juridiska aspekter och avgränsningar .....	7
Process för att skapa nya kvalitetsmått.....	8
Teknisk process .....	9
Resultat .....	9
Kvalitetsmått:.....	10
Infarter .....	10
Läkemedelsgenomgång.....	10
Urinkateter.....	10
Palliativ Vård.....	10
Informationsspridning.....	11
Utvecklingsplan .....	11
Checklista för förutsättningar:.....	11
Exempel på arbetsprocessen.....	12
Diskussion .....	13
Metoddiskussion .....	13
Sammanhållen journal .....	14
Tekniska förutsättningar .....	14
Utmaningar .....	15
Resultatdiskussion .....	15

Målet att utveckla kvalitetsmått för proaktiv uppföljning i realtid .....	15
Målet att samverka med initiativ .....	16
Målet för en nationell utvecklingsplan .....	17
Informationsspridning.....	17
Hur juridiken idag påverkar möjligheten till överblick över en patients vårdprocess.....	18
Verksamhetsnytta och framtidsmöjligheter .....	19

## Referenser

- Bilaga 1 Projektorganisation
- Bilaga 2 Önskemål om kvalitetsmått
- Bilaga 3 Tekniska frågeställningar
- Bilaga 4 Valideringsprotokoll
- Bilaga 5 Exempel på visualisering

# Sammanfattning

Projektet Kommunpilot 2.0 har visat att det är tekniskt möjligt att följa vårdkvalitet i realtid på både individ- och aggregerad nivå i kommunal hälso- och sjukvård. Genom att använda strukturerad dokumentation och gemensamt datalager har projektet utvecklat 17 nya kvalitetsmått inom områden infarter, urinkateterbehandling, läkemedelsgenomgångar och palliativ vård.

Bakgrunden till projektet är behovet av förbättrad uppföljning och patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård, som är en del av primärvårdsnivån. Den traditionella uppföljningsdata som används idag inom denna verksamhet ofta är fördröjd och dessutom ofta innebär extra registrering, vilket leder till låg registreringsgrad. Denna information gör det svårt för personalen att arbeta proaktivt.

Projektet har genomförts av Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och Nationell kunskapsstyrning i socialtjänsten i samverkan med Västmanlands kommuner; Arboga, Fagersta, Hallstahammar, Kungsör, Köping, Norberg, Sala, Skinnskatteberg, Surahammar, Västerås samt region Västmanland. Projektet har även innefattat referenskommuner utanför länet. Målet har varit att möjliggöra ett proaktivt arbete med fokus på kvalitet och patientsäkerhet genom återspeglning av realtidsdata, automatiskt hämtad från patientjournalen. Resultaten har validerats i samverkan med legitimerad personal och visualiserats i testmiljö. Juridiska och organisatoriska utmaningar har hanterats genom samverkan och tydliga strukturer.

Projektrapporten sammanfattar projektet och de nyvunna lärdomarna och kan användas som stöd till fortsatt utveckling av kommunanpassade kvalitetsmått i och av Sveriges kommuner. Realtidsdata bedöms vara ett kraftfullt verktyg för att automatiskt få fram information baserat på journaldata och visionen är att detta ska bidra till en ökad patientsäkerhet samt en bättre arbetsmiljö.

# Bakgrund

Primärvården i Sverige har två huvudmän, regioner och kommuner som båda utgår från samma vårdnivå, vilket gör att ansvaret för primärvården är fördelat mellan kommuner och regioner och regleras via lagar och avtal enligt utredningen SOU 2025:62.

Med kommunal hälso- och sjukvård avses vård och behandling som genom kommunens åtagande och ansvar ges i särskilda boendeformer, dagverksamhet och hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende. Stockholms län är undantaget där hälso- och sjukvård i hemmet inte har kommunaliserats.

Socialstyrelsen förvaltar ett register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Registret består av två delregister. Delregister 1 startade med att samla data 2007 och kommunerna rapporterade då in information en gång per år avseende personuppgifter samt kommuntillhörighet på de personer som haft någon form av insats av kommunal hälso- och sjukvård. Från 2008 till 2018 ökade inhämtningen till halvårsvis. Från 2019 inhämtas data månadsvis, men med två månaders fördröjning. Från 2019 kan kommunerna även skicka in vissa uppgifter om vårdåtgärder som utförts av legitimerad personal från kommunal hälso- och sjukvård, detta hamnar i delregister 2 (Socialstyrelsen 2022).

I delregister 1 fanns 406 000 personer registrerade som mottagare av någon form av kommunal hälso- och sjukvårdsinsats under 2024, privata utförare ej medräknade då de ej är upprättsskyldiga mot registret. Av dessa var det 338 000 patienter som fått minst en hälso- och sjukvårdsinsats av legitimerad personal under året. Vissa kommuner hade också svårt att rapportera in data under delar av året. På grund av juridiska och administrativa skäl samlas inte alla uppgifter in om vårdåtgärder som utförs av annan än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Myndigheten noterar en ökning de senaste 10 åren i antalet individer som får en hälso- och sjukvårdsinsats (Socialstyrelsen 2025).

Idag sker en del av uppföljningen av den kommunala hälso- och sjukvården på aggregerad nivå av Socialstyrelsen i statistiska register som omfattar personer som fått hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarar för enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och kap 14 kap 1§ i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Detta sker genom att kommunerna rapporterar in uppgifter om vårdåtgärder via KVÅ-koder som utförts av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården med kommunen som vårdgivare. Enligt Socialstyrelsen (2022) publicerades inga officiella siffror under 2021 pga. stort bortfall. Efterföljande år var bortfallet tillräckligt lågt för att kunna publicera de första rapporterna och de mest frekventa behandlande åtgärderna gäller läkemedelshantering och

omgivningsfaktorer. Utredande åtgärder som förekom i uppföljningen var ex provtagning (ej vilken typ av provtagning eller varför), hjälpmedelsförskrivning och förflyttning, men väldigt få patienter hade fått utredande åtgärder som rörde kommunikation, hemliv, mellanmänniska funktioner eller röst och talfunktioner (Socialstyrelsen, 2023).

Att systematiskt arbeta med patientsäkerhet- och kvalitetsuppföljning åligger primärvården, så väl regional som kommunal hälso- och sjukvård. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, 5:e kap, 4§ ska kvaliteten i verksamheten fortlöpande utvecklas och säkras. Dock påpekade Riksrevisionen (2023) att kostnadsberäkningar för vårdskador finns inom den regionala hälso-och sjukvården men inte inom den kommunala och har därför rekommenderat Socialstyrelsen att utveckla uppföljningen av patientsäkerhet för äldre. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskade 2022 hälso- och sjukvården och påvisade brister i dokumentation som inte följer de krav som finns. Bland annat saknades vårdplaner och koder för diagnoser och åtgärder (IVO, 2022). Några år senare beskrivs i rapporten Omtag för omställning, att både vårdbehovet och vårdinsatsernas komplexitet har ökat för den kommunala hälso-och sjukvården (Vård-och omsorgsanalys, 2025).

En ändamålsenlig dokumentation i patientens journal säkerställer att viktig information finns tillgänglig och möjliggör att risktillstånd kan identifieras i tid. Dokumentation av vård är särskilt viktig när arbetssättet bygger på att rätt information om patienten rapporteras och följer patienten mellan vårdnivåer.

Idag finns begränsade möjligheter att följa vårdkvalitet i realtid på verksamhetsnivå för kommunal hälso- och sjukvård. De verktyg som kommunerna använder sig av i dag är bl.a. de kvalitetsregister som kommunerna är med och delfinansierar. I de flesta kommuner sker detta fortfarande manuellt och registreringen sker med varierande grad på olika delar i landet. Dock syns en förbättring i resultaten genom att använda ex Svenska Palliativregistret (Primärvård i Sverige, 2024). Dessa mått baserar sig på uppgifter som förs in i registret efter att patienten avlidit och kan bidra till förbättrad palliativ vård för efterkommande patienter om förbättringsarbete sker däremellan.

I årsrapporten för Automatiserad informationsförsörjning Nationella kvalitetsregister 2024 (SKR 2025a) så beskrivs att fler och fler vårdgivare ansluter sig till en gemensam nationell informationsutlämningsjänst som ska fungera som en mellanlagringsfunktion mot registren och möjliggöra automatiserad dataöverföring. Idag använder Sveriges kommuner i huvudsak fem olika journalsystem och rapporterar till fem olika kvalitetsregister. Arbetet med automatiserad informationsöverföring har pågått sedan 2019 och i slutet på 2024 var 16 av 290 kommuner anslutna till det som nu kallas

informationsutlämningstjänsten. Behovet av att kunna följa kvalitén på den vård som ges till patienterna i den kommunala hälso-och sjukvården är stor.

Andra sätt att följa den vård som patienten fått är ex via Nationell patientöversikt (NPÖ), som med patientens samtycke, möjliggör att inhämta information om vården från andra vårdgivare. Denna information är knuten till enskild patient och har ingen aggregeringsfunktionalitet för en enhet, vilket heller inte är syftet i dag. Inhämtning av data sker genom att läsa journaltext.

Det finns fler exempel på vad som inte kan följas i dagens kommunala hälso-och sjukvård. Enligt rapporten Primärvård i Sverige (SKR, 2024) saknas data för hur många svårläkta sår som förekommer i den kommunala hälso-och sjukvården. Vårdrelaterade infektioner kopplade till urinkateterbehandling är en annan viktig del, som heller inte kan följas och förebyggas ur ett proaktivt perspektiv eftersom vi inte vet hur många patienter som har urinkateter.

I ett väl fungerande patientsäkerhetsarbete identifieras risker innan en avvikelse uppstår. Detta sker genom att på olika sätt riskbedöma i tid och förhindra vårdskador, men även öka kvalitén på vårdåtgärderna i sig. I riskbedömningen behöver olika infallsvinklar, erfarenheter och kompetensområden tas till vara för att bedömningen för den enskilda patienten ska bli så optimal som möjligt.

## **Tidigare projekt med PrimärvårdsKvalitet (PVQ) i kommunal hälso- och sjukvård**

PVQ är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande. Anslutningsgraden till systemet är hög, 97 % av Sveriges regionala primärvårdsenheter, vårdcentraler och rehabiliteringsenheter (Sveriges Kommuner och Regioner, 2025b). Intresset och förutsättningarna har vuxit för att undersöka om liknande uppföljning gått att genomföra i kommunal hälso-och sjukvård. Under 2023 genomfördes därför ett första pilotprojekt där fyra kommuner i Västmanland deltog, med syfte att undersöka möjligheten att tillämpa PVQ även inom kommunal hälso-och sjukvård. Resultatet visade att viss realtidsdata gick att använda, men att nya mått behövde anpassas för den kommunala hälso- och sjukvården. Bland annat visade resultatet att dokumentationen skiljer sig mellan huvudmännen, men att det ändå gick att få ut relevant data om verksamhetens arbetssätt. Dock kunde inte de befintliga PVQ-indikatorerna för regional primärvård överföra direkt i kommunal kontext, dels pga att definitioner skiljde sig och organisationsstrukturer och arbetssätten inte var jämförbara. Det framgick också att det fanns system för stödprocesser såsom ekonomi, men inte för detaljer kring kärnverksamheten.

Intresset för kvalitetsarbete i kommunerna växte fram under projektets gång när personalen insåg potentialen att återanvända journaldata.

Arbetet i kommunpiloten under 2023 var välförankrad den Regionala Samverkans- och stödstrukturen (RSS) och deltagandet i de fyra testkommunerna fungerade väl och därför initierades en fortsättning i hela Västmanland för att kunna utveckla anpassade kvalitetsmått för den kommunala hälso- och sjukvården. Man såg ett behov av system för proaktiv automatiserad uppföljning av kommunalt anpassade kvalitetsmått. Förutsättningarna var gynnsamma i Västmanland då beslut var taget gällande sammanhållen dokumentation, förstudie var genomförd och kontakter etablerade.

## Syfte

Syftet med projektet, med arbetsnamnet Kommunpilot 2.0, var att utveckla kvalitetsmått särskilt anpassade för kommunal hälso- och sjukvård. Dessa mått ska möjliggöra ett proaktivt arbete med patientsäkerhet genom att tillhandahålla realtidsdata, automatiskt hämtad från Hälso- och sjukvårdsjournalen. Med realtid i detta arbete avses uppdatering på ett dygn. Målsättningen har varit att skapa ett datadrivet underlag som stödjer kommunernas behov för ett proaktivt systematiskt förbättringsarbete och tidig identifiering av risker i vården utifrån anpassade kvalitetsmått, eftersom detta saknas i dag.

### Frågeställningar

Vilka nya kvalitetsmått har kommunerna behov av att följa i realtid?  
Hur kan dessa mått presenteras för bästa användning?  
Hur kan dessa mått bli användbara i andra delar av landet?

## Mål

De formulerade målen för detta projekt var följande:

- **Utveckla kvalitetsmått för proaktiv uppföljning i realtid**

Skapa kvalitetsmått som kan följa kvaliteten på både individ- och aggregerad nivå i realtid, baserat på befintlig journalföring inom den kommunala hälso- och sjukvården på primärvårdsnivå.

- **Samverkan med initiativ**

Samarbeta och samverka med relevanta pågående lokala och nationella initiativ för att förstå behoven, inhämta inspiration och säkerställa enhetlighet och effektivitet.

- **Utvecklingsplan**

Fortsatt utveckling och breddning, inriktning kommuner, en del i arbetet med att följa och stödja utvecklingen av Nära vård i landet.

## Genomförande och Metod

Projektet genomfördes efter beslut om finansiering av Styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) och Styrgruppen för nationell kunskapsstyrning i socialtjänsten (S-KiS). Styrgrupp för projektet var styrgruppen för Nära Vård. Beställare av projektet var RSS – strukturen i Västmanland där beslut fattades och förankrades redan i december 2024. En nationell projektledare och en lokal projektledare i Västmanland har tillsammans drivit projektet. Projektgruppen har utöver detta bestått av kontaktpersoner från varje kommun samt representanter från Region Västmanland gällande teknik och visualisering. Utöver detta har externa aktörer i form av referenskommuner från Västra Götaland, Växjö och Jönköping deltagit. Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Projektet genomfördes under 2025. Nationell projektledare hade utsetts i december 2024 och tidigt under 2025 utsågs lokal projektledare och kontaktpersoner. Möten med kontaktpersonerna, såsom digitala träffar blandade med fysiska workshops, genomfördes regelbundet under året, så även möten mellan projektledare och handläggare på SKR. Dialog med berörda intressenter genomfördes i form av digitala möten löpande under årets gång.

### **Journalsystem och datalagring**

För att skapa automatiserad dataöverföring från journalen krävdes det att datapunkterna redan fanns i journalen och inte krävde extra dokumentation. I Västmanlands län hade alla tio kommuner redan antagit Cosmic, samma journalsystem som region Västmanland, för hälso-och sjukvårdsdokumentation.

Alla kommuner hade sedan tidigare en överenskommelse om att kommunernas data skickas till Region Västmanlands datalager. Kommunerna hade också redan möjlighet att få sin egen data återspeglad till sin verksamhet. Referenskommunerna använde andra journalsystem, som också hade andra förutsättningar att leverera data.

## **Användning av strukturerad dokumentation**

För att data från journalen skulle kunna hämtas upp och sorteras av datalagret krävdes en tydlig placering och standardisering var denna data skulle registreras in i journalen av legitimerad personal. I region Västmanland fanns det sedan flera år en överenskommelse att samarbeta med kommunerna gällande generella vårdplaner (GVP). GVP utgör den största delen av den strukturerade dokumentationen och basen i detta projekt. Kunskap om hur dokumentationen strukturerats var en förutsättning för att kunna formulera nya kvalitetsmål. Utöver de generella vårdplanerna hämtades data från andra positioner i journalen såsom journaltabell och andra fasta val i journalen. Data som hämtades behövde vara kopplad till fasta val eller KVÅ-koder, oavsett GVP eller annan lokalisering. Dokumentation som skrivits i fritext fångades inte upp och kunde således inte analyseras.

## **Juridiska aspekter och avgränsningar**

En juridisk förutsättning för detta projekt var att det fanns ett beslut om att anta lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD). Lagen är frivillig och innebär att det är möjligt för en vårdgivare eller omsorgsgivare att ge eller få tillgång till personuppgifter hos andra vårdgivare eller omsorgsgivare. För att detta ska vara möjligt krävdes samtycke av patienten.

- **Hälso- och sjukvårdslagen (HSL):** Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser sker i patientjournalen och utförs av legitimerad personal, exempelvis arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Syftet är att säkerställa patientsäkerhet och kontinuitet i vården.
- **Socialtjänstlagen (SoL):** Dokumentation av omsorgsinsatser görs av vård- och omsorgspersonal och omfattar stöd i vardagliga aktiviteter, sociala insatser och annan omsorg som inte är medicinsk.

Respektive lagrum innefattar olika syften och sekretessregler och därför är dokumentationssystemen separata och får inte blandas. Enligt gällande

lagstiftning får information från HSL och SoL inte blandas eller sammanställas i en gemensam vy. Därför exkluderas sådan sammanslagning i detta projekt.

## **Process för att skapa nya kvalitetsmått**

Två fysiska workshops genomfördes i Köping, en i mars och en i maj. Deltagare på dessa workshops var kontaktpersonerna från alla projektkommuner, representanter från datalagret och del av förvaltningen som ansvarade för elektronisk patientjournal på Region Västmanland. Även representanter från referenskommunerna bjöds in.

Den första workshopen syftade till att tillsammans identifiera vilka områden som kunde vara aktuella utifrån befintlig journaldokumentation och utifrån dess områden formulera förslag på nya kvalitetsmått som skulle kunna skapas från att data automatiskt plockades upp i realtid utan krav på extra dokumentation. Under workshopen diskuterade deltagarna även om önskemål om framtida mått som kunde härstamma från datamängder som inte fångades upp via fasta val, alltså istället via fritext.

Önskemål om kvalitetsmått samlades därefter i en egen lista, se bilaga 2. Denna lista skickades dels till tekniker på datalagret för underlag till konstruktion, dels till referenskommunerna. Referenskommunernas roll i detta skede var att undersöka om de själva tyckte att måtten var relevanta, dels undersöka om de kunde ta fram liknande data i sina kommuner. Ett återkopplingsdokument skickades med, för att underlätta återkopplingen från referenskommunerna.

Workshop nummer två fokuserade på att gemensamt titta på förslag hur de nya kvalitetsmåtten såg ut i testmiljön. Diskussioner fördes då kring hur måtten kunde presenteras på olika verksamhetsnivåer. Under de efterföljande månaderna under juni- augusti följde valideringsperioden. Kontaktpersonerna i respektive kommun fick då i uppdrag att tillsammans med legitimerad personal ute i verksamheterna undersöka de nya testuttagen för att se om de stämde överens med verksamhetens dokumentation samt om det speglade de anslutna medborgares behov. Inför valideringen skapades ett valideringsprotokoll där kontaktpersonerna skrev ner fynd och detaljer kring valideringen. Se bilaga 4. Personal från datalagret använde detta dokument som underlag vid tekniska justeringar.

Efter valideringen följde en tredje och sista workshop, denna gång digital. Projektgruppen arbetade fram förslag på en mer tilltalande visualisering, i form av en trafikljuspresentation. Detta önskemål samverkades vidare till datalagret för visualisering. Exempel på visualisering visas i bilaga 5.

## Teknisk process

Listan på de önskade kvalitetsmåten skickades till datateknikerna. Listan innehöll detaljer om var i journalen de olika datamängderna hämtades och en mall med fasta rubriker för att underlätta samarbetet mellan huvudmännen. De önskade kvalitetsmåten tillsammans med mallen för de olika variablerna presenteras i bilaga 2. Därefter genomfördes flertalet möten mellan projektledare och tekniker för att säkerställa att tolkningen av den information som önskades, var densamma från båda parter. Exempelvis kunde de olika tidsspannen variera mellan de olika måten, en del variabler var kopplade till varandra, medan andra inte var det. Exempel på frågeställningar som diskuterades och besvarades presenteras i bilaga 3.

Den tekniska processen fortsatte sedan huvudsakligen i två steg på Region Västmanlands datalager:

1. Tekniker med kompetens inom databashantering sammanställer data från de olika datapunkterna till nya rapporter med programmet SAP Data Services och SQL-kodning. Tätt samarbete med representanter från Regions Västmanlands organisation kring förvaltningen kring journalsystemet.
2. Data visualiserades sedan i programmet SAP Business Objects Web Intelligence i form av rapporter.

## Resultat

Under projektets gång har 17 nya kommunanpassade kvalitetsmått inom fyra områden utvecklats och validerats. Dessa områden är infarter, urinkateter, palliativ vård och läkemedelsgenomgång. Forskning, klinisk relevans och/eller föreskrifter ligger till grund till de mått som är framtagna inom ramen för projektet.

Genom att använda sig av de kvalitetsmått som tagits fram, finns det nu möjlighet att i realtid följa kvalitén på både individnivå och aggregerad nivå för den kommunala hälso- och sjukvården.

## **Kvalitetsmått:**

### **Infarter**

- Antal patienter som har en perifer venkateter: när den är satt och om det är dags att byta (inom max 3 dagar).
- Antal patienter med subkutan kvarliggande kateter: när den är insatt och om det är dags att byta (inom max 7 dagar).
- Antal patienter med subkutan venport: när den är satt och när det är dags att byta (max 7 dagar).

### **Läkemedelsgenomgång**

- Antal patienter med som fått, respektive inte fått läkemedelsgenomgång det senaste året.
- Antal patienter med läkemedelsgenomgång senaste året som fått sina symtom skattade (PHASE20/Phase-Proxy) i samband med läkemedelsgenomgång.
- Antal patienter där det har gått mer än 10 månader sedan den senaste läkemedelsgenomgången.

### **Urinkateter**

- Antal patienter med urinkateter och när det är dags att byta (inom max 3 månader).
- Vilka patienter med urinkateter som har genomgått spolning av kateter och spolningsfrekvens på dessa.

### **Palliativ Vård**

- Antal patienter som har beslut om palliativ vård.
- Av de patienter som har beslut om palliativ vård, vilka har, respektive saknar, ordination på läkemedel i livets slut.
- Av de patienter som har beslut om palliativ vård, vilka har fått, respektive inte, en munhälsobedömning de senaste 7 dagarna.
- Av de patienter som har beslut om palliativ vård, vilka har fått, respektive inte, en smärtskattning de senaste 7 dagarna.
- Av de patienter som har beslut om palliativ vård, vilka har fått, respektive inte, en symtomskattning de senaste 7 dagarna.

## **Informationsspridning**

För att möjliggöra bred spridning kring de nya kvalitetsmåten, skickades en inbjudan till digitalt dialogmöte till kommuner i slutet på augusti via SKRs interna forum Samarbetsrum. Detta forum har 350-400 medlemmar. Information om att mötet skulle hållas spreds även i andra kanaler för att få så stor spridning som möjligt. Av de som nåddes av inbjudan var det 93 personer från 47 kommuner från Norrbotten till Skåne som tackade ja till att delta på dialogmötet. På dialogmötet deltog sedan 70 personer från 29 kommuner. De kommuner som var intresserade av att gå vidare erbjöds ett enskilt möte med projektledare. 19 kommuner anmälde intresse och samtliga erbjöds tider för möten. Totalt genomfördes möten med 13 olika kommuner.

Andra format som använts för att sprida information om projektet och dess resultat har varit MAS/MAR-nätverket på SKRs digitala samverkansyta Samarbetsrum, artiklar i Omvårdnadsmagasinet, Vårdmagasinet Hälsa samt Kvalitetsmagasinet. Ytterligare spridning gentemot Distriktssköterskedagen, Nationella primärvårdsrådet, Nära Vård Styrgrupp, S-KIS, Mötesforum, Socialstyrelsen, informatiker inom SKR, samt till referenskommuner som ingått.

Dialog har förts vid kontinuerliga avstämningar med nationell samordnare för kommunernas kvalitetsregister för att utbyta kunskap, erfarenheter och säkerställa att initiativen inte krockar med varandra.

## **Utvecklingsplan**

Under projektets gång framkom det att det inte finns förutsättningar för gemensam långsiktig förvaltning via SKR eller den regionala eller kommunala Kunskapsstyrningen. För de kommuner som visat sitt intresse i projektet, bl.a. referenskommuner och via dialogmötet samt enskilda möten, har en checklista utformats för att kunna stödja kommuner att själva kunna utveckla egna kvalitetsmått inom sina verksamheter. Checklistan skickades till referenskommunerna för synpunktsinhämtning. Även exempel på arbetsprocessens gång har utformats för att stödja kommunerna.

### **Checklista för förutsättningar:**

- Förankring i befintliga ledningsstrukturer.

- Förankring hos utsedda tänkta användare tidigt då de har kännedom om verksamheten och får möjlighet att delta i validering.
- Åtkomst till sin egen vårddata.
- Kunskap om journalens uppbyggnad, innehåll och definitioner.
- Strukturerad dokumentation som kan generera analysbar data.
- Förankring var och hur resultatet ska visualiseras.

### **Exempel på arbetsprocessen**

- Etablera tidig kontakt med funktioner som hanterar datalagret.
- Identifiera vilka behov som finns i verksamheten. Involvera personal och vad de nya kvalitetsmåten skulle bidra med.
- Identifiera vilka avgränsningar som är aktuella.
- Utse en projektansvarig, arbetsmetod och identifiera vilka kompetenser som behövs i arbetsgruppen och skapa en tidsplan, kommunikationsplattform. MAS/chef/dataprogrammerare/vårdnära leg personal/dokumentationsansvarig.
- Definiera och konstruera de nya kvalitetsmåten utifrån faktorer som funktionstillstånd, tid, vårdåtgärder, profession, typ av boendeform, eller olika kombinationer av dessa eller annan relevant data. Identifiera hur, av vem och när de ska användas.
- Plocka ut och sammanställ data till testuttag utifrån konstruerade kvalitetsmått.
- Validera testuttag tillsammans med verksamheten som kan den lokala dokumentationen. Stämde data? Utvärdera användbarheten, rubriksättning mm. Är visualiseringsvyn användbar? Kalibrera v. b.
- Återkoppla till uppdragsgivare och deltagare.

Som med alla förbättringsarbeten underlättar det med en tydlig metodik i arbetet som stödjer processen. I detta projekt användes PDSA-cykeln.

# Diskussion

Projektet har visat att det är tekniskt och organisatoriskt möjligt att utveckla och använda kvalitetsmått baserat på hälso- och sjukvårdsdata i realtid inom kommunal hälso- och sjukvård.

Genom samverkan mellan kommuner, region och externa aktörer har en modell tagits fram som möjliggör systematisk och proaktiv uppföljning av vårdkvalitet. En förutsättning och framgångsfaktor för att hålla samman kommunerna och beslutsprocessen har varit en tydlig förankring hos beställare, vilket i detta fall varit RSS-strukturen i Västmanlands län.

PrimärvårdsKvalitet har på så sätt varit en del i kunskapsorganisationen för socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård. Flera viktiga erfarenheter och utmaningar har identifierats.

## Metoddiskussion

- Styrkor i projektet har bland annat varit kommunernas höga deltagande i utformningen av de kvalitetsmått som tagits fram, validerats och därefter formulerat förslag på visualisering och implementering i verksamheten. Kommunerna har visat att dokumentationen kan återanvändas till ett nytt användningsområde som blir till gagn för vårdpersonal och patienter. Detta blev särskilt tydligt vid valideringen då legitimerad personal som deltog direkt kunde se vikten av korrekt dokumentation i patientjournalen. En annan styrka har varit variationen av deltagarnas funktioner och sammanlagda erfarenhet såsom Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), enhetschef, dataprogrammerare, vårdnära leg personal, dokumentationsansvarig, projektledare samt handläggare på SKR. Detta har bidragit till möjlighet till att se utmaningar och lösningar från olika perspektiv.

Fokus för vilka mått som utvecklades ändrades något under projektets gång inom två områden, infarter och samtycken. Dels låg området infarter initialt inom området för palliativ vård och utgjorde inte en egen del i valideringsprotokollet. Efter valideringen framkom önskemål om att lyfta ut infarter från palliativ vård, till ett eget område. Det innebar att ett nytt område tillkom och innefattade alla patienter på enheten som har infarter av olika slag. Under första och andra workshopen diskuterades det även önskemål att vidareutveckla de samtycken som redan fanns identifierade i systemet, till att

kunna specifikt undersöka vilka patienter som saknade samtycke för ex information mellan vårdgivare, samtycke för att dela information till god man eller närstående samt samtycke till informationsöverföring utanför sammanhållen journal. Dock skulle Nationella läkemedelslistan införas under senare delen av 2025 och då nytt samtycke låg inom detta införande, valde vi att inte bygga rapporter inom samtycken då det fanns risk att de inom snar framtid skulle behöva byggas om ytterligare. Ett annat område som diskuterades men som man valde att inte fortsätta utveckla inom ramen för projektet var den tidigare benämningen hemsjukvård, det som nu kallas hälso- och sjukvård i hemmet. Orsaken till detta var att det finns olika kriterier i landets kommuner för att bli ansluten till hälso- och sjukvård i hemmet. Annat som utvecklades under projektets gång var att deltagarna önskade se antal patienter istället för andelar, vilket inte sågs som ett problem i de kvalitetsmått som skapades under projektets gång.

### Sammanhållen journal

Att samtliga kommuner i Västmanland redan använde ett gemensamt journalsystem (Cosmic) och ett gemensamt sätt att dokumentera möjliggjorde och förenklade jämförbarheten av de mått som togs fram. Det fanns också redan etablerade strukturer för datalagring vilket underlättade genomförandet. PUB-avtal fanns redan klart mellan kommuner och regionens datalager. Data från journalen hämtades generellt från tre generella vårdplaner (GVP). GVP Palliativ vård, GVP Köns- och urinfunktioner, GVP Läkemedelshantering. Det saknas GVP för infarter, och där har data hämtats från annat ställe i journalen. Annan data som hämtas från journalen inom ramen för projektet är datum och utförande enhet.

För varje kvalitetsmått formulerades en beskrivning innehållande de informationsmängder och villkor som behövde vara kända för att bygga måttet. Utifrån dessa beskrivningar hölls ett antal möten för att det skulle finnas en samsyn och samstämmighet mellan tekniker och beställare. Exempel på dessa informationsmängder kunde vara vilka tidsintervall som var kopplade till specifika generella vårdplaner och KVÅ-koder. KVÅ-koder revideras kontinuerligt från Socialstyrelsen och detta bör tas i beaktning när mått konstrueras, och bevakas av respektive vårdgivare.

### Tekniska förutsättningar

Då kommunerna redan i den första piloten hade etablerat en kontakt och samverkan med regionens datalager fanns det goda förutsättningar för tekniskt

samarbete. Tidigt under projektets gång fanns en planering hur rapporterna skulle byggas och vilken kompetens som detta krävde. Utvecklingen av kvalitetsmått i detta projekt tog ungefär en arbetsvecka för en erfaren programmerare. Ytterligare kompetens av vikt är hur tekniska nyckelmått, s.k. Key Performance Indicators (KPI:er) konstrueras så det möter verksamhetens standard.

De kvalitetsmått som skapades i detta projekt presenterades i utdatarapporter i det befintliga uppföljningsprogrammet DUVA (Datalager för Uppföljning och Verksamhets-Analys) som redan användes i Västmanland och förvaltades av Region Västmanlands datalager. Under projektet framkom att olika verksamhetsnivåer har olika behov av vilken data kunde vara intressant att följa. Att skapa flexibla och användarvänliga visualiseringar som både fungerade för operativt och strategiskt arbete samtidigt var tekniskt utmanande och krävde kontinuerlig dialog och utveckling. Ett tätt samarbete med datalagret har varit avgörande för att kunna leverera validerade kvalitetsmått under projektets gång.

### Utmaningar

Då utdatarapporterna blev klara precis innan sommaren och att validering skulle vara klar den 31 augusti var det utmanande att få detta arbete prioriterat under semesterperioderna. För att öka möjligheten för lämplig personal att avsätta tid för validering under denna tidsperiod, gick extra information ut till cheferna om just detta. Under projektets gång har även kontaktpersonerna från två kommuner avslutat sina tjänster och det har varit utmaningar att hitta ersättare till projektet. Detta gör att en av kommunerna aldrig validerade sin data. En annan utmaning har varit att få med alla referenskommuner över tid. Detta på grund av att alla inte haft lika mycket tid avsatt för detta, omsättning på personal och varierande delaktighet.

### Resultatdiskussion

I början på projektet fanns en förhoppning att skapa två eller tre nya kvalitetsmått i realtid utifrån befintlig journalföring. Snabbt insåg projektgruppen att genom en systematisk metod kunde antalet snabbt utökas, då principerna för att skapa de olika kvalitetsmått var tillräckligt lika.

Målet att utveckla kvalitetsmått för proaktiv uppföljning i realtid

De nya kvalitetsmått skapades utifrån de kommunala kontaktpersonernas kännedom om behov och genom de områden där det fanns tillgång till data från

de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna. PrimärvårdsKvalitet testades i en kommunal kontext och de tio kommunerna kunde tillsammans genomföra processen från ax till limpa, dvs. från att gemensamt identifiera de nya behoven, därefter skapa kvalitetsmått, validera dessa och forma en gemensam visualisering tillsammans med regionen. Kvalitetsmåten beskrivs inom fyra olika områden: urinkateter, läkemedelsgenomgång, palliativ vård och infarter. Inom respektive område finns förekomst av dessa åtgärder, men framför allt identifieras patienter som saknar åtgärder inom ett visst tidsintervall. I dagsläget presenteras resultatet i antingen antal eller andelar patienter som fått en viss åtgärd, beroende på hur många patienter det rör sig om. Vi såg i en del mått att formatet andel patienter kunde röra sig om enstaka procent, men att antalet patienter kunde vara mer användbart för att synliggöra de lokala behoven i verksamheten. Det fanns möjlighet att se vilka individer som fått en åtgärd, eller som saknade den specifika åtgärden, vilket var det primära syftet.

De kvalitetsmått som utformats under projektets gång har inte berört området rehabilitering, då det var svårt att hitta definitioner på hur relevanta åtgärder kunde fångas upp. Möjligen har kontaktpersonernas sammansättning i egenskap av kompetens och tidigare utbildning påverkat utfallet av vilka områden som kvalitetsmått skapades. Rehabiliteringspersonal var i minoritet och hälso- och sjukvårdspersonal i majoritet. Dialog om rehabiliteringsmått fortsatte dock under projektets gång.

#### Målet att samverka med initiativ

Samverkan med initiativ har skett med flertalet intressenter inom området datadriven vård. Den samverkan som skett visar på intresse för datadriven vård generellt i landet. Det har framkommit i samverkan att det saknas nationella standarder gällande realtidsmått för vårdkvalitet i kommunal hälso- och sjukvård, hur ofta de bör mätas och hur kvalitén kan säkerställas. Exempel på utvecklade kvalitetsmått som ligger i anslutning till detta projekt fokuserar på ex återinläggning på sjukhus, följs av Socialstyrelsen, eller vårdprevention som registreras genom och visualiseras via Senior Alert. Detta projekt kompletterar genom uppföljning av andra kvalitetsmått särskilt anpassade efter kommunernas behov. Uppföljningen är dessutom helt automatiserad och överföring sker utan extra registrering i journal. Kommunerna ser att båda systemen behövs och kompletterar varandra. Samverkan har skett med representanter från dessa aktörer men även med representanter från SKR gällande vårdinformatik, med Primärvårdsrådet och olika referenskommuner.

## Målet för en nationell utvecklingsplan

Inom ramen för projektet hade representanter från 24% av landets kommuner svarat ja att delta på dialogmötet. 10% deltog på dialogmötet i slutändan. Kommunerna är många till antalet och är organiserade på olika sätt. Det fanns svårigheter att veta att informationen om dialogmötet nådde ut till landets alla 290 kommuner. Målet med dialogmötet var att nyfikna kommuner kunde lyssna utan att känna sig ålagda att där och då ta beslut om anslutningar. Då detta var ett forum för ny typ av uppföljningsinformation såg projektledningen till att ribban för att delta skulle vara låg, men att det kunde finnas möjlighet till uppföljande enskilda möten med stöttning för de särskilt intresserade kommunerna.

Hypotetiskt uppskattade projektledningen att om dialogmötet istället hade haft fokus på att anmälda kommuner redan före mötet skulle ha tagit beslut om de ville ansluta sig till ett nytt uppföljningssystem innan projektet var klart, hade troligtvis färre kommuner anmält sitt intresse. En annan aspekt i detta var att de kommunrepresentanter som nåddes av inbjudan var olika mycket insatta i sin egen kommuns datastrategi och datautveckling. I majoriteten av dessa möten deltog personer med ledande funktioner, men utan mandat kring datahantering.

Att inom projektet åstadkomma en förankring hos majoriteten av landets kommuner att ingå i en nationell utvecklingsplan, skulle kräva förankring i respektive kommuns ledningsgrupper och nämnder, och i många fall egna förstudier i dessa kommuner. Att ta fram en finansieringsmodell som omfattar majoriteten av Sveriges kommuner har därför inte varit möjlig inom ramen för projektet.

Överförbarhet till andra kommuner är dock möjlig på lokal nivå, men kräver anpassning till lokala förutsättningar. Den framtagna checklisten för förutsättningar, arbetsprocessen samt erfarenheterna från pilotkommunerna kan fungera som stöd för andra kommuner som vill införa liknande arbetssätt.

Bristen på data från den kommunala primärvården är känd för SKR. För Socialtjänstens kunskapsstyrning där den kommunala hälso- och sjukvården är en del, finns inte förutsättningar för att bära en långsiktig sammanhållen utveckling, breddning eller fast förvaltning av PrimärvårdsKvalitet för kommunerna. Projektet genomfördes under 2025 och avslutades vid årsskiftet 2025/2026.

## Informationsspridning

Nationell spridning har skett i flera rikstäckande samverkansfora via SKR och Nationella Primärvårdsrådet men även till Socialstyrelsen samt andra aktörer.

Återkoppling har skett till RSS- strukturen som också var beställare. Artiklar och spridning har skett via professionsföreningarnas egna magasin, samt andra medier. Inom de verksamheter där projektet genomfördes finns det nu beslut om att fortsätta förvalta och använda dessa mått inom befintliga nätverk och kanaler.

Visualiseringen av data i realtid kan öka engagemanget hos vårdpersonalen och väntas kunna bidra till en mer aktiv dialog kring patientsäkerhet.

Den utvärdering som skickades ut i samband med dialogmötet visade att majoriteten ansåg att framtagna mått är relevanta. Flertalet kommuner beskrev att de skulle ta med informationen och föra dialog på hemmaplan för kommande års verksamhetsplanering.

## **Hur juridiken idag påverkar möjligheten till överblick över en patients vårdprocess**

Projektet har tydliggjort att juridiken är en central faktor vid utveckling av datadrivna arbetssätt inom kommunal primärvård. Dokumentation inom hälso- och sjukvård (HSL) och socialtjänst (SoL) sker i separata system och får enligt lag inte blandas. Detta begränsar möjligheten att skapa en helhetsbild av patientens behov och insatser.

I realiteten betyder det att insatser som ges av hemtjänst och hälso- och sjukvård i hemmet till samma patient inte får utvärderas i en sammanslagen dashboard. Ett exempel på detta kan vara att hos en person utvärdera om en person fick i sig mat med hjälp av hemtjänsten å ena sidan, å andra sidan läkemedelsadministration som intogs vid samma måltid. Inom ramen för projektet har vi därför fokuserat på enbart HSL-insatser.

Det saknas juridiska förutsättningar att följa en patients vårdresa och identifiera särskilda patientsäkerhetsrisker i vårdens nivåövergångar via kvalitetsmått i realtid, då kvalitetsdata inte får delas mellan vårdgivare och huvudmän i uppföljningssyfte.

Ett exempel på detta är det faktum att kommunerna inte automatiskt får en överblick över vilka patienter som fått åtgärder utförda inom specialistsjukvården, såsom ny urinkateter, läkemedelsgenomgångar, infarter eller annat och när detta utförts. Detta innebär att kommunens sjuksköterskor i hälso- och sjukvård i hemmet måste gå in i respektive patientjournal för att se detta, vilket kräver att det finns en kännedom om patienten och självklart ett samtycke. Så är inte alltid fallet och information missas.

Det finns initiativ som arbetar för att skapa en mer sömlös vård för patienterna gällande data och möjligheten att svara mot europeiska datahälsöförordningen. E-hälsomyndigheten bidrar med att forma ramarna för en nationell digital infrastruktur (E-hälsomyndigheten, 2025). Dock krävs det lagändringar för att sådan data ska kunna generera sömlösa kvalitetsmått över vårdgivargränser.

## Verksamhetsnytta och framtidsmöjligheter

Projektet har visat på stor potential för verksamhetsnytta. Genom att tillhandahålla realtidsdata kan vårdpersonal snabbt identifiera risker inom enheten genom att följa upp insatser och arbeta mer proaktivt med patientsäkerhet. Visualisering av data har ökat engagemanget och förståelsen för kvalitetsarbete. Samtidigt krävs fortsatt arbete för att integrera dessa lösningar i ordinarie verksamhet, inklusive utbildning, förvaltning och anpassning till lokala behov. En tydlig koppling till nationella mål, såsom omställningen till Nära vård, stärker relevansen och möjligheten till långsiktig implementering.

Lärdomar från projektet visar att tidig involvering av vårdpersonal är avgörande för att skapa förståelse och acceptans. Verksamheten framhäver att en tydlig visualisering av data bidrar till ökad användning och möjliggör till förbättringsarbete.

Projektet har identifierat nya kvalitetsmått som speglar delar av del verksamhet som sker inom kommunal hälso- och sjukvård, både prevalensmått kring dessa områden, och möjlighet till att identifiera vilka patienter som saknar särskilda vårdåtgärder kopplat till vissa tillstånd. Detta är ny information för den svenska hälso- och sjukvården och kan öka möjligheten för att stärka den kommunala hälso- och sjukvården genom att arbeta proaktivt, minska risken för vårdskador, öka välbefinnandet hos patienterna, resursplanera för kontinuitet, men även konkret synliggöra vilka kompetensförsörjningen behöver planeras för i framtiden.

# Referenser

E-hälsomyndigheten (2025). Nationell digital infrastruktur. [Mer om nationell digital infrastruktur - E-hälsomyndigheten](#) Hämtad 2026-02-19.

Inspektionen för vård och omsorg (2022). Vad har IVO sett. Inspektionen för vård och omsorg.  
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2023/vad-har-ivo-sett-2022.pdf>

Riksrevisionen (2023). *Statens arbete mot vårdsador och missförhållande inom vård och omsorg av äldre*  
<https://www.riksrevisionen.se/granskningar/granskningsrapporter/2023/lex-maria-och-lex-sarah---statens-arbete-mot-vardsador-och-missforhallanden-inom-var-d-och-omsorg-av-aldre.html#h-6Slutsatserochrekommendationer>

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2022:913. Lagen om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2025:400. Socialtjänstlagen. Stockholm. Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2022). Det statistiska registrets framställning och kvalitet – Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. (2022-12-8315).  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/det-statistiska-registrets-framstallning-och-kvalitet--registret-over-insatser-inom-kommunal-halso--och-sjukvard-2022-12-8315/>

Socialstyrelsen (2023). Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2022:  
[Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2022](#)

Socialstyrelsen (2025). Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2024:  
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/70a3b6b057fa402e97624307b7de8309/2025-6-9636.pdf>

SOU 2025:62 Ansvaret för hälso- och sjukvården, volym 1 Bedömningar och förslag. URL: [Ansvaret för hälso- och sjukvården, Volym 1 Bedömningar och förslag SOU 2025:62](#)

Sveriges Kommuner och Regioner (2024). Primärvård i Sverige - Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar, Rapport från Sveriges Kommuner och Regioner. [8047-378-1.pdf](#)

Sveriges Kommuner och Regioner (2025a). Automatiserad informationsförsörjning Nationella kvalitetsregister årsrapport 2024. SKR2024/01210

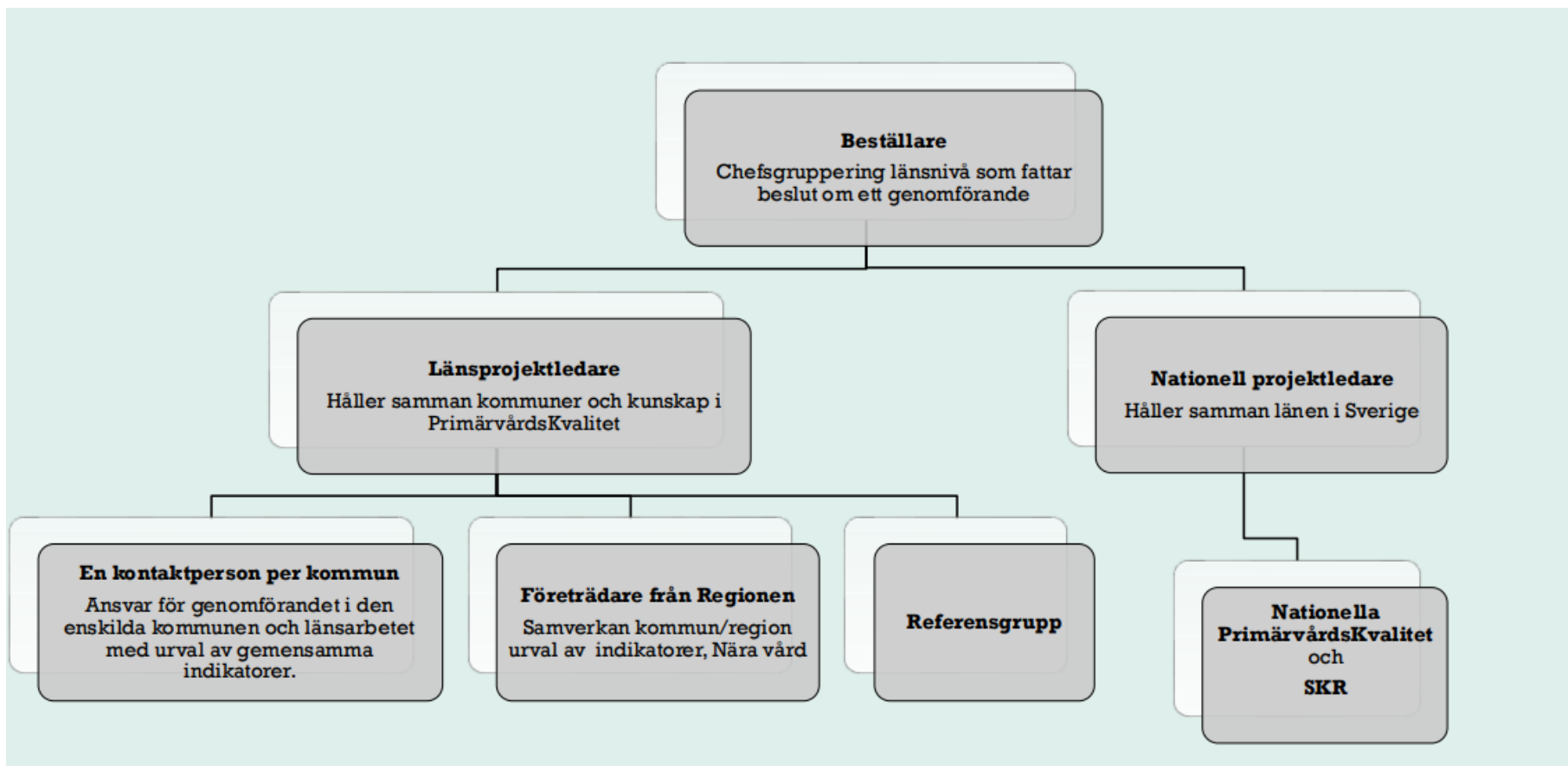
[Microsoft Word - Ny automatiserad informationsförsörjning 250701](#)

Sveriges Kommuner och Regioner (2025b). Primärvårdskvalitet. Detta är Primärvårdskvalitet. [Detta är Primärvårdskvalitet | Primärvårdskvalitet | SKR](#)  
Hämtad 2026-02-18.

Vård-och omsorgsanalys (2025). *Omtag för omställning*. (2025:1). Vård-och omsorgsanalys.

<https://www.vardanalys.se/rapporter/omtag-for-omstallning/>

# Projektorganisation





Bilaga 2 – önskemål om kvalitetsmått

Prio	Område	Vad	Tidsperiod	Var finns data?	Syfte
2	<b>Läkemedelgenomgång (2 mått)</b>	1. Andel patienter som erhållit läkemedelsgenomgångar av de som är inskrivna på enheten.	Patienter som erhållit en läkemedelsgenomgång (fördjupad eller enkel) inom den senaste 12-månadersperioden	GVP Läkemedelsgenomgång: Enkel läkemedelsgenomgång KVÅ XV022 och/eller Fördjupad läkemedelsgenomgång KVÅ XV023	Att identifiera vilka patienter på enheten som har fått respektive <b>inte fått</b> en läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna.
		2. Andel patienter som erhållit planering inför läkemedelsgenomgång.	Patienter som har en Phase20/proxy registrerad inom den senaste 12-månadersperioden	KVÅ: XV021 Inhämtande av information vid läkemedelsgenomgång <i>och/eller</i> Phase20 eller Phase-Proxy I “Blankett”	Att identifiera vilka patienter som har respektive <b>inte erhållit en planering</b> inför läkemedelsgenomgång i form av en Phase20 eller Phase-Proxy.
1	<b>Samtycke (3 mått)</b>	1. Andel patienter med samtycke mellan vårdgivare registrerat	Inom den senaste 12-månadersperioden.	Registreras med fasta val i mapp (i mappträdet) med namn: Samtycke mellan vårdgivare	Att identifiera hur många av patienterna som har eller <b>saknar ett registrerat samtycke</b> mellan vårdgivare registrerat och klicka fram de som saknar detta samtycke de senaste 12 månaderna.

		2.Andel patienter med samtycke till att informationsöverföring får ske	Inom den senaste 12-månadersperioden.	Registreras med fasta val i mapp (i mappträdet) med namn: Samtycke x kommun .	Att identifiera hur många av patienterna som har lämnat, respektive <b>inte lämnat samtycke</b> till informationsöverföring och kunna klicka fram vilka som saknar detta samtycke de sista 12 månaderna.
		3.Andel patienter med samtycke till att information får lämnas till närstående eller god man	Inom den senaste 12-månadersperioden	Registreras med fasta val i mapp (i mappträdet) med namn: Samtycke x kommun, god man	Att identifiera hur många av patienterna som har lämnat, respektive <b>inte lämnat samtycke</b> till att information får lämnas till närstående eller god man samt klicka fram vilka som saknar detta samtycke de senaste 12 månaderna.
3	<b>Palliativ vård (5 mått)</b>	1.Andelen patienter som har beslut om palliativ vård.	Inom den senaste 12-månadersperioden	Hämtas från fast val i vårdplan Palliativ vård: ”Beslut om palliativ vård (se läkaranteckning)	Att identifiera vilka patienter som har beslut om palliativ vård, upprättad GVP.

		2.Läkemedel för livets slut finns ordinerade		<p>Registreras i GVP Palliativ vård, fasta val:</p> <p>VILS-läkemedel finns ordinerade, se utskriven VILS-vårdplan</p> <p>VILS-läkemedel finns ordinerade, se VILS-vårdplan i Cosmic</p> <p>VILS-läkemedel finns ordinerade, se Pascal</p>	Att identifiera vilka patienter med beslut om palliativ vård som <b>saknar ordination</b> av läkemedel vid livets slut.
--	--	--	--	--	---

		3.Symtomskattning	Datum när senaste symtomskattning utfördes.	Journaltabell: IPOS eller KVÅ PB009	Att identifiera de patienter med GVP palliativ vård där <b>symtomskattning saknas</b> de senaste 7 dagarna.
		4. Munhälso- bedömning	Munhälsobedömning utförd den senaste veckan.	Fast val ”GVP Palliativ vård”:  Munhälsobedömning med ROAG (=bedömningsinstrumentet) eller KVÅ PN009 bedömning av risk för ohälsa i munnen	Att identifiera de patienter med GVP palliativ vård där <b>munhälsobedömning saknas</b> de senaste 7 dagarna.

		5. Bedömning av smärta	Smärtskattning utförd senaste veckan.	<p>Fasta val i "GVP Palliativ vård": Bedömning av smärta med SÖS</p> <p>Bedömning av smärta med VAS/NRS</p> <p>Bedömning av smärta med Abbey Pain Scale</p> <p>Bedömning av smärta med IPOS</p> <p>Bedömning av smärta eller KVÅ: PB009 Utredning av sinnesfunktioner och smärta</p>	Att identifiera de patienter som har GVP palliativ vård där <b>smärtskattning saknas</b> de senaste 7 dagarna.
<b>3</b>	<b>Infarter</b>		1. Patienter med Subkutan kvarliggande kateter som är satt för mer än 7 dagar sedan.	1. Läkemedelsinfart subkutan kvarliggande kateter, dokumenteras i journaltabell "Annan ut- och infart" eller	

				KVÅ: DV060 Inläggning av kvarliggande subkutan infart, eller DV151 Byte av kvarliggande subkutan infart	
			2.Patienter med Subkutan venport där nålen suttit mer än 7 dagar	2.Läkemedelsinfart Subkutan venport, dokumenteras i journaltabell KVÅ: QD004 Skötsel av central venkateter Skötsel av central venkateter och övervakning av funktion och tecken på komplikation, inklusive subkutan injektionsport	2. Att identifiera vilka patienter med GVP palliativ vård som har haft en portnål i subkutan <b>venport i mer än 7 dagar.</b>
			3.Patienter med Perifer venkateter som är satt för mer än 3 dagar sedan	3.Läkemedelsinfart Perifer venkateter, dokumenteras i journaltabell.	3.Det ska gå att få fram patienter med GVP palliativ vård som har haft en perifer <b>venkateter i mer än 3 dagar.</b>
4	<b>Urinkateter</b>	1.Antal patienter med urinkateter och när byte skedde senast	Löpande	Journaltabell in- och utfarter: Urinavledning 1 KVÅ:	Önskar att få fram hur många patienter på en vårdenhets som

				TKC20 Katetrering av urinblåsa genom urinröret <i>eller</i> KC21 Byte av kateter inlagd till urinblåsan via urinröret	har en urinkateter och <b>när det senaste bytet skedde</b>
		2. Antal patienter med urinkateter bytt inom den senaste 3-månadersperioden	3 månader	KVÅ: TKC20 Katetrering av urinblåsa genom urinröret <i>eller</i> TKC21 Byte av kateter inlagd till urinblåsan via urinröret	Att identifiera vilka kateterbärare som fått respektive <b>inte fått sin urinkateter bytt</b> de senaste 3 månaderna. Vi önskar att man kan klicka fram vilka som behöver byta urinkateter.
		3. Vilka patienter med urinkateter och frekvens på spolning av urinkateter	Löpande	KVÅ: DK020 Spolning av urinkateter	Att identifiera hur många spolningar som utförs på respektive urinkateterbärare den senaste månaden.

## Exempel på tekniska frågeställningar under arbetsprocessen

Fråga från tekniker: För historik, räcker det med ”mättet” per månad eller ska det även aggregeras per år? Det går inte att summera en andelssiffra till år så vi bör ha det i åtanke redan när vi bygger mättet

Svar från projektdeltagare: - Ja, per år och månad.

Fråga från tekniker: Behöver historiken vara klickbar ner på individnivå? Eller räcker det att man kan se patienterna i nuläget och bara antal/andel i historiken.

Svar från projektdeltagare: Ja, om det går att få klickbar på individnivå, underlättar för validering och felsökning.

Fråga från tekniker: Om vi ska beräkna ett andelsmått utifrån anslutna patienter. Vilket antal anslutna blir mest korrekt att använda i en månadssiffra (årssiffra)? Antal anslutna den sista varje månad? Antal som har varit anslutna minst 1 dag under månaden? Snitt?

Svar från projektdeltagare: Antal som har varit anslutna minst 1 dag under månaden blir nog mest korrekt.

Fråga från tekniker: När vi ska räkna 12 månader tillbaka, från vilket datum ska det vara när vi tittar på historiken?

Svar från projektdeltagare: Har man passerat datumet så räknas man som ej uppfylld, alltså innevarande datum.

Fråga från tekniker: Ner till vilken nivå vill man kunna bryta data. Klinik/Enhet/Vårdform/Klassificering?

Svar från projektdeltagare: Ner till nivån klassificering (den närmast patienten)

Fråga från tekniker: En patient som har flera anslutningar, hur ska den patienten räknas på aggregerad nivå?

Svar från projektdeltagare: Vi tittar på unika individer, en patient som har 2 anslutningar räknas som 1 på aggregerad nivå.

Fråga från tekniker: Kan en läkemedelsgenomgång vara registrerad på en annan enhet än där patienten är ansluten? (om patienten tex bytt boende.)

Svar från projektdeltagare: Ja (vi kan ej fånga det som registrerats i regionen eller i annan kommun)

Fråga från tekniker: Kan en planering inför läkemedelsgång gälla för 2 läkemedelsgenomgångar? Ska vi bara titta 12 månader tillbaka? Ett alternativ är att titta 12 månader tillbaka eller efter senaste läkemedelsgenomgången, om den är mindre än 12 månader.

Svar från projektdeltagare: Planeringen gäller bara för en läkemedelsgenomgång. 12 månader.

Fråga från tekniker: Hur benämns nämnare för palliativ vård? Är det anslutna patienter eller patienter med ”Uppstartad GVP palliativ vård”?

Svar från projektdeltagare: I första mättet anslutna patienter på enheten men i nästa mått de som har uppstartad GVP palliativ vård.

Detta protokoll var upprättat i en Excel-fil där varje kommun hade en flik per mått.

## Instruktioner

Varje område presenteras i egen flik. Fyll i återkopplingen från er kommuns kolumn på respektive flik. Läs instruktionen noga.

Här är ett valideringsprotokoll som vi skapat för att på ett skapligt systematiskt sätt samla in de fynd som ni kan komma stöta på vid validering. Vi har ställt i regel tre frågor per "mått/rapport", för att hjälpa er att validera. Kännedom om medborgarna underlättar valideringen (använd gärna ansvarig sjuksköterska). Validering kan ske på olika sätt och ibland hittar man fynd som man inte vet vad de betyder för man tittat på motsatsen till fyndet, eller kollat upp arbetssätt mm. Avsätt sammanhängande tid, ca 1-3 timmar och sitt ostört. När man kommit in i tänket går tiden snabbt. Beroende på listornas storlek kan stickprov vara ett sätt tills man hittar ett mönster, så det blir hanterbart. Av 40 personer kanske det räcker att titta på 6-7 stycken om det är en och samma enhet. Om det är flera enheter kan arbetssätten påverka mellan enheterna och därför kan det vara bra att välja ungefär lika många från varje ställe om man ska jämföra.

### Huvudfrågorna är i princip:

1. Stämmer listan på medborgare med de som har fått åtgärden?
2. Finns det medborgare på enheten som har fått åtgärden men som inte finns i rapporten i DUVA?
3. Om svaret är ja på fråga två, hur ser dokumentationen ut? *Denna fråga blir den viktigaste i valideringen. Det kan handla om att man inte gjort GVP:n utförd, eller att åtgärden är skrivet på ett sätt som systemet inte kan ta ut data på. Försök att vara så tydlig som möjligt i er återrapportering. Ni kan också hitta detaljer som är relevanta som inte står här, ta med allt ni tror är relevant. När man validerar hittar man ibland fynd som man inte vet vad de betyder för man tittat på motsatsen till fyndet, eller kollat upp arbetssätt mm.*

Vi kommer att följa det som rapporteras in och efter en tid genomföra rättning. Det finns en kolumn för rättning i varje flik. Under den tiden rättning sker kommer det att stå i respektive rättningskolumn. Under den tiden är det ingen mening att gå in och validera just det området. Vi kommer också att skriva ut detta i Teams. Använd varandras kompetens under valideringen och nyttja gärna Teams som plattform. Det ni hittar i er kommun och de frågeställningar som ni vill bolla kan vara annan kommun till gagn.

**Läkemedelsgenomgång:**

1. Kolla om medborgarna som ska ha fått en läkemedelsgenomgång faktiskt har fått det och när.
2. Finns det medborgare som fått läkemedelsgenomgång i verksamheten som inte finns med på listan?
3. Om så är fallet, hur ser dokumentationen ut? Se över tid, mall, kodning.
4. Kolla om medborgarna som ska ha fått en PHASE20 eller motsvarande faktiskt har fått det och när.
5. Finns det medborgare som fått gjort en PHASE20 el motsvarande som inte finns med på listan?
6. Om så är fallet, hur ser dokumentationen ut? Se över tid, mall, kodning.
7. Stämmer listan för de som har läkemedel för VILS?
8. Finns det patienter som har ordination på läkemedel för VILS som inte finns med på listan?
9. Om svaret är ja på fråga åtta: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?
10. Stämmer listan för de som har symtomskattning vid palliation?
11. Finns det patienter som har symtomskattning utförd men som inte finns med på listan?
12. Om svaret är ja på fråga elva: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?
13. Stämmer listan för de som har någon typ av infart, kolla alla tre.
14. Finns det patienter som har någon typ av infart som inte finns med på listan?
15. Om svaret är ja på fråga 14: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?
16. Stämmer listan för de som har fått munhälsobedömning?
17. Finns det patienter som har fått munhälsobedömning gjord som inte finns med på listan?
18. Om svaret är ja på fråga 17: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?

**Palliativ vård:**

- |   |
|---|
| 1. Stämmer de medborgare som är med på listan för palliativ vård ?          |
| 2. Finns det patienter med palliativ vård som inte är med på listan?        |
| 3. Om svaret är ja på fråga två: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut? |

- |  |
|--|
| 4. Stämmer listan för de som fått smärtbedömning gjord?                            |
| 5. Finns det patienter som fått smärtbedömning gjord som inte finns med på listan? |
| 6. Om svaret är ja på fråga fem: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?        |

- |   |
|---|
| 7. Stämmer listan för de som har läkemedel för VILS?  |
| 8. Finns det patienter som har ordination på läkemedel för VILS som inte finns med på listan? |
| 9. Om svaret är ja på fråga åtta: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?                  |

- |  |
|--|
| 10. Stämmer listan för de som har symtomskattning vid palliation?                        |
| 11. Finns det patienter som har symtomskattning utförd men som inte finns med på listan? |
| 12. Om svaret är ja på fråga elva: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?            |

- |   |
|---|
| 13. Stämmer listan för de som har någon typ av infart, kolla alla tre.            |
| 14. Finns det patienter som har någon typ av infart som inte finns med på listan? |
| 15. Om svaret är ja på fråga 14: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?       |

Bilaga 4 - Valideringsprotokoll

16. Stämmer listan för de som har fått munhälsobedömning?

17. Finns det patienter som har fått munhälsobedömning gjord som inte finns med på listan?

18. Om svaret är ja på fråga 17: Utröna varför. Hur ser dokumentationen ut?

**Urinkateter:**

1. Har alla patienter kateter som finns med i listan i DUVA?

2. Har fler patienter kateter som inte finns på listan?

3. Om svar på fråga två, hur ser dokumentationen ut?

4. Stämmer listan på de patienter som fått sin kateter spolad?

5. Finns det patienter som fått sin kateter spolad som inte finns med på listan?

6. Om svaret är ja på fråga fem: hur ser den dokumentationen ut?

## Bilaga 5 - Visualiseringsexempel



## Patienter med läkemedelsgenomgång

XXXX

**Status**

- ✔ Ok
- ⏰ Snart dags att uppdatera
- ✖ Utgåendet
- ✖ Registrering saknas

**Åtgärder**

**Registreringsvillkor**

**Läkemedelsgenomgång** Fasta val: "Läkemedelsgenomgång enkel" eller "Läkemedelsgenomgång fördjupad". Eller frikoppling av KVA XV022 eller XV023. Max 11 månader sedan 11-12 månader sedan Mer än 12 månader sedan Registrering saknas


**Planering inför läkemedelsgenomgång** Fasta val: Inhämtande av information vid läkemedelsgenomgång (KVA XV021) eller blankett som börjar på "Preset"

Klicka på en patient för mer detaljer

Patient-id	Patientnamn	Vårdande enhet	Läkemedelsgenomgång genomförd	Senaste planering inför läkemedelsgenomgång
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	2025-10-29
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	2025-10-29
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	2025-10-29
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✖	2025-10-29
		SÄBO	✖	
		SÄBO	✔	2025-10-29

# Bilaga 5 - Visualiseringsexempel

## Patienter med urinkateter



### Patienter med urinkateter

**⚠** För borttag av kateter används fasta valet "Borttag av urinkateter, dokumenteras i journaltabell" (KVÄ DK021). Då försvinner patienten ur listan.

Registreringar av byte eller spolning före en registrering av borttag visas ej men nya registreringar på samma patient efter borttagsdatumet visas.

**Status**


- ✔ Ok
- 🕒 Snart dags att uppdatera
- ✘ Utgången
- ✘ Registrering saknas

Åtgärder	Registreringvillkor	✔	🕒	✘	✘
Byte	Fasta val: KAD (kvarliggande kateter), RIK - Ren intermittent Katerisering, Kateterisering av urinblåsa, dokumenteras i journaltabell, Kateterisering av urinblåsa i palliativt skede, dokumenteras i journaltabell. Eller frikodning av KVÄ-koderna TKC20 eller TKC21	1-60 dagar från senaste registrering	61-90 dagar från senaste registrering	Över 90 dagar sedan senaste registrering	Registrering saknas
Spolning	Fasta val: Spolning/skötsel av urinkateter, Spolning/skötsel av urinkateter dokumenteras i journaltabell. Eller frikodning av DK020				

Klicka på en patient för mer detaljer

Patient-id	Patientnamn	Vårdande enhet	Byte av Urinkateter	Antal spolningar senaste 6 månaderna
		SÄBO	✘	0
		SÄBO	✘	0
		SÄBO	🕒	0
		SÄBO	✔	1
		SÄBO	✔	3
		SÄBO	✔	1

Bilaga 5 - Visualiseringsexempel



## Uppföljning av åtgärder för palliativa patienter

**Status**

- ✔ Ok
- ⌚ Snart dags att uppdatera
- ✘ Utgången
- ✘ Registrering saknas

**Åtgärder**

Åtgärder	Uppdateringsfrekvens	Registreringsvillkor	✔	⌚	✘	✘
<b>Läkemedel för livets slut finns ordinerat</b>	Ska uppdateras var 30:e dag	Fasta val: Innehåller texten "VILS-läkemedel"	Utfört senaste 24 dagarna	Utfört för 25-30 dagar sedan	Äldre än 30 dagar	Registrering saknas
<b>Munhälsobedömning</b>	Ska uppdateras var 7:e dag	Fasta val: Munhälsobedömning med ROAG (KVÅ PN009)	Utfört senaste 5 dagarna	Utfört senaste 6-7 dagarna	Utfört för mer än 7 dagar sedan	Registrering saknas
<b>Smärtskattning med validerat instrument</b>	Ska uppdateras var 7:e dag	Fasta val: Bedömning av smärta med Abbey Pain Scale, SÖS eller VAS/NRS	Utfört senaste 5 dagarna	Utfört senaste 6-7 dagarna	Utfört för mer än 7 dagar sedan	Registrering saknas
<b>Symtomskattning</b>	Ska uppdateras var 7:e dag	Fasta val: Bedömning av emotionella funktioner med IPOS eller Symtomskattning med IPOS (KVÅ AV145)	Utfört senaste 5 dagarna	Utfört senaste 6-7 dagarna	Utfört för mer än 7 dagar sedan	Registrering saknas

**Klicka på en patient för mer detaljer**

Patient-id	Patientnamn	Vårdande enhet	Datum GVP Palliativ vårdplan	Åtgärder			
				Läkemedel för livets slut	Munhälsobedömning	Smärtskattning med validerat instrument	Symtomskattning
		SÄBO	2026-01-27	✔	✘	✘	✘
		SÄBO	2025-04-08	✘	✘	✘	✘
		SÄBO	2025-11-27	✔	✘	✘	✘
		SÄBO	2025-08-06	✘	✘	✘	✘
		SÄBO	2026-01-09	✔	✘	✘	✘
		SÄBO	2025-10-14	✘	✘	✘	✘

# Kvalitetsdata i kommunal primärvård

Upplysningar om innehållet  
Ulrika Elmroth, [ulrika.elmroth@skr.se](mailto:ulrika.elmroth@skr.se)

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2025  
[www.skr.se](http://www.skr.se)