

Databaserad beskrivning av primärvården – en utmaning!

Rapport från nationella arbetsgruppen Databaserad beskrivning av primärvård

Avsändare: Nationella Primärvårdsrådet

Kontakt: Se www.kunskapsstyrningsvard.se för aktuella kontaktuppgifter.

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Databaserad beskrivning av primärvården	3
Bakgrund	3
Metod	4
Sammanställning	5
Rapporterade och identifierade svårigheter	8
Primärvårdskvalitet	10
Läkemedel	11
Diskussion	12
Slutsatser	13
Förslag på förbättringar i registreringar	13
Nationella arbetsgruppens deltagare	14
Bilaga 1	15
Vårddata	15
Redovisning av data	15

Databaserad beskrivning av primärvården

Bakgrund

Primärvård definieras i Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL) som hälsa- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Primärvården står för sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I delbetänkandet "God och nära vård - En gemensam färdplan och målbild"¹, konstateras att "De begränsade möjligheterna att följa upp primärvården gör att det saknas central information för att få en helhetsbild av svensk hälsa- och sjukvård".

Primärvård har en nyckelroll i sjukvårdssystemet och fungerar som första kontaktväg vid hälsoproblem, står för kontinuitet, hanterar basal vård av folksjukdomar och samordnar behandling i relation till multisjuklighet.

För att kunskapsstyrningens produkter (kunskapsstöd, vårdförlopp, remissvar m.m.) ska bli relevanta och rättvisande behövs verktyg för att beskriva aktuella patientpopulationer, så som de visar sig på primärvårdsnivå, före selektion till specialiserad vård.

Till skillnad mot slutenvård och specialiserad öppenvård saknas ett nationellt register för primärvård. I regionerna finns dock väl utbyggda system med inhämtning av exempelvis besök, diagnoser och läkemedelsförskrivning i relation till vårdnivåer. Flera analyser har gjorts och görs regelmässigt i regionerna men utan bredare spridning.

Nationella samverkansgruppen (NSG) Uppföljning och analys har gjort en kartläggning av de möjligheter som finns för att ta fram primärvårdsbeskrivningar².

Socialstyrelsen har av regeringen fått uppdraget att bland annat utreda möjligheterna för en beskrivning av primärvård. I en delrapport beskrivs exempelvis svårigheterna att sambearbeta data mellan privata och regiondrivna verksamheter.

Målsättningen för den nationella arbetsgruppen (NAG) Databaserad beskrivning av primärvården har varit att utarbeta nationellt användbara modeller för att tydliggöra primärvårdsnivån av patientgrupper och flöden, för att stödja kunskapsstyrningen så att vårdförlopp och kunskapsstöd kan baseras på hela patientpopulationer och inte bara den selekterade population som behandlas för specifika diagnoser inom specialiserad vård.

¹ SOU 2017:53

² (RAPPORT kartläggning av nationella register i primärvård, Björk, S., Westander, F. och Forslund, T.)

Metod

Som underlag begärdes vårddata avseende diagnoser, besök och kvalitetsindikatorer ([Bilaga 1](#)) in från samtliga regioner gällande depression, hypertoni och artros, uppdelat på ålder och kön samt specificerat vilken vårdprofession som registrerat/hanterat besöket. Depression, hypertoni och artros valdes ut då de avspeglar registreringar för olika personalkategorier, vårdval och organisation i olika regioner.

Av 21 regioner skickade 15 regioner in underlag, med en sammanlagd befolkning på 7,8 miljoner, eller 71% av Sveriges befolkning.

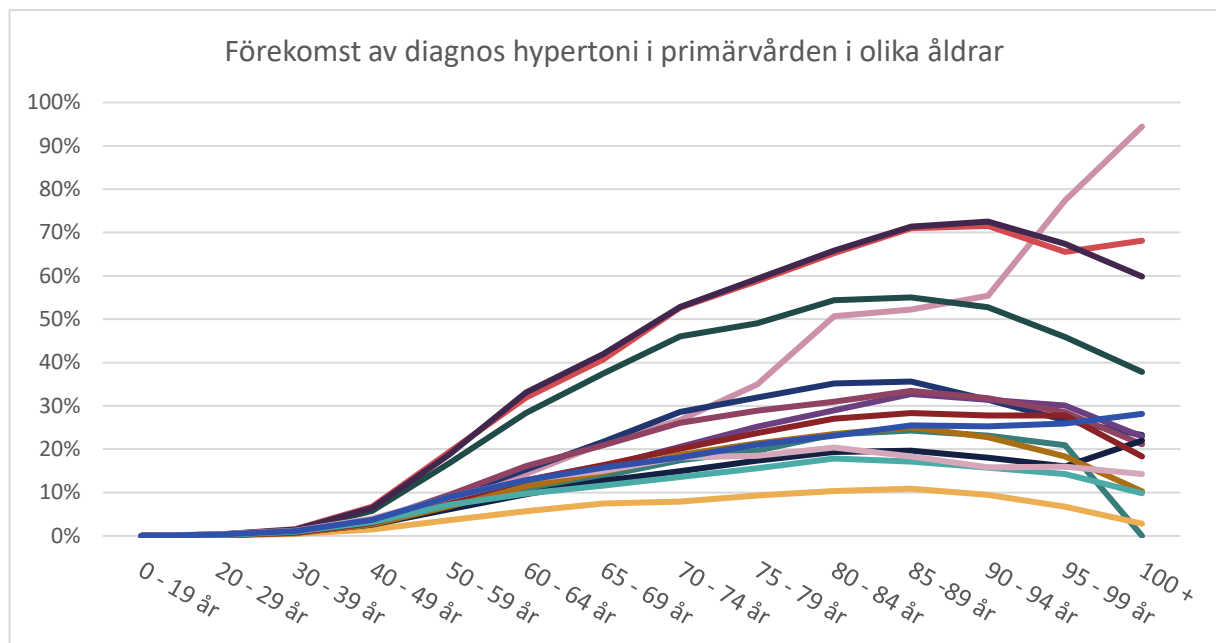
Utöver diagnoser och besök har arbetsgruppen även tittat på förskrivning av läkemedel som används vid hypertoni, utifrån definierade dygnsdoser (DDD) och regionernas kodning av arbetsplatskoder i arbetsplatskodregistret (ARKO).

Denna rapport har granskats enligt rutin för granskningsgrunda ett inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och reviderats utifrån relevanta synpunkter.

Sammanställning

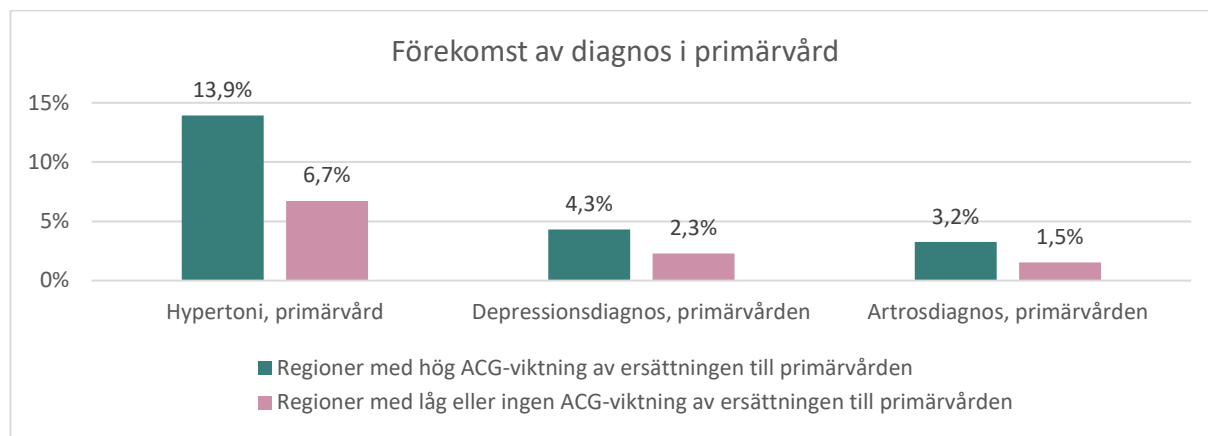
I rapporteringen går det att se stora skillnader mellan regionerna när det gäller exempelvis prevalens av studerade diagnoser (antalet individer med registrerad diagnos i primärvården 2021 dividerat med befolkning i regionen 2021 enligt statistiska centralbyrån (SCB)). Det finns säkerligen flera förklaringar till detta, men det beror sannolikt till största delen på olikheter i registrering, rapportering och organisation, och inte på faktiska skillnader i vård eller vårdkvalitet.

Vissa skillnader i förekomst av diagnoser i inrapporterade data kan förklaras av hur registreringar hanteras, kunskap/förmåga att extrahera komplett och tillförlitliga data ur journal- och faktureringsystemen, samt att regionerna gör olika tolkningar av hur data ska maskas om det är få individer i en åldersgrupp.



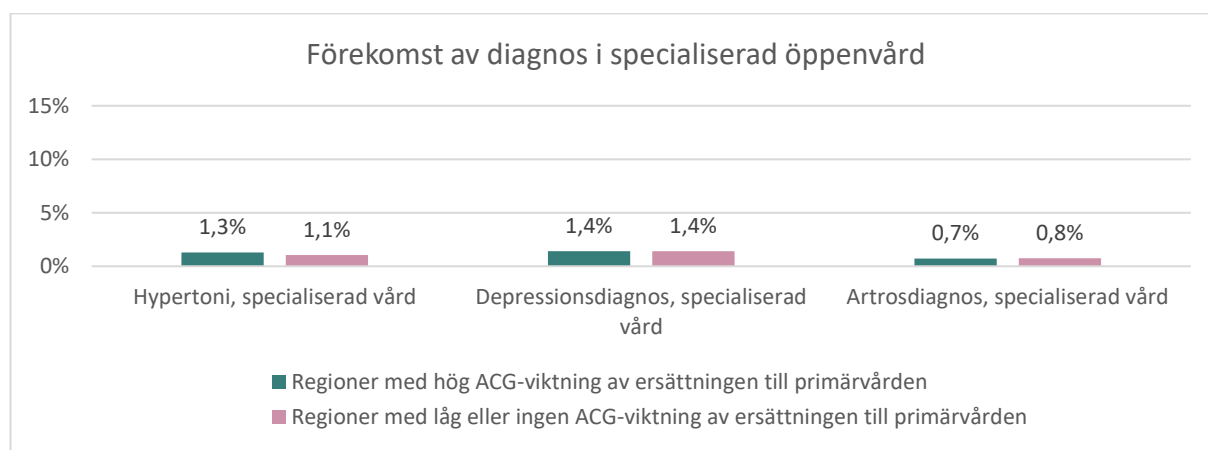
Figur 1. Stora skillnader mellan regioner, andel individer med registrerad hypertoni i primärvården 2021 uppdelat på regioner.

Ersättningssystemen påverkar troligen diagnosregistreringar, exempelvis rapporteras två till tre gånger högre förekomst av både hypertoni, depression och artros i regioner med hög Adjusted clinical groups³ (ACG)-viktning (över 30%) av ersättningen till vårdcentralerna.



Figur 2. Prevalens av individer under 2021 med registrerade diagnoser i primärvården, uppdelat på regioner med hög (>30%) eller låg (<30%) andel av primärvårdens ersättning baserat på ACG.

Förekomsten av högt blodtryck uppskattas av SBU till 27% av den vuxna befolkningen⁴ⁱ. De regioner som ligger högst i diagnosregistrering i primärvården kommer upp i ca 18–22%, medan majoriteten av regionerna ligger under 10%. Motsvarande skillnad i diagnosregistrering syns inte inom specialiserad vård. Ersättningen till specialiserad vård påverkas inte av ACG-viktning av ersättningen till primärvården.

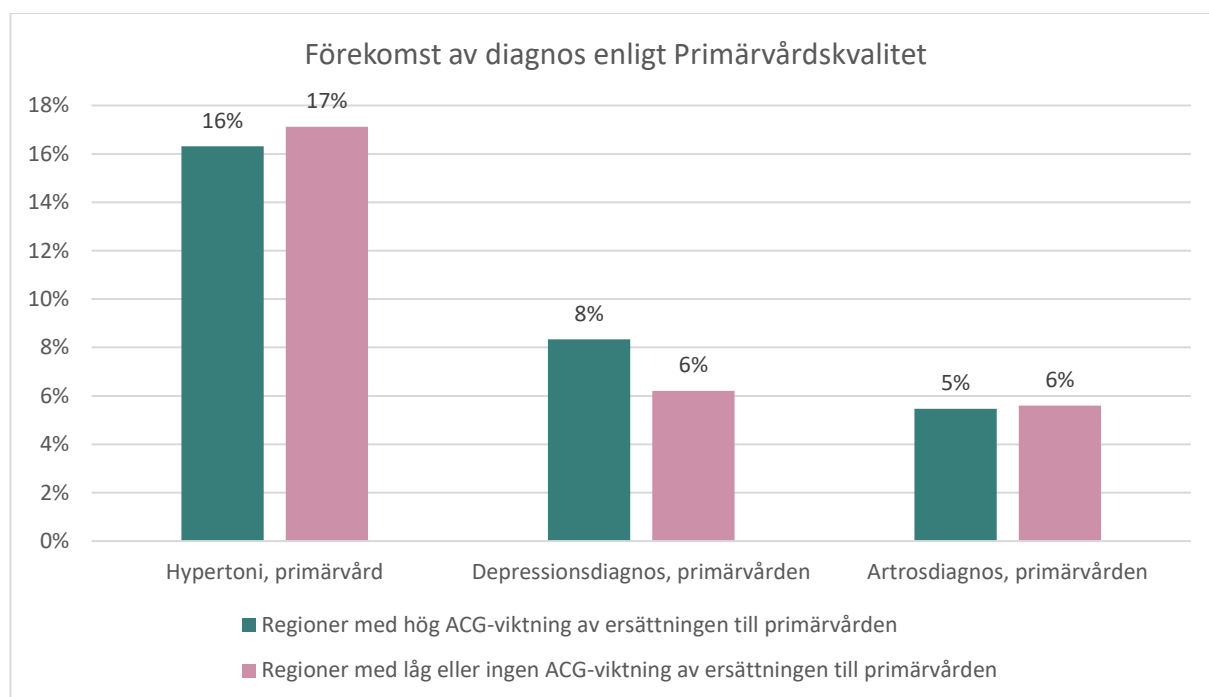


Figur 3. Prevalens av individer med registrerade diagnoser i specialiserad vård 2021, uppdelat på regioner med hög (>30%) eller låg (<30%) andel av primärvårdens ersättning baserat på ACG

³ System för att förutse framtida sjukvårdsbehov utifrån tidigare och nuvarande sjukdomar, ålder och kön

⁴ [SBU:s sammanfattning och slutsatser gällande hypertoni \(sbu.se\)](https://www.sbu.se/sammanfattning-och-slutsatser-gallande-hypertoni)

Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande (läs mer i avsnitt Primärvårdskvalitet). Primärvårdskvalitet beräknar prevalensen utifrån hur stor andel av befolkningen som fått diagnos hypertoni/artros/depression någon gång senaste fem åren i stället för bara under ett år, och då blir förekomsten av diagnos likartad oavsett ACG-viktning. När ersättningen till vårdcentraler viktas i högre grad efter ACG upprepas diagnoser oftare, men sjukdomsprevalensen eller diagnossättning verkar inte påverkas.

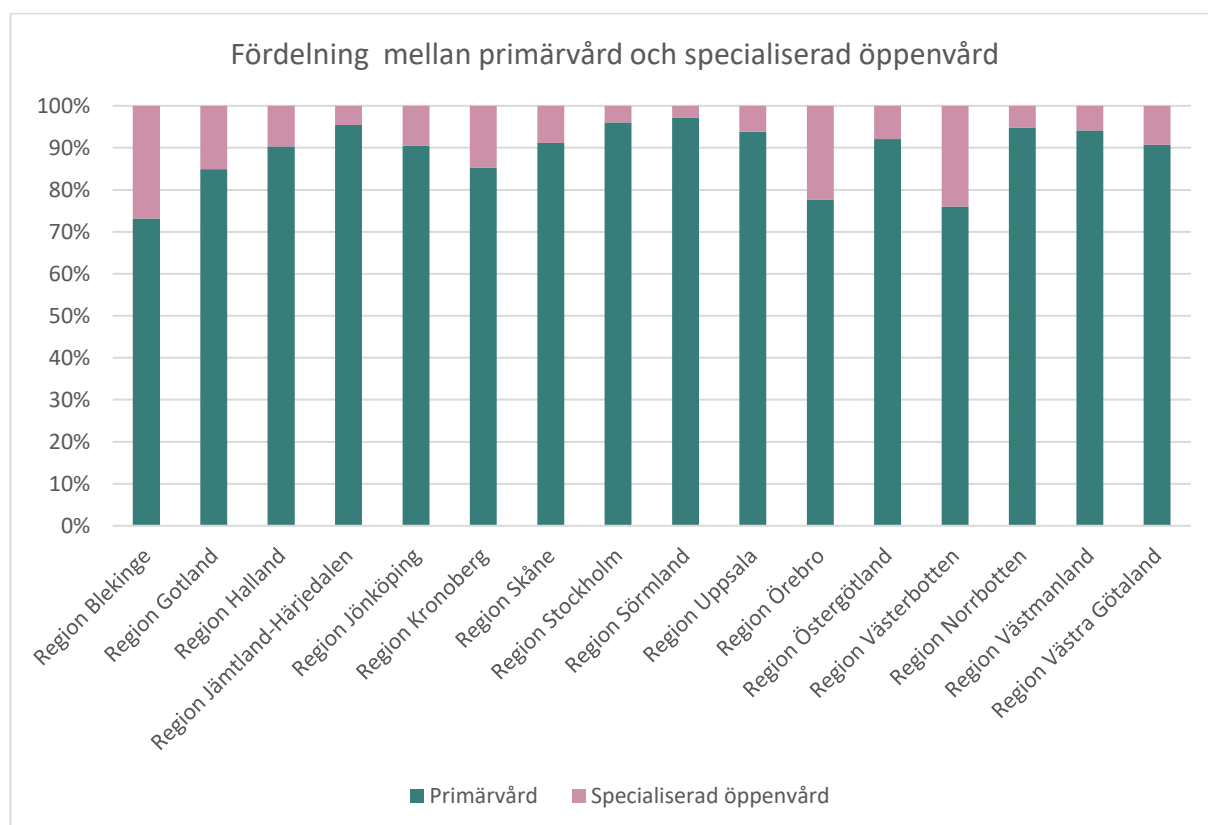


Figur 4. Förekomst av diagnos enligt primärvårdskvalitets indikatordefinitioner.

Rapporterade och identifierade svårigheter

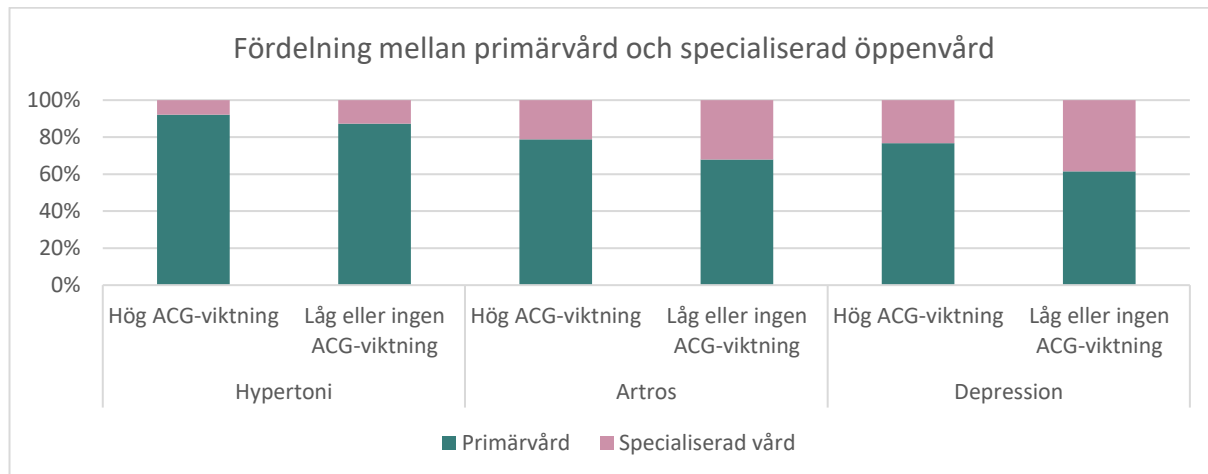
Ett fåtal regioner kunde inte leverera data för privata vårdgivare, andra regioner hade svårigheter att identifiera vilka patienter som blivit diagnossatta både inom primärvård och specialiserad vård.

Utifrån de variationer som ses förefaller regionerna rapportera olika enheter som specialiserad vård respektive primärvård. Denna tolkning baseras på andelen patienter som rapporterats som diagnossatta inom specialiserad respektive primärvård.



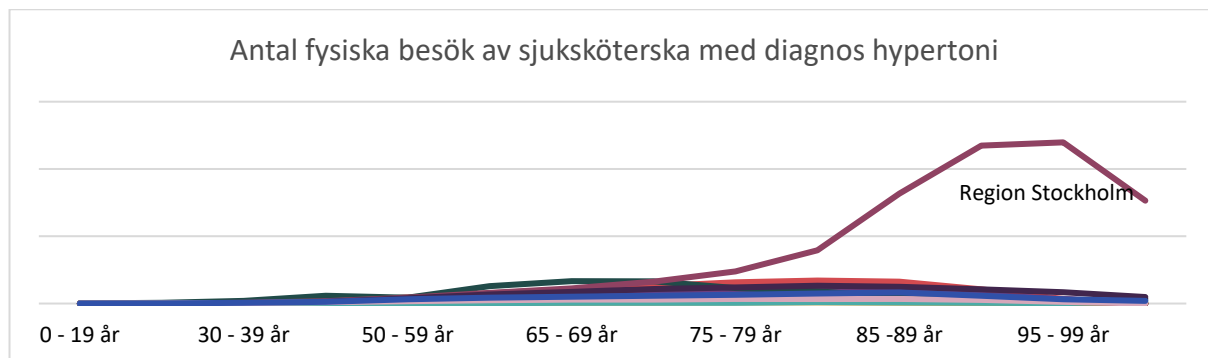
Figur 5. Andel individer med hypertoni-diagnos i specialiserad öppenvård respektive primärvård utifrån hur regionerna rapporterat. Påverkas exempelvis av respektive regions definition av primärvård och specialiserad öppenvård. Samma patient kan vara diagnossatt både i primärvård och specialiserad öppenvård.

I regioner med hög ACG-viktning verkar en större andel av patienterna diagnosättas i primärvården.



Figur 6. Andel individer med hypertoni-, artros- eller depressionsdiagnos i specialiserad vård respektive primärvård utifrån hur regionerna rapporterat, uppdelat på regioner med hög respektive låg eller ingen viktning av primärvårdens ersättning utifrån ACG.

Även andra organisatoriska delar kan påverka vad som har registrerats och levererats. I Region Stockholm sköts hemsjukvården av regionen, vilket resulterar i en stor mängd diagnosatta sjuksköterskebesök i den äldre befolkningen, till skillnad från övriga regioner.



Figur 7. I Region Stockholm sköts hemsjukvården av regionen, vilket syns tydligt på antalet sjuksköterskebesök i den äldre populationen.

Diagnosregistreringsgraden är hög bland läkare till skillnad från andra yrkesgrupper där registreringsgraden är lägre⁵ och varierar mellan regionerna. Exempelvis varierar andelen i befolkningen som träffat fysioterapeut och fått diagnosen artros i gruppen 70–74 år mellan nära 0% och 13%. Troligen påverkas registreringsgraden hos andra personalkategorier av olika faktorer, såsom ersättningsmodellen och tradition.

⁵ KPP primärvård 2022

Primärvårdskvalitet

Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande.

Som underlag efterfrågades data för 31 olika indikatorer från Primärvårdskvalitet, 27 gäller vårdcentraler och 4 gäller rehabenheter. 13 regioner har inkommit med uppgifter, 3 enligt egenutvecklad lösning och 10 regioner anlitar samma företag som varit behjälpliga med datauttaget.

Uppdelningen mellan rehabenhet och vårdcentral, till exempel artrosskola, PVQ Artros Ar03 och PVQ Artros Ar12, försvårar jämförelse. De 13 regioner som har inkommit med uppgifter registrerar artrosskola enligt följande:

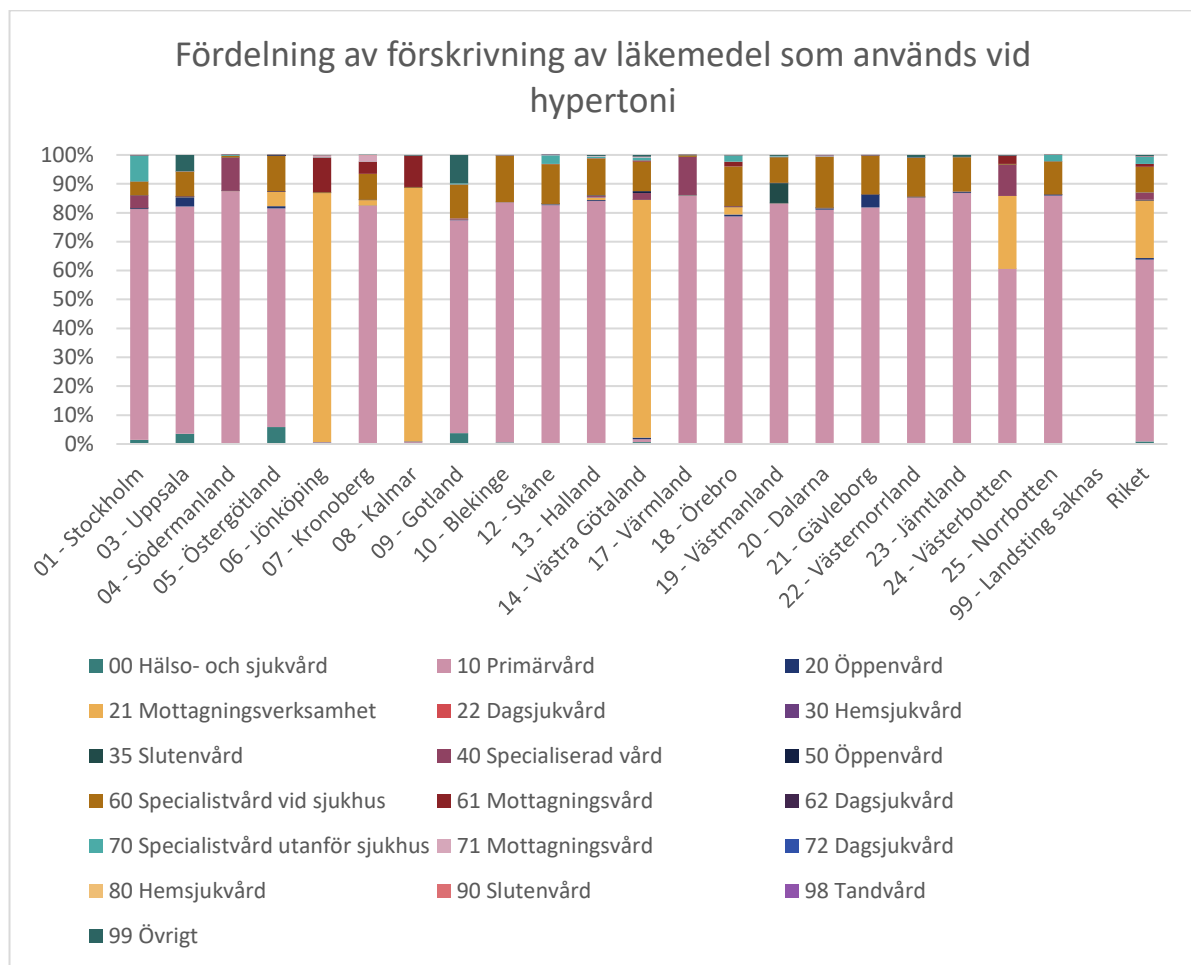
- 6 regioner registrerar artrosskola hos vårdcentralerna,
- 2 regioner registrerar artrosskola endast på rehabenheter,
- 2 regioner registrerar artrosskola både på vårdcentral och rehabenheter,
- 3 regioner har inte registrerat artrosskola.

Kontinuitetsmätning enligt Primärvårdskvalitet varierar mycket, framför allt gällande fysioterapeuter. Troligtvis beror detta på en generellt låg och varierande diagnosregistreringsgrad hos fysioterapeuter.

Läkemedel

Utifrån förskrivningen av läkemedel som används vid hypertoni ser vi att regionerna registrerat arbetsplatskoder något olika när det gäller primärvård. I vissa regioner är vårdcentraler registrerade som Mottagningsverksamhet i stället för Primärvård.

Tolkningen av siffrorna är att ungefär 80% av dygndoserna förskrivs av primärvården, utan några större variationer mellan regionerna.



Figur 8. Förskrivning av läkemedel som används vid hypertoni. Fördelningen är densamma oavsett om antal definierade dygndoser (DDD) används eller antal expedieringar. Jönköping, Kalmar, Västra Götaland och till viss del Norrbotten kodar troligen Primärvård som 21 Mottagningsverksamhet. Uppdelning enligt registrering i Arbetsplatskodregistret (ARKO).

Diskussion

Varje region beslutar självständigt vilka vårdval och ersättningsmodeller som ska användas, vilket påverkar både registreringar och arbetssätt. Regionerna tolkar också de juridiska förutsättningar för sambearbetning av data och hanteringen av data från privat/offentlig vård olika.

Varje region definierar också själva, inom vissa ramar, vad som kategoriseras som primärvård och specialiserad öppenvård.

För att kunna använda och jämföra vårddata mellan olika regioner krävs att registreringar och definitioner standardiseras. Det bör skapas en enhetlig syn regioner emellan på vad som ska registreras, hur det ska registreras samt i vilka situationer det ska registreras. En gemensam definition av hur primärvård rapporteras bör också tillämpas.

Det är svårt att veta om regionerna som registrerat en hög prevalens ligger nära sanningen eller inte.

Att enbart titta på diagnoser ger inte någon information om patienten behandlats inom primär- eller specialiserad vård. För att identifiera vem som står för behandlingen behöver även annan patientdata, så som till exempel läkemedelsdata användas, samköras och analyseras.

Dubbeldokumentation bör undvikas och i stället bör relevant vårddata användas och rapporteras som en integrerad del av journalsystemen. Vårdförloppen inom primärvården sträcker sig ofta över flera år, och möjligen skulle en dataanalys baserad på flera års data ge en mer rättvisande bild.

De stora variationer i rapportering som identifierats under arbetets gång har gjort det svårt att beskriva en modell baserad på den insamlade informationen, däremot har flera förbättringsområden identifierats. Trots variationerna i rapporteringen finns en samstämmig bild att en stor majoritet av patienterna sköts och behandlas enbart i primärvården.

Slutsatser

Utifrån rapporteringen är en slutsats att jämförelser mellan regioner är svåra att göra på grund av skillnader i organisation och ersättningsmodeller. Att beskriva patientpopulationen på primärvårdsnivå utifrån enstaka diagnoser är en alltför stor förenkling då många patienter har flera diagnoser där samtliga hanteras inom primärvården.

För en bra databaserad beskrivning av primärvården skulle det vara av värde att koppla samman mer än en dimension av vårddata per patient, till exempel både hypertoni-diagnos och förskrivning av hypertoni-läkemedel, diabetes och förskrivning av diabeteshjälpmiddel/läkemedel eller diagnos och specifik provtagning.

Utifrån tillgängliga data hanterar primärvården i storleksordningen 70 % till 90 % av patienterna i dessa patientgrupper, baserat på bland annat förskrivning av läkemedel som används vid hypertoni och andelen diagnossatta individer i specialiserad vård jämfört med primärvård.

Förslag på förbättringar i registreringar

Grunden för en bra databaserad modell är bra data, och grunden för bra data är dels en hög registreringsgrad, dels korrekta registreringar.

Några grundförutsättningar för att regioner ska vara jämförbara är att registreringen sker likartat inom och mellan regioner, samt att det är samma typ av data som registreras och används.

I en bra modell ska själva modellen påverka registreringen i så låg grad som möjligt. Samtidigt måste modellen accepteras av alla regioner även ur ett juridiskt perspektiv.

För att uppnå detta skulle regionerna behöva samverka kring att:

1. Registrera likartat.
2. Säkerställa korrekt registrering, och undvika att vårdval och ersättningsmodeller leder till missvisande eller felaktiga diagnosregistreringar.
3. Gemensamt definiera vilken typ av verksamhet som rapporteras som primärvård, respektive specialiserad öppenvård.
4. Tydlighet gällande tolkningen av de juridiska ramverken gällande datahantering.

Nationella arbetsgruppens deltagare

Namn	Roll	Profession, titel	Tjänsteställe	Sjukvårdsregion
Erik Ramelius	Ordförande	Specialist i allmänmedicin, verksamhetsutvecklare	Primärvården Region Skåne	Södra
Eva Törnvall	Ordförande t o m 2022-08-31	Distriktssköterska, med. dr.	Ledningsstaben, Region Östergötland	Sydöstra
Maria Eriksson	Medförfattare	Leg psykolog, med. dr.	Närhälsan, Västra Götalandsregionen	Västra
Per Hjerpe	Medförfattare	Specialist i allmänmedicin, med.dr.	FoU-chef, FoUI primär och nära vård Skaraborg, Västra Götalandsregionen	Västra
Charlotte Ivarsson	Medförfattare	Distriktssköterska	Akademiskt primärvårdscentrum Region Stockholm	Stockholm/ Gotland
Emil Johansson	Medförfattare	Specialist i allmänmedicin, medicinsk rådgivare	Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen	Västra
Jörgen Månsson	Medförfattare	Professor och Specialist Allmänmedicin	Bitr. Avdelningschef för Samhällsmedicin och Folkhälsa Sahlgrenska Akademin, Västra Götalandsregionen	Västra
Jan Rosengren	Medförfattare	Verksamhetscontroller	Hälsovalsenheten, Hälsa- och sjukvårdsstaben Region Örebro län	Mellansverige
Cecilia Pehrsson	Medförfattare	Arbetsterapeut	Områdeschef Närhälsan Rehab, Västra Götalandsregionen	Västra
Susanne Steen	Medförfattare	Specialist i allmänmedicin	Projektledare PrimärvårdsKvalitet Avdelningen för vård och omsorg, SKR	
Ann Eld Wohlfarth	Adjungerad	Verksamhetsutvecklare	Primärvårdscentrum, Region Östergötland	Sydöstra
Christina F Jonsson	Statistik	Dataanalytiker, registerspecialist	Enheten för DataAnalys och RegisterCentrum/HSS/Koncernkontoret, Region Skåne	Södra

Bilaga 1

Vårddata

Indikatorer från Primärvårdskvalitet: Till och med September 2022. (Tidsperioden bakåt bestäms av respektive indikator)

Övrig vårddata (exempelvis antal unika individer och vårdkontakter): Tidsperiod 2021 (20210101 - 20211231)

Redovisning av data

Data i samtliga mått redovisas uppdelat på kön och på ålder (0–59 år: 10-årsintervall, 60–99 år: 5-årsintervall, samt ≥100 år).

Indikatorer från Primärvårdskvalitet

Övergripande

[PVQ Kontinuitet Ko01L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare, på vårdcentral](#)

[PVQ Kontinuitet Ko05S: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, sjuksköterska](#)

[PVQ Kontinuitet Ko07FT: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, fysioterapeut, på rehabenhet](#)

[PVQ Kontinuitet Ko01FT: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, fysioterapeut, på vårdcentral](#)

[PVQ Prioritering Pr01Dig+Fys: Andel patienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom, fysiskt eller på distans](#)

[PVQ Samsjuklighet Ss01;2: Andel patienter med 2 kroniska sjukdomar](#)

[PVQ Samsjuklighet Ss01;3: Andel patienter med 3 kroniska sjukdomar](#)

[PVQ Samsjuklighet Ss01;4: Andel patienter med 4 kroniska sjukdomar](#)

[PVQ Samsjuklighet Ss01;5: Andel patienter med 5 eller fler kroniska sjukdomar](#)

Hypertoni

[PVQ Hypertoni HT01: Förekomst av diagnos hypertoni](#)

[PVQ Hypertoni HT02,0: Andel patienter med hypertoni som saknar aktuellt blodtrycksvärde](#)

[PVQ Hypertoni HT02H: Andel patienter med hypertoni som har blodtryck \$\geq 160/100\$](#)

[PVQ Hypertoni HT02L1: Andel patienter med hypertoni som har blodtryck \$\leq 140/90\$](#)

[PVQ Hypertoni HT02L2: Andel patienter med hypertoni som har blodtryck \$< 140/90\$](#)

Depression

[PVQ Depression Dep01: Förekomst av diagnos depression, på vårdcentral](#)

[PVQ Depression Dep02: Andel patienter med nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta](#)

[PVQ Depression Dep03: Andel patienter med ny diagnos depression som behandlas med antidepressiva läkemedel](#)

[PVQ Depression Dep04: Andel patienter som har varit på återbesök eller haft annan kontakt efter nyinsjuknande i depression](#)

[PVQ Depression Dep05A: Andel patienter med depression som har varit på återbesök 6–12 månader efter insättning av antidepressiv läkemedelsbehandling, alla professioner](#)

[PVQ Depression Dep06: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi \(KBT\) vid nydiagnostiserad depression](#)

[PVQ Depression Dep07: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Interpersonell psykoterapi \(IPT\) vid nydiagnostiserad depression](#)

[PVQ Depression Dep08: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Psykodynamisk terapi \(PDT\) vid nydiagnostiserad depression](#)

[PVQ Depression Dep09: Andel patienter med nydiagnostiserad depression som fått psykologisk behandling](#)

[PVQ Depression Dep11: Förekomst av depression, på rehabenhet](#)

[PVQ Depression/Ångest Dep/Ån01: Andel patienter med SSRI som har registrerad evidensbaserad indikation](#)

[PVQ Prioritering Pr03L: Andel patienter som fått läkemedelsbehandling vid nydiagnostiserad depression och samsjuklighet](#)

[PVQ Prioritering Pr03P: Andel patienter som fått psykologisk behandling vid nydiagnostiserad depression och samsjuklighet](#)

Artros

[PVQ Artros Ar02: Förekomst av diagnos artros, på vårdcentral](#)

[PVQ Artros Ar11: Förekomst av diagnos artros, på rehabenhet](#)

[PVQ Artros Ar03: Andel patienter med ny diagnos artros som deltagit i artrosskola, på vårdcentral](#)

[PVQ Artros Ar12: Andel patienter med artros som deltagit i artrosskola, på rehabenhet](#)