

RAPPORT

2022

FORSKNINGSKARTLEGGING

Kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i et utvalg land

Utgitt av Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester
Tittel Kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i et utvalg land: en kartleggingsoversikt
English title Quality indicators in general practice in selected countries: a scoping review
Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere Rebecka Maria Norman, forsker
Kirsten Danielsen, forsker
ISBN 978-82-8406-281-5
Publikasjonstype Forskningskartlegging
Antall sider 48 (160 med vedlegg)
Oppdragsgiver Helsedirektoratet
Emneord(MeSH) Quality indicators, health care, general practice, general practitioners, primary health care
Sitering Norman RM, Danielsen K. Kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i et utvalg land: en kartleggingsoversikt. [Quality indicators in general practice in selected countries: a scoping review] –2022. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.

Innhold

| | |
|--|-----------|
| INNHold | 3 |
| HOVEDBUDESKAP | 5 |
| SAMMENDRAG | 6 |
| KEY MESSAGES | 8 |
| EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH) | 9 |
| FORORD | 11 |
| INNLEDNING | 12 |
| Organisering av allmennlegetjenesten i Norge | 12 |
| Kvalitet | 13 |
| Hvorfor det er viktig å utføre denne kartleggingsoversikten | 15 |
| Mål og problemstilling | 16 |
| Forskningsspørsmål | 16 |
| Avgrensinger | 16 |
| Oppbygging av rapporten | 16 |
| Tidligere rapport | 17 |
| METODE | 19 |
| Beskrivelse av systematisk kartleggingsoversikt | 19 |
| Inklusjonskriterier | 20 |
| Litteratursøk | 21 |
| Utvelgning av litteratur | 21 |
| Uthenting av data | 22 |
| Kartlegging av kunnskapsgrunnlaget | 22 |
| RESULTATER | 23 |
| Resultater av litteratursøket og utvelgelse av publikasjoner | 23 |
| Beskrivelse av de inkluderte publikasjonene | 23 |
| Måling av kvalitet i et utvalg land | 24 |
| DISKUSJON | 42 |
| Hovedfunn | 42 |
| Hvor generaliserbare er resultatene? Relevans for norske forhold | 44 |
| Styrker og svakheter ved kartleggingsoversikten | 46 |
| Kunnskapshull | 47 |

| | |
|--|------------|
| KONKLUSJON | 48 |
| REFERANSER | 49 |
| VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI | 57 |
| VEDLEGG 2: SØK I GRÅ LITTERATUR | 60 |
| VEDLEGG 3: KVALITETSINDIKATORER | 64 |
| VEDLEGG 4: EKSEMPEL PÅ RAPPORTERING AV RESULTATER | 149 |

Hovedbudskap

Område for helsetjenester i FHI fikk i august 2021 i oppdrag av Helsedirektoratet å kartlegge kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i et utvalg land. Landene vi valgte ut er Danmark, Finland, Sverige, England, Nederland og Australia. Vi utførte en kartleggingsoversikt der vi har gjort et systematisk søk etter kriterier for internasjonale kunnskapsoppsummeringer/ litteraturstudier. Vi har også søkt etter grå litteratur i databasen Oaister og i Google. For de utvalgte landene har vi søkt i hjemmesider til ulike relevante organisasjoner og myndigheter, og vi har søkt i Google.

Det systematiske søket resulterte i 1027 referanser som vi vurderte. Fem systematiske oversiktsartikler oppfylte inklusjonskriteriene. Vi identifiserte syv rapporter eller andre typer publikasjoner fra internettsøket etter grå litteratur. I tillegg identifisert vi nettsider som viser til hvordan de utvalgte landene måler kvalitet og aktuelle indikatorer.

Alle utvalgte land samler inn informasjon om kvaliteten i tjenesten gjennom kvalitetsindikatorer. Kartleggingsoversikten presenterer kort det enkelte land sin organisering av allmennlegetjeneste, hvilke organisasjoner eller myndigheter som måler kvalitet og aktuelle indikatorer vises i vedlegg. Hvordan kvalitet måles, inkludert nivå og metodisk tilnærming, varierer mellom landene. Vi har ikke vurdert tilliten til dokumentasjonen av de inkluderte indikatorene, eller gjort en vurdering av indikatorenes kvalitet, relevans og gjennomførbarhet i en norsk sammenheng. Dette vil være et viktig neste trinn.

Tittel:

Kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i et utvalg land - en kartleggingsoversikt

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Helsedirektoratet

Sammendrag

Innledning

Primærhelsetjenesten i Norge består av en rekke kommunale tjenester der allmennlegetjenesten, herunder fastlegetjenesten og legevakt, er en viktig del. Det kreves pålitelig informasjon om kvalitet i tjenestene på ulike nivå for politiske beslutninger, styring, overvåkning og for lokal kvalitetsforbedring og kvalitetssikring i virksomheten. For å fremskaffe denne informasjonen brukes ofte kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorer er et indirekte mål på kvalitet innen et område og er én av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten. Vanligvis benyttes flere kvalitetsindikatorer for å måle ulike dimensjoner av kvalitet. I det nasjonale arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten i Norge vil det være nyttig å få en oversikt over andre, sammenlignbare lands målesystemer og indikatorer.

Hensikt

Vi utførte på oppdrag av Helsedirektoratet en systematisk kartleggingsoversikt for å beskrive hvordan kvalitet i allmennlegetjenesten måles i et utvalg relevante land. Landene vi valgte ut er Danmark, Finland, Sverige, England, Nederland og Australia. Oversikten skal beskrive landenes kvalitetsmåling på ulike nivåer og presentere indikatorer. Oversikten skal også fange opp internasjonale litteraturstudier som viser kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. Følgende forskningsspørsmål ønskes besvart i kartleggingsoversikten:

1. Hvordan måles kvalitet i allmennlegetjenesten med kvantitative målinger, registre og brukerundersøkelser i andre land?
2. Hvilke kvalitetsindikatorer har andre land, på nasjonalt nivå?
3. Hvilke kvalitetsindikatorer har andre land, på lokalt nivå?

Metode

For å besvare forskningsspørsmålene, har vi søkt i hjemmesider til ulike relevante organisasjoner og myndigheter. Vi har også søkt på Internett ved bruk av søkemotorer og generelle søkeord for de landene vi har valgt ut. I august 2021 gjorde vi et systematisk søk i databasene MEDLINE, Embase, Web of Science, Epistemonikos og Cochrane Database of Systematic Reviews. Vi søkte etter kunnskapsoppsummeringer fra 2010 og senere, om systemer av indikatorer som er relevante for kvalitetsmåling i allmennlege-/primærhelsetjenesten. Vi ekskluderte kunnskapsoppsummeringer som hadde til hensikt å utvikle/ oppsummere/ evaluere indikatorer for å sammenligne land, eller for én type helseutfordringer, som f.eks. kun KOLS eller diabetes. Vi søkte etter grå litteratur i databasen Oaister og i Google der vi brukte samme inklusjonskriterier for utvelgelse, men fokuserte på å velge ut publikasjoner som kompletterer beskrivelsen av de utvalgte landene sitt indikatorsystem, f.eks. ved å

rapportere fremtidige endringer. To medarbeidere valgte ut, uavhengig av hverandre, relevante studier. De vurderte først alle titler og sammendrag og deretter fulltekster, i henhold til inklusjonskriteriene. Kartleggingsoversikten presenterer kort det enkelte land sin organisering av allmennlegetjeneste, og hvordan kvalitet måles ved ulike register, brukererfaringsundersøkelser, hvilke organisasjoner eller myndigheter som måler kvalitet og aktuelle indikatorer for respektive land.

Resultater

Fra litteratursøket inkluderte vi fem publikasjoner. Tre publikasjoner var ulike typer kunnskapsoppsummeringer som ikke var relatert til et spesifikt land. To av publikasjonene var relatert til Storbritannias kvalitetsindikatorsystem og er presentert under beskrivelsen for England. Vi identifiserte i tillegg syv rapporter eller andre typer publikasjoner fra det grå litteratursøket som utfyller beskrivelsen av de utvalgte landenes indikatorsystem. Alle utvalgte land samler inn informasjon om kvaliteten i tjenesten gjennom kvalitetsindikatorer. Hvordan kvalitet måles, inkludert nivå og metodisk tilnærming og rapportering, varierer mellom landene vi har gått igjennom. Alle utvalgte land gjennomfører ulike typer brukererfaringsundersøkelser og har ulike typer register som samler inn data på ulike nivåer. England og Sverige har automatisk uttrekk av journaldata for publisering på ulike nivåer. Danmark gjør kun journaldata tilgjengelig på lokalt nivå. Nederland og Australia har en database med et representativt utvalg allmennlegekontor, der målinger brukes til forskning. Australia og England publiserer detaljert statistikk om helsepersonell og bemanning, som antall allmennleger i primærhelsetjenesten, og Sverige planlegger flere indikatorer om bemanning.

Diskusjon

Kartleggingsoversikten gir en omfattende oversikt over kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i de land vi har undersøkt. I arbeidet med oversikten gikk vi igjennom mange ulike nettstedet som fremstiller resultater fra kvalitetsmåling. Vi fant svært ulike tilnærminger og ulikt ambisjonsnivå mellom landene både når det gjelder antall, typer indikatorer, rapporteringsnivåer og fremstilling av resultater. Tilgangen til data vil ofte være styrende for hvilke kvalitetsindikatorer det er mulig å rapportere på. Dette betyr at ved videre arbeid med utvelgelse og tilpassing av indikatorer til norske forhold, vil muligheter for bruk av datakilder være en del av vurderingen. Vi har ikke gjort en vurdering av hva som er mulig eller meningsfullt å måle i en norsk kontekst. Vi har heller ikke gjort en vurdering av hvilken kvalitetsdimensjon de ulike indikatorene vi har funnet måler, eller om de inkluderte indikatorsettene er forskningsbaserte eller kvalitetsmessig gode indikatorer. Dette vil være et viktig neste trinn.

Konklusjon

Kartleggingsoversikten gir en oversikt over hvordan kvalitet i allmennlegetjenesten måles i et utvalg relevante land gjennom å beskrive kvalitetsmåling på ulike nivåer og presentere indikatorer. De beskrevne landene bruker forskjellig typer data på både lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Resultatene fra denne kartleggingsoversikten kan brukes i det nasjonale arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten og vil også kunne brukes i oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten.

Key messages

In August 2021, the division for Health Services in NIPH was commissioned by the Norwegian Directorate of Health to map quality indicators in general practice in a selection of countries. The selected countries were Denmark, Finland, Sweden, England, the Netherlands, and Australia. We conducted a systematic search for international literature reviews on the topic. We have also searched for grey literature in the Oaister database and Google. For the selected countries, we searched the websites of various relevant organizations and authorities and Google.

The systematic search resulted in 1027 references that we evaluated. Five systematic reviews met the inclusion criteria. We identified seven reports or other types of publications from the Internet searches of grey literature. In addition, we identified websites that look at how the selected countries measure quality, and present indicators measuring quality of general practice.

All countries collected information about the quality of general practice through quality indicators. This report provides a brief overview of the selected country's organization of general practice, the organizations or authorities which measure quality, and relevant indicators are listed in the appendix. How quality is measured, including level and methodological approach, varies between the countries we have reviewed. We have not assessed the confidence of the documentation of the included indicators. Nor did we evaluate the indicator's relevance or feasibility in the Norwegian context. Such an evaluation will be an important next step.

Title:

Quality indicators in general practice in selected countries - a scoping review

Publisher:

The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from the Norwegian Directorate of Health

Executive summary (English)

Introduction

The primary health care service in Norway consists of several municipal services where general practice, including the services provided in a GP practice and the emergency GP practice, is an important part. Reliable information on the quality of the health services at various levels is needed for political decisions, management, monitoring, and local quality improvement and assurance. Quality indicators are an indirect measure of the quality of health services provided. The use of quality indicators is one of several methods to monitor and document the quality of the health care services. Different types of quality indicators are used to measure different dimensions and aspects of quality. For Norway, it will be useful to have an overview of other, comparable countries' measurement systems and indicators.

Objective

On behalf of the Norwegian Directorate of Health, the National Institute of Public Health carried out a scoping review to describe how quality of general practice is measured in a selection of relevant countries. The selected countries were Denmark, Finland, Sweden, England, the Netherlands, and Australia. This review aims to briefly describe the selected countries' quality measurement at different levels and present indicators currently in use. The review will also capture international literature studies that present quality indicators for general practice. The following are the research questions this review aims to answer:

1. How is quality measured in general practice by use of quantitative measurements, registers, and user surveys in other countries?
2. Which quality indicators do other countries have at a national level?
3. Which quality indicators do other countries have at the local level?

Method

To answer the research questions, we have searched the websites of various relevant organizations and authorities. We have also searched the Internet using search engines and general keywords for the selected countries. In August 2021, we conducted a systematic search in the databases: MEDLINE, Embase, Web of Science, Epistemonikos, and Cochrane Database of Systematic Reviews. We searched for different types of literature reviews, published from 2010 onwards. We included reviews that provided a system of indicators relevant for quality measurement in general practice or primary health services. We excluded reviews that intended to develop/summarize/evaluate indicators to make international comparisons or restricted to selected health challenges or patient groups, such as only COPD or diabetes. We searched for grey literature in the Oaister database and Google, with the same inclusion criteria.

We focused on selecting publications that complement the description of the selected countries' indicator system, e.g., by reporting future changes. Two employees independently selected relevant studies. First by assessing titles, and then by summaries and full texts, according to the inclusion criteria. The review briefly presents the selected countries' organization of general practice, how quality is measured by various registers, user experience surveys, which organizations or authorities measure quality, and relevant indicators for each selected country.

Results

From the literature search, we included five publications. Three publications were different types of literature reviews that were not related to a specific country. Two of the publications were related to the UK's quality indicator system and these are presented along with the description for England. We also identified seven reports or other types of publications from the search for grey literature which complement the description of the selected countries' indicator systems. All selected countries collect information about the quality of their service through quality indicators. How quality is measured, including level and methodological approach and reporting, varied between the countries we reviewed. All selected countries conduct different types of user experience surveys, and all have different types of registers that collect data on various levels. England and Sweden have automatic extraction from patient records for publication at various levels. Denmark only makes patient records available at the local level. The Netherlands and Australia have a database with a representative sample GP practice, where the results of measurements are used primarily for research. Australia and England publish detailed statistics on health personnel and staffing, and Sweden plans several indicators on staffing.

Discussion

This review provides a comprehensive overview of quality indicators relevant for general practice in the selected countries. We went through many different websites that produce and present results related to quality measurements. We found very different approaches and levels of ambition between the countries in terms of number of and types of indicators, reporting levels, and presentation of results. Access to data will often govern which quality indicators that are possible to report. In further work on the selection and adaptation of indicators to the Norwegian context and health care system, available data sources will be part of the assessment. We have not assessed what is possible or meaningful to measure in a Norwegian context. Also, we did not assess which quality dimensions the various indicators measure, or whether the included indicator sets are research-based or good quality indicators. This will be an important next step.

Conclusion

This review provides an overview of how quality in general practice is measured in a selection of relevant countries by describing quality measurements at different levels and presenting examples of indicators. The selected countries present data at both local, regional, and national levels. The results from this review can be used in the development of quality indicators for general practice in Norway.

Forord

Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre en kartleggingsoversikt om kvalitetsmåling i allmennlegetjenesten med vekt på fastlegetjenesten i utvalgte land. Kunnskapssoppsummeringen er ment til bruk i Helsedirektoratets arbeid med utvikling av kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten i Norge. Oppsummeringen vil også være nyttig for annet arbeid med allmennlegetjenesten og vil kunne brukes inn i oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapssoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Helsedirektoratet finansierte oppsummeringen. Helsedirektoratet tydeliggjorde problemstillingen og inklusjonskriteriene, men hadde ingen rolle i utarbeidelsen av oppsummeringen.

Bidragstere

Prosjektleder: Rebecka Maria Norman

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Kirsten Danielsen. Bibliotekar Ingvild Kirkehei gjorde litteratursøk og første utvelgelse av litteratur.

Takk til interne fagfeller Henning Øien og Doris Tove Kristoffersen som har gjennomgått og gitt innspill til kartleggingsoversikten.

En stor takk til Nicolas M. F. Øyane, Senter for Kvalitet i Legetjenester (SKIL), Norge for nyttige innspill og kontakter. Takk til Janus Laust Thomsen, Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet, Danmark. Rikke Agergaard, Flemming Bro & Thomas Bo Nielsen, Kvalitet i almen praksis (KiAP), Danmark for informasjon om kvalitetsmålingssystemet og KiAP i Danmark. Takk også til Ronald Gijzen, Nederlands National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) for bistand med informasjon om kvalitetsindikatorsystemet i Nederland.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Anja Elsrud Schou
Lindman
fagdirektør

Øyvind Andresen
Bjertnæs
avdelingsdirektør

Rebecka Maria Norman
prosjektleder

Innledning

Organisering av allmennlegetjenesten i Norge

Primærhelsetjenesten i Norge består av en rekke kommunale tjenester der allmennlegetjenesten, herunder fastlegetjenesten og legevakt, er en viktig del. I 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge som en ny måte å systematisere legetjenester på i det offentlige. I proposisjon til Stortinget (Prop. 91L) står det at allmennlegetjenesten i kommunen: "omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinsk legearbeid (legearbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem, fengsler og asylmottak mv.) og 24 timers kommunal legevakt hele året". Primærhelsetjenester er et fundament i den norske helsetjenesten, der en konsultasjon med en fastlege innebærer en første kontakt med helsevesenet. Fastlegen fungerer som portvakt for spesialistbehandling og helserelaterte velferdsordninger som uføretrygd og sykemelding (Meld. St. 26 (2014-2015)).

Allmennpraktiserende leger inngår en avtale med kommunen om å bli en del av fastlegeordningen. De fleste fastleger er selvstendige næringsdrivende og blir betalt ut ifra antallet pasienter på listen, uansett om pasientene bruker tjenestene eller ikke. I tillegg får fastlegene et aktivitetsbasert tilskudd med ulike takster for ulike kontaktformer og prosedyrer. En liten andel fastleger er fastlønnet av kommunen. I 2020 var andelen fastleger med spesialisering i allmennmedisin 63 prosent. Alle innbyggere som ønsker det, får tilbud om plass på en fastleges liste. Deltakelse i fastlegesystemet er ikke obligatorisk, men i 2020 var hele 98 prosent av innbyggerne registrert på en liste hos en fastlege. Pasienten betaler en liten egenandel for en konsultasjon hos en fastlege, uavhengig om pasienten er listet hos fastlege eller ikke (Helsedirektoratet, 2020). Private legetjenester er under fremvekst i Norge, og en økende andel pasienter går til private leger. Pasienten betaler da for konsultasjon enten ved en helseforsikring som oftest dekkes av arbeidsgiver eller utenom en forsikringsordning (Finans Norge, 2020). Videre i denne rapporten vil begrepet *allmennlege* brukes for alle typer leger som arbeider som fastlege, i legevakt eller andre funksjoner i primærhelsetjenesten. For norske forhold bruker vi termen *fastlege*. *Allmennlegetjeneste* brukes for tjenester gitt av en lege i primærhelsetjenesten. Termen *allmennlegekontor* brukes for et kontor som kan bestå av flere ulike profesjoner, inkludert allmennlegen.

Det har blitt mer krevende å rekruttere fastleger. Ved utgangen av 2019 var 2,5 prosent av fastlegelistene uten fast lege, eller om lag 76 000 innbyggere sto på en fastlegeliste uten tilknyttet lege, med store geografiske variasjoner. Arbeidsmengden for den enkelte fastlege er økende. Samhandlingsreformen og håndteringen av utskrivningsklare pasienter har gitt kommunene et større pasientansvar for pasienter med

langvarige og omfattede behov. Det er også økende forventningene til hva helse- og omsorgstjenestene skal tilby (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

For å svare på disse utfordringene ble et forsøk med primærhelseteam knyttet til fastlegetjenesten lansert i 2015 (Meld. St. 26 (2014-2015)). Teamene er avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. I forsøket ble sykepleierressurser finansiert og tildelt fastlegekontor i størrelsesforhold etter antall pasienter tilknyttet kontoret. Denne utviklingen er også i tråd med andre lands nåværende allmennlegetjeneste og satsningsområder, både innen Norden (Larsen, Klausen, & Højgaard, 2020), og Storbritannias «General practice» der team av ulike profesjoner samhandler om tjenester rundt en pasient.

Ifølge Handlingsplan for allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) oppgir fastlegene at de bruker lite tid på systematisk kvalitetsarbeid og samtidig etterspør kommunene i liten grad styringsdata fra fastlegekontorene. Mangel på gode data vil medføre liten kunnskap om tjenestene, på ulike nivåer. Det kreves pålitelig informasjon om kvalitet i tjenesten på ulike nivå for politiske beslutninger, styring, overvåkning og for kvalitetsforbedring og kvalitetssikring i virksomheten. Det må utarbeides relevante og valide nasjonale kvalitetsindikatorer for å få denne kunnskapen om tjenesten.

Kvalitet

Dimensjoner av kvalitet

De fleste utviklede land står overfor lignende utfordringer: en aldrende befolkning, en økning av kroniske sykdommer og stigende utgifter til helsetjenesten. Samtidig har alle innbyggere en lovmessig rett til helsetjenester av god kvalitet. En fungerende primærhelsetjeneste og allmennlegetjeneste uten utilsiktet variasjon i kvalitet mellom tjenesteutøvere er sentralt for å svare på disse utfordringene. Den norske kvalitetsstrategien beskriver kvalitet i seks dimensjoner. For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2005).

Om disse punktene etterleves vil grunnlaget for gode helsetjenester for alle ha best mulige forutsetninger. «Kvalitet» er ikke noe entydig begrep. Hvordan kvaliteten i helsetjenestene oppfattes vil være avhengig av forventninger og opplevelser. Hva vi definerer som god kvalitet vil også endres basert på tilgjengelige ressurser, kunnskap, preferanser og over tid. Det vi for 10 år siden betraktet som god behandling, kan i dag betraktes som en behandling av lavere kvalitet.

Måling av kvalitet

Kvalitetsindikatorer kan defineres som indirekte mål på kvalitet innen et område og er én av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten. Ved måling av kvalitet ved en kvalitetsindikator tallfestes ofte måloppnåelse og ytelse på en spesifikk indikator (Loeb, 2004). Dette kan f.eks. være antall fastleger med spesialisering i allmenntjenestemedisin. Ettersom kvalitet ikke er statisk, er også evaluering en viktig del. Å måle kvalitet i primærhelsetjenesten er utfordrende grunnet kompleksiteten i primærhelsetjenesten fordi den består av forskjellige aktører, blanding av organisasjonsmodeller, og ulike typer av tjenester (European Union, 2018). For å vurdere ulike aspekter av kvalitet er indikatorene ofte satt sammen i et system av flere forskjellige indikatorer som samlet sett gir informasjon om ulike aspekter av kvalitet i tjenesten.

Det er ulike formål med indikatorsystemer som vanligvis deles inn i fire kategorier: samfunnsmessig legitimering og kontroll, virksomhetsstyring, faglig kvalitetsforbedring og støtte til brukervalg. Resultater for indikatorene vil være på ulike nivåer, det er nødvendigvis ikke slik at en indikator som fungerer godt til intern kvalitetsforbedring fungerer like godt ved internasjonale sammenligninger av kvalitet (Rygh LH & Saunes IS, 2008). Det er anbefalt å bruke Donabedian (2005) rammeverk for å gruppere kvalitetsindikatorene (European Union, 2018). Dette rammeverket skiller mellom struktur-, prosess- og resultatindikatorer. Strukturkvalitet omfatter ulike strukturelle aspekter som påvirker kvalitet. Prosesskvalitet dreier seg om måten tjenestene utøves på, mens resultatkvalitet er helseeffekten for den enkelte pasient eller pasientgrupper. Kvalitetsindikatorer har som hensikt å påvise forskjeller i praksis, og det må tas hensyn til naturlige eller forventede endringer i helsetilstanden som vil kunne påvirke resultatkvaliteten. En kvalitetsindikator skal videre være et mål for kvalitet i tjenesten, og ikke være påvirket av variasjoner i populasjonen som for eksempel sosioøkonomiske faktorer (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004; Donabedian, 2005; European Union, 2018). Utvikling av kvalitetsindikatorer, datainnsamling, analyse og rapportering innebærer store faglige utfordringer. Ukritisk utvelgelse og bruk uten at indikatoren sier noe om kvalitet i tjenesten kan føre til unødig ressursbruk, og at innsamlede data ikke kan brukes som intendert (European Union, 2018; Ibrahim, 2001). Pasientrapporterte målinger (PROM) og pasientrapporterte erfaringer (PREM) har de siste årene blitt tatt i bruk i mange land for å evaluere kvalitet i form av resultatindikatorer.

Internasjonal måling av helsetjenestens kvalitet

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) sitt kvalitetsindikatorprosjekt, Health Care Quality Indicators (HCQI), har utviklet et konseptuelt rammeverk av kvalitetsindikatorer for å sammenligne ulike lands helsesystem. OECD sine kvalitetsindikatorer er den fremste kilden til internasjonale sammenligninger av kvalitet i helsetjenesten. OECDs kvalitetsbegrep inkluderer om tjenestene er virkningsfulle, brukerorienterte og sikre. Tilgang og kostnader er egenskaper som måles for seg. Hvorvidt tjenestene er rettferdig fordelt er ikke et eget område, men en overordnet analyse av alle dimensjonene (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006). HCQI-indikatorene blir publisert annethvert år i rapporten Health at a Glance. OECD sitt HCQI-prosjekt er i tett samarbeid med WHO og EUs indikatorprosjekt, European Core Health Indicators. For tiden inkluderer HCQI i primærhelsetjenesten indikatorene:

- Sykehusinnleggelsesrater for astma, KOLS, hjertesvikt, hypertensjon, og diabetes
- Diabetes amputasjonsfrekvens i nedre ekstremiteter
- Diabetespasienter med minst én resept på kolesterolsenkende legemidler
- Diabetespasienter med resept på førstevalgs antihypertensive legemidler
- Eldre pasienter med forskrivning av langtidsbenzodiazepiner eller relaterte legemidler
- Eldre pasienter med resept på langtidsvirkende benzodiazepiner eller relaterte legemidler
- Pasienter med langtidsresept av antikoagulerende legemidler i kombinasjon med et oralt NSAID
- Totalt volum antibiotika for systemisk bruk
- Volum av andrelinjeantibiotika som andel av totalt volum
- Andel barn vaksinert mot kikhoste/meslinger
- Andel eldre som fått influensavaksine (OECD, 2022).

The Commonwealth Fund (2022) sine pasientundersøkelser er også en kilde til internasjonale sammenligninger av kvalitet Disse indikatorene er utviklet for internasjonale sammenligninger og gir derfor ikke hensiktsmessig informasjon om kvalitet på et lavere nivå. Å utvikle spesifikke og sensitive indikatorer for de ulike deler av helsetjenesten er viktig for riktig overvåkning (Helsedirektoratet, 2021b).

Nasjonal måling av helsetjenestens kvalitet

Kvalitetsdimensjonene i den norske kvalitetsstrategien som nevnt over, legges til grunn i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet i Norge. De nasjonale kvalitetsindikatorerne tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet (Helsedirektoratet, 2005). Det norske kvalitetsmålingssystemet for den offentlige allmennlegetjenesten består per i dag av elleve kvalitetsindikatorer. Tre kvalitetsindikatorer er relatert til fastlegetjenesten; andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin, varighet på fastlege-listeinnygger-relasjon og varighet på kommunenes avtaler med fastleger. Tre kvalitetsindikatorer er relatert til allmennlegetjenesten i sykehjem; sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder; sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder; sykehjemsbeboeres legetimer per uke. Fem indikatorer er relatert til antibiotikabruk i ulike grupper. Resultatene publiseres på kommunenivå (Helsedirektoratet, 2021a).

Hvorfor det er viktig å utføre denne kartleggingsoversikten

I Helsedirektoratets arbeid med utvikling av kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten i Norge vil det være nyttig å få en oversikt over andre, sammenlignbare lands målesystemer og indikatorer. Resultatene fra kartleggingsoversikten vil også kunne brukes inn i oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten.

Mål og problemstilling

Målet med kartleggingsoversikten er å beskrive hvordan kvalitet i allmennlegetjenesten måles i et utvalg relevante land. Oversikten skal beskrive landene sin kvalitetsmåling på ulike nivåer og presentere indikatorer. Oversikten skal også fange opp internasjonale litteraturstudier som viser kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten.

Forskningsspørsmål

1. Hvordan måles kvalitet i allmennlegetjenesten med kvantitative målinger, registre og brukerundersøkelser i andre land?
2. Hvilke kvalitetsindikatorer har andre land, på nasjonalt nivå?
3. Hvilke kvalitetsindikatorer har andre land, på lokalt nivå?

Avgrensinger

Vi har valgt følgende definisjon av kvalitetsindikatorer: Målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter av tjenestenes kvalitet. Disse målbare variablene skal publiseres på ulike nivåer (nasjonalt, regionalt, lokalt) og være en del av et system for måling av kvalitet på ulike nivåer av allmennlegetjenesten. Kartleggingsoversikten vil omfatte overordnede kvalitetsindikatorer på nasjonalt og regionalt nivå, men også indikatorer som brukes til intern kvalitetsoppfølging (lokalt nivå) vil inkluderes.

I søk etter indikatorer i andre land ser vi etter indikatorer som er relevante for primærhelsetjenesten. Fortrinnsvis ser vi etter indikatorer knyttet til en type allmennlegekontor organisert som en fastlegepraksis. Denne type tjeneste er organisert under primærhelsetjenesten og indikatorer for primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenester i andre land kan inkludere andre tjenester og fra andre faggrupper enn organiseringen tilsier i Norge. I noen land er skillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ikke helt tydelig. Dette vil påvirke systemenes oppbygging og indikatorvalg i respektive land, og følgelig også hvordan disse presenteres i foreliggende rapport. Indikatorer som i andre land tilhører primærhelsetjenesten, men i Norge hører inn under spesialisthelsetjenesten, kan også ha blitt inkludert om de tilhører det enkelte land sitt målesystem. Vi vil under overskriften: «Kvalitetsmåling, kvalitetsindikatorer og data» for det enkelte land presentere de myndigheter eller organisasjoner som måler kvalitet. Vi vil ikke presentere kvalitetsmålingssystemets teoretiske forankring.

Oppbygging av rapporten

For respektive land gir vi en kort beskrivelse av de utvalgte landene sin organisering av allmennlegetjenesten og hvordan kvalitet måles på nasjonalt og lokalt nivå. Aktuelle kvalitetsindikatorer henvises til via nettløse eller i vedlegg.

Tidligere rapport

Det er mange initiativer i Norge for å måle kvalitet i allmennlegetjenesten, både på nasjonalt nivå og lokalt, f.eks. i regi av Senter for Kvalitet i Legetjenester (SKIL). Vi vil ikke nevne disse initiativene i foreliggende kunnskapsoppsummering. Vi vil derimot under referere til en tidligere norsk rapport som oppsummerer og vurderer ulike typer kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i andre land. På oppdrag fra Den norske legeforenings kvalitetsutvalg for primærmedisin (KUP) ble det i 2006 gjennomført prosjektet: ”Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin”. Rapporten inneholdt en oversikt over kvalitetssystemer og indikatorer som er i bruk i land det er naturlig for Norge å sammenligne seg med. I tillegg inneholdt rapporten mye informasjon om kvalitetsutvikling i egen praksis. Prosjektrapporten foreslo 19 indikatorer innen seks praksisområder; praksisorganisering, pasientsikkerhet, rettferdige tjenester, lege-pasient-forholdet, kronisk sykdom og akutt sykdom. Indikatorene som ble foreslått i publikasjonen ble prøvd ut i et pilotprosjekt (Nyen, Vege, & Udness, 2012) i læringsnettverk ved fire fastlegekontorer. Prosjektet ble driftet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2010-2011. Etter prosjektperioden og revidering av de foreslåtte indikatorene, ble 18 kvalitetsindikatorer foreslått. Indikatorene ble primært utarbeidet for å bidra til utvikling av kvalitet på det enkelte legekontor, men ifølge prosjektgruppen vil det kunne være aktuelt at fastlegekontorer rapporterer noen av indikatorene til kommunalt og statlig nivå. Følgende indikatorer ble foreslått:

Praksisorganisering

1. Systematisk evaluering av data fra egen praksis
2. Andel av legene i praksis, som er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin
3. Det holdes regelmessige møter for hele praksisteamet, og det skrives referat fra møtene. Møtefrekvens: Minst 1 time pr måned
4. Tid til tredje neste ledige time
5. Rutiner for overføring av informasjon fra lege til hjemmesykepleien om medisiner av felles pasienter

Pasientsikkerhet

6. Praksis kan vise at de har tilgang til og bruker dokumenterte retningslinjer og prosedyrer i pasientbehandlingen
7. Rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger
8. Rutiner for mottak av og behandling av klager fra pasientene

Rettferdige tjenester

9. Legen deltar i ansvarsgruppemøter og basismøter for sine faste pasienter, der dette er aktuelt
10. Rullestolbrukere har enkel tilgang til legekontoret

Lege-pasientforholdet

11. Praksis innhenter aktivt brukererfaringer fra pasientene
12. Praksis gir pasientene mulighet til å gi uttrykk for sine meninger og forslag til forbedringer

Kronisk sykdom

13. Andel av pasienter over 65 år der medisinalista er oppdatert ved at medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden
14. Andel av oppføringer i medisinalista på pasienter over 65 år der medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden

15. Alle pasienter med diabetes gjennomgår årskontroll etter spesifikasjon i NSAMs handlingsprogram

Akutt sykdom

16. Antall ledige timer ved starten av en praksisdag
17. Alt personell i praksis som får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp
18. Andel av pasienter med luftveisinfeksjoner med diagnosekodene R72, R75, R76 og R81 som er behandlet med antibiotika, som har fått behandling med penicillin V.

Under arbeidet med prosjektet kom det opp forslag til andre mulige kvalitetsindikatorer i allmennmedisin. Ingen av disse ble prøvd ut i prosjektet:

1. Antall faste medisiner hos alle over en viss alder;
2. Kontinuitet i pasientkontakten;
3. B-preparat-forskrivning;
4. Sykemeldingsprofil;
5. Telefongjengelighet;
6. Aktiv bruk av pasientinformasjon;
7. Parkeringsmuligheter ved fastlegekontoret (Nyen et al., 2012).

Metode

For å svare på hvordan kvalitet måles i allmennlegetjenesten med kvantitative målinger, registre og brukerundersøkelser i andre land, og hvilke kvalitetsindikatorer andre land har på nasjonalt og lokalt nivå, har vi søkt i hjemmesider til ulike relevante organisasjoner og myndigheter, for et utvalg land. Vi har også gjort et systematisk søk etter internasjonale kunnskapsoppsummeringer/ litteraturstudier og søkt etter grå litteratur i databasen Oaister og i Google.

Vi utførte denne systematiske kartleggingsoversikten i overensstemmelse med områdets metodehåndbok for kunnskapsoppsummeringer og iht. internasjonale metodeanbefalinger (Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010; Peters et al., 2020). For å sikre at oppsummeringen tilfredsstilte oppdragsgivers kunnskapsbehov, hadde vi konsultasjon med oppdragsgiver og fremtidig bruker av kartleggingsoversikten før arbeidet med oppsummeringen startet og jevnlig gjennom prosjektet. Oppdragsgiver hadde ingen rolle i selve oppsummeringsarbeidet eller i utarbeidelse av resultatene eller konklusjonene av oppsummeringen.

Beskrivelse av systematisk kartleggingsoversikt

En systematisk kartleggingsoversikt (engelsk: scoping review) er en type kunnskapsoppsumming som kartlegger og narrativt beskriver eksisterende litteratur- eller forskningsgrunnlag på et bestemt temaområde. I motsetning til en systematisk oversikt om ett spesifikt spørsmål, for eksempel hva som er effekten av et tiltak, så gir en kartleggingsoversikt deskriptiv informasjon over forskningen på et felt. Det er ikke vanlig å kvalitetsvurdere de inkluderte studiene i en kartleggingsoversikt, eller utføre detaljerte analyser av studienes forskningsresultater. Vurdering av tillit til den samlede dokumentasjonen utføres heller ikke (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010).

Kartleggingsoversikter har gjerne flere spørsmål fordi hensikten er å få oversikt over et forskningsfelt. Med en kartleggingsoversikt identifiserer, kartlegger og presenterer forskerne beskrivende informasjon om de inkluderte studiene/publikasjonene, som hvor de er utført, hvilke studiedesign de har, karakteristika ved studiedelta-kerne, hva de har undersøkt og hvilke resultater de finner. En slik oversikt inkluderer ikke analyser eller synteser av studienes forskningsresultater, eller vurdering av tillit til den samlede dokumentasjonen, slik en systematisk oversikt gjør. På den måten er en kartleggingsoversikt ikke egnet til å gi klart svar på for eksempel spørsmål om effekt av et tiltak eller erfaringer med et tiltak, men gir i stedet et overblikk over forskningen som finnes. Diskusjon av resultatene og implikasjoner for praksis er føl-

gelig noe begrenset i en kartleggingsoversikt (Peters et al., 2020). Det finnes flere internasjonale metodebeskrivelser (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Peters et al., 2020) for kartleggingsoversikter. Vi fulgte disse anbefalingene og utarbeidet kartleggingsoversikten i følgende trinn:

1. Definere og tilpasse målene og spørsmålene
2. Utvikle og tilpasse inklusjon- og eksklusjonskriteriene med målene og spørsmålene
3. Beskrive den planlagte tilnærmingen til litteratursøk og valg av litteratur
4. Søke etter litteratur
5. Velge ut litteratur i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene
6. Hente ut data fra inkluderte studier/publikasjoner
7. Kartlegge kunnskapsgrunnlaget
8. Oppsummere kunnskapsgrunnlaget med hensyn til målene og spørsmålene.

Inklusjonskriterier

Problemstillingene var det styrende inklusjonskriteriet. Vi ønsket å fange opp kunnskapsoppsummeringer som presenterer systemer av indikatorer relevante for kvalitetsmåling i allmennlege-/primærhelsetjenesten. Følgende var inklusjonskriteriene:

- Brukt en type kunnskapsoppsummering som metode
- Presenterer et system av kvalitetsindikatorer med allmennlegetjenesten/primærhelsetjenesten som målgruppe og inkluderer en oppstilling av indikatorer
- Land som Norge kan sammenlignes med
- Publisert 2011 eller senere
- Publisert på norsk, engelsk, svensk, eller dansk språk.

Vi brukte samme inklusjonskriterier for utvelgelse av gråliteratur, men fokuserte på å velge ut publikasjoner som kompletterer beskrivelsen av de utvalgte landene sitt indikatorsystem, f.eks. ved å rapportere fremtidige endringer.

Vi gjorde en samlet vurdering når vi valgte hvilke land som skulle velges ut som caseland. Vurderingen inkluderte blant annet at landet skulle ha en type allmennlegekontor, et system for måling av kvalitet samt rapportere på et språk som prosjektgruppen forstod, eventuelt at vi hadde relevante kontakter som kunne bistå med informasjon.

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte kunnskapsoppsummeringer der hensikten var å utvikle/oppsummere/evaluere indikatorer for å sammenligne land, eller for én type helseutfordring, som f.eks. kun KOLS eller diabetes.

Når det gjelder søk etter kvalitetsindikatorer i andre land rapporterer vi ikke om deler av kvalitetsmålingssystemer som omhandler ulike typer tilsyn og inspeksjoner som respektive land har satt i system. Unntatt er tilsyn og inspeksjoner som har utviklet eller bruker kvantitative indikatorer som en del av vurderingen.

Litteratursøk

Søk i databaser

Bibliotekar Ingvild Kirkehei utarbeidet en søkestrategi i samarbeid med prosjektleder Rebecka Norman. Litteratursøkene ble utført i august 2021 av Ingvild Kirkehei og inkluderte følgende bibliografisk databaser:

- MEDLINE (Ovid)
- Embase (Ovid)
- Web of Science
- Epistemonikos
- Cochrane Database of Systematic Reviews

Søket ble utformet for å finne kunnskapsoppsummering («reviews») som presenterer kvalitetsindikatorer. Søket bestod av emneord og tekstord for kvalitetsindikatorer (f.eks. «quality indicators», «performance indicators») og allmennlegetjenesten eller primærhelsetjenesten (f.eks. «general practice», «primary care»). Søkene ble deretter avgrenset til «reviews» eller til publikasjoner som brukte ord som «systems», «framework» eller «package». Alle søk ble avgrenset til publikasjonsår fra og med 2011. Alle søkeord og søkestrategier er dokumentert i vedlegg 1.

Søk i andre intensjonale kilder

I tillegg til søk i databaser søkte vi etter internasjonale rapporter eller kunnskapsoppsummeringer på internett og Qaister. Oversikt over søkeord vises i vedlegg 2.

Søk etter kvalitetsindikatorer i andre land

Ingvild Kirkehei og prosjektleder lette på hjemmesidene til ulike relevante organisasjoner og myndigheter i Norge, Sverige, Danmark, Finland, England, Nederland, Australia, Israel og Island. For å finne aktuelle relevante organisasjoner og myndigheter i respektive land startet prosjektleder med å lese beskrivelse av de utvalgte landene i The European Observatory on Health Systems and Policies (2021) og The Health Systems and Policy Monitor, som gir informasjon om hvordan allmennlegetjenesten organiseres og hvordan kvalitet overvåkes i respektive land. Basert på denne informasjon ble relevante nettkilder identifisert. Vi søkte også etter aktuelle kvalitetsindikatorer ved bruk av søkemotorer og generelle søkeord på engelsk som for eksempel “quality indicator”, “general practice”, “primary care”, “UK”, “Netherlands” osv, og på landet sitt språk. Det ble søkt i nettsider/Google for Israel og Island, men vi fant få relevante kilder. Muligens grunnet språkbegrensninger. Dermed ble disse to landene ekskludert. Vi fikk i tillegg informasjon fra kontaktpersoner i Danmark og Nederland for utvidet informasjon om kvalitetsmåling i respektive land. Oversikt over kilder og søk vises i vedlegg 2.

Utvelging av litteratur

Ingvild Kirkehei eksporterte søketreffene fra databasene til referansehåndterings-systemet EndNote, og foretok en grovsiling av søketreffene basert på tittel og sammendrag. Alle treff som var tydelig irrelevante i henhold til inklusjonskriteriene ble

tatt ut. Mulig relevante referanser ble sortert for seg selv og videreformidlet til prosjektleder. Prosjektleder og prosjektdeltaker, Kirsten Danielsen, utførte utvelgelsen av relevante studier (identifisering) blindet i henhold til inklusjonskriteriene. Prosjektleder og prosjektdeltaker sammenlignet utvalgte studier og de studier som kun én hadde valgt ut ble diskutert for konsensus.

Ingvild Kirkehei utførte et første søk og identifisering av mulige kilder i andre land. Søkene, med tilhørende identifiserte nettsider, ble gått igjennom av prosjektleder for relevans.

Uthenting av data

For respektive land gir vi en kort beskrivelse av de utvalgte landene sin organisering av allmennlegetjenesten og hvordan kvalitet måles på nasjonalt og lokalt nivå. Vi trakk ut informasjon om nivå av måling og publisering og om resultater blir publisert offentlig, der vi fant informasjon om dette. Aktuelle kvalitetsindikatorer henvises til via nettløse eller i vedlegg. I presentasjon av respektive land sin kvalitetsmåling har vi tatt utgangspunkt i hvordan det er presentert i de nevnte kildene.

Vi viser også til sentrale kunnskapsoppsummeringer og rapporter, der vi har hentet ut følgende data fra de inkluderte studiene: tittel, forfattere/organisasjon og detaljer om publikasjonen, samt rapporterte kvalitetsindikatorer. Grunnet omfang av rapporterte indikatorer ble lenker til indikatorer referert til ved noen kilder.

Kartlegging av kunnskapsgrunnlaget

Vi sammenfattet informasjon og resultater i tekst. På grunn av at dette er en kartleggingsoversikt, vurderte vi ikke den metodiske kvaliteten til de inkluderte publikasjonene.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvalgelse av publikasjoner

Databasesøkene ga 1784 treff før fjerning av dubletter. Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 1027 referanser som vi vurderte. Av disse ekskluderte vi i første omgang 710 referanser som åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. 317 referanser ble nøyerer gjennomgått blindet hver for seg av prosjektleder og prosjektdeltaker, og fem referanser fra dette søket oppfylte inklusjonskriteriene.

Vi identifiserte i tillegg syv rapporter eller andre typer publikasjoner fra internettsøket etter grå litteratur.

Beskrivelse av de inkluderte publikasjonene

Fra litteratursøket inkluderte vi fem publikasjoner. Tre publikasjoner var ulike typer kunnskapsoppsummeringer som ikke var relatert til et spesifikt land (Ewald et al., 2018; Ramalho et al., 2019; Simou, Pliatsika, Koutsogeorgou, & Roumeliotou, 2015). To av publikasjonene (Kronenberg et al., 2017; Rushforth et al., 2015) var relatert til Storbritannias kvalitetsindikatorsystem og er presentert under beskrivelsen for England.

Vi identifiserte syv rapporter eller andre typer publikasjoner (Lippert, Kousgaard, & Bjerrum, 2014; van den Berg, Kringos, Marks, & Klazinga, 2014) fra det grå litteratursøket som utfyller beskrivelsen av de utvalgte landenes indikatorer. Disse er presentert sammen med resultater for de respektive land.

Vi har i tillegg identifisert nettsider som viser hvordan de utvalgte landene måler kvalitet og hvilke kvalitetsindikatorer de bruker. Dette er presentert under de respektive land.

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Vi fant en paraplyoppsummering (Ramalho et al., 2019) over tidligere systematiske oversikter. Denne inkluderte oversiktsartikler over ulike typer indikatorer for ulike tilstander eller pasientgrupper i primærhelsetjenesten. Målet med studien var å liste opp indikatorer for primærhelsetjenester som er vist i tidligere systematiske oversikter. Studien inkluderte indikatorer fra 33 systematiske oversiktsartikler. Ramalho et al. (2019) kategoriserte indikatorene i de inkluderte oversiktsartiklene etter type indikator (struktur, prosess eller utfall) og deretter i undergrupper som type tjeneste, funksjon og kvalitetsdomener. Listen over indikatorer i paraplygjennomgangen kan hentes her: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888.s005>

En systematisk oversikt (Simou et al., 2015) hadde som hensikt å presentere kvalitetsindikatorer som har vært inkludert og brukt i internasjonale prosjekter som har hatt som hensikt å vurdere kvaliteten på primærhelsetjenesten. Totalt 556 indikatorer ble identifisert fra de prosjektene som oppfylte kriteriene. Indikatorene er utviklet for bruk både på internasjonalt og nasjonalt nivå. Listen over indikatorer kan hentes her: <http://links.lww.com/JPHMP/A63>

Ewald et al. (2018) gjennomførte en kunnskapsoppsummering i forbindelse med utvikling av kvalitetsindikatorer for å overvåke og vurdere kvalitet i den pediatriske primærhelsetjenesten i Europa. 1516 indikatorer ble funnet og etter en omfattende vurderingsprosess sto det igjen 42 indikatorer. Indikatorene er vurdert som relevante for pediatrisk primærhelsetjeneste i ulike helsesystemer i Europa. Listen over indikatorer kan hentes her: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-018-3140-z/tables/8>

Måling av kvalitet i et utvalg land

Landene vi valgte som caseland er Danmark, Finland, Sverige, England, Nederland og Australia. Disse landene har lignende ambisjoner for sine helsetjenester som Norge, blant annet høy kvalitet og likeverdig tilgang til helsehjelp. England og Nederland har allerede vært inspirasjon for det norske fastlegesystemet de siste ti-årene. England, Nederland og Australia har hatt søkelys på kvalitetsmålingssystemer innen allmennlegetjenesten i lengre tid. Sverige, Danmark og Finland ble valgt ut av de nordiske landene blant annet med tanke på sosiokulturelle likheter med Norge, språk og at de har arbeidet med kvalitetsmåling over tid.

Under vises en grovsortering av identifiserte kvalitetsmålingssystemer, inkludert databaser, undersøkelser eller andre initiativer. Vi har gjort en fordeling etter om de forskjellige landene sitt kvalitetsmålingssystem/database primært baserer dataene på journaldata, registerdata, pasient-/brukererfaringsundersøkelse, eller andre typer målinger. Tabellen viser også på hvilket nivå data blir presentert og om dataene blir offentliggjort eller ikke. Det er overlapp mellom disse kategoriene, både med tanke på hvilke data som samles inn og hvilket nivå data blir presentert på, samt hvordan de offentliggjøres.

Landene og målesystemer vil bli mer detaljert presentert under respektive land.

Tabell 1: Oversikt over identifiserte kvalitetsmålingssystemer/databaser/organisasjoner og nivå indikatorene presenteres, fordelt etter type data for respektive land

| | Danmark | Finland | Sverige | England | Nederland | Australia |
|---|---|--|--|---|--|---|
| Rammeverk Primært for primærhelsetjenesten eller der primærhelsetjenesten er en del av overordnet måling. | Nasjonale mål for sundhetsvesenet Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig | SOTKANET KUVA | Öppna jämförelser Nasjonalt/regionalt nivå: Publiseres offentlig | NHS outcomes framework Ulike nivåer: Publiseres offentlig | Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM): VZinfo.nl Nasjonalt nivå: publiseres offentlig | Primary and community health performance indicator framework Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig |
| Journaldata | KiAP Forløbsplaner Ordiprax+ Lokalt nivå: publiseres ikke offentlig | | Primärvårdskvalitet Lokalt nivå: Publiseres ikke offentlig Lokalt nivå: noen indikatorer aggregeres og publiseres offentlig i <i>vården i siffror</i> | Quality and Outcomes Framework (QOF) Lokalt nivå: Publiseres offentlig | Nivel Primary Care Database Representativt utvalg allmennelegekontor Brukes til forskning Lokalt nivå: publiseres ikke offentlig InEen Lokalt nivå: Publiseres ikke offentlig Nasjonalt nivå: publiseres offentlig | PIP QI Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig Lokalt nivå: publiseres ikke offentlig MedicineInsight Utvalg av allmennelegekontorer Lokalt nivå: publiseres ikke offentlig Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig |
| Registerdata Ulike typer innregistreringer | RKKP Lokalt nivå: publiseres ikke offentlig Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig | SOTKANET KUVA Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig | Öppna jämförelser Ulike nivå: Publiseres offentlig Vården i Siffror Lokalt nivå: publiseres offentlig | Quality and Outcomes Framework (QOF) Lokalt nivå: publiseres offentlig National General Practice Profiles: Lokalt nivå: publiseres offentlig | Nivel/ InEen | National Key Performance Indicators for Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|---|
| Bruker/pasienterfaringsundersøkelse | DANPEP Lokalt nivå: publiseres offentlig Utvidet rapport: publiseres ikke offentlig LUP Primært for Sykehus: publiseres offentlig | FINSOTE Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig | Nasjonell patientenkät Lokalt nivå: publiseres offentlig | GP patient survey Lokalt nivå: publiseres offentlig | NHG: PREM primary care PREM chronic care Lokalt nivå: publiseres ikke offentlig | Patient Experience Survey Nasjonalt nivå: Publiseres offentlig i <i>Primary and community health performance indicator framework</i> |
| Annet | | | Nettvurderingstjeneste Allmennlegenivå | Nettvurderingstjeneste Lokalt nivå National Workforce Reporting Service Lokalt nivå: publiseres offentlig Friends and Family test Lokalt nivå: publiseres offentlig Fritekst: publiseres ikke offentlig | Nettvurderingstjeneste Allmennlegenivå | Nettvurderingstjeneste Allmennlegenivå Health Workforce Data Nasjonalt/regionalt nivå: publiseres offentlig RACGP Liste med mål/akkrediteringsstansstandarder. Lokalt nivå: publiseres ikke offentlig |

Nasjonalt nivå=data publiseres på nasjonalt nivå

Nasjonalt/regionalt nivå= data publiseres på nasjonalt nivå og i tillegg på en lavere nivå. F.eks. region/fylke/delstat/kommune.

Lokalt nivå= data publiseres på lavest allmennlegekontor-nivå. Kan også aggregeres og publiseres på høyere nivå.

Ulike nivå= publiseres på forskjellig nivå avhengig av indikator.

Allmennlegenivå= mulighet å skrive en omtale om den enkelte allmennlege

Danmark

Organisering av allmennlegetjenesten

Det danske helsedepartementet fastlegger de overordnede rammene og har det overordnede ansvaret for planleggingen på helsetjenesteområdet. Danmarks fem regioner har ansvar både for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Helseutgifter betales gjennom skatter og helsetjenester er gratis for pasienten (Krasnik et al., 2020).

Danske innbyggere kan velge å være listet ved en spesifikk allmennlege eller et bestemt allmennlegekontor etter eget valg. Allmennlegekontorene består av flere typer helsepersonell i tillegg til allmennlegen, f.eks. medisinske sekretærer, sykepleiere, jordmødre og laboratoriepersonell. Allmennlegen har en portvaksfunksjon for de fleste spesialisthelsetjenester, unntatt for oftalmologi og øre-nese-hals-spesialister, som kan kontaktes direkte (2020; Larsen et al., 2020).

Tidligere kvalitetsmåling i allmennlegetjenesten

Danmark har tidligere vært ledende i verden i bruk av helsedata i allmennlegetjenesten gjennom databasen *Danish General Practice Database* (DAMD). OECD beskrev DAMD som en av de beste databasene i verden relatert til primærhelsetjenesten. DAMD-databasen ble stengt ned i 2014 da den ble ansett å ikke oppfylle flere juridiske kriterier om blant annet definisjonen for kliniske databaser (OECD, 2017), men ettersom DAMD var en viktig database vil den kort presenteres i kapitlet under, før presentasjon av det nåværende systemet.

Danish General Practice Database (DAMD)

DAMD omfattet alle ICPC-diagnosedata fra allmennlegetjenesten og inneholdt data om alle innbyggere som hadde besøkt allmennlegen. Formålet med DAMD var å hjelpe til med kvalitetssikring og forbedring av primærhelsetjenesten. Data fra de deltakende allmennlegekontorene ble automatisk sendt til DAMD i sanntid. Allmennlegene fikk gjennom systemet tilbakemelding om hver enkelt pasients behandling og kvalitet på tjenestene (OECD, 2017). Lippert et al. (2014) gir videre informasjon om DAMD. Artikkelen ble publisert før DAMD måtte stenge ned.

Kvalitetsmåling, kvalitetsindikatorer og data

En stor del av ansvaret for den kontinuerlige kvalitetsutviklingen og målingen av allmennlegetjenesten er lagt til *Kvalitet i almen praksis* (KiAP) som er et program for kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten og eies av *Danske regioner og praktiserende lægers organisation* (*Kvalitet i almen praksis (KiAP), 2022*).

Kvalitet i almen praksis (KiAP)

KiAP er en støtteorganisasjon for allmennleger og er blant annet med på å fasilitere at alle allmennleger finner sammen i klynger, som treffes til regelmessige møter. I 2019 var 98 % av alle allmennpraktiserende leger i Danmark knyttet til én klynge (Madsen et al., 2020). KiAP kan sammenlignes med SKIL i Norge. Bruk av kvantitativ data beskrives som en hjørnestein i klyngemodellen, og databruk er et vesentlig element i de aller fleste klyngemøter. Klyngens medlemmer skal fremskaffe og trekke ut data fra egen praksis og rapportere til en klyngeleder. Dataene innrapporter-

teres og presenteres anonymt i klyngemøter og brukes til diskusjon og kvalitetsarbeid (Kvalitet i almen praksis (KiAP), 2022). Den danske klyngemodellen er derfor ikke en plattform for nasjonal overvåking av kvalitet. Allmennlegen logger seg inn i sitt IT-system via KiAP sin nettjeneste og får da blant annet tilgang til data fra egen praksis, inkludert data om kommunikasjon mellom egen praksis og ulike sykehus, spesialister, legevakt og hjemmesykepleie, data fra *Regionenes Kliniske Kvalitetsutviklingsprogram* (RKKP), *Forløbsplaner*, *Ordiprax+* og data fra brukererfaringsundersøkelsen (Kvalitet i almen praksis, 2022).

Regionenes kliniske kvalitetsprogram (RKKP)

RKKP er den offentlige kilden for å følge kvaliteten i allmennlegetjenesten i Danmark på regionsnivå. Det publiseres nasjonale rapporter årlig på nettsidene Sundhed.dk (2022) og RKKP (2022c). Allmennlegetjenesten er pålagt å rapportere data til RKKP for pasienter med diabetes og KOLS til hhv *Dansk Voksen Diabetes Database* (DVDD) og *Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom* (DrKOL). Data rapporteres fra KiAP sin nettjeneste i RKKP. Det er mulig for den enkelte allmennlege å se indikatorer for egen praksis og se en sammenligning med egen klynge sine resultater. Etersom data må rapporteres inn manuelt er ikke databasene komplett. Rapporteringsår 2021 var dekningsgraden for allmennlegetjenesten på 24% for DrKOL. Resultater presenteres offentlig på regionsnivå, og for allmennlegekontor på lokalt nivå. DVDD er under utvikling og i en oppdatert versjon av databasen *Dansk Diabetes Database* (DDD), har nye indikatorer blitt inkludert. I forbindelse med den nye databasen arbeides det også med å automatisere uttrekk av data slik at databasen kan bli tilnærmet komplett og inkludere alle pasienter med diabetes (RKKP, 2022a). Indikatorer vises i vedlegg 3.

Forløbsplaner

For å styrke innsatsen rettet mot pasienter med kronisk sykdom (KOLS, diabetes type 2 og hjertesykdom) brukes det elektroniske verktøyet *Forløbsplaner*. Allmennlegen kan skrive ut planen, og pasienten kan selv logge seg inn i egen plan. Den enkelte allmennlegen kan bruke modulen til å lage en oversikt over pasienter som har forløbsplaner. Systemet er en del av pasientjournalen og oppdateres automatisk (RKKP, 2022b). Indikatorer vises i vedlegg 3.

Ordiprax +

Ordiprax+ gjør det mulig for den enkelte allmennlege å sammenligne og følge utviklingen av volum av egne legemiddelordinasjoner (antibiotika, psykofarmaka og smertestillende medikamenter) med volum av legemiddelordinasjoner innen klyngen og med landsgjennomsnittet. Data publiseres ikke offentlig. Verktøyet brukes også av regionens legemiddelkonsulenter, som kan få tilgang til statistikk over legene i sin region og sammenligne regionens data med andre regioner. Data oppdateres automatisk ut fra forskrivninger (eSundhed.dk, 2022).

DANPEP

Ifølge personlig kommunikasjon med Laust T (2021) er allmennlegetjenesten forpliktet til å evaluere pasientenes erfaringer ved hjelp av DANPEP-undersøkelsen hvert tredje år. KiAP har ansvar for gjennomføringen av undersøkelsen. Pasienter blir spurt om forholdet til legen sin, medisinsk behandling, informasjon og støtte, organisering av tjenester og tilgjengelighet. Resultater blir offentliggjort i en aggregert rapport. Allmennlegene får tilbakemelding på egne resultater i en utvidet versjon for bruk til kvalitetsutvikling internt i egen praksis. Det er lite informasjon om

undersøkelsen tilgjengelig offentlig per i dag. KiAP arbeider med videreutvikling av undersøkelsen. Her er demoversjon: <https://www.dak-it.dk/danpep/demo/#/results>

I tillegg gjennomføres en *landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser* (LUP) årlig på oppdrag fra de fem regionene. Fokus er på landets sykehus, men spørreskjemaet inkluderer også et spørsmål om vurdering av hvor godt koordinert pasientomsorgen var mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (2022; OECD, 2017).

Nasjonale mål for sundhetsvesenet

Sundhetsministeriet er ansvarlige for de nasjonale målene for sundhetsvesenet. Åtte overordnede nasjonale mål skal bidra til å sette fokus på det som gjør en positiv forskjell for pasienter i det danske helsevesenet. En rekke indikatorer viser utviklingen av de vedtatte målene. De nasjonale målene skal sikre at alle aktører i helsevesenet – sykehusene, kommunene og allmennmedisin - jobber i en felles retning mot høyere kvalitet og samtidig gjøre det lettere å se hvor det er behov for forbedringer. Indikatorene er rettet mot kvalitet i helsevesenet på et overordnet nivå og oppfyllelse av de åtte målene. Det er to indikatorer spesifikt for allmennlegetjenesten som dreier seg om legemiddelbruk og forskrivning. Data publiseres offentlig på regions- og kommunenivå (Sundhedsministeriet, 2021). Listen over overordnede indikatorer kan hentes her: <https://sum.dk/Media/637678857214393740/Indikatorforklaring%20Nationale%20M%c3%a5l%202021.pdf>

Finland

Organisering av allmennlegetjenesten

Finland har et desentralisert, skattebasert helsesystem, med rundt 300 kommuner som er ansvarlige for organisering og levering av alle helsetjenester, inkludert spesialisthelsetjenester til sine innbyggere. I teorien har brukere av helsetjenester i Finland muligheten til å velge mellom tre helsesystemer: kommunal helsetjeneste, privat helsetjeneste og bedriftshelsetjeneste. Imidlertid medfører kostnader en barriere for tilgang til private tjenester, mens bedriftshelsetjeneste kun er tilgjengelig for ansatte. Kommunehelsesystemet er ofte det eneste alternativet, spesielt for personer med lav inntekt eller de uten arbeid (Keskimäki & Tynkkynen, 2019).

I Finland er flere yrkesgrupper samlet i et allmennlegekontor. Foruten allmennlegen inkluderer dette f.eks. ulike typer sykepleiere, tannleger, jordmødre, fysioterapeuter og logopedier. Pasientene kan velge hvilket allmennlegekontor de ønsker å tilhøre. Det brukes en teambasert modell for tjenester til pasienter med kroniske lidelser der sykepleieren har en ledende rolle for koordinering av tjenestene. Sykepleie har fått en mer avansert rolle i primærhelsetjenesten, og siden 2010 kan sykepleiere forskrive noen medikamenter. Det er et bredere utvalg tjenester som tilbys i disse allmennlegekontorene enn det man ser i andre land. Tjenester som tilbys foruten vanlige konsultasjoner, inkluderer f.eks. radiologiske og endoskopiske undersøkelser og mindre kirurgiske inngrep. Det er portvaktssystem med krav om henvisning til spesialisthelsetjenester, men denne henvisning kan gis av alle typer leger og helsesykepleiere. Vanligst er det at den gis av en allmennlege. Alle allmennlegekontor tilbyr akutt legevaktstjeneste i kontortid og noen tilbyr akutt helsehjelp døgnet rundt. Spesifikt for den finske primærhelsetjenesten er inneliggende pasienter i allmennlegekontorene. På disse avdelinger legges pasienten inn akutt, ofte pasienter med kroniske sykdommer. Hjemmesykepleien er også inkludert og organisert i allmennlegekontor (Keskimäki & Tynkkynen, 2019; Larsen et al., 2020).

Kvalitetsmåling, kvalitetsindikatorer og data

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) er det finske nasjonale instituttet for helse og velferd. THL er et forsknings- og utviklingsinstitutt som opererer under Sosial- og helsedepartementet. THL vedlikeholder og støtter også informasjonssystemer for helsevesenet i Finland. THL overvåker helsen i Finland, basert på nasjonale undersøkelser og nasjonale administrative registre. Dataene brukes til overvåking, rapporter, evaluering og politikkutforming. Alle offentlige og private tilbydere er forpliktet til å levere nødvendige data til THL eller til andre myndigheter. Samlet sett er helseinformasjon mye brukt i Finland for å evaluere hvordan nasjonale helsepolitiske mål er nådd i ulike deler av landet og i ulike befolkningsgrupper. THL publiserer innsamlede data i *Sotkanet* (Instituttet för hälsa och välfärd, 2022d).

Sotkanet

THL er ansvarlige for *Sotkanet* som er en statistikk- og indikatorbank. *Sotkanet* inneholder over 2000 indikatorer hentet fra ulike register og undersøkelser. Indikatorene som presenteres omhandler alle deler av samfunnet, på ulike nivåer. Indikatorene fordeles i gruppene; alkohol, tobakk og avhengighet; europeiske indikatorer; velferd, helse og funksjonsevne; aldrende; barn, unge og familier; psykisk helse; prosjekt- og oppfølgingsindikatorer; tjenester og ressurser; seksuell og reproduktiv helse; velferdskompasset; befolkning og befolkningens sosiale miljø. Indikatorene

oppdateres som regel årlig og presenteres offentlig på nasjonalt og regionalt nivå (Instituttet för hälsa och välfärd, 2022b). Indikatorer med emneordet «primary care» vises i vedlegg 3.

FinSote

THL er ansvarlig for gjennomføring av den nasjonale brukerrfaringsundersøkelsen om helse- velferd og tjenester (FinSote). *FinSote*-undersøkelsen har blitt utført siden 2018, og resultatene rapporteres i form av sammenlignbare indikatorer. Det er et generelt spørreskjema for alle deler av helsetjenesten som inkluderer primærhelsetjenesten. Spørreskjemaet inneholder omtrent 100 spørsmål om følgende områder: Levekår og livskvalitet; deltakelse og evne til å fungere; helse; bruk av sosial- og helse-tjenester; bruk av digitale tjenester; finansiering og kostnader for sosial- og helsehjelp; levevaner og ulykker og vold (Instituttet för hälsa och välfärd, 2022e).

Resultatene er tilgjengelig i nettjenestene *Terveytemme.fi* og i *Sotkanet*. Undersøkelsen gjennomføres årlig på nasjonalt nivå og hvert fjerde år økes utvalget slik at resultater kan presenteres på fylkesnivå (Instituttet för hälsa och välfärd, 2022b; *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 2022).

KUVA

THL produserer også *KUVA-indikatorene*, som er 540 indikatorer som måler kostnadseffektivitet. Indikatorene gir blant annet informasjon om kvalitet. Indikatorene presenteres i *Datavinduet* (Instituttet för hälsa och välfärd, 2022c) som henter *KUVA-indikatorene* regionvis først og fremst fra statistikk- og indikatorbanken *Sotkanet*. *Datavinduet* er en åpen nettapplikasjon med en regional sammenstilling av siste informasjon om indikatorene som brukes for å følge opp, evaluere og administrere sosial- og helsetjenesten. Formålet med *Datavinduet* er å støtte hele evalueringsprosessen, inkludert dialogen og kommunikasjonen mellom ulike aktører. *Datavinduet* er under utvikling og per i dag er det en testversjon (Instituttet för hälsa och välfärd, 2022a).

Sverige

Organisering av allmennlegetjenesten

Sveriges regjering er ansvarlig for regulering og tilsyn. Sveriges 21 regioner har ansvar for finansiering, innkjøp og levering av helsetjenester innen primærhelsetjenesten. Helseutgifter betales stort sett gjennom skattesystemet og er gratis eller subsidiert for pasienten (Anell, Janlöv, Ljungvall, Glenngård, & Zetterberg, 2019).

I de fleste regioner må pasientene registrere seg ved et allmennlegekontor. Noen av disse allmennlegekontorene tilbyr registrering hos en bestemt allmennlege, men dette er ikke en rettighet (Larsen et al., 2020). I 2019 var 40 % av alle helsesentre privat driftet, resterende offentlige (Ekonomifakta, 2020). Allmennlegekontorene er tverrfaglige, og det er vanligvis samme antall sykepleiere som allmennleger, men også fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordmødre, logopeder og psykologer arbeider i allmennlegekontorene. Sykepleiere med videreutdanning kan forskrive noen medikamenter og følge opp pasienter med kroniske sykdommer som f.eks. diabetes. I Sverige bestemmer regionene hvilke spesialisthelsetjenester som krever henvisning fra allmennlegen. Hovedregelen er at de fleste krever henvisning. Noen regioner krever høyere egenandel for spesialisthelsetjenester om pasienten ikke har henvisning. Pasienter har mulighet til å søke seg til private aktører der noen har offentlig avtale slik at det kun betales vanlig pasientavgift (Anell et al., 2019; Larsen et al., 2020).

Kvalitetsmåling, kvalitetsindikatorer og data

Öppna jämförelser

Den nasjonale databasen, *Öppna jämförelser*, driftes av Socialstyrelsen og består av 102 overordnede indikatorer om helse- og sosialtjenesten. Indikatorene er fordelt etter ulike sykdomstilstander og det er ikke noen spesifikke indikatorer relatert til primær- og allmennlegetjenesten, men noen av indikatorene kan allikevel være relevante for allmennlegetjenesten slik som f.eks. «forekomst av antibiotikabehandling i öppenvård» (Socialstyrelsen, 2018). Listen over indikatorer kan hentes her:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/>

Vården i siffror

Vården i siffror er de svenske regionenes felles plattform for løpende publisering av data om helsevesenets kvalitet og effektivitet. Det er et verktøy for kvalitets- og forbedringsarbeid i helsevesenet som skal gi et grunnlag for dialog og analyse. Primært brukes data til overvåkning, ledelse, styring og planlegging. I *Vården i siffror* presenteres resultater og tiltak som gjelder alt fra spesifikke behandlingstiltak til ventetid og hvordan pasienter erfarer helsetjenestene. Det rapporteres også data om kostnader og produktivitet, i tillegg til mer beskrivende data om bruk og utførelse av helsetjenestene. De fleste indikatorene kommer fra kvalitetsregistre og andre kilder via en automatisk overføring. Totalt er 866 indikatorer presentert, med 96 register tilknyttet indikatorene. Det er 53 indikatorer tematisk sortert inn under primærhelsetjenesten. Indikatorene presenteres offentlig på forskjellig nivå avhengig av type indikator (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022e). Indikatorer for primærhelsetjenesten vises vedlegg 3.

Primärvårdskvalitet

Primärvårdskvalitet er et nasjonalt system for kvalitetsdata i tilknytning til allmennlegekontorene. Formålet er å støtte forbedringsarbeidet og oppfølging gjennom analyse, refleksjon og læring. Indikatorene er primært utformet for å gi informasjon som støtte for lokalt forbedringsarbeid. Allmennlegekontor som bruker *Primärvårdskvalitet* kan se alle data om sin egen virksomhet og også følge opp individuelle pasienter. Systemet inkluderer kvalitetsindikatorer for akutte og kroniske tilstander, psykiske lidelser, rehabilitering og kjerneområder som kontinuitet, komorbiditet og livsstil. Data hentes automatiske fra journaler, uten behov for ekstra registrering og fremstilles sammen med regionale og nasjonale benchmarkingsverdier. Oppdatering til nye nasjonale retningslinjer og ny evidens skjer årlig. Resultater presenteres på lokalt nivå, og dataene tilhører det enkelte allmennlegekontor. Noen av indikatorene blir aggregert slik at det ikke er mulig å gjenkjenne pasienter, før de sendes til nasjonalt nivå og presenteres som indikatorer i *Vården i siffror (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022c)*. I noen regioner er det påbud om å bruke systemet, men for andre regioner er dette frivillig. I juni 2021 var 85 % av Sveriges helsesentre tilknyttet systemet (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022d). For detaljert informasjon om indikatorene, inkl. hvordan data innhentes, målenivå, vitenskapelig grunnlag, tolking, referanseverdier og fremtidig utvikling vises det til nettsiden: primarvardskvalitet.skl.se. De fleste indikatorene retter seg mot tjenester som gis til allmennlegekontorenes pasienter, men noen indikatorer dreier seg om samhandling mellom nivåer i helsetjenesten. Dette er data som kun presenteres i de regioner der de ulike aktørene har samme journalsystem (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022c). Film om *Primärvårdskvalitet*: <https://vimeo.com/show-case/4360213/video/194676623>. Indikatorer vises i vedlegg 3.

Nasjonell patientenkät

Nasjonell patientenkät er en nasjonal pasienterfaringsundersøkelse som gjennomføres på oppdrag av regionene. *Nasjonell patientenkät* er et samlingsnavn for gjentagende nasjonale undersøkelser av pasienterfaringer i ulike deler av helsevesenet. Siden 2009 har alle regioner deltatt. I primærhelsetjenesten måles pasienterfaringer annet hvert år. Undersøkelsen stiller spørsmål på syv forskjellige områder. Resultater presenteres offentlig på lokalt (allmennlegekontor) nivå og høyere nivå som indikatorer i *Vården i siffror (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022b)*. Resultater blir også vist på en egen nettside (Nasjonell Patientenkät, 2020). Skjermdump med presentasjon av resultater vises i vedlegg 4.

Andre initiativer

I den privat driftede nettsiden *Vården.se* (2022) er 18000 ulike helsepersonell/klinikk/sykehus registrert, og pasienter har mulighet til å gi sin vurdering av tjenesten. Dette er en side som ligner på den norske legelisten.no, men siden inneholder også presentasjon av tjenestene, kontaktinformasjon og mulighet for å booke time.

Rapporter/artikler om utvikling av indikatorer i Sverige

I juli 2019 fikk Socialstyrelsen i oppdrag fra den svenske regjeringen å utvikle en nasjonal oppfølging av primærhelsetjenesten med fokus på regjeringens omstilling til en "mer nära vård". Oppdraget ble fordelt i tre deloppdrag (Socialstyrelsen, 2020, 2021a, 2021b). I den siste rapporten (Socialstyrelsen, 2021a) vurderer og foreslår Socialstyrelsen omtrent 100 nasjonale indikatorer og andre mål for å kunne følge omstillingen til en "mer nära vård". Foreslåtte indikatorer vises i vedlegg 3.

England

Organisering av allmennlegetjenesten

The Department of Health er myndighetsorganet som er ansvarlig for helsepolitiske beslutninger i England. Innbyggere i Storbritannia har fri tilgang til helsetjenester via *National Health Service* (NHS), og kan i tillegg kjøpe privat helseforsikring. NHS England får midler gjennom *the Department of Health*. NHS er en offentlig organisasjon som er ansvarlig for blant annet nasjonalt lederskap for å forbedre resultater og kvaliteten i helsetjenesten, kjøpe primærhelsetjenester, føre tilsyn med, og fordele ressurser til *Clinical Commissioning Groups* (CCGs). CCGs ledes av allmennleger og er både bestiller (i samråd med NHS) og utøver av primærhelsetjenester. Primærhelsetjenesten har tre hovedroller: det er det første kontaktpunkt når en person har et helseproblem; oppfølging for vanlige tilstander og skader; og den fungerer som portvakt for kontakt og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, som vanligvis tilbys på sykehus (Cylus et al., 2015; Edwards, Dayan, & Kumpunen, 2021).

Allmennlegen jobber vanligvis som en del av store tverrfaglige team i allmennlegekontorene. Teamene kan inkludere sykepleiere, jordmødre, farmasøyter, og andre typer leger. I England kan pasienter registrere seg hos en allmennlege etter eget valg, og dette valget sees som en driver for kvalitet. Konsultasjoner hos allmennlegen er gratis. Allmennlegekontorene tilbyr en rekke tjenester, inkludert vanlige legebesøk, mindre kirurgiske inngrep, familieplanlegging, oppfølging av kroniske lidelser, svangerskapskontroll, forebyggende tjenester, helsefremmende tiltak og henvisninger til spesialiserte helsetjenester (Cylus et al., 2015; Edwards et al., 2021).

Kvalitetsmåling, kvalitetsindikatorer og data

NHS outcomes framework er den overordnede nasjonale målingen av kvalitet i helsetjenesten. Rammeverket gir en indikasjon på hvordan NHS gjør det på overordnet nivå. Indikatorene publiseres årlig på nasjonalt og regionalt nivå. Data hentes fra ulike register. Noen av indikatorene i *NHS outcomes framework* er om pasienterfaringer med allmennlegen (GP patient survey) (NHS Digital, 2021b).

The Care Quality Commission (CQC)

The Care Quality Commission (CQC) er et uavhengig organ som registrerer, overvåker, fører tilsyn og regulerer både NHS og private aktører i England, inkludert allmennlegetjenesten. Dette for å sikre at helsetjenestene oppfyller grunnleggende standarder av kvalitet og pasientsikkerhet (Cylus et al., 2015). CQC henter data fra ulike kilder til et indikatorsett, kalt *CQC Insight* (*Care Quality Commission, 2022a*). Data kommer fra pasienterfaringer (GP Patient Survey), *NHS Digital (2022)*, som er den nasjonale leverandøren av informasjon, og IT-systemer for helse- og sosial, og omsorgstjenesten. Det enkelte allmennlegekontor sine resultater blir sammenlignet med et landsgjennomsnitt. Resultatene brukes for å vurdere hvilke allmennlegekontorer som skal ha tilsyn, og hvor hyppig. Resultater blir kun publisert offentlig sammen med en tilsynsrapport der resultater settes i kontekst. Hvert allmennlegekontor har sin egen nettside der data blir publisert (Care Quality Commission, 2022c). Her er eksempel på rapportering for et allmennlegekontor: <https://www.cqc.org.uk/provider/1-199726047>

The Quality and Outcomes Framework (QOF)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) er et uavhengig organ under Department of Health. NICE består av komiteer som utarbeider råd og anbefalinger samt setter kvalitetsstandarder og tar beslutninger om indikatorer som skal inngå i *Quality and Outcomes Framework (QOF)* i England. QOF ble innført i april 2004 og er et system som viser sykdomsprevalens og kvalitetsoppnåelse for det enkelte allmennlegekontor. QOF tar sikte på å forbedre pasientbehandlingen ved å belønne praksis for god kvalitet i tjenestene. Denne kvaliteten vurderes ved hjelp av en rekke indikatorer på tvers av ulike områder. Det gis et tilskudd til hvert allmennlegekontor basert på QOF-poeng. Indikatorene/ poengene skal ikke brukes til rangering av ulike praksiser. Til tross for at deltakelse er frivillig, er deltakelsen høy (år 2020-21 deltok 96,7 %) ettersom en stor del av det økonomiske tilskuddet til allmennlegekontor er basert på QOF. Resultater publiseres offentlig årlig på lokalt (allmennlegekontor), regionalt og nasjonalt nivå. Data hentes inn fra det enkelte allmennlegekontor gjennom en tjeneste som ekstraherer informasjon fra allmennlegekontoret sitt it-system (NHS Digital, 2020). For år 2020-2021 var det 68 indikatorer i QOF fordelt på fire domener; kliniske; folkehelse; folkehelse – tilleggstjenester og kvalitetsforbedring (NHS Digital, 2021c). British Medical Association evaluerte QOF i en rapport i 2019. Rapporten inkluderer også en kort redegjørelse av andre kvalitetsindikatorer relevante for allmennlegetjenesten (British Medical Association, 2018).

National General Practice Profiles

National General Practice Profiles driftes av *Public Health England (GOV.UK, 2022)*. *National General Practice Profiles* er utarbeidet for å støtte allmennlegekontorer, CCGs, og lokal myndighet med hensikt å sikre effektive og hensiktsmessige helsetjenester. Dataene oppdateres årlig og presenteres i en interaktiv nett-løsning og ved hjelp av en rekke grafiske fremstillinger. Indikatorene blir presentert offentlig ned på lokalt nivå for alle allmennlegekontorer som har mer enn 750 pasienter på listen. Nettløsningen viser forskjellige indikatorer på praksisnivå, inkludert indikatorer om: lokal demografi; QOF indikatorer; kreft (Cancer services); svangerskap og barnehelse; forskrivning av antibiotika; pasienttilfredshet (GP Patient Survey) (Office for Health Improvement and Disparities, 2022).

GP Patient Survey

GP Patient Survey er en uavhengig pasienterfaringsundersøkelse, som gjennomføres hvert år av IPSOS MORI på vegner av NHS England. Undersøkelsen sendes ut til over én million mennesker i Storbritannia. Undersøkelsen skal belyse hvordan pasientene opplever sitt allmennlegekontor og måler pasientens erfaringer med allmennlegekontoret, inkludert tilgang til allmennlegen, ventetid og avtaler, kvaliteten og erfaring med tjenesten. Undersøkelsen fanger også opp informasjon om pasienthelse, inkludert pasienter med langvarige tilstander, funksjonshemninger eller sykdommer, og støtten de får til å håndtere disse. Data blir publisert offentlig på lokalt nivå (allmennlegekontor) og nasjonalt nivå. Et interaktivt analyseverktøy (Ipsos MORI, 2022) er tilgjengelig for å analysere/sammenstille data på forskjellige organisasjonsnivå, lage krysstabeller og undergrupperinger. Resultater fra *GP Patient Survey* brukes i *CCG insight* og i *NHS Quality and Outcomes Framework*.

National Workforce Data Set

National Workforce Reporting Service samler inn data om helsepersonell som arbeider i allmennlegekontorer i England. Data inkluderer f.eks. antall ansatte etter yrke, antall og årsak til oppsigelser. Data publiseres som *General Practice Workforce* statistikk hver måned, og det kan brytes ned til aggregerte data fra hvert allmennlegekontor. Statistikken brukes til planlegging og overvåkning av helsetjenester og utdanning (NHS Digital, 2021a).

Andre initiativer

England har en nettside der pasienter har mulighet til å gi en evaluering av sitt allmennlegekontor. Dette er en side som ligner på den norske legelisten.no. Siden inneholder også presentasjon, kontaktinformasjon og mulighet for å booke en time. Tjenesten driftes av NHS (NHS, 2022a).

Friends and Family Test (NHS, 2022b) er et verktøy som brukes i alle allmennlegekontorer. Hensikten er lokal kvalitetsforbedring gjennom direkte feedback fra pasientene. Det består av et spørsmål “Thinking about your GP practice. Overall, how was your experience of our service?”, med en 6-punkt svarskala. Pasienten har også anledning til å gi fritekstsvar. Pasienten svarer på spørsmålet rett etter konsultasjon. Antall svar og frekvensfordeling (uten fritekstsvar) leveres fra allmennlegekontoret hver måned gjennom CQRS. Resultater presenteres offentlig hver måned.

Rapporter/artikler om utvikling av utvikling av indikatorer i England

The Health Foundations kunnskapsoppsummering: “Indicators of quality of care in general practices in England” (Dixon, Spencelayh, Howells, Mandel, & Gille, 2015) er en gjennomgang av indikatorsystemet slik det var i England i 2015. Oppsummeringen gir informasjon om overveielser relatert til utvikling av indikatorer, for hvem og hvordan indikatorene presenteres.

Rushforth et al. (2015) valgte ut et sett kvalitetsindikator med basis i over 2300 kliniske retningslinjer og eksisterende indikatorer i QOF-rammeverket. Indikatorene som ble valgt ut, skulle være «high impact»/høyrelevante for å kunne måle utfall av kvalitet. Indikatorene skulle også kunne måles ved hjelp av data som allerede samles inn og registreres rutinemessig (f.eks. ved konsultasjon) i England. Etter en systematisk, fire-trinns konsensusprosess som involverte et tverrfaglig panel og testing av indikatorene, ble 18 indikatorer valgt ut. De utvalgte indikatorer vises i vedlegg 3.

Vi identifiserte en systematisk oversiktsartikkel (Kronenberg et al., 2017) som var en del av litteraturen i paraplyoppsummeringen til Ramalho et al. (2019), men som er verdt å nevne spesifikt da den omhandler kvalitetsindikatorer for pasienter med langvarige alvorlige psykiske helseproblemer i primærhelsetjenesten. Målet var å identifisere potensielle kvalitetsindikatorer som kan supplere eller erstatte indikatorer som allerede er inkludert i QOF-rammeverket for personer med psykiske helseproblemer. Studien identifiserer 59 kvalitetsindikatorer i seks domener, hvorav de fleste kan overvåkes ved bruk av data som allerede samles inn og registreres rutinemessig (f.eks. ved konsultasjon). De aktuelle indikatorene er listet i paraplyoppsummeringen til Ramalho et al. (2019) og kan hentes her: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888.s005>

Nederland

Organisering av allmennlegetjenesten

Dagens helsevesen i Nederland kan karakteriseres som en hybrid mellom sosial helseforsikring og delt styring mellom regjeringen, profesjonelle organisasjoner og helseforsikringsselskaper. Den nederlandske helsemyndigheten *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZa) ivaretar innbyggernes interesser med hensyn til tilgjengelighet, rimelighet og kvalitet i helsevesenet. NZa regulerer, fører tilsyn med helsepersonell og helseforsikringsselskaper og gir anbefalinger til departementet. Alle innbyggere har en grunnforsikring, og ingen pasienter blir ekskludert. Helsetjenester blir gitt av private aktører (Kroneman & De Jong, 2019).

De fleste allmennleger er selvstendig næringsdrivende. Alle innbyggerne er listet hos en allmennlege og kan bytte til en ny uten begrensninger. Konsultasjon hos allmennlege er gratis og selv om allmennlegen fortsatt er den mest sentrale yrkesgruppen ved allmennlegekontorene, har sykepleiere blitt en viktig yrkesgruppe i denne delen av tjenesten. Sykepleiere tar seg av bestemte kategorier av kronisk syke, spesielt pasienter med diabetes, KOLS og kardiovaskulære sykdommer. Nederland har et strengt portvaktssystem, og pasienter må ha en henvisning fra en allmennlege for behandling i spesialisthelsetjenesten. Etter henvisning kan pasientene fritt velge sykehus. Allmennlegetjenesten i Nederland bruker avanserte elektroniske journalsystemer. Den nasjonale utrulling av et system for å sammenkoble disse praksisbaserte systemene er komplisert, hovedsakelig på grunn av personvern hensyn. Kvalitetsmåling basert på dette journalsystem vil utvikles i nær fremtid (Kroneman et al., 2016; Kroneman & De Jong, 2019).

Kvalitetsmåling, kvalitetsindikatorer og data

Ifølge personlig kommunikasjon med Ronald Gijzen i *National Institute for Public Health and the Environment* (RIVM) i Nederland er det ikke ett nasjonalt indikatorsett for allmennlegetjenesten i Nederland men flere ulike initiativer (Gijzen, 2021).

Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM): VZinfo.nl

RIVM samler inn data om hele helsesystemet ved hjelp av register og pasienterfaringsundersøkelser. Indikatorene gir en oversikt over ytelsen til det nederlandske helsevesenet og hvordan helsevesenet fungerer i bredere forstand. De samler også inn data til OECD-indikatorene. Data presenteres offentlig på nasjonalt nivå. I denne databasen er allmennlegetjenesten en del av flere indikatorer. Indikatorene er knyttet til dimensjonene: kvalitet, tilgjengelighet, kostnader og effektivitet. For en mer detaljert forklaring av mål og metoder, se van den Berg et al. (2014). Indikatorene presenteres på nettsiden: *Volksgezondheidszorg.info* (2022), her: <https://vzinfo.nl/prestatie-indicatoren>. På denne siden kan man gå inn på den enkelte indikator. Der vises det hvor data kommer fra, trender og sammenligning med andre land. Siden er på nederlandsk, men kan oversettes automatisk. Skjermdump med presentasjon av resultater vises i vedlegg 4.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel)

Nivel posisjonierer seg mellom vitenskapsmiljøet, beslutningstakere og helsetjenestene (tilbydere, forsikringsselskaper og pasientorganisasjoner). Nivel drifter flere paneler, registre og databaser. Et viktig register er *Nivel Primary Care Database*,

som inkluderer medisinsk informasjon fra omtrent 10 % av de nederlandske allmennlegekontorene. Databasen består av rutinemessig innsamlede data (f.eks. ved registrering i journal ved konsultasjon) fra et representativt utvalg allmennlegekontor. Et viktig kriterium er at det ikke skal medføre ekstra arbeid å registrere dataene. Databasen er offentlig finansiert og brukes til forskning som igjen brukes til politiske beslutninger. Aggregerte resultater presenteres først å fremst i forskning. En av komponentene i databasen er å gi jevnlig tilbakemelding til allmennlegene, på lokalt nivå. Resultater som sendes til allmennlegekontorene publiseres ikke offentlig (NI-VEL, 2022). Indikatorene er under utvikling og utkastet til indikatorer er tilsendt fra Gijzen (2021) vises i vedlegg 3.

InEen

InEen er en forening for akutt allmennmedisinsk praksis, og kan sammenlignes med norsk legevakt. *InEen* tilbyr legevaktene å sammenligne seg selv for å øke kvaliteten. Nesten alle legevakter i Nederland deltar. Data for den enkelte legevakt publiseres ikke offentlig, men *InEen* publiserer hvert år benchmark-data på nasjonalt nivå som de enkelte legevaktene kan sammenligne egne resultater med. Indikatorene er ment for å gi et bilde kvaliteten på tjenester til pasienter som er en del av omsorgsprogrammet for kroniske lidelser. Omsorgsprogrammer er lovfestet for noen pasientgrupper med kroniske lidelser og er basert på spesifikke standarder. Indikatorene fordeles i diabetes, kardiovaskulære sykdommer/svært høy vaskulær risiko, kardiovaskulære sykdommer/høy vaskulær risiko, KOLS, astma og overordnede indikatorer (InEen, 2022). Indikatorer vises i vedlegg 3.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

NHG er den vitenskapelige sammenslutningen av allmennleger i Nederland. Målet for NHG er å forbedre og støtte evidensbasert allmennlegetjeneste. Mer enn en tredjedel av allmennlegekontorene deltar i en akkrediteringsprosess til NHG. Hvert tredje år undersøkes praksis som er en del av akkrediteringen. Et aspekt ved akkrediteringen er å måle pasientenes erfaringer. Deltakende praksis blir vurdert ved hjelp av spørreskjemaet *PREM primary care* og *PREM chronic care*. Resultatene publiseres ikke offentlig og brukes kun til intern kvalitetsforbedring. NHG har også flere andre indikatorsett. Det er uklart hvordan de måles og publiseres, men det ser ut som om de hovedsakelig er for internt bruk og kvalitetsforbedring (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2022a, 2022b). Listen over indikatorer kan hentes her: <https://www.nhg.org/themas/publicaties/informatie-over-indicatoren-inhoudelijk>

Andre initiativer

To hundre pasientforeninger drifter siden *Zoorgkaart Nederland*. Dette er en side som ligner på den norske legelisten.no. Pasienter kan skrive sine erfaringer med helsepersonell/klinikk/sykehus/sykehjem. Alle vurderinger leses av redaktør før de legges ut. Dersom de ikke samsvarer med kodeks, vil den som har gitt vurderingen bli kontaktet for å justere vurderingen. Alle vurderinger blir lagt ut anonymt, men helsepersonell kan sende tilbakemelding til den som gitt vurderingen gjennom redaktør (ZorgkaartNederland, 2022).

Australia

Organisering av allmennlegetjenesten

Ansvar for helsetjenester er delt mellom den australske regjeringen og seks delstater og to territorier, og mellom offentlige og private leverandører. En statlig medisinsk forsikringsordning, administrert av *Medicare Australia*, dekker hele eller deler av kostnadene knyttet til offentlige helsetjenester inkludert besøk til allmennlege. Medicare er finansiert av den australske regjeringen gjennom skatteinntekter. En stor del av helsetjenestene er private og dekkes av private forsikringer. Privat forsikring gir som regel tilgang til tjenester raskere enn de offentlig (Australian Government Services Australia, 2021; Australian Institute of Health and Welfare, 2020).

De aller fleste allmennlegene arbeider i hovedsak i en privateid praksis, enten i grupper med andre allmennleger eller alene. Allmennlegen er vanligvis det første kontaktpunktet for pasienter i det australske helsevesenet, og fungerer som portvakt for andre spesialiserte tjenester. Pasienter trenger ikke å sette seg på liste ved et spesifikt allmennlegekontor eller lege, men kan besøke flere allmennlegekontor etter eget ønske. Konsultasjoner foretas på kontoret eller i pasientens hjem. Forekomsten av digitale konsultasjoner er økende. Allmennlegekontorene består av multidisiplinære team med flere ulike typer helsepersonell (Australian Institute of Health and Welfare, 2020). Australia er fordelt i 31 *Primary health networks* (PHNs) som er uavhengige organ som arbeider med å koordinere og effektivisere helsetjenesten, spesielt for de som er i fare for dårlige helseutfall, og for å bedre koordinere omsorgen slik at folk får rett tjeneste, på rett sted, til rett tid. PHNs skal primært overvåke og føre tilsyn over helsetjenester, samarbeide tett med allmennleger og annet helsepersonell for å bygge kapasiteten til helsepersonellet, og integrere helsetjenester på lokalt nivå for å skape en bedre opplevelse for mennesker, oppmuntre til bedre bruk av helseressurser og eliminere dobbeltarbeid (AIHW, 2022; Australian Government Department of Health, 2022).

Kvalitetsmåling, kvalitetsindikatorer og data

Primary and community health performance indicator framework

Rammeverket for kvalitetsmåling i Australia er basert på målsetninger for primærhelsetjenesten (Australian Government Productivity Commission, 2020). Indikatorene relatert til primærhelsetjenesten inkluderer allmennlegetjenesten, farmasøytiske tjenester, tannbehandling, mødre- og barnehelse og alkohol- og annen rusbehandling. Indikatorene presenteres offentlig på delstat/-territorienivå i en interaktiv rapport (RACGP, 2022). Indikatorer vises i vedlegg 3.

The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)

RACGP har utviklet et foreløpig sett med 16 kliniske indikatorer for australsk allmennlegetjeneste. Indikatorene kan brukes frivillig som hjelp for å evaluere kvalitetsforbedringstiltak. Indikatorene er et verktøy som kun brukes av det enkelte allmennlegekontor, og resultater er ikke offentlig tilgjengelig. Det er to typer indikatorer; ja/nei/ikke relevant eller en indikator som krever datainnsamling. Indikatorer vises i vedlegg 3.

RACGP har også utviklet et sett indikatorer eller krav som brukes til akkreditering av allmennlegekontor (Royal Australian College of General Practitioners, 2017). Praksis må nå opp til kravene på indikatorene for å kunne kalle seg akkreditert.

Dette er indikatorer som sier noe om utfall, der noen er valgfrie mens andre er påbudt for å bli akkreditert. Følgende er kjernestandarder: kommunikasjon og pasientmedvirkning; pasienters rettigheter og behov; praksisstyring og ledelse; helsefremmende og forebyggende aktiviteter; klinisk håndtering av helseproblemer; informasjonshåndtering; kjerneinnhold i pasientjournaler og utdanning og opplæring av ikke-klinisk personale. Indikatorene består av en liste med mål som skal være oppfylt og hvordan det enkelte allmennlegekontor kan arbeide mot målet. Denne listen er det enkelte allmennlegekontor sitt ansvar å fylle ut og blir ikke publisert offentlig (Royal Australian College of General Practitioners, 2017). Allmennlegekontorer som er akkreditert etter RACGPs standarder kan delta i *The Practice Incentives Program Quality Improvement Incentive* (PIP QI) (Australian Government Department of Health, 2019).

The Practice Incentives Program Quality Improvement (PIP QI)

PIPQI er en incentivordning som gir ekstra betaling til allmennlegekontor for aktiviteter som støtter kontinuerlig datadrevet kvalitetsforbedring. Allmennlegekontor registrert i PIP QI forplikter seg til å implementere kontinuerlige kvalitetsforbedringsaktiviteter og sende inn nasjonalt konsistente, aidentifiserte data på ti indikatorer. Data hentes enten ut fra kliniske informasjonssystem eller pasientjournaler. Hver PHN samler inn og aggregerer PIP QI-data fra allmennlegekontor og sender deretter til *Australian Institute of Health and Welfare* som utarbeider nasjonale rapporter som publiseres offentlig (Australian Government Department of Health, 2019). Indikatorer vises i vedlegg 3.

MedicineInsight

I 2011 ble *MedicineInsight* startet opp, primært finansiert av *Australian Government Department of Health*, men administreres og driftes av en ikke-statlig, og ikke profittbasert organisasjon, *NPS MedicineWise*. *MedicineInsight* rapporteres på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Dataene blir samlet inn fra ca. 6 % av allmennlegekontorer over hele Australia. Data hentes automatisk fra journalsystemet.

MedicineInsight skal kunne brukes til et bredt spekter av forskning på folkehelse og helsetjenester, samt tilby evidens for å støtte i politiske beslutninger og beslutninger i praksis. Databasen er aidentifisert, men alle pasienter, allmennlegekontorer, og tjenesteutøvere har et unikt nummer som gjør det mulig å slå sammen flere datakilder. Hvert allmennlegekontor får tilgang til egne praksisrapporter for å overvåke kvalitet på lokalt nivå. Det publiseres også i rapporter og forskning på høyere nivåer. Det planlegges å koble data fra spesialisthelsetjenesten inn i datasettet for å kunne overvåke/vurdere overganger mellom tjenester og utfall bedre enn det er mulig i dag (MedicineWise, 2019). For detaljert forklaring av mål og metoder, se Busingye et al. (2019).

Australian Bureau of Statistics (ABS) Patient Experience Survey

ABS sender ut *Patient Experience Survey* som en del av *Multipurpose Household Survey*. Undersøkelsen gjennomføres i hele Australia gjennom ett år. Undersøkelsen samler inn informasjon over telefon om befolkningens erfaringer med utvalgte aspekter ved helsetjenestene. For erfaringer med allmennlegen brukes tre spørsmål (Australian Bureau of Statistics, 2021b). Disse presenteres offentlig som indikatorer på nasjonalt nivå i *Primary and community health performance indicator framework* under området «patient satisfaction» (Australian Bureau of Statistics, 2021a).

National Key Performance Indicators for Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care

Statlig finansierte Aboriginal Medical Services rapporterer et sett med 24 Aboriginal og Torres Strait Islander National Key Performance Indicators (nKPIer) til det australske helsedepartementet to ganger i året. Hensikten med indikatorene er å evaluere forskjeller i helseutfall mellom urfolk og befolkningen. Resultater presenteres offentlig på nasjonal nivå (Australian Government Department of Health, 2011). Indikatorer vises i vedlegg 3.

Andre initiativer

The Department of Health publiserer *Health Workforce Data*. Her blir det blant annet publisert data om antall allmennleger i primærhelsetjenesten. Statistikk presenteres etter delstat og territorium. Statistikken gir informasjon om endringer og variasjon relatert til antall allmennleger i de ulike områdene. Årlig blir det presentert data om: antall allmennleger som yter primærhelsetjenester; antall tjenester fra allmennleger som yter primærhelsetjenester og antall fulltidsekvivalent allmennleger (Australian Government Department of Health, 2020).

På nettsiden *whitecoat.com.au* (2022) kan pasienter publisere vurdering og kommentarer om helsepersonell. Den enkelte allmennlege kan stille krav til sin side slik at vedkommende kan moderere hvilken informasjon som skal være synlig. Det er mulig å svare på kommentarer og det vil ses om en kommentar er slettet. Siden er privat driftet.

Fremtidige planer

Australian institute of health and welfare arbeider med å utvikle en *National Primary Health Care Data Asset*. Det er tenkt at databasen vil støtte en bedre forståelse av hva som skjer med pasienter i helsetjenestene, inkludert diagnoser, behandlinger og utfall gjennom å samle forskjellige data over tid. Databasen skal bygge på eksisterende datakilder og rammeverk og identifisere kunnskapshull og finne nye kilder til informasjon. Intensjonen med databasen er at data som samles inn skal være på lokalt nivå (Australian Institute of Health and Welfare, 2019).

Diskusjon

Hovedfunn

Fra litteratursøket inkluderte vi tre systematiske oversiktsartikler som ikke var relatert til et spesifikt land sitt målesystem. Ramalho et al. (2019) gir en oversikt over ulike typer indikatorer for ulike typer tilstander eller pasientgrupper i primærhelsetjenesten ut fra 33 tidligere systematiske oversikter. Oversikten er omfattende og gir detaljert informasjon som kan brukes ved utvikling av indikatorer for spesifikke tilstander eller grupper. Det vil også være forskjeller i hva indikatorene kan brukes til. Simou et al. (2015) sin litteraturgjennomgang inkluderte kvalitetsindikatorer som har vært brukt i internasjonale prosjekter for å vurdere kvaliteten på primærhelsetjenesten. Den tredje litteraturgjennomgangen (Ewald et al., 2018) vi inkluderte, vurderte kvalitetsindikatorer som kunne brukes til å overvåke og vurdere kvalitet i den pediatriske primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten møter mange forskjellige pasientgrupper, som barn eller pasienter med psykiske helseproblemer eller kroniske sykdommer. Det vil være indikatorer som gir informasjon om tjenesten på et overordnet nivå, som f.eks. antall allmennleger med spesialisering, men for å sikre tjenester og vurder kvalitet for undergrupper av pasienter, vil en vurdering av indikatorer relatert til den enkelte gruppe være av verdi. Dette gjelder også litteraturgjennomgangen til Kronenberg et al. (2017), som identifiserte potensielle kvalitetsindikatorer for personer med psykiske helseproblemer og de kan supplere eller erstatte indikatorer som allerede var inkludert i QOF-rammeverket i Storbritannia.

Alle land vi har beskrevet samler inn informasjon om kvaliteten i tjenesten gjennom kvalitetsindikatorer. Alle utvalgte land gjennomfører ulike typer bruker- og pasienterfæringsundersøkelser, på ulike nivåer. Pasienters erfaringer og tilfredshet er en viktig del av kvaliteten på helsetjenesten (Kelly & Hurst, 2006). Det er forskjeller i om resultater fra brukererfæringsundersøkelser i de beskrevne landene publiseres offentlig, nivå av publisering og om data brukes som en del av en nasjonal overvåking av kvalitet, eller ikke. Nederland samler inn data på lokalt nivå uten offentlig publisering. England og Sverige gjennomfører og publiserer indikatorer om brukererfæringer ned på praksisnivå offentlig. For å kunne bruke resultater til kvalitetsforbedring på lokalt nivå, hjelp til forbrukervalg og også til dels til virksomhetsstyring, kreves det data på så lavt nivå som mulig, dette krever i sin tur store nok utvalg. Selv om kunnskapsgrunnlaget generelt tilsier at storskala brukererfæringsundersøkelser benyttes til lokalt kvalitetsarbeid (Haugum, Danielsen, Iversen, & Bjertnaes, 2014), har det blitt rapportert om utfordringer når det gjelder bruk av denne type data i allmennlegetjenesten. Burt et al. (2017) fant at allmennleger sjelden brukte den engelske «GP Patient Survey» til kvalitetsforbedring. For at resultater skal tas i bruk er det nødvendig å gjøre resultatene mer meningsfulle for allmennlegene (Burt et al., 2017). Brukererfæringer med allmennlegetjenesten kartlegges systematisk gjennom

nasjonale undersøkelser i Norge. I undersøkelsen Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2021, ble antall deltagere i utvalget oppskalert sammenlignet med tidligere undersøkelser slik at informasjon kunne presenteres på fylkesnivå. Resultater fra undersøkelsen er enda ikke publisert (Folkehelseinstituttet, 2021).

Den nye undersøkelsen *Patient-Reported Indicator Survey* (PaRIS) til OECD legger opp til å utvikle og samle inn internasjonalt sammenlignbare pasientrapporterte indikatorer. Målet er å få en bred kartlegging av erfaringene og livskvaliteten til personer med kroniske lidelser. Dette arbeidet er Norge en del av og første hovedundersøkelsen planlegges gjennomført i perioden 2022–2023. Undersøkelsen skal gi landsrepresentative resultater, og OECD har som mål at utvalgene skal dimensjoneres slik at de også gir robuste tall for den enkelte allmennlege/fastlege. Resultatene på allmennlegenivå skal kun formidles tilbake til den enkelte som grunnlag for læring, bruk og forbedring lokalt. OECDs datamateriale vil være anonymt og aggregert, og vil bli brukt til nasjonale og internasjonale målinger, analyser og forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Flere av landene samler også inn annen type data for lokal kvalitetsforbedring. Det gjelder både data hentet ut fra journaler og annen type registerdata. Dette gjelder f.eks. Danmark som tidligere har hatt et system (DAMD) som offentlig publiserte mye data fra pasientens journal, men som måtte stenges ned fordi dataene ble vurdert å være for sensitive til offentlig publisering. Etter nedstenging av DAMD har det danske målingssystemet blitt utviklet til å gi informasjon om kvalitet på lokalt nivå, uten offentlig publisering. I tillegg blir data innrapportert manuelt til register istedenfor gjennom automatisk uttrekk, hvilket har medført en lav dekningsgrad (RKKP, 2022c). Manuell innrapportering av data vil sannsynligvis også være forbundet med større feil og merarbeid.

Resultat fra oppsummeringen viser at i lokal kvalitetsforbedring er det brukt klinisk data fra pasientjournaler, f. eks det svenske systemet *Primärvårdskvalitet* (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022c). Hvilket nivå data aggregeres til vil være en viktig overveielse i denne sammenheng. Vi ser at i Sverige er noe data fra systemet *Primärvårdskvalitet* aggregert og presentert som nasjonale indikatorer i *Vården i siffror*. Dette er f.eks. indikatorene ”Andel pasienter ≥ 75 år som har oppmått njurfunktion av dem som behandles med läkemedel som påverkas av njurfunktion” og ”Andel pasienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom, fysiskt” (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022f). QOF i England har også et automatisk uttrekk av journaldata (NHS Digital, 2020). Australia (MedicineWise, 2019) og Nederland (NIVEL, 2022) har også automatisk uttrekk av journaldata, men dette gjøres kun for et utvalg allmennlegekontorer og resultater publiseres ikke offentlig, men brukes til forskning.

Australia (Australian Government Department of Health, 2020) og England (NHS Digital, 2021a) publiserer detaljert statistikk om helsepersonell og bemanning. I Sverige planlegger Socialstyrelsen (2021a) nye indikatorer om bemanning. Denne type data brukes til å overvåke bemanning, fordeling og hvem som utøver tjenestene, men også for å kunne få informasjon om hva som er viktig for å kunne planlegge utdanning og kapasitetsutnyttelse. I Norge publiseres en indikator på kommunenivå med andel fastleger med spesialitet i allmenntilleggsmedisin (Helsedirektoratet, 2021a).

Vi har også funnet at de fleste landene har en type nettbasert vurderingstjeneste som ligner på den norske nettsiden legelisten.no. Denne type tjeneste driftes ofte privat eller av pasientorganisasjoner. I England er denne tjenesten en del av den nasjonale NHS. En nylig kartleggingsoversikt (Boylan, Williams, & Powell, 2020) inkluderte primærstudier om internettbaserte anmeldelser fra pasienter, omsorgspersoner eller offentligheten om helsepersonell (individer, tjenester eller organisasjoner). Boylan et al. (2020) fant at bruken av tilbakemeldinger på nettet øker. Internettbaserte anmeldelser og vurderinger brukes av enkelte tjenestebrukere for å ta informerte valg av leverandør eller behandling, mens leverandørene har en tendens til å være bekymret for validitet og representativiteten. De som gir denne typen anmeldelse er generelt ikke representative for befolkningen, og har en tendens til å være yngre og mer utdannet. Men Boylan et al. (2020) fant at anmeldelser på nett stort sett er assosiert med andre mål på helsevesenets kvalitet. Vi mener det samtidig er viktig å være oppmerksom på at data som samles inn oppfyller grunnleggende kvalitetskrav som diskuteres i kapitlet under.

Antall aktive kvalitetsindikatorer er også forskjellig mellom landene vi har beskrevet. Vi kan ikke si noe om antall indikatorer har økt eller blitt færre i de beskrevne landene eller hvordan landene jobber med vurdering og evaluering av indikatorene. Antall indikatorer i England har f.eks. blitt redusert vesentlig fra da rammeverket først ble introdusert. QOF har noen overordnede prinsipper som indikatorene blir evaluert mot:

- Indikatorer bør, der det er mulig, være basert på best tilgjengelig evidens.
- Antall indikatorer i hver klinisk tilstand bør holdes på et minimum antall som er forenlig med en nøyaktig måling.
- Data bør aldri samles inn kun for revisjons-/inspeksjonsformål.
- Kun data som er nyttige for pasientbehandling skal samles inn. Konsultasjonen bør ikke ha uhensiktsmessig vektlegging av datainnsamling dersom det samtidig ikke er nyttige for pasientbehandlingen.
- Data bør aldri samles inn to ganger (British Medical Association, 2018).

Hvor generaliserbare er resultatene? Relevans for norske forhold

Iht. standarden for kartleggingsoversikter har vi ikke vurdert tilliten til dokumentasjonen av de inkluderte indikatorene, gjennom noen type kvalitetsvurdering. Følgelig er vi tilbakeholdne med å vurdere resultatenes betydning for praksis og for kvalitetsmålingssystemet i Norge. Basert på uthentet data, kan vi likevel løfte frem noen punkter.

Allmennlegetjenesten er organisert forskjellig i de land vi har valgt ut, selv om vi har valgt land som det kan være mulig å sammenligne Norge med. Gjennomgående er allmennlegetjenesten mer tverrfaglig sammensatt i de landene vi har valgt å beskrive enn Norges allmennlege- og fastlegetjeneste. Det betyr at det vil være inkludert indikatorer som har en bredere tilnærming til tjenestene enn slik fastlegetjenesten er organisert i Norge. Det vil også være indikatorer som er presentert i denne rapport som ikke kun sier noe om tjenester som fastlegen har ansvar for, men helsetjenestene overordnet og samhandling innen helsesystemet.

I denne oppsummering peker vi på områder som måles i de utvalgte landene per i dag og ikke hva som er mulig eller meningsfullt å måle i en norsk kontekst. I en studie (Pavlič, Sever, Klemenc-Ketiš, & Švab, 2015) ble allmennleger fra 31 europeiske land og Canada, Australia og New Zeeland bedt om å gi sitt syn på hva som er viktig å måle når det gjelder prosess-kvalitet. Kontinuitet ble oppfattet som den viktigste dimensjonen i alle land. Andre aspekter hadde store variasjoner mellom land, f.eks. medisinsktekniske prosedyrer og forebyggende tjenester. Det kan indikere at det vil være forskjeller mellom land relatert til hvilke aspekter som måles og hva som anses som viktig.

Vi har ikke beskrevet eller vurdert om de inkluderte indikatorsettene er forskningsbaserte eller kvalitetsmessig gode indikatorer. I utvikling av indikatorer inngår beslutninger om hva som er viktig for tjenestene, hva som er mulig å måle, og det vitenskapelige grunnlaget for målingen (Klazinga, Fischer, & ten Asbroek, 2011). Kriteriene fra *National Quality Forum* er allment anerkjent som viktige for å evaluere kvalitetsindikatorer og inkluderer en vurdering av indikatorens «importance», «scientific acceptability of measure properties», «usability» og «feasibility» (National Quality Forum, 2022). EUs ekspertpanel for kvalitetsmåling i primærhelsetjenesten mener at indikatorer skal møte tre kriterier: samsvar med helsesystemets overordnede mål, mulighet for å rutinemessig datainnsamling (administrativ data eller validerte spørreskjemaundersøkelser), og gi reliabel informasjon (European Union, 2018). For å kunne ta stilling til om indikatorene oppfyller slike kvalitetskrav, kreves et videre evalueringsarbeid, som ikke var mulig i arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen.

Sett sammen med kriteriene over vil tilgangen til data ofte være styrende for hvilke kvalitetsindikatorer det er mulig å rapportere på. Dette betyr at ved tilpassing av indikatorer til norske forhold vil muligheter for bruk av datakilder være en del av vurderingen. Målingen bør ikke være for tidkrevende, og helst bør målene kunne hentes ut automatisk fra pasientjournalen eller innhente pasienterfaringsdata kontinuerlig (European Union, 2018; National Quality Forum, 2022). Muligheter for enklere målinger blir stadig bedre, ettersom de elektroniske pasientjournalssystemene utvikles og blir mer standardiserte. Dette gir gode muligheter til uttrekk av data til kvalitetsmåling uten ekstraarbeid eller rapportering i flere journal- og dokumentasjonssystemer.

Vi har ikke heller gjort en oversikt over hvilken kvalitetsdimensjon indikatorene tilhører i denne oversikten. Resultatene viser at det er en overvekt av kliniske indikatorer. Dette samsvarer med EUs rapport om målingsmetoder i primærhelsetjenesten som oppsummerer at de fleste av indikatorene som er i bruk er relatert til spesifikke sykdommer og relatert til allmennlegen. De ønsker å utvide målene for å også inkludere oppgaver og tjenester som utføres av andre medlemmer i primærhelseteamet (European Union, 2018). Ifølge en rapport publisert av Den norske legeforening er det stor sannsynlighet for at kliniske indikatorer sier mer om praksispopulasjonen enn om kvaliteten i det aktuelle allmennlegekontoret (Den norske legeforening, 2006). Det betyr at kliniske indikatorer muligens er mer relevant til bruk på lokalt nivå av den enkelte allmennlege enn aggregert på nasjonalt nivå. Men vi mener at viktige aspekter om f.eks. oppfølging av kliniske mål kan likevel være relevant for nasjonal overvåking av kvalitet.

I arbeidet med kunnskapsoppsummeringen gikk vi igjennom mange ulike nettsteder som fremstiller resultater fra kvalitetsmåling. Også her finner vi ulike tilnærminger og svært ulikt ambisjonsnivå mellom landene, men også innen land. I England og Finland blir f.eks. samme resultater for de samme indikatorer presentert på ulike nettsider med ulik type visualisering av resultater. Alle statistiske indikatorer er forbundet med usikkerhet som bør presenteres i tillegg til et sentralt mål (Grant & Parle, 2015). Presentasjoner av resultater er i varierende grad ledsaget av fortolkninger eller mål for usikkerhet. Det vanligste er trendanalyser på nasjonalt eller subnasjonalt nivå, og sammenlikninger mot et landsgjennomsnitt. Det var ikke alltid like klart for hvilket formål data ble presentert. Det så ut som de offentlig tilgjengelige nettstedene tjener til mer enn ett formål, men at de ikke er skreddersydd for ulike målgrupper. Informasjon som brukes av praksis, offentlige myndigheter eller et generelt publikum bør skreddersys, slik at resultater blir enkelt tilgjengelige og brukbare. Det er viktig at publikum kan velge hvilken informasjon som er viktig for dem. Om man er over 75 år kan man ønske å f.eks. se praksisdata for denne gruppe, det samme gjelder pasienter med langvarige helseproblemer eller andre grupper (Grant & Parle, 2015).

Styrker og svakheter ved kartleggingsoversikten

En styrke med kartleggingsoversikten er at den gir en omfattende og relevant oversikt over kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i de land vi har gått igjennom.

Vi har valgt å søke etter indikatorer for allmennlegetjenesten i land som det er naturlig å sammenligne oss med. En mulig svakhet ved oversikten er at ved søk etter grå litteratur og søk på internett er det ikke mulig å finne alt som er skrevet og publisert om kvalitetsindikatorer. Det enkelte land organiserer allmennlegetjenesten forskjellig, både innen de teoretiske rammeverket for måling av kvalitet og i helsetjenesten. Vi vet ikke sikkert om det som er funnet og valgt ut er det som er mest relevant. Men vi har gjort et omfattende søk og vi har i tillegg hatt kontakt med relevante kontaktpersoner i de landene der informasjon på internett medførte spørsmål. Dette gjør at vi sannsynligvis har et godt bilde av hvordan kvalitet måles i respektive land.

Grunnet tidsbegrensning for denne kartleggingsoversikt har vi valgt å ha snevre inklusjonskriterier ved utvelgelse av litteratur etter søk i bibliografiske databaser. Dette betyr at vi kan ha ekskludert relevante studier som har brukt andre metoder for å vurdere indikatorer, f.eks. ekspertgrupper eller Delphistudier og studier som omhandler spesifikke tilstander. Grunnet dette er rapporter slik som EUs to rapporter: “A new drive for primary care in europe: rethinking the assessment tools and methodologies”, (European Union, 2018) og “Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe. An overview of current approaches and opportunities for improvement” (European Union, 2019) ekskludert. I rapportene anbefales domener og kvalitetsindikatorer og oppsummerer hvordan land på tvers av Europa for tiden måler og vurderer effektiviteten i helsevesenet.

Kunnskapshull

Som diskutert over har vi ikke undersøkt kildenes metodiske kvalitet, syntetisert resultatene eller vurdert tillit. Vi har heller ikke vurdert indikatorenes kvalitet, relevans og gjennomførbarhet for den norske allmennlegetjenesten. Vi har ikke heller vurdert hvilke indikatorer som gir informasjon på et helsetjenestenivå og hvilke indikatorer som er mest verdifulle på et utfører- eller praksisnivå. Dette er ikke noe som ble gjort innenfor dette oppdraget, men vil være et viktig neste trinn. Som en del av dette blir en vurdering av muligheter for automatisk uttrekk av journaldata i eksisterende journalsystemer som kan brukes til lokalt kvalitetsarbeid, og på sikt aggregert på et høyere nivå.

Konklusjon

Målet med kartleggingsoversikten var å beskrive hvordan kvalitet i allmennlegetjenesten måles i et utvalg relevante land gjennom å beskrive kvalitetsmåling på ulike nivåer og presentere indikatorer. Oversikten hadde også som mål å fange opp internasjonale litteraturstudier og rapporter som viser kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten.

Alle land vi har beskrevet samler inn informasjon om kvaliteten i tjenesten gjennom kvalitetsindikatorer. Hvordan kvalitet måles, inkludert nivå og metodisk tilnærming, varierer mellom landene. Hvor langt landene har kommet i å utvikle indikatorer og målesystem varierer. Det er også forskjeller på hvilket nivå data innhentes og presenteres. Alle land gjennomfører noen type brukererfaringsundersøkelser. Sverige og England har etablert et automatisk uttrekk av journaldata som brukes som kvalitetsindikatorer, både på nasjonalt, men også på lokalt, nivå. Australia og Nederland har også et automatisk uttrekk av journaldata, men dette benyttes primært til forskning og publiseres ikke offentlig som indikatorer.

Resultatene fra denne kartleggingsoversikten kan brukes inn i det nasjonale arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten og vil også kunne brukes inn i oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten.

Referanser

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). AHRQ Quality indicators - guide to inpatient Quality indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization. Revision 4. Desember 22(Pub.No. 02-R0204).
- AIHW. (05.08.2021). *Practice Incentives Program Quality Improvement Measures: National report on the first year of data 2020-21*. [nettside]. Canberra, Sydney: Australian Government - Department of Health,. Hentet 02.02.2022, fra <https://www.aihw.gov.au/reports/primary-health-care/pipqi-measures-national-report-2020-21/contents/about>
- AIHW. (2022). *Primary health care - Data sources*. [nettside]. Canberra: Australian Government Australian Institute of Health and Welfare. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-welfare-services/primary-health-care/data-sources>
- Anell, A., Janlöv, N., Ljungvall, Å., Glenngård, A. H., & Zetterberg, D. *Health Systems in Transition (HiT) profile: Sweden*. [nettdokument]. European Observatory on Health Systems and Policies. Hentet 02.02.2022, 2019, fra <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/sweden-2012>
- Arah, O., A., Westert, G., P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Australian Bureau of Statistics. (2022). *Patient Experiences in Australia: Summary of Findings*. [nettside]. Canberra: Australian Bureau of Statistics. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-services/patient-experiences-australia-summary-findings/latest-release>
- Australian Bureau of Statistics. (17.11.2021). *Patient Experiences in Australia: Summary of Findings methodology*. [nettside]. Canberra: Australian Bureau of Statistics (ABS). Hentet 26.01.2022, fra <https://www.abs.gov.au/methodologies/patient-experiences-australia-summary-findings-methodology/2020-21>
- Australian Government Department of Health. (31.08.2021). *National Key Performance Indicators for Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care*. [nettside]. Canberra: Australian Government Department of Health. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.health.gov.au/health-topics/aboriginal-and-torres-strait-islander-health/reporting/nkpi>
- Australian Government Department of Health. (10.11.2021). *PIP QI Incentive guidance*. [nettside]. Canberra: Australian Government Department of Health. Hentet 26.01.2022, fra https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/PIP-QI_Incentive_guidance
- Australian Government Department of Health. (30.01.2020). *Method papers for counting General Practitioners delivering primary care services*. [nettside].

- Canberra: Australian Government Department of Health. Hentet 26.01.2022, fra <https://hwd.health.gov.au/resources/information/methods-gp-workload.html>
- Australian Government Department of Health. (2022). *Primary Health Networks (PHNs)*. [nettside]. Canberra: Australian Government Department of Health. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/phn>
- Australian Government Productivity Commission. (2022). *Report on Government Services: Chapter 10 Primary and community health*. [nettside]. Canberra: Australian Government Productivity Commission. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.pc.gov.au/research/ongoing/report-on-government-services/2020/health/primary-and-community-health>
- Australian Government Services Australia. (10.12.2021). *Medicare* [nettside]. Canberra: Australian Government Services Australia. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.servicesaustralia.gov.au/medicare>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2019). *Developing a National Primary Health Care Data Asset: consultation report* (Cat.no. PHC 1). Canberra: AIHW. Hentet fra https://www.aihw.gov.au/getmedia/023846dd-b30e-4149-a442-5dc0694aab26/aihw_phc_1.pdf.aspx
- Australian Institute of Health and Welfare. (07.01.2021). *Health system overview: Australia*. [nettside]. Canberra: Australian Government Australian Institute of Health and Welfare. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview>
- Boylan, A.-M., Williams, V., & Powell, J. (2020). Online patient feedback: a scoping review and stakeholder consultation to guide health policy. *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(2), 122-129.
- British Medical Association. (2018). *Focus on GP quality indicators*. London: General Practitioners Committee. British Medical Association. Hentet fra <https://www.sheffield-lmc.org.uk/website/IGP217/files/Focus-on-GP-quality-indicators.pdf>
- Burt, J., Campbell, J., Abel, G., Aboulghate, A., Ahmed, F., Asprey, A., . . . Roland, M. (2017). *Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience*. Southampton (UK): NIHR Journals Library. PMID: 28654227.
- Busingye, D., Gianacas, C., Pollack, A., Chidwick, K., Merrifield, A., Norman, S., . . . Stocks, N. (2019). Data Resource Profile: MedicineInsight, an Australian national primary health care database. *International Journal of Epidemiology*, 48(6), 1741-1741h.
- Care Quality Commission. (2022). *CQC Insight: independent healthcare*. [nettside]. London: Care Quality Commission. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/independent-healthcare/cqc-insight-independent-healthcare>
- Care Quality Commission. (2022). *The Doctor Hickey Surgery*. [nettside]. London: Care Quality Commission. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.cqc.org.uk/provider/1-199726047>
- Care Quality Commission. (12.03.2021). *How we monitor GP practices*. [nettside]. London: Care Quality Commission. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/gps/how-we-monitor-gp-practices#hide1>
- Center for Patientinddragelse. (2022). *Center for Patientinddragelse (CPI)*. [nettside]. København: Region Hovedstaden Center for Patientinddragelse (CPI). Hentet 25.01.2022, fra www.patientoplevelser.dk
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., & Steel, D. (2015). *United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition*. (17(5)).

- Den norske legeforening. (2006). *Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin* Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ff042817045241538090f721d9d4d258/120220-kvalitetsindikatorer-allm-med.pdf>
- Dixon, J., Spencelayh, E., Howells, A., Mandel, A., & Gille, F. (01.10.2015). *Indicators of quality of care in general practices in England: An independent review for the Secretary of State for Health*. [Nettdokument]. London: The Health Foundation. Hentet 24.01.2022, fra <https://www.health.org.uk/publications/indicators-of-quality-of-care-in-general-practices-in-england>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Edwards, N., Dayan, M., & Kumpunen, S. (2021). *Health Systems in Transition (HiT) profile: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*. [nettdokument]. European observatory on health systems and policies Hentet 02.02.2022, fra <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/united-kingdom-2015>
- Ekonomifakta. (09.09.2020). *Vårdcentraler i privat regi*. [Nettside]. Stockholm: Ekonomifakta. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/vardcentraler-i-privat-regi/>
- eSundhed.dk. (2022). *Ordiprax+*. [nettside]. København: Sundhedsdatastyrelsen. Hentet 25.01.2022, fra <https://www.esundhed.dk/Emner/Laegemidler/ordiprax>
- European Union. (2018). *A new drive for primary care in europe: rethinking the assessment tools and methodologies. Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment*, . Luxembourg: Publications Office of the European Union,
- European Union. (2019). *Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in europe. An overview of current approaches and opportunities for improvement* (Report by the Expert Group on Health System Performance Assessment, ISBN 978-92-76-02614-3). Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Ewald, D. A., Huss, G., Auras, S., Caceres, J. R., Hadjipanayis, A., & Geraedts, M. (2018). Development of a core set of quality indicators for paediatric primary care practices in Europe, COSI-PPC-EU. *European Journal of Pediatrics*, 177(6), 921-933.
- Finans Norge. (2020). *Behandlingsforsikring*. [nettside]. Oslo: Finans Norge. Hentet 07.02.2022, fra <https://www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/behandlingsforsikring/>
- Folkehelseinstituttet. (28.09.2021). *Pasienterfaringer med fastlegen 2021-25 - prosjektbeskrivelse*. [nettside]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 02.02.2022
- Gijzen, R. (11.10.2021). *Personlig kommunikasjon om informasjon om kvalitetsmåling i den nederlandske allmennlegetjenesten*. [e-post]. Sendt til Norman, R., Folkehelseinstituttet.
- GOV.UK. (2022). *Public Health England*. [nettside]. London: GOV.UK. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>
- Grant, R., & Parle, J. (2015). How to assess quality in primary care. *BMJ*, 315(h5950).
- Haugum, M., Danielsen, K., Iversen, H. H., & Bjertnaes, O. (2014). The use of data from national and other large-scale user experience surveys in local quality work: a systematic review. *Int J Qual Health Care*, 26(6), 592-605.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert 2020-2024*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)*.

- Helsedirektoratet. *Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2020*. [Nettdokument]. fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202020-4.pdf/_attachment/inline/987b5db5-9d42-48bf-badb-6f225eea825b:11c3859a805483c6183d8d4d1deaf2de66903ef8/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202020-4.pdf
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) - Allmennlegetjenesten*. [nettside]. Helsedirektoratet Hentet 02.02.2022, fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Årsrapport 2020*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ibrahim, J., E. (2001). Performance indicators from all perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 431-432.
- IneEn. (2022). *Benchmark Ketenzorg*. [nettside]. Nieuwegein: Ineen. Hentet 26.01.2022, fra <https://ineen.nl/benchmarks/ketenzorg/>
- Institutet för hälsa och välfärd. (23.09.2021). *KUVA-indikatorerna*. [nettside]. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. Hentet 25.01.2022, fra <https://thl.fi/sv/web/vardeforamen/utvardering-och-informationsunderlaget/informationsunderlaget/kuva-indikatorerna>
- Institutet för hälsa och välfärd. (2022). *Sotkanet.fi*. [nettside]. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. Hentet 25.01.2022, fra <https://sotkanet.fi/sotkanet/en/index?>
- Institutet för hälsa och välfärd. (2022). *THL: Datavinduet*. [database]. Helsingfors: THL: institutet för hälsa och välfärd Hentet 06.02.2022, fra <https://proto.thl.fi/tietoikkuna/en/#/chart?regionCategory=HYVINVOINTIALUE&previousView=chart>
- Institutet för hälsa och välfärd. (2022). *THL: Institutet för hälsa och välfärd*. [nettside]. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. Hentet 01.02.2022, fra <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv>
- Institutet för hälsa och välfärd. (09.08.2021). *Vuxenbefolkningens hälsa, välfärd och service – FinSote 2020*. [nettside]. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. Hentet 25.01.2022, fra <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/framjande-av-halsa-och-valfard/vuxenbefolkningens-halsa-valfard-och-service-finsote>
- Ipsos MORI. (2022). *GP Patient Survey Analysis Tool*. [nettside]. London: Ipsos MORI. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.gp-patient.co.uk/analysistool>
- Kelly, E., & Hurst, J. (2006). *Health care quality indicators project. Conceptual frameworkpaper*. Geneva: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Keskimäki, I., & Tynkkynen, L.-K. (2022). *Health Systems in Transition (HiT) profile: Finland*. [nettdokument]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. Hentet 02.02.2022, fra <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/finland-2019>
- Klazinga, N., Fischer, C., & ten Asbroek, A. (2011). Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(s2), 38-47.
- Krasnik, A., Christiansen, T., Rudkjøbing, A., Vrangbæk, K., Birk, H. O., & Nielsen, A. J. (12.01.2020). *Health Systems in Transition (HiT) profile: Denmark*. [nettdokument]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. Hentet 02.02.2022, fra <https://www.vive.dk/media/pure/15439/4892199https://eurohealthobserva>

- [tory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/denmark-2012](https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/denmark-2012)
- Kroneman, M., Boerma, W., Berg, v. d. M., Groenewegen, P., Jong, d. J., & Ginneken, v. E. (2016). *The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition* (18 2). Brussels: E. O. o. H. S. a. Policies. European Observatory on Health Systems and Policies. Hentet fra <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/netherlands>
- Kroneman, M., & De Jong, J. (2021). *Health Systems in Transition (HiT) profile: Netherlands*. [nettdokument]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. Hentet 01.02.2022, fra <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/netherlands-2016>
- Kronenberg, C., Doran, T., Goddard, M., Kendrick, T., Gilbody, S., Dare, C. R., . . . Jacobs, R. (2017). Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 67(661), e519-e530.
- Kvalitet i almen praksis. (2022). *KiAP.dk*. [nettside]. Kvalitet i almen praksis. Hentet 02.02.2022, fra <https://kiap.dk/>
- Kvalitet i almen praksis (KiAP). (2022). *Kvalitet i klynger - kom godt i gang*. [nettside]. København: Praktiserende lægers organisation. Hentet 25.01.2022, fra <https://www.laeger.dk/kvalitet-i-klynger-kom-godt-i-gang>
- Larsen, Klausen, & Højgaard. (2020). *Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges*. (Rapport fra The Danish Center for Social Science Research (VIVE).). VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Hentet fra <https://www.vive.dk/media/pure/15439/4892199>
- Laust T, J. (19.11.2021). *Personlig kommunikasjon om kvalitetsmåling i den danske allmennlegetjenesten*. [e-post]. Sendt til Norman, R., Folkehelseinstituttet.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K., K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69.
- Lippert, M., L., Kousgaard, M., B., & Bjerrum, L. (2014). General practitioners uses and perceptions of voluntary electronic feedback on treatment outcomes – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 15(1), 193.
- Loeb, J. M. (2004). The current state of performance measurement in health care. *Int J Qual Health Care*, 16 Suppl 1, i5-9.
- Madsen, Bonde Klausen, Brostrøm Kousgaard, Bundgaard, Hougaard Mikkelsen, Toft Kristensen, . . . Søndergaard. (2020). *Kvalitetsklynger i almen praksis. En kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år* (Rapport fra The Danish Center for Social Science Research (VIVE).). VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- MedicineWise, N. (13.01.2021). *MedicineInsight*. [Nettside]. Strawberry Hills, New South Wales: NPS MedicineWise. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.nps.org.au/medicine-insight>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. . Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>.
- National Quality Forum. (2022). *Measure Evaluation Criteria* [nettside]. Washington: National Quality Forum. Hentet 01.02.2022, fra https://www.qualityforum.org/measuring_performance/submitting_standards/measure_evaluation_criteria.aspx
- Nationell Patientenkät. (2020). *Primärvård* [nettside]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 26.01.2022, fra <https://resultat.patientkat.se/Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/2020>

- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2022). *Informatie over indicatoren inhoudelijk*. [nettside]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.nhg.org/themas/publicaties/informatie-over-indicatoren-inhoudelijk>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2022). *nhg.org*. [nettside]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. Hentet 03.02.2022, fra <https://www.nhg.org/>
- NHS. (2022). *Find a GP*. [nettside]. London: NHS Hentet 26.01.2022, fra <https://www.nhs.uk/service-search/find-a-gp>
- NHS. (2022). *Friends and Family Test*. [nettside]. London: NHS. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.england.nhs.uk/fft/>
- NHS Digital. (25.11.2021). *Calculating Quality Reporting Service* [Nettside]. Leeds: NHS Digital. Hentet 26.01.2022, fra <https://digital.nhs.uk/services/calculating-quality-reporting-service>
- NHS Digital. (2022). *General Practice Workforce - Official statistics*. [nettside]. Leeds: NHS Digital. Hentet 26.01.2022, fra <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/general-and-personal-medical-services>
- NHS Digital. (08.07.2021). *NHS Outcomes Framework Indicators*. [nettside]. Leeds: NHS Digital. Hentet 26.01.2022, fra <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework/february-2021>
- NHS Digital. (01.10.2021). *Quality and Outcomes Framework, 2020-21*. [nettside]. Leeds: NHS Digital. Hentet 01.02.2022, fra <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/2020-21>
- NHS Digital. (2022). *Data and technology that improves lives. About NHS Digital* [nettside]. Leeds: NHS Digital. Hentet 01.02.2022, fra <https://digital.nhs.uk/>
- NIVEL. (2022). *Nivel Primary Care Database*. [nettside]. Utrecht: NIVEL. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.nivel.nl/en/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/nivel-primary-care-database>
- Nyen, B., Vege, A., & Udness, E. (2012). *Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennelegekontorer – et pilotprosjekt* (Notat 2012 fra Kunnskapscenteret). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- OECD. (2017). *Primary Care in Denmark, OECD Reviews of Health Systems*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2022). *Health Care Quality Indicators - Primary Care*. [nettside]. Paris: OECD. Hentet 24.01.2022, fra <https://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-primary-care.htm>
- Office for Health Improvement and Disparities. (2022). *National General Practice Profiles*. [nettside]. London: Office for Health Improvement and Disparities. Hentet 26.01.2022, fra <https://fingertips.phe.org.uk/profile/general-practice>
- Pavlič, D. R., Sever, M., Klemenc-Ketiš, Z., & Švab, I. (2015). Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison. *BMC Fam Pract*, 16, 172.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). I: E. In: Aromataris & Z. Munn, (Editors). (red.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/IBIMES-20-12>.
- RACGP. (2022). *Clinical Indicators*. [nettside]. East Melbourne: RACGP. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.racgp.org.au/running-a-practice/practice-management/general-practice-governance/clinical-indicators>
- Ramalho, A., Castro, P., Goncalves-Pinho, M., Teixeira, J., Santos, J. V., Viana, J., . . . Freitas, A. (2019). Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PLoS One*, 14(8).
- RKKP. (2022). *Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD)*. [nettside]. Aarhus, Frederiksberg, Odense: Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram.

- Hentet 25.01.2022, fra <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-voksen-diabetes-databasen/>
- RKKP. (2022). *Forløbsplaner.dk*. [nettside]. Aarhus, Frederiksberg, Odense: Forkøbsplaner.dk. Hentet 25.01.2022, fra <https://demo.forloebplaner.dk/ForloebPlan/projekter/rkkp/rkkp.php>
- RKKP. (2022). *rkkp.dk*. [nettside]. Aarhus, Frederiksberg, Odense: Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.rkkp.dk/>
- RKKPs Videncenter/ DrKOL. (2021). *Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - DrKOL. Årsrapport for 2020 - 1. januar til 31. december 2020*. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.
- Royal Australian College of General Practitioners. (2017). *Standards for general practices. 5th edition*. East Melbourne
- Rushforth, B., Stokes, T., Andrews, E., Willis, T. A., McEachan, R., Faulkner, S., & Foy, R. (2015). Developing 'high impact' guideline-based quality indicators for UK primary care: a multi-stage consensus process. *BMC Family Practice*, 16, 156.
- Rygh LH, & Saunes IS. (2008). *Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Rapport nr 6-2008*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Simou, E., Pliatsika, P., Koutsogeorgou, E., & Roumeliotou, A. (2015). Quality Indicators for Primary Health Care: A Systematic Literature Review. *JOURNAL OF PUBLIC HEALTH MANAGEMENT AND PRACTICE*, 21(5), E8-E16.
- Socialstyrelsen. (11.05.2021). *Öppna jämförelser*. [nettside]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/>
- Socialstyrelsen. (01.06.2020). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård: Ett förslag på indikatorer (deluppdrag 2)*. [Nettdokument]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet 24.01.2022, fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6760.pdf>
- Socialstyrelsen. (01.08.2021). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020: Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*. [nettdokument]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet 24.01.2022, fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-8-7496.pdf>
- Socialstyrelsen. (01.02.2021). *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård: Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* [nettdokument]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet 24.01.2022, fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7223.pdf>
- Sundhed.dk. (2022). *Alt om din sundhed samlet ét sted*. [nettside]. København: Sundhed.dk. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.sundhed.dk/>
- Sundhedsministeriet. (2021). *Nationale Mål for Sundhedsvæsenet*. [nettdokument]. København: Sundhedsministeriet. Hentet 25.01.2022, fra <https://sum.dk/Media/637697073524473744/Nationale%20M%c3%a5l%20for%20Sundhedsv%c3%a6senet%202021.pdf>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Kvalitetsindikatorer i Primärvårds kvalitet*. [nettside]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 02.02.2022, fra <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer.33467.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Nationell patientenkät*. [nettside]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner Hentet 03.02.2022, fra <https://patientenkät.se/>

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Primärvårds kvalitet*. [nettside]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 01.02.2022, fra <https://skr.se/primarvardskvalitet.32919.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Primärvårds kvalitet: Anslutningsgrad*. [nettside]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 01.02.2022, fra <https://skr.se/primarvardskvalitet/omprimarvardskvalitet/anslutningsgrad.58587.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Vården i siffror*. [nettside]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 01.02.2022, fra <https://vardenisiffror.se/>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Vården i siffror: primärvård*. [nettside]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 02.02.2022, fra <https://vardenisiffror.se/jamfor/nyckelordsgrupp/tematisk-indelning/primarvard?datefrom=2018-01-01&dateto=2021-12-31&units=se>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021). *Terveytemme.fi*. [nettside]. Helsingfors: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Hentet 25.01.2022, fra <https://terveytemme.fi/>
- The Commonwealth Fund. (2022). *International Health Policy Surveys*. [nettside]. New York, Washington: The Commonwealth Fund. Hentet 02.02.2022, fra <https://www.commonwealthfund.org/series/international-health-policy-surveys#:~:text=International%20Health%20Policy%20Surveys%20In%20collaboration%20with%20international,management%2C%20and%20satisfaction%20with%20care%2C%20among%20other%20topics>.
- The European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). *Countries overview*. [nettside]. The European Observatory on Health Systems and Policies. Hentet 02.02.2022, fra <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/overview>
- Tidningen Evidens. *Följ indikatorerna för dina patienter i PrimärvårdsKvalitet*. [Nettdokument]. 4 utg.: Janusinfo Region Stockholm fra <https://janusinfo.se/nyheter/tidningenevidens/nr42017temaaldreochlakemedel/4/foljindikatorernafordinapatienteriprimarvardskvalitet.5.710ed317161746d80521efd5.html>
- van den Berg, M., J., Kringos, D., S., Marks, L., K., & Klazinga, N., S. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 1.
- Volksgezondheidszorg.info. (2022). *Prestatie-indicatoren gezondheidszorg*. [nettside]. Bilthoven: Volksgezondheidszorg.info. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.volksgezondheidszorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/alle-indicatoren>
- Volmer Stidsen J. (2021). *Dansk Diabetes Database: Dokumentalistrapport*. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
- Vården.se. (26.01.2022). *Sök på behandling eller mottagning nära dig och boka redan idag!* [nettside]. Stockholm: Vården.se. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.varden.se/>
- Whitecoat. (2022). *Find a Telehealth Provider*. [nettside]. Sydney: Whitecoat. Hentet 01.02.2022, fra <https://www.whitecoat.com.au/>
- ZorgkaartNederland. (2022). *ZorgkaartNederland*. [nettside]. Den Haag: Patiëntenfederatie Nederland. Hentet 26.01.2022, fra <https://www.zorgkaartnederland.nl/huisarts>

Vedlegg 1: Søkestrategi

Systematisk søk

Periode for søk: 16.08.2021-24.08.2021

Søketreff totalt: 1784

Søketreff uten dubletter: 1027

Første gjennomgang utført av Ingvild Kirkehei: 710 referanser ekskludert. 317 referanser tatt med til videre gjennomgang.

MEDLINE (Ovid)

ALL 1946 to August 18, 2021

Søketreff: 521

1. (((quality or performance* or clinical*) adj3 (indicator* or measure* or metric*)) or measure of quality or quality measure*).ti,ab,bt,ot,kf.
2. Quality Indicators, Health Care/
3. 1 or 2
4. exp General Practice/
5. (general practice or general practitioner* or family physician* or family practice* or primary practice* or family practitioner*).ti,ab,bt,ot,kf. or (primary care or primary healthcare).ti.
6. 4 or 5
7. 3 and 6
8. review*.mp. or review.pt. or ((literature or research or evidence) adj2 (overview or syntheses*)).tw.
9. 7 and 8
10. (system or systems or national* or set or sets or polic* or package* or framework*).ti.
11. 7 and 10
12. 9 or 11
13. limit 12 to yr="2011 -Current"

Embase (Ovid)

1980 to 2021 Week 32

Søketreff: 525

1. (((quality or performance* or clinical*) adj3 (indicator* or measure* or metric*)) or measure of quality or quality measure*).tw.
2. *Health care quality/

3. 1 or 2
4. general practitioner/ or general practice/
5. (general practice or general practitioner* or family physician* or family practice* or primary practice* or family practitioner*).tw. or (primary care or primary healthcare).ti.
6. 4 or 5
7. 3 and 6
8. review*.mp. or review.pt. or ((literature or research or evidence) adj2 (overview or syntheses*)).tw.
9. 7 and 8
10. (system or systems or national* or set or sets or polic* or package* or framework*).ti.
11. 7 and 10
12. 9 or 11
13. limit 12 to yr="2011 -Current"
14. (conference or conference abstract or conference paper).pt.
15. 13 not 14
16. limit 15 to embase

Web of Science

Søk 1

Søketreff: 573

TS=(((quality or performance* or clinical*) near/3 (indicator* or measure* or metric*) or "measure of quality" or "quality measure") AND ("general practice" or "general practitioner*" or "family physician*" or "family practice*" or "primary practice*" or "family practitioner*")) AND (review* or ((literature or research or evidence) near/2 (overview or syntheses*)))) and 2011 or 2012 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 or 2019 or 2020 or 2021 (Publication Years)

Søk 2

Søketreff: 108

((TS=(((quality or performance* or clinical*) near/3 (indicator* or measure* or metric*) or "measure of quality" or "quality measure")) AND TS=("general practice" or "general practitioner*" or "family physician*" or "family practice*" or "primary practice*" or "family practitioner*")) AND TI=(system or systems or national* or set or sets or package* or framework*) and 2011 or 2012 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 or 2019 or 2020 or 2021 (Publication Years)

Epistemonikos

Søketreff: systematic reviews 52, broad syntheses 0, structured summaries 1

Title/abstract: "quality indicator" or "quality indicators" or "quality measure" or "quality measuring" or "quality measures" or "quality metric" or "quality metrics" or "performance indicator" or "performance indicators" or "performance measure" or "performance measuring" or "performance measures" or "performance metric" or "performance metrics" or "clinical indicator" or "clinical indicators" or "clinical

measure” or “clinical measures” or “clinical measuring” or “clinical metric” or “clinical metrics” or "measure of quality"

AND

Title/abstract: "general practice" or "general practitioner" or "general practitioners" or "family physician" or "family physicians" or "family practice" or "primary practice" or "family practitioner" or "family practitioners" or “primary care” or “primary healthcare”

Publication year 2011-2021

Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Library)

Søketreff: 4

#1 (“quality indicator” or “quality indicators” or “quality measure” or “quality measuring” or “quality measures” or “quality metric” or “quality metrics” or “performance indicator” or “performance indicators” or “performance measure” or “performance measuring” or “performance measures” or “performance metric” or “performance metrics” or “clinical indicator” or “clinical indicators” or “clinical measure” or “clinical measures” or “clinical measuring” or “clinical metric” or “clinical metrics” or "measure of quality"):ti,ab,kw

#2 MeSH descriptor: [Quality Indicators, Health Care] explode all trees

#3 #1 or #2

#4 ("general practice" or "general practitioner" or "general practitioners" or "family physician" or "family physicians" or "family practice" or "primary practice" or "family practitioner" or "family practitioners" or “primary care” or “primary healthcare”):ti,ab,kw

#5 MeSH descriptor: [General Practice] explode all trees

#6 #4 or #5

#7 #3 and #6 with Cochrane Library publication date Between Jan 2011 and Aug 2021

Vedlegg 2: Søk i grå litteratur

Søk i grå litteratur

Søkene er utført av Ingvild Kirkehei og Rebecka Norman i august og september 2021. Vi søkte i følgende organisasjoner og benyttet søketermene under for respektive utvalgt land:

Norge

Screenet følgende norske dokumenter for relevante kilder:

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>
- <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen--sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0806_kvalitetsindikatorssystemer.pdf
- <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ff042817045241538090f721d9d4d258/120220-kvalitetsindikatorer-allm-med.pdf>
- https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2378060/NOKCrapport3_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Screenet denne rapport:

- <https://www.vive.dk/media/pure/15439/4892199>

Danmark

Organisasjoner/myndigheter

European Observatory on Health Systems and Policies:

- <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/denmark-2012>
- <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2012>

Kvalitet i Almen Praksis (KIAP): <https://kiap.dk/>

Google

Avansert søk: Kvalitetsindikatorer, «almen praksis»|«almen læger» danmark|dansk

Finland

Organisasjoner/myndigheter

European Observatory on Health Systems and Policies:

- <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/finland-2019>
- <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-review-2019>

Institutet för hälsa och välfärd: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv> søketermer: kvalitetsindikatorer

Google

Avansert søk: «quality indicators», primary care|general practice

Område: Finland

Søketermer: kvalitetsindikatorer, primärvård/vårdcentral, Finland

Sverige

Organisasjoner/myndigheter

European Observatory on Health Systems and Policies:

- <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/sweden-2012>
- <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2012>

Sveriges kommuner och Regioner: <https://skr.se/skr.25.html>, søketermer: kvalitetsindikatorer

Primärvårdskvalitet: <https://skr.se/primarvardskvalitet.32919.html>

Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/>, søketermer: kvalitetsindikatorer, primärvård

Google

Søketermer: Kvalitetsindikatorer, primärvård, Sverige

England/Storbritannia

Organisasjoner/myndigheter

European Observatory on Health Systems and Policies:

- <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/united-kingdom-2015>
- <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2015>

The Health Foundation: <https://www.health.org.uk/>, søketerm: quality indicators

Google

Avanset søk: «quality indicator»|«quality indicators» general practice|family practice|general practitioner|primary care england|united kingdom|uk|great britain|Scotland

Nederland

Organisasjoner/myndigheter

European Observatory on Health Systems and Policies:

- <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/netherlands-2016>
- <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/netherlands>

Health Care institute <https://www.zorginzicht.nl> søkeord: Huisarts, kwaliteitsindikatoren (vurdering med automatisk oversettelse)

Google

Søketermer: Quality indicators, General practice, Netherlands
Huisarts, kwaliteitsindikatoren (automatisk oversettelse)

Australia

Organisasjoner/myndigheter

Australian Government:

- <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview>
- <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/primary-health-care>

Australian Government, Department of Health: <https://www.health.gov.au/>
søketermer: quality indicators.

The Royal Australian College of General Practitioners: <https://www.racgp.org.au/>
Søketermer: Quality indicators

Google

Avansert søk: «quality indicator»| «quality indicators»
review general practice|family practice|general practitioner|primary care australia|australian

Internasjonale kilder

Qaister

https://oaister.worldcat.org/search?q=kwa%28quality+indicator*+or+performance+indicator*%29+AND+%28general+practic*+or+family+practic*+or+primary+practi*%29+&qt=results_page&dblist=239&scope=0&oldscope=
Avansert søk: Publication year 2011-2021 kw:(quality indicator* or performance indicator*) AND (general practic* or family practic* or primary practi*)
Søketreff: 9

Google

Avansert søk: «quality indicator»|«quality indicators» review general practice|family practice|general practitioner|primary care
Gjennomgang av 50 første treff

Kontaktpersoner

Følgende personer har bistått med informasjon om kvalitetsmåling i allmennlegetjenesten:

- Nicolas M. F. Øyane, Senter for Kvalitet i Legetjenester (SKIL), Norge
- Janus Laust Thomsen, Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet, Danmark
- Rikke Agergaard, Flemming Bro & Thomas Bo Nielsen, Kvalitet i almen praksis (KiAP), Danmark
- Ronald Gijsen, Nederlands National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Nederland

Vedlegg 3: Kvalitetsindikatorer

Danmark

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram: Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD)

Under er de indikatorer det rapporteres på per i dag. Data rapporteres manuelt fra allmennlegekontor og fra ambulatorier (omtrent som poliklinikker). Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (RKKP, 2022a).

| | |
|---|--|
| Indikatorområde 1: Glykæmisk regulering | Indikator 1a. Andelen af personer med diabetes, der har en HbA1c på ≤ 53 mmol/mol |
| | Indikator 1b. Andelen af personer med diabetes, der har en HbA1c på ≥ 70 mmol/mol |
| Indikatorområde 2: Hypertension | Indikator 2a. Andelen af personer med diabetes, som mindst én gang om året har fået målt blodtryk |
| | Indikator 2b. Andelen af personer med diabetes med blodtryk $= < 140/90$ |
| Indikatorområde 3: Lipider | Indikator 3a. Andelen af personer med diabetes over 30 år, som har fået målt LDL-kolesterol |
| | Indikator 3b. Andelen af personer med diabetes med LDL-kolesterol $= < 2,5$ mmol/mol |
| Indikatorområde 4: Albuminuri | Indikator 4a. Andel af personer med diabetes, som er blevet undersøgt for albuminuri de seneste 12 mnd |
| | Indikator 4b. Andelen af personer med diabetes med mikro- eller makroalbuminuri som ikke er sat i ACE-hæmmer/ATII receptorantagonist |
| Indikatorområde 5: Komplikationer | Indikator 5. Andel af personer med diabetes, som har fået foretaget fodundersøgelse mindst hvert år |

| | |
|---|---|
| Indikatorområde 6: Behandlingsindikator | Indikator 6. Andel af personer med type-2-diabetes med HbA1c >= 53 mmol/mol (7 %), som ikke er sat i antidiabetisk behandling |
| Indikatorområde 7: Rygestatus | Indikator 7. Andelen af personer med diabetes, der er rygere |

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram: Dansk Diabetes Database (DDD)

DDD er en videreføring og udbygning av DVDD. Indikatorer er vist under. Indikatorene er delt i to kategorier, hvor den ene er til kontinuerlig innrapportering, mens den andre er til årlig innrapportering. Den siste kategorien har ofte en lav insidens og det er hvorfor løpende innrapportering ikke vil gi mening med tanke på statistisk variasjon (Volmer Stidsen J, 2021).

Løpende rapportering

| Område | Indikator |
|------------------------|--|
| Glykæmisk regulering | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne med type 1 diabetes der har en HbA1c på ≤ 53 mmol/mol. • Andelen af voksne med type 2 diabetes, der har en HbA1c på ≤ 53 mmol/mol • Andelen af voksne med type 1 diabetes der har en HbA1c på ≥ 70 mmol/mol. • Andelen af voksne med type 2 diabetes, der har en HbA1c på ≥ 70 mmol/mol. |
| Hypertensjon | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne som har fået målt blodtrykk 15 mdr. inden skæringsdato. • Andelen af voksne med type 1 diabetes med blodtrykk $\leq 140/90$ mmHg. • Andelen af voksne med type 2 diabetes med blodtrykk $\leq 140/90$ mmHg. |
| Lipider | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne over 30 år som har fået målt LDLkolesterol 15 mdr. inden skæringsdato. • Andelen af voksne med type 1 diabetes med LDLkolesterol ≤ 2.5 mmol/l. • Andelen af voksne med type 2 diabetes med LDLkolesterol ≤ 2.5 mmol/l |
| Behandlingsindikatorer | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne med HbA1c ≥ 53 mmol/mol som er sat i antidiabetisk behandling. • Andelen af voksne med type 2 diabetes med kendt kardiovaskulær sykdom som er sat i organbeskyttende behandling med GLP1-analoger eller SGLT2 inhibitorer. • Andelen af voksne med type 2 diabetes med nyresykdomme lengere end 3 mdr. (UACR ≥ 300 mg/g og eGFR ≥ 30 ml min/1.73 m²) som er sat i behandling med GLP1-analoger eller SGLT2 inhibitorer. |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne med to målinger af UACR ≥ 30 mg/g som er sat i ACE-hæmmer/ATII receptor-antagonist. |
| Den diabetiske fod | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne som har fået foretaget fodundersøgelse 15 mdr. inden skæringsdato, og hvor resultatet af fodundersøgelsen er kendt. |
| Mikrovaskulære komplikationer (nyre) | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne som er blevet undersøgt for albuminuri 15 mdr. inden skæringsdato. • Andelen af voksne som har fået målt eGFR 15 mdr. inden skæringsdato. |
| Rygning | <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af voksne som er ikke-rygere. |

Årlig rapportering (Volmer Stidsen J, 2021)

| Område | Årlige opgørelser | Type | Afreportering |
|-------------------------------|--|----------|---------------|
| Den diabetiske fod | Andelen af voksne med 1. gangs amputation. | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne med neuropati (vibrationssans > aldersspecifik grænseværdi eller abnorm monofilamenttest). | Resultat | Region/Amb |
| | Andelen af voksne med mærkbare fodpuls. | Resultat | Region/Amb |
| LDL-kolesterol | Andelen af højrisikopatienter som har LDL kolesterol | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne som har fået målt LDLkolesterol 15. mdr. inden skæringsdato | Resultat | Region/Amb |
| Mikrovaskulære komplikationer | Andelen af voksne der udvikler kardiovaskulært event (1. gangs og tilbagevendende på nær hjertesvigt som alene opgøres på 1. event). | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne der udvikler iskæmisk hjertesygdom (1. gangs og tilbagevendende). | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne der udvikler cerebrovaskulære sygdom (1. gangs og tilbagevendende). | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne der har 1. hospitalskontakt pga. hjertesvigt. | Resultat | Region |

| | | | |
|-------------------------------|---|----------|------------|
| Makrovaskulære komplikationer | Andelen af voksne der udvikler kardiovaskulært event (1. gangs og tilbagevendende på nær hjertesvigt som alene opgøres på 1. event). | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne der udvikler iskæmisk hjertesygdom (1. gangs og tilbagevendende) | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne der udvikler cerebrovaskulære sygdom (1. gangs og tilbagevendende). | Resultat | Region |
| | Andelen af voksne der har 1. hospitalskontakt pga. hjertesvigt. | Resultat | Region |
| Akutte komplikationer | Andelen af voksne med type 1 diabetes der udvikler ketoacidose. | Resultat | Region/Amb |
| | Andelen af voksne med type 2 diabetes der udvikler ketoacidose. | Resultat | Region |
| | Antal hospitalskontakter pga. hypoglykæmi hos voksne med type 1 diabetes. | Resultat | Amb |
| | Antal hospitalskontakter pga. hypoglykæmi hos voksne med type 2 diabetes. | Resultat | Amb |
| | Resultat | Amb | Amb |
| | Antal af svære hypoglykæmitilfælde hos voksne med type 2 diabetes hvor vedkommende er afhængig af hjælp fra andre 15 mdr. inden skæringsdato. | Resultat | Amb |
| | Antal af akutte medicinske indlæggelser | Resultat | Region |
| BMI | BMI fordeling 40 hos voksne med type 1 diabetes. | Resultat | Region/Amb |
| | BMI fordeling 40 hos voksne med type 2 diabetes. | Resultat | Region/Amb |
| Komorbiditet | Andelen af voksne med psykiatrisk komorbiditet – diagnosticeret efter diabetesdebut | Resultat | Region |

Amb= Ambulatorier

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram: Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom i almen praksis (DrKOL)

Under er de indikatorer det rapporteres på i DrKOL. Data rapporteres manuelt fra allmennlegekontor og fra ambulatorier (omtrent som poliklinikker). Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (RKKPs Videncenter/ DrKOL., 2021).

| Indikatorområde | Indikator |
|--|---|
| Lungefunktion | Andelen af patienter med KOL, som får målt og registreret FEV ₁ og FVC mindst én gang om året |
| Ernæringstilstand | Andelen af patienter med KOL, som får målt og registreret højde og vægt. |
| Åndenød | Andelen af patienter med KOL, som får målt og registreret åndenød med MRC skalaen mindst én gang om året. |
| Rygning | Andel af patienter med KOL, som er blevet forespurgt om og har fået registreret rygestatus mindst én gang om året. |
| KOL-rehabilitering | Andel af patienter med KOL og MRC-grad \geq 3, som henvises til KOL rehabilitering |
| Medicinsk behandling, LAMA/LABA | Andel af patienter med KOL og MRC-grad på mindst 3, som behandles med langtidsvirkende inhaleret bronkodilatator LAMA og LABA samtidig. |
| Medicinsk behandling, inhalationssteroid | Andel af patienter med MRC-grad \geq 3, der behandles med langtidsvirkende inhaleret bronkodilatator LAMA og LABA, og som har mindst 2 exacerbationer, som behandles med inhalationssteroid |
| Inhalationsteknik | Andel af patienter med KOL behandlet med inhalationsmedicin, som får tjekket deres inhalationsteknik mindst én gang om året |
| Exacerbationer | Andel af patienter med KOL, som bliver forespurgt og får registreret antallet af ikke-indlæggelseskrævende exacerbationer i det forløbne år mindst én gang om året. |

Forløbsplaner

Under vises målepunkter som bruges i forløbsplanene, for henholdsvis diabetes, KOLS og hjerte-karsykdom (ischemisk, hypertensjon og hyperkolesterolemi) (RKKP, 2022b).

| Diabetes – organisering og opfølgning | | |
|--|-----------|--|
| Målepunkt | | Navn |
| 1. Årskontrol | | Andel af aktuelle diabetes patienter, der har fået en årskontrol inden for de sidste 18 mdr. |
| 2. Målinger | HbA1C | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor HbA1c er målt inden for de sidste 18 mdr. |
| | LDL | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor LDL er målt inden for de sidste 18 mdr. |
| | Blodtryk | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor blodtryk er målt inden for de sidste 18 mdr. |
| | eGFR | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor eGFR er målt inden for de sidste 18 mdr. |
| | U-alb/kre | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor Ualb/kreatinin er målt inden for de sidste 18 mdr. |
| 3. Forløbsplan | | Andel af aktuelle diabetes patienter, der har en diabetes forløbsplan. |
| Kronikerhonorar | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor der er registreret kronikerhonorar. |
| Diabetes - Behandling og opfølgning | | |
| Målepunkt | | Navn |
| HbA1C | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor HbA1c > 58 mmol/mol. |
| LDL | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor LDLkolesterol > 2,5 mmol og patienten ikke er behandlet med statin. |
| Blodtryk | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor systolisk blodtryk > 140 mmHg. |
| HbA1C vedvarende forhøjet | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor HbA1c er vedvarende forhøjet* |
| Mikro/makroalbuminuri og ingen ACE/AT2 | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor patienten har mikro/makro-albuminuri og <i>ikke</i> er behandlet med ACE/AT2. |
| eGFR og metformin behandling | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor eGFR<30 ml/min og er i behandling med metformin. |
| Iskæmisk hjertesygdom og GLP-1/SGLT2 | | Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor patienten har iskæmisk hjertesygdom, og er i behandling med GLP1/SGLT2. |

* Vedvarende forhøjet defineres ud fra at de to seneste målinger af HbA1c>58 mmol/mol.

| KOL diagnostik | |
|--------------------------|--|
| 1. Prævalens | KOL prævalens i din praksis§ |
| 2. FEV ₁ /FVC | Andel af aktuelle KOL patienter, hvor sidste FEV ₁ /FVC < 70%*. |
| 3. Reversibilitet | Andel af aktuelle KOL patienter, som først har fået deres første KOL diagnose efter 1.jan. 2013 og som efterfølgende har fået lavet mindst 1 reversibilitetstest** |
| 4. Rygestatus | Andel af aktuelle KOL patienter med registreret rygestatus. |
| 5. GOLD | Andel af aktuelle KOL patienter, der er GOLD klassificeret mindst én gang. |
| 6. Forløbsplan | Andel af aktuelle KOL patienter, der har en KOL forløbsplan. |
| KOL behandling | |
| 1. GOLD | Andel af aktuelle KOL patienter, der er GOLD klassificeret mindst én gang. |
| 2. Rygestatus | Andel af aktuelle KOL patienter med registreret rygestatus. |
| 3. ICS# | a. Andel af aktuelle KOL patienter i GOLD klasse A, der har en ordination på ICS. b. Andel af aktuelle KOL patienter i GOLD klasse B, der har en ordination på ICS. c. Andel af aktuelle KOL patienter i GOLD klasse C, der har en ordination på ICS. d. Andel af aktuelle KOL patienter i GOLD klasse D, der har en ordination på ICS. e. Andel af aktuelle KOL patienter uden GOLD klassificering, der har en ordination på ICS. |
| 4. Influenza | Andel af aktuelle KOL patienter, der er influenzavaccineret inden for det sidste år. |
| 5. Årskontrol | Andel af aktuelle KOL patienter, der har fået en årskontrol inden for de sidste 18 mdr*. |
| 6. Forløbsplan | Andel af aktuelle KOL patienter, der har en KOL forløbsplan. |
| 7. Kronikerhonorar | Andel af aktuelle KOL patienter, hvor der er registreret kronikerhonorar. |

§ Kan kun beregnes, hvis du indtaster din praksis' patientgrundlag i KOL overblikket

* sidste/nyeste måling er registreret inden for de sidste < 18 måneder.

** Reversibilitetstesten registreres ud fra ydelseskode 7121 taget efter 1.jan. 2013.

Beregning af ICS behandling frasorterer alle patienter, som har en diagnose for astma (R96)

| Iskæmisk hjertesygdom- Organisering og opfølgning | | |
|---|-------------------|--|
| Målepunkt | | Navn |
| 1. Årskontrol | | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, der har fået en årskontrol inden for de sidste 18 mdr. |
| 2. Målinger | Blodtryk | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor blodtryk er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | LDL | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor LDL er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | eGFR | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor eGFR er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | U-alb/kre | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor U-alb/kreatinin er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | <i>Rygestatus</i> | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, der har registreret rygestatus. |
| 3. Forløbsplan | | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, der har en hjerte forløbsplan. |
| Iskæmisk hjertesygdom -Behandling og opfølgning | | |
| Målepunkt | | Navn |
| 1. Blodtryk | | a. Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor systolisk blodtryk > 140 mmHg. |
| | | b. Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor systolisk blodtryk > 150 mmHg. |
| 2. LDL | | a. Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor LDL-kolesterol > 1,8 mmol og patienten ikke er behandlet med statin. |
| | | b. Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, hvor LDL-kolesterol > 5,0 mmol og patienten ikke er behandlet med statin. |
| 3. ASA behandling | | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, som behandles med ASA. |
| 4. Anden AK behandling | | Andel af aktuelle iskæmisk hjertesygge patienter, som behandles med anden AK behandling, udover 12 mdr., som ikke har anden indikation for AK behandling*. |

*Anden indikation for AK behandling af IHS patienter: cerebrovaskulær sygdom (K89-90-91-92).

| Hypertension - Organisering og opfølgning | | |
|--|-------------------|--|
| Målepunkt | | Navn |
| 1. Årskontrol | | Andel af aktuelle patienter med hypertension, der har fået en årskontrol inden for de sidste 18 mdr. |
| 2. Målinger | Blodtryk | Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor blodtryk er målt inden for de sidste 12 mdr. |
| | LDL | Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor LDL er målt inden for de sidste 12 mdr. |
| | eGFR | Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor eGFR er målt inden for de sidste 12 mdr. |
| | U-alb/kre | Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor U-alb/kreatinin er målt inden for de sidste 12 mdr. |
| | <i>Rygestatus</i> | Andel af aktuelle patienter med hypertension, der har registreret rygestatus. |
| 3. Forløbsplan | | Andel af aktuelle patienter med hypertension, der har en hjerte forløbsplan |
| Hypertension - Behandling og opfølgning | | |
| Målepunkt | | Navn |
| 1. Blodtryk | | a. Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor systolisk blodtryk > 140 mmHg. |
| | | b. Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor systolisk blodtryk > 150 mmHg. |
| 2. LDL | | a. Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor LDL-kolesterol > 3,0 mmol og patienten ikke er behandlet med statin. |
| | | b. Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor LDL-kolesterol > 5,0 mmol og patienten ikke er behandlet med statin. |
| 3. Mikro/makro-albuminuri og ingen ACE/AT2 | | Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor patienten har mikro/makro-albuminuri og ikke er behandlet med ACE/AT2. |
| 4. HbA1C >= 48 og ingen diabetes diagnose | | Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor HbA1c >= 48 og hvor pt. ikke har en diabetes diagnose registreret. |
| 5. Heartscore > 10% | | Andel af aktuelle patienter med hypertension, hvor heartscore > 10% |

| Hyperkolesterolæmi -Organisering og opfølgning | | |
|--|-------------------|--|
| Målepunkt | | Navn |
| 1. Årskontrol | | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, der har fået en årskontrol inden for de sidste 18 mdr. |
| 2. Målinger | Blodtryk | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor blodtryk er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | LDL | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor LDL er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | eGFR | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor eGFR er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | U-alb/kre | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor U-alb/kreatinin er målt inden for de sidste 24 mdr. |
| | <i>Rygestatus</i> | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, der har registreret rygestatus. |
| 3. Forløbsplan | | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, der har en hjerte forløbsplan |
| Hyperkolesterolæmi - Behandling og opfølgning | | |
| Målepunkt | | Navn |
| 1. Blodtryk | | a. Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor systolisk blodtryk > 140 mmHg. b. Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor systolisk blodtryk > 150 mmHg. |
| 2. LDL | | a. Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor LDL-kolesterol > 2,5 mmol og patienten ikke er behandlet med statin. b. Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor LDL-kolesterol > 5,0 mmol og patienten ikke er behandlet med statin. |
| 3. Heartscore > 10% | | Andel af aktuelle hyperkolesterolæmi patienter, hvor heartscore > 10% |

Finland

Sotkanet

I Sotkanet kan indikatorene ses på finsk, svensk og engelsk. Det kan søkes på emneord. Under følger indikatorer for emneordet «primary care». Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden og i hyperlinke ved hver indikator (Institutet för hälsa och välfärd, 2022b).

| |
|--|
| 12-year-old children receiving orthodontic care, % of all 12-year-olds receiving dental care info ind. 5025 |
| 12-year-old patients with extensive dental caries, % of all 12-year-olds receiving dental examinations info ind. 5001 |
| 12-year-olds with good oral health, % of all 12-year-olds receiving a dental examination info ind. 5022 |
| Accident as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5011 |
| Acute upper respiratory tract infection as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5015 |
| Age- and sex-standardised index for care days for patients in inpatient primary health care info ind. 2600 |
| Age- and sex-standardised index for periods of care for patients in inpatient primary health care info ind. 2599 |
| All outpatient visits in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4137 |
| Always or often sees the same doctor (%) (from 2018) info ind. 5226 |
| Always or often sees the same nurse (%) (from 2018) info ind. 5227 |
| An extended health examination includes a teacher's written evaluation of the pupil's coping ability and well-being in school, % of schools info ind. 5396 |
| Asthma as the reason for outpatient visit to a primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5017 |
| Bad travel connections hampered access to care, (%) of persons who used health services, age 20-64 info ind. 5202 |
| Bad travel connections hampered access to care, (%) of persons who used health services, age 65 and over (from 2018) info ind. 5203 |
| Bad travel connections hampered access to care, (%) of persons who used health services, age 75 and over (from 2018) info ind. 5204 |
| Bad travel connections hampered access to care, (%) of persons who used health services, high-level education (from 2018) info ind. 5207 |
| Bad travel connections hampered access to care, (%) of persons who used health services, low-level education (from 2018) info ind. 5205 |
| Bad travel connections hampered access to care, (%) of persons who used health services, medium-level education (from 2018) info ind. 5206 |
| Bad travel connections hampered access to care, (%) of persons who used health services (from 2018) info ind. 5201 |

| |
|---|
| Cardiovascular diseases as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5010 |
| Change in the share of 12-year-olds with healthy teeth, percentage points info ind. 5023 |
| Child-health-clinic visits (physicians) in primary health care per 1000 persons aged 0 - 7 info ind. 2363 |
| Child-health-clinic visits (practitioners other than physicians) per 1000 persons aged 0 - 7 info ind. 2364 |
| Child health clinic visits based on need for special support and health examinations based on individual need/1000 residents of the same age info ind. 5110 |
| Child-health-clinic visits in primary health care per 1000 persons aged 0 - 7 info ind. 2453 |
| Chronic airflow obstruction as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5018 |
| Clients of outpatient medical care in primary health care / 1 000 residents info ind. 5388 |
| Clients with memory disorders in long-term inpatient care in health centres on 31 Dec, as % of client info ind. 3118 |
| Clients with memory disorders in short-term inpatient care in health centres on 31 Dec, as % of clients info ind. 3117 |
| Clients with over 10 appointments with a health centre physician within a year, % of visitors to a health centre physician info ind. 5021 |
| Coverage of extensive health examinations for 4-year-olds at child health clinics info ind. 5005 |
| Customer satisfaction with appointment services of health centres: Encountering, customer service info ind. 5375 |
| Customer satisfaction with appointment services of health centres: Participation in decision-making info ind. 5377 |
| Customer satisfaction with appointment services of health centres: Providing service within reasonable time, availability info ind. 5386 |
| Customer satisfaction with appointment services of health centres: Usefulness of service info ind. 5376 |
| Dementia as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5019 |
| Dental care clients not in need of caries or gum care, % info ind. 5003 |
| Dental care clients who make more than five visits to the dentist each year, % of all dental care clients info ind. 5027 |
| Dental care clients who make more than five visits to the dentist each year, % of all dentist clients info ind. 5026 |
| Dental care patients in health centres per 1000 inhabitants info ind. 1559 |
| Dental care visits in health centres (dental assistants) for those aged 0-17 per 1000 persons of same age info ind. 2405 |
| Dental care visits in health centres (dental hygienists) for those aged 0-17 per 1000 persons of same age info ind. 2404 |
| Dental care visits in health centres (practitioners other than dentists) for those aged 18 and over per 1000 persons of same age info ind. 1558 |
| Dental care visits in health centres for those aged 18 and over per 1000 persons of same age info ind. 2463 |
| Dental care visits in health centres per 1000 inhabitants info ind. 2462 |

| |
|--|
| Dentist visits in health centres for those aged 0-17 per 1000 persons of same age info ind. 2403 |
| Dentist visits in health centres for those aged 18 and over per 1000 persons of same age info ind. 1557 |
| Diabetes as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5014 |
| Emergency department visits in primary health care (incl. joint emergency department) per 1,000 inhabitants info ind. 5081 |
| E-service appointments, % of outpatient appointments in primary health care info ind. 5004 |
| Family-planning visits in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 2454 |
| Felt that the service was working smoothly, (%) of those who had used health services, age 20-64 (from 2018) info ind. 5180 |
| Felt that the service was working smoothly, (%) of those who had used health services, age 65 and over (from 2018) info ind. 5181 |
| Felt that the service was working smoothly, (%) of those who had used health services, age 75 and over (from 2018) info ind. 5182 |
| Felt that the service was working smoothly, (%) of those who had used health services, high-level education (from 2018) info ind. 5185 |
| Felt that the service was working smoothly, (%) of those who had used health services, low-level education (from 2018) info ind. 5183 |
| Felt that the service was working smoothly, (%) of those who had used health services, medium-level education (from 2018) info ind. 5184 |
| Have used a service voucher for acquiring health services, share of those who have used the services (%) info ind. 4929 |
| Health examinations of those at least 65 years, % of population of the same age info ind. 5008 |
| High client fees hampered access to care, (%) of persons who used health services, age 20-64 (from 2018) info ind. 5209 |
| High client fees hampered access to care, (%) of persons who used health services, age 65 and over (from 2018) info ind. 5210 |
| High client fees hampered access to care, (%) of persons who used health services, age 75 and over (from 2018) info ind. 5211 |
| High client fees hampered access to care, (%) of persons who used health services, high-level education (from 2018). info ind. 5214 |
| High client fees hampered access to care, (%) of persons who used health services, low-level education (from 2018) info ind. 5212 |
| High client fees hampered access to care, (%) of persons who used health services, medium-level education (from 2018) info ind. 5213 |
| High client fees hampered access to care, (%) of persons who used health services (from 2018) info ind. 5208 |
| Hypertension as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5016 |
| Inpatient primary health care, care days for those aged 0-17 per 1000 persons of same age info ind. 2586 |
| Inpatient primary health care, care days for those aged 18-64 per 1000 persons of same age info ind. 2587 |
| Inpatient primary health care, care days for those aged 65-74 per 1000 persons of same age info ind. 2588 |
| Inpatient primary health care, care days for those aged 75-79 per 1000 persons of same age info ind. 2589 |
| Inpatient primary health care, care days for those aged 80-84 per 1000 persons of same age info ind. 2590 |

| |
|---|
| Inpatient primary health care, care days for those aged 85 and over per 1000 persons of same age info ind. 2591 |
| Inpatient primary health care, patients aged 18-64 per 1000 persons of same age info ind. 2593 |
| Inpatient primary health care, patients aged 65-74 per 1000 persons of same age info ind. 2594 |
| Inpatient primary health care, patients aged 75-79 per 1000 persons of same age info ind. 2595 |
| Inpatient primary health care, patients aged 75 and over per 1000 persons of same age info ind. 2704 |
| Inpatient primary health care, patients aged 80-84 per 1000 persons of same age info ind. 2596 |
| Inpatient primary health care, patients aged 85 and over per 1000 persons of same age info ind. 2597 |
| Inpatient primary health care, periods of care for those aged 0-17 per 1000 persons of same age info ind. 2580 |
| Inpatient primary health care, periods of care for those aged 18-64 per 1000 persons of same age info ind. 2581 |
| Inpatient primary health care, periods of care for those aged 65-74 per 1000 persons of same age info ind. 2582 |
| Inpatient primary health care, periods of care for those aged 75-79 per 1000 persons of same age info ind. 2583 |
| Inpatient primary health care, periods of care for those aged 75 and over per 1000 persons of same age info ind. 2702 |
| Inpatient primary health care, periods of care for those aged 80-84 per 1000 persons of same age info ind. 2584 |
| Inpatient primary health care, periods of care for those aged 85 and over per 1000 persons of same age info ind. 2585 |
| Mental health and behavioural disorders, excluding substance abuse problems, as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5012 |
| Mental health outpatient visits of adults per 1000 persons aged 18 and over info ind. 3075 |
| Mental health visits (physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 1554 |
| Mental health visits (practitioners other than physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 1555 |
| Needs coefficient for primary health care, index info ind. 2241 |
| Number of primary health care outpatient visits to nurses and health care nurses in proportion to the number of visits to physicians info ind. 5020 |
| Oral health care DMF index, persons aged 12 info ind. 5037 |
| Other outpatient visits (physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4135 |
| Other outpatient visits in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4136 |
| Other special therapy and rehabilitation visits (physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4120 |
| Other special therapy and rehabilitation visits (physicians) in primary health care per 1000 in-habitants info ind. 4120 |
| Other special therapy and rehabilitation visits (physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4120 |

| |
|---|
| Other special therapy and rehabilitation visits (practitioners other than physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4121 |
| Other special therapy and rehabilitation visits in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4119 |
| Outpatient medical visits (physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4123 |
| Outpatient medical visits (practitioners other than physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4124 |
| Outpatient medical visits in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 3972 |
| Outpatient physician visits in primary health care, index (need-adjusted) info ind. 5271 |
| Outpatient physician visits in primary health care (all methods of contact) / 1000 inhabitants info ind. 1080 |
| Outpatient physician visits in primary health care for those aged 15-64 per 1000 persons of same age info ind. 293 |
| Outpatient physician visits in primary health care for those aged 65 and over per 1000 persons of same age info ind. 239 |
| Outpatient physician visits in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 1552 |
| Outpatient physician visits outside surgery hours (evenings, weekends, public holidays) in primary health care per 1000 inhabitants (up to 2010) info ind. 2360 |
| Outpatient physician visits within surgery hours in primary health care per 1000 inhabitants (up to 2010) info ind. 2359 |
| Outpatients and inpatients in primary health care as a percentage of population, % info ind. 5371 |
| Outpatient visits to health care professionals in primary health care (excluding physician visits), index (need-adjusted) info ind. 5272 |
| Patients seen by a physician in primary health care as % of total population info ind. 3224 |
| Patients seen by a physician in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 1556 |
| Persons aged 18 and over who have used oral health services in health centres, as % of total population of same age info ind. 3132 |
| Physiotherapy visits (physicians) in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4138 |
| Physiotherapy visits in primary health care per 1000 inhabitants info ind. 4139 |
| Positive client experience in the most recently used health care service (%), age 20-64 (from 2020) info ind. 5219 |
| Positive client experience in the most recently used health care service (%), age 65 and over (from 2020) info ind. 5220 |
| Positive client experience in the most recently used health care service (%), age 75 and over (from 2020) info ind. 5221 |
| Positive client experience in the most recently used health care service (%), high-level education (from 2020) info ind. 5224 |
| Positive client experience in the most recently used health care service (%), low-level education (from 2020) info ind. 5222 |
| Positive client experience in the most recently used health care service (%), medium-level education (from 2020) info ind. 5223 |
| Positive client experience in the most recently used health care service (%) (2020-) info ind. 5218 |

| |
|--|
| Positive client experience in the most recently used social service (%) (from 2020) info ind. 5225 |
| Prenatal clinic visits (physicians) in primary health care per 1000 women aged 15 - 44 info ind. 2361 |
| Prenatal clinic visits (practitioners other than physicians) in primary health care per 1000 women aged 15 - 44 info ind. 2362 |
| Prenatal clinic visits in primary health care per 1000 women aged 15 - 44 info ind. 2452 |
| Primary health care, outpatient visits other than physician visits per 1000 inhabitants info ind. 1553 |
| Primary health care client health station choices, persons becoming new clients per 10,000 inhabitants info ind. 5058 |
| Primary health care outpatient clients / 1 000 inhabitants info ind. 5024 |
| Problems caused by substance abuse as the reason for outpatient visit to primary health care physician, % of recorded reasons for visits info ind. 5013 |
| Proportion of those who had access to examinations and treatment without undue delay during their most recent health care visit (%), age 20-64 (from 2020) info ind. 5194 |
| Proportion of those who had access to examinations and treatment without undue delay during their most recent health care visit (%), age 65 and over (from 2020) info ind. 5195 |
| Proportion of those who had access to examinations and treatment without undue delay during their most recent health care visit (%), age 75 and over (from 2020) info ind. 5196 |
| Proportion of those who had access to examinations and treatment without undue delay during their most recent health care visit (%), high-level education (from 2020) info ind. 5199 |
| Proportion of those who had access to examinations and treatment without undue delay during their most recent health care visit (%), low-level education (from 2020) info ind. 5197 |
| Proportion of those who had access to examinations and treatment without undue delay during their most recent health care visit (%), medium-level education (from 2020) info ind. 5198 |
| Proportion of those who had access to examinations and treatment without undue delay during their most recent health care visit (%) (from 2020) info ind. 5193 |
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%), age 20-64 (from 2018) info ind. 5258 |
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%), age 65 and over (from 2018) info ind. 5259 |
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%), age 75 and over (from 2018) info ind. 5260 |
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%), high-level education (from 2018) info ind. 5263 |
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%), low-level education (from 2018) info ind. 5261 |

| |
|--|
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%), medium-level education (from 2018) info ind. 5262 |
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%) (from 2018) info ind. 5257 |
| Proportion of those who used health services because of mental health problems (%) (from 2018) info ind. 5257 |
| Proportion of those who were able to contact the place of care without undue delay during their most recent visit (%), age 20-64 (from 2020) info ind. 5187 |
| Proportion of those who were able to contact the place of care without undue delay during their most recent visit (%), age 65 and over (from 2020) info ind. 5188 |
| Proportion of those who were able to contact the place of care without undue delay during their most recent visit (%), age 75 and over (from 2020) info ind. 5189 |
| Proportion of those who were able to contact the place of care without undue delay during their most recent visit (%), high-level education (from 2020) info ind. 5192 |
| Proportion of those who were able to contact the place of care without undue delay during their most recent visit (%), low-level education (from 2020) info ind. 5190 |
| Proportion of those who were able to contact the place of care without undue delay during their most recent visit (%), medium-level education (from 2020) info ind. 5191 |
| Proportion of those who were able to contact the place of care without undue delay during their most recent visit (%) (from 2020) info ind. 5186 |
| Student-health-care visits in primary health care per 1000 persons aged 16 - 25 info ind. 2455 |
| The average value of the CPI indices of customers aged over 18 in oral health care info ind. 5002 |
| The coverage of periodic health examinations at a maternity clinic info ind. 5006 |
| The share of those provided with insufficient doctor's appointment services, (%) of those needing the services info ind. 4909 |
| The share of those provided with insufficient doctor's appointment services, (%) of those needing the services, age 20-64 (from 2018) info ind. 5162 |
| The share of those provided with insufficient doctor's appointment services, (%) of those needing the services, age 65 and over (from 2018) info ind. 5163 |
| The share of those provided with insufficient doctor's appointment services, (%) of those needing the services, age 75 and over (from 2018) info ind. 5164 |
| The share of those provided with insufficient doctor's appointment services, (%) of those needing the services, high-level education (from 2018) info ind. 5167 |

| |
|---|
| The share of those provided with insufficient doctor's appointment services, (%) of those needing the services, low-level education (from 2018) info ind. 5165 |
| The share of those provided with insufficient doctor's appointment services, (%) of those needing the services, medium-level education (from 2018) info ind. 5166 |
| The share of those provided with insufficient nurse's appointment services, (%) of those needing the services info ind. 4910 |
| The share of those provided with insufficient nurse's appointment services, (%) of those needing the services, age 20-64 (from 2018) info ind. 5168 |
| The share of those provided with insufficient nurse's appointment services, (%) of those needing the services, age 65 and over (from 2018) info ind. 5169 |
| The share of those provided with insufficient nurse's appointment services, (%) of those needing the services, age 75 and over (from 2018) info ind. 5170 |
| The share of those provided with insufficient nurse's appointment services, (%) of those needing the services, high-level education (from 2018) info ind. 5173 |
| The share of those provided with insufficient nurse's appointment services, (%) of those needing the services, low-level education (from 2018) info ind. 5171 |
| The share of those provided with insufficient nurse's appointment services, (%) of those needing the services, medium-level education (from 2018) info ind. 5172 |
| Waiting time for elective oral health care visit (dentist) in primary health care exceeds 21 days from assessment of the need for treatment, % appointments kept (march) info ind. 2678 |
| Waiting time for elective outpatient medical visit (physician) in primary health care exceeds 3 months from assessment of the need for treatment, % appointments kept (October) info ind. 3176 |
| Waiting time for elective outpatient medical visit (physician) in primary health care exceeds 7 days from assessment of the need for treatment, % appointments kept (March) info ind. 2676 |
| Waiting time for elective outpatient medical visit (physician) in primary health care exceeds 7 days from assessment of the need for treatment, % appointments kept (October) info ind. 2497 |
| Waiting time of over 3 months since assessment of the need for treatment for a non-emergency appointment with a primary health care doctor in outpatient care, % of completed appointments (status in March) info ind. 3175 |
| Visits in primary health care of those aged 75 or over (incl. joint emergency department) / 1 000 per population of the same age info ind 5080 |

Sverige

Vården i siffror

Under visas indikatorerna för primærhelsetjenesten. Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022f).

| Titel/indikator | Register/källa |
|--|---|
| Personer med svår fetma vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Andra besök än läkarbesök i primärvård | Sveriges Kommuner och Regioner |
| Basal demensutredning vid demensdiagnos – primärvård | Svenska demensregistret (SveDem) |
| Behandling med antipsykotiska läkemedel vid demens – primärvård | Svenska demensregistret (SveDem) |
| Blodfettssänkande behandling vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Blodsocker (HbA1c < 52 mmol/mol) vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom – primärvård | Svenska demensregistret (SveDem) |
| Fotundersökning vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Förtroende för vård- eller hälsocentral | Hälsa- och sjukvårdsbarometern |
| Icke-rökare vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Inga ögonskador (diabetesretinopati) vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Ingen förekomst av albuminuri vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården. | Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Regioner |
| LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Läkarbesök i primärvården | Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, arbetsterapeut | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, barnmorska | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |

| | |
|--|---|
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, fysioterapeut/sjukgymnast | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, kurator | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, läkare | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, psykolog | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, samtliga legitimerade yrkesgrupper | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, sjuksköterska | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården, övriga legitimerade yrkesgrupper | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Nettokostnad för primärvård | Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Regioner |
| Positiv upplevelse av delaktighet i vården hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning | Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Positiv upplevelse av information och kunskap hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning | Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Positiv upplevelse av kontaktvägar med primärvården | Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Positiv upplevelse av kontinuitet och samordning hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning | Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Positiv upplevelse av respekt och bemötande hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning | Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning | Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning. | Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Primärvårdens tillgänglighet per telefon | Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Demens Demo1: Förekomst av diagnos demens, på vårdcentral | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Demens Demo2: Andel patienter med demens som behandlas med antipsykotika | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |

| | |
|--|---|
| PVQ Demens Demo3A: Andel patienter med demens som varit på återbesök, alla professioner | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Diabetes Di01: Förekomst av diagnos diabetes | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Infektion Inf3: Andel episoder med akut bronkit som behandlats med antibiotika UTGÅR 2021-12-31 | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Förmaksflimmer Fö01: Förekomst av diagnos förmaksflimmer | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Infektion Inf3: Andel episoder med akut mediaotit som behandlats med antibiotika UTGÅR 2021-12-31 | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ KOL, KOL01: Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), på vårdcentral | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Prioritering Pro1Fys: Andel patienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom, fysiskt | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Prioritering Pr2: Andel patienter med ökad risk för samsjuklighet som riskskattats för hjärt-kärlsjukdom UTGÅR 2021-12-31 | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| PVQ Äldre Äld02: Andel patienter ≥ 75 år som har uppmänt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion | Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner |
| Rimlig väntetid till vård- eller hälsocentral | Hälsa- och sjukvårdsbarometern |
| Rådgivning till personer med ohälsosamma matvanor | Enkät om sjukdomsförebyggande åtgärder, Socialstyrelsen |
| Rådgivning till personer med otillräcklig fysisk aktivitet | Enkät om sjukdomsförebyggande åtgärder, Socialstyrelsen |
| Rådgivning till personer med riskbruk av alkohol | Enkät om sjukdomsförebyggande åtgärder, Socialstyrelsen |
| Rådgivning till personer som är dagligrökare | Enkät om sjukdomsförebyggande åtgärder, Socialstyrelsen |
| Ögonbottenundersökning vid diabetes – primärvård | Nationella diabetesregistret (NDR) |
| Överviktiga barn vid 5 års ålder | Svenska barnhälsovårdsregistret |

Primärvårdskvalitet

Indikatorer visas under. Mer information om datakilder og indikatorer på nettsiden (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022a).

Artros

| | |
|--------|---|
| Ar1 | Andel patienter med artros där mätning av vikt/BMI gjorts |
| Ar2+11 | Förekomst av diagnos artros |
| Ar3+12 | Andel patienter med artros som deltagit i artrosskola |
| Ar4+13 | Andel patienter med artros som fått handledd träning |

Astma

| | |
|------|---|
| As1A | Andel patienter med astma och underhållsbehandling som varit på återbesök |
| As2 | Förekomst av diagnos astma |

Bensår

| | |
|-----|--|
| Be1 | Förekomst av diagnos bensår |
| Be2 | Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos |
| Be3 | Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling |

Demens

| | |
|---------|---|
| Dem1+11 | Förekomst av diagnos demens |
| Dem2 | Andel patienter med demens som behandlas med antipsykotika |
| Dem3 | Andel patienter med demens som varit på återbesök |
| Dem4 | Andel patienter med Alzheimer demens som behandlas med (eller provat) demensläkemedel |
| Dem5 | Andel patienter med samsjuklighet vid demens |
| Dem6+12 | Andel patienter med ny diagnos demens som bedömts av arbetsterapeut som del i basal demensutredning |
| Dem7+13 | Andel patienter med ny diagnos demens som fått kognitiva hjälpmedel |

Diabetes

| | |
|-----|-------------------------------|
| Di1 | Förekomst av diagnos diabetes |
| Di2 | HbA1c vid diabetes |
| Di3 | Blodtrycksvärde vid diabetes |

| | |
|-----|---|
| Di4 | Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner |
| Di5 | Andel patienter med diabetes som varit på återbesök |
| Di6 | Makroalbuminuri vid diabetes |

Förmaksflimmer

| | |
|-----|---|
| Fö1 | Förekomst av diagnos förmaksflimmer |
| Fö2 | Andel patienter med förmaksflimmer som har antikoagulantibehandling |
| Fö3 | Andel patienter med förmaksflimmer som varit på återbesök |

Hjärtsvikt

| | |
|-----|--|
| Hj1 | Förekomst av diagnos hjärtsvikt |
| Hj2 | Andel patienter med hjärtsvikt som behandlas med med betablockerare |
| Hj3 | Andel patienter med hjärtsvikt som behandlas med med RAAS-blockad |
| Hj4 | Andel patienter med hjärtsvikt som har varit på återbesök |
| Hj5 | Andel patienter med hjärtsvikt som behandlas med betablockare och RAAS-blockad |

Hypertoni

| | |
|-----|--------------------------------|
| HT1 | Förekomst av diagnos hypertoni |
| HT2 | Blodtrycksvärde vid hypertoni |

Infektion

Hud- och mjukdelar

| | |
|--------------------------|--|
| Inf37+40+45+ 49+53+57 | Förekomst /1000 listade (borrelia, impetigo, erysipelas, paronyki/nageltrång, furunkel/karbunkel/abscess/aterom, ospecifik hudinfektion) |
| Inf38+41+46 +50+54+58 | Förekomst /1000 som kontaktat vårdenheten (borrelia, impetigo, erysipelas, paronyki/nageltrång, furunkel/karbunkel/abscess/aterom, ospecifik hudinfektion) |
| Inf42+51+55 | Andel antibiotikabehandling (impetigo, paronyki/nageltrång, karbunkel/furunkel/abscess/aterom) |
| Inf39+43+47 +59 | Andel antibiotikabehandling med förstahandsantibiotika (borrelia, impetigo, erysipelas, ospecifik hudinfektion) |
| Inf44+48+52 +56+60 | Andel med fysiskt besök i samband med antibiotikaförskrivning (impetigo, erysipelas, paronyki/nageltrång, karbunkel/furunkel/abscess/aterom) |

Urinvägar

| | |
|-------------------|---|
| Inf25 | Förekomst akut cystit /1000 listade, kvinnor/män |
| Inf26 | Förekomst akut cystit /1000 individer som kontaktat vårdenheten, kvinnor/män |
| Inf27+28+29+30+31 | Andel antibiotikabehandling vid akut cystit, kvinnor/män (all antibiotika, förstahandsantibiotika, kinoloner) |
| Inf34 | Andel akut cystit (män) med fysiskt läkarbesök för diagnos |

Luftvägar

| | |
|--------------------|---|
| Inf1+5+8+12+18+22 | Förekomst /1000 listade (AOM, ÖLI, rinosinuit, faryngotonsillit, pneumoni, bronkit) |
| Inf2+6+9+13+19+23 | Förekomst /1000 individer som kontaktat vårdenheten (AOM, ÖLI, rinosinuit, faryngotonsillit, pneumoni, bronkit) |
| Inf3+7+10+14+20+24 | Andel antibiotikabehandling (AOM, ÖLI, rinosinuit, faryngotonsillit, pneumoni, bronkit) |
| Inf4+11+15+21 | Andel antibiotikabehandling med förstahandsantibiotika |
| Inf16 | Andel positiva Strep A-test av alla Strep A-test |
| Inf17 | Andel antibiotikabehandlade faryngotonsilliter med Strep A-test (pos/neg/ej taget) |
| Inf32+33 | Andel med fysiskt läkarbesök för diagnos (AOM, pneumoni) |
| Inf35+36 | Andel övre/nedre luftvägsinfektionsdiagnoser där CRP tagits |
| Inf61+62 | Andel med fysiskt läkarbesök i samband med antibiotikaförskrivning (rinosinuit, faryngotonsillit) |

KOL

| | |
|---------|---|
| KOL1+11 | Förekomst av diagnos KOL |
| KOL2 | Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som har varit på återbesök |
| KOL3 | Andel patienter med KOL som varit på återbesök efter exacerbation |
| KOL4 | Andel patienter med KOL som fått uppföljning inom 6 veckor efter exacerbation |
| KOL5 | Andel patienter med KOL med uppmätt vikt eller BMI |
| KOL6+12 | Andel patienter med KOL som genomgått 6-minuters gångtest |
| KOL7+13 | Andel patienter med KOL som fått åtgärder för energibesparande tekniker |
| KOL8+14 | Andel patienter med KOL som fått handledd fysisk träning |
| KOL9+15 | Andel patienter med KOL som genomgått patientutbildning |

Kontinuitet

| | |
|-------------|---|
| Ko1+7+9 +10 | Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom |
| Ko3 | Kontinuitetsindex för personer med samsjuklighet |
| Ko4 | Kontinuitetsindex för personer med SIP |
| Ko5 | Kontinuitetsindex för alla patienter |
| Ko6 | Kontinuitetsindex vid bensår |
| Ko8 | Andel infektionsepisoder handlagda på egen vårdcentral |
| Ko11 | Kontinuitetsindex för personer som haft >10 läkarkontakter senaste 12 mån |

Kranskärslsjukdom

| | |
|-----|--|
| Kr1 | Förekomst av diagnos kranskärslsjukdom |
| Kr3 | Andel patienter med kranskärslsjukdom som behandlas med med statiner |
| Kr4 | Andel patienter med kranskärslsjukdom som behandlas med trombocythämmare och/eller antikoagulantia |
| Kr5 | Andel patienter med kranskärslsjukdom som har varit på återbesök |
| Kr6 | Andel patienter med kranskärslsjukdom som behandlas med med RAAS-hämmare |
| Kr7 | Blodtrycksvärde vid kranskärldssjukdom |

Levnadsvanor

| | |
|--------|---|
| Le3 | Rådgivning till dagligrökare med kronisk sjukdom (alla grupper, astma, demens, depression, diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärslsjukdom, osteoporos, psoriasis, RA, schizofreni, TIA/stroke) |
| Le4 | Rökstopp efter tobaksrådgivning (alla grupper, astma, demens, depression, diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärslsjukdom, osteoporos, psoriasis, RA, schizofreni, TIA/stroke) |
| Le7+13 | Rådgivning/FAR vid kronisk sjukdom och otillräcklig fysisk aktivitet (alla grupper, demens, depression, diabetes, hypertoni, KOL, stressreaktion) |
| Le8+14 | Tillräcklig fysisk aktivitet efter rådgivning vid kronisk sjukdom (alla grupper, demens, depression, diabetes, hypertoni, KOL, stressreaktion) |
| Le9 | Rådgivning vid kronisk sjukdom och riskbruk av alkohol (alla grupper, depression, förmaksflimmer, hypertoni, sömnstörning, ångest) |

| | |
|---------|--|
| Le10 | Ej längre riskbruk av alkohol efter rådgivning vid kronisk sjukdom och riskbruk av alkohol (alla grupper, depression, förmaksflimmer, hypertoni, sömnstörning, ångest) |
| Le11+15 | Rådgivning vid kronisk sjukdom och ohälsosamma matvanor (alla grupper, hypertoni) |
| Le12+16 | Ej längre ohälsosamma matvanor efter rådgivning vid kronisk sjukdom (alla grupper, hypertoni) |

Läkemedel

| | |
|------|---|
| Lm1 | Andel patienter med protonpumpshämmare som har evidensbaserad indikation |
| Lm2 | Andel patienter med förhöjd kardiovaskulär risk som behandlats med NSAID |
| Lm3 | Andel patienter som behandlas med bensodiazepinliknande sömnläkemedel |
| Lm4 | Andel patienter med långvarigt bruk av bensodiazepinliknande sömnläkemedel |
| Lm5 | Andel patienter som fått nyförskrivning av bensodiazepinliknande sömnläkemedel ≤30 tabletter |
| Lm6 | Andel patienter som behandlas med bensodiazepiner |
| Lm7 | Andel patienter med långvarigt bruk av bensodiazepiner |
| Lm8 | Andel patienter som fått nyförskrivning av bensodiazepiner ≤25 tabletter |
| Lm9 | Andel patienter som behandlas med NOAK av alla med antikoagulantibehandling |
| Lm10 | Andel patienter som behandlas med orala antikoagulantia som följts upp med provtagning |
| Lm11 | Andel patienter som behandlas med opioider |
| Lm12 | Andel patienter med stor förskrivning av opioider |
| Lm13 | Andel patienter med diagnos alkoholproblematik som behandlats med återfallsförebyggande läkemedel |

Prioritering

| | |
|--------|---|
| Pr1 | Andel patienter som har varit på återbesök vid kronisk sjukdom |
| Pr2 | Andel patienter med samsjuklighet som riskskattats för hjärt-kärlsjukdom |
| Pr3 | Andel patienter som fått behandling mot depression vid samsjuklighet |
| Pr4+12 | Andel patienter med kronisk sjukdom som har rehabiliteringsplan |
| Pr5+13 | Andel patienter med kronisk sjukdom som har uppföljd rehabiliteringsplan |
| Pr6+14 | Andel "mångbesökare" |
| Pr7+15 | Andel "mångbesökare" med upprättad eller uppföljd rehabiliteringsplan eller SIP |
| Pr11 | Andel patienter med kronisk sjukdom, på rehabenhet |

Psykisk ohälsa

Depression

| | |
|------|---|
| Dep1 | Förekomst av diagnos depression |
| Dep2 | Andel patienter med nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta |
| Dep3 | Andel patienter med depression som behandlas med antidepressiva läkemedel |
| Dep4 | Andel patienter som har varit på återbesök eller haft annan kontakt efter nyinsjuknande i depression |
| Dep5 | Andel patienter med depression som har varit på återbesök 6-12 månader efter insättning av antidepressiv läkemedelsbehandling |
| Dep6 | Andel patienter som fått psykologisk behandling KBT vid nydiagnostiserad depression |
| Dep7 | Andel patienter som fått psykologisk behandling med IPT vid nydiagnostiserad depression |
| Dep8 | Andel patienter som fått psykologisk behandling med PDT vid nydiagnostiserad depression |
| Dep9 | Andel patienter med nydiagnostiserad depression som fått psykologisk behandling |

Stressrelaterad ohälsa

| | |
|--------|---|
| St1+11 | Förekomst av diagnos stressrelaterad psykisk ohälsa |
| St2+12 | Förekomst av diagnos utmattningssyndrom |

Ångest

| | |
|----------|---|
| Ån1 | Förekomst av diagnos ångest |
| Ån2 | Andel patienter med nydiagnostiserad ångest som blivit somatiskt undersökta |
| Ån3 | Andel patienter med ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel |
| Ån4 | Andel patienter som har varit på återbesök eller haft kontakt efter nyinsjuknande i ångest |
| Ån5 | Andel patienter med ångest som har varit på återbesök 6-12 månader efter insättning av antidepressiv läkemedelsbehandling |
| Ån6 | Andel patienter som fått psykologisk behandling med KBT vid nydiagnostiserad ångest |
| Ån7 | Andel patienter med ångest som behandlas med bensodiazepiner |
| Dep/ Ån1 | Andel patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel som har fått diagnos depression eller ångest de senaste 24 månaderna |

Samsjuklighet

| | |
|-----|--|
| Ss1 | Andel patienter med samsjuklighet |
| Ss2 | Andel patienter med samsjuklighet och o till >6 läkarbesök |

Samverkan

| | |
|-------|--|
| Sa1 | Andel patienter med kronisk sjukdom som har varit på återbesök, i primärvård |
| Sa2 | Andel patienter med kronisk sjukdom som inte har varit på återbesök, i primärvård eller på sjukhus |
| Sa3 | Andel patienter varit på återbesök efter KOL-exacerbation, i primärvård eller på sjukhus |
| Sa4+8 | Andel personer med SIP |
| Sa5+9 | Andel personer med SIP som följts upp |
| Sa6 | Andel patienter som varit på återbesök efter TIA/stroke, i primärvård eller på sjukhus |
| Sa7 | Andel patienter som varit på återbesök vid hjärtsvikt, i primärvård eller på sjukhus |

Tia/Stroke

| | |
|---------|--|
| T/S1 | Förekomst av diagnos TIA och Stroke |
| T/S2 | Andel patienter som haft TIA och/eller ischemisk stroke som behandlas med statiner |
| T/S3 | Andel patienter som haft TIA, ischemisk stroke och/eller intracerebral blödning som har varit på återbesök |
| T/S4 | Blodtrycksvärde hos patienter med TIA, ischemisk stroke och/eller intracerebral blödning |
| T/S5+11 | Förekomst av diagnos stroke |
| T/S6+12 | Andel patienter som haft stroke som tränat ADL |
| T/S7+13 | Andel patienter som haft stroke som fått balansträning |
| T/S8+14 | Andel patienter som haft stroke som tränat kondition och styrka med inriktning på gångförmåga |

Urininkontinens

| | |
|---------|--|
| Ink1+11 | Förekomst av diagnos urininkontinens |
| Ink2 | Andel patienter med urininkontinens som genomgått utredning |
| Ink3+12 | Andel patienter med urininkontinens som fått bäckenbottenträning |

Äldre

| | |
|------|---|
| Äld1 | Andel patienter ≥ 75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas |
| Äld2 | Andel patienter ≥ 75 år som har uppmätt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion |
| Äld3 | Andel som behandlas med oxazepam av alla patienter ≥ 75 år som har lugnande läkemedel |
| Äld4 | Andel som behandlas med zopiklon av alla patienter ≥ 75 år som har sömnläkemedel |

Socialstyrelsen: Förslag 2.0 alla indikatorer och andra mått

Nedenfor er en oversikt over Socialstyrelsens **foreslåtte** nasjonale indikatorer og andre mål som presenteres i hovedrapporten (Socialstyrelsen, 2021a). Fullstendig forklaring over datakilder finnes i det elektroniske vedlegget til rapporten på Socialstyrelsens nettside. Søk etter publikasjonen «Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer» her:

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/> og gå til: ”tillhörande dokumenter och bilagor”.

| Delområde | Datakälla | Typ av mått | Fullständigt namn |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------|---|
| Övriga förutsättningar | SCB | Centralt mått | Andel av befolkningen över 80 år |
| Övriga förutsättningar | SCB | Centralt mått | CNI - Care Need Index |
| Kostnader | SCB | Centralt mått | Kostnad för äldreomsorg per invånare över 80 år |
| Kostnader | SCB | Centralt mått | Kostnadsandel i det som definieras som region-primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i regionen |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Socialstyrelsen | Centralt mått | Antal allmänläkare per invånare |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Kolada | Centralt mått | Hållbart medarbetarindex (HMI) särskilt boende, det övergripande indexet |
| Bemanning, kompetens och utbildning | IHP primärvårdsläkare | Centralt mått | Andel primärvårdsläkare som uppger att de är mycket stressade |
| Bemanning, kompetens och utbildning | SKR | Centralt mått | Obligatoriska sjukfrånvaroredovisningen för regioner |
| Kostnader | SCB, hälsoräkenskaper | Centralt mått | Primärvård (inkl. verksamhet enligt HSL i kommuner) som andel av totala HS-kostnader |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---------------|---|
| Bemanning, kompetens och utbildning | Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen | Kärnindikator | Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis |
| E-hälsa | Väntetidsdatabasen | Utveckling | Andel distansbesök av alla vårdkontakter i primärvården |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Socialstyrelsen | Utveckling | Antal leg personal per invånare/brukare |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Socialstyrelsen | Utveckling | Antal leg personal i primärvård per invånare |
| E-hälsa | Väntetidsdatabasen | Utveckling | Andel primärvårdsenheter där minst 1 procent av vårdkontakterna genomförs som distansbesök. |
| Medicinsk kvalitet | Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen | Kärnindikator | Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december |
| Delaktighet, personcentrering | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Kärnindikator | Andel patienter som anser att de är delaktiga i besluten beträffande deras vård/ behandling i den utsträckning de önskar. |
| Medicinsk kvalitet | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Kärnindikator | Andel som besvarat frågan Anser du att ditt aktuella behov av vård/ behandling har blivit tillgodosett? i nationell patientenkät positivt. |
| Personcentrering | Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen | Kärnindikator | Andel personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket eller ganska trygga med att bo på sitt äldreboende |
| Kontinuitet & samordning | IHP Patienter 65+ | Kärnindikator | Har du någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? |
| Tillgänglighet | Väntetider i vården | Kärnindikator | Andel av de medicinska bedömningarna av legitimerad personal inom primärvård som gjordes inom 3 dagar |

| | | | |
|-------------------------------|---|---------------|---|
| Tillgänglighet | Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen | Kärnindikator | Andel personer (respondenter) 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare (F22) |
| Hälsofrämjande | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Utveckling | Andel patienter som uppger att läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon av följande levnadsvanor med dem; alkohol- mat-, tobaks- eller matvanor. |
| Kontinuitet & samordning | Journal/PvQ | Utveckling | Andel personer med Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättad de senaste 18 månaderna, på vårdcentral |
| Kontinuitet & samordning | Journal/PvQ | Utveckling | Andel patienter som har SIP (Samordnad Individuell Plan) upprättad senaste 18 månaderna och där uppföljning av SIP har skett senaste 6-12 månaderna efter att den upprättats, på vårdcentral. |
| Kontinuitet & samordning | Listningssystem? | Utveckling | Återstår att definiera exakt. |
| Tillgänglighet | Väntetider i vården | Utveckling | Barn och unga som får ett besök vid psykisk ohälsa på första linjen inom tre dagar |
| Delaktighet, personcentrering | Palliativregistret | Utveckling | Andel patienter där dödsfallet var väntat av vården och som fick ett brytpunktsamtal, i procent |
| Förtroende | Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner | Kärnindikator | Andel invånare som har stort eller mycket stort förtroende för vård-/hälsocentraler i regionen där man bor. |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret, Socialstyrelsen | Kärnindikator | Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret, Socialstyrelsen | Kärnindikator | Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret, Socialstyrelsen | Kärnindikator | Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare |
| Tillgänglighet | SKR | Kärnindikator | Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---------------|---|
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret, Socialstyrelsen | Kärnindikator | Antal personer med påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 65 år eller äldre |
| Tillgänglighet | Väntetider i vården | Kärnindikator | Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar. |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret, Socialstyrelsen | Utveckling | Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, bland personer som tidigare haft vårdkontakt inom öppen eller sluten specialiserad vård. Åldersstandardiserade värden |
| Påverkbar specialistvård | Socialstyrelsen | Utveckling | Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 personår för personer på särskilda boenden, 65 år eller äldre |
| Påverkbar specialistvård | Socialstyrelsen | Utveckling | Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 personår för personer med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, 65 år eller äldre |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen | Utveckling | Fallskador med inskrivning i sluten vård per 100 000 personår för personer på särskilda boenden 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen | Utveckling | Fallskador med inskrivning i sluten vård per 100 000 personår för personer med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden |
| Bemanning, kompetens och utbildning | IHP primärvårdsläkare | Indikator | Andel läkare som svarat att de är väl förberedda att möta patienter med psykiska sjukdomar med avseende på personalens kompetens och erfarenhet. |
| E-hälsa | IHP Primärvårdsläkare | Indikator | Andel läkare som svarat att de kan utbyta en lista över läkemedel som en enskild patient tar digitalt med läkare utanför vårdcentralen |
| Kontinuitet & samordning | Enhetsundersökning, säbo | Indikator | 24. Aktuella rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där omsorgspersonal medverkar. |

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------|--|
| E-hälsa | IHP primärvårdsläkare | indikator | Andel läkare som svarat att vårdcentralen de arbetar på erbjuder videokonsultationer. |
| Kostnader | SCB (RS) | Mått | Kostnadsandelen för primärvård och vård och omsorg om äldre av totala kostnaderna för regionernas hälso- och sjukvård samt vård och omsorg om äldre (regionernas kostnader exklusive politisk verksamhet (men inklusive primärvårdsansluten hemsjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen) |
| Hälsa | FHM/Nationella folkhälsoenkäten | Mått | Andel (procent) invånare i åldern 16–84 år som uppgav a) övervikt, b) fetma, c) övervikt och fetma |
| Hälsa | FHM/Nationella folkhälsoenkäten | Mått | Andel (procent) invånare 16–84 år som uppgav en bra eller mycket bra hälsa i nationella folkhälsoenkäten |
| Bemanning, kompetens och utbildning | LOVA | Mått | Allmänspecialister och distriktssköterskor i primärvården per invånare |
| Bemanning, kompetens och utbildning | LOVA | Mått | Andel specialistläkare i allmänmedicin av alla specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård. |
| Kostnader | SCB | Mått | Nettokostnader per invånare för hälso- och sjukvård respektive vård och omsorg om äldre |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Universitetskanslersämbetet | Utveckling | Antal disputerade inom allmänläkarvård (ej enbart läkare) som andel av totala antalet disputerade hälso- och sjukvård. |
| Primärvårdens verksamhetsandel | VHT-statistik skr | Mått | Vårdkontakter och personer i primärvård respektive specialiserad vård antal eller andel |
| Vårdkonsumtion | Patientregistret, Socialstyrelsen | Mått | Personer och vårdkontakter i specialiserad vård (beskrivande mått som kan redovisas på olika sätt) |
| Vårdkonsumtion | Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen | Mått | Läkemedelsförskrivning i primärvård och specialiserad vård (beskrivande mått som kan redovisas på olika sätt) |
| Vårdkonsumtion | VDB/SKR V-stat | Utveckling | Andel vårdkontakter/-besök i hemmet (olika yrkeskategorier) per 1000 invånare 80 år eller äldre |

| | | | |
|---------------------------------|---|------------|--|
| Primärvårdens verksamhetsandel | Väntetider i vården | Utveckling | Besök hos psykolog eller kurator i primärvården per invånare eller i relation till besök/vk inom specialiserad psykiatrisk vård |
| Primärvårdens verksamhetsandel | Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen | Utveckling | Depression och ångest övergång till primärvård (läkemedelsförskrivning) |
| Hälsofrämjande | Senior Alert | Indikator | Andel personer i särskilda boenden (vård- och omsorgsboende, demensboende och korttidsboende) som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa med minst en planerad åtgärd inom identifierat riskområde och där planerad åtgärd/-er utvärderats inom samtliga identifierade riskområden. |
| Hälsofrämjande/Personcentrering | IHP primärvårdsläkare | Indikator | Andel läkare som svarat att de vanligtvis eller ofta erbjuder patienter med kroniska sjukdomar att ta fram en vårdplan tillsammans med patienten som de kan använda sig av i vardagen. |
| Kontinuitet & samordning | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Indikator | Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen? |
| Kontinuitet & samordning | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Indikator | Anser du att personalen på hälso-/eller vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du önskar? |
| Kontinuitet & samordning | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Indikator | Andelen positiva svar om information och kunskap för det senaste besöket från patienter som besökt en primärvårdsmottagning. |
| Kontinuitet & samordning | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Indikator | Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade? |
| Kontinuitet & samordning | IHP Patienter 65+ | Indikator | Under de senaste 12 månaderna, har någon läkare eller farmaceut gått igenom alla mediciner som du tar tillsammans med dig? |
| Medicinsk kvalitet | NDR | Indikator | Andel personer som behandlas för diabetes i primärvård med HbA1c högre än 70 mmol/mol. |

| | | | |
|---------------------------------|--|-----------|--|
| Medicinsk kvalitet | Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen | Indikator | Andel recept på kinoloner av uthämtade recept på urinvägsantibiotika. Avser kvinnor 18-79 å |
| Tillgänglighet | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Indikator | Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med hälso-/vårdcentralen på (t ex 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)? |
| Tillgänglighet | IHP Befolkning, IHP patienter 65+ | Indikator | Andel som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag, utan att gå till akutmottagningar på sjukhus. Bas: Alla respondenter exklusive de som aldrig varit i behov av vård på kvällar, helger eller helgdagar. |
| Tillgänglighet | IHP primärvårdsläkare | Indikator | Andel läkare som är fullständigt eller mycket nöjda med den tid de kan lägga på varje patient |
| Personcentrering | Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen | Indikator | Andel personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket trygga med att bo hemma med stöd från hemtjänsten? |
| Personcentrering | Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen | Indikator | Andel personer i åldrarna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket trygga med att bo på sitt äldreboende |
| Hälsofrämjande | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | indikator | Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa? |
| Hälsofrämjande/Personcentrering | IHP Patienter 65+ | indikator | Q1328. Kände du att du fick det stöd och den hjälp du behövde för att hantera ditt hälsotillstånd hemma när du lämnat sjukhuset? |
| Kontinuitet & samordning | IHP Befolkning | indikator | Andel som svarade att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral som de vanligtvis brukar gå till för vård. |
| Kontinuitet & samordning | IHP Primärvårdsläkare | Indikator | Andel läkare som svarat att de i genomsnitt inom 24 timmar får den information de behöver från sjukhuset när deras patienter skrivits ut från ett sjukhus. |

| | | | |
|--------------------------|---|------------|---|
| Kontinuitet & samordning | IHP Primärvårdsläkare | indikator | Andel läkare som svarat att de vanligtvis eller ofta får information om vilka ändringar läkaren i den specialiserade vården gjort i patienternas medicinering eller vårdplan när de har remitterat en patient till den specialiserade vården. |
| Kontinuitet & samordning | IHP Patienter 65+ | indikator | Har du under de senaste 12 månaderna behövt hjälp med att samordna den vård eller behandling som du har fått från olika läkare/ sjukvårdspersonal? (Bas: Alla respondenter som uppger att de ibland, sällan eller aldrig får hjälp med att samordna vården). |
| Tillgänglighet | Väntetider i vården | indikator | Andel besvarade telefonsamtal i primärvården (enbart enheter med datoriserade telefonsystem). |
| Tillgänglighet | Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen | Indikator | Tillgänglighet till sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård |
| Tillgänglighet | IHP Patienter 65+ | Indikator | När du kontaktar din ordinarie läkarmottagning med en medicinsk fråga under ordinarie mottagningstid, hur ofta får du svar samma dag? |
| Hälsofrämjande | Socialstyrelsens enkät till regioner om levnadsvanor | Mått | Andelen av primärvårdens patienter som har fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana år 2013-2017. |
| Kontinuitet & samordning | PrimärvårdsKvalitet | Utveckling | Kontinuitet för läkarbesök i för patienter med kronisk sjukdom (Hjärtsvikt, Kranskärslssjukdom, Hypertoni, TIA/Stroke, KOL, Diabetes, Demens, Förmaksflimmer, Depression, Ångest, Astma, Artros, Hypertoni, Schizofreni, RA, Psoriasis, MS, Osteoporos, Parkinson, Fetma, Alkolproblematik, Bensår) de senaste 18 månaderna. Respektive motsvarande till ssk. |
| Kontinuitet & samordning | PrimärvårdsKvalitet | Utveckling | Andel patienter med kronisk sjukdom som fått återbesök inom 18 månader (samanvägt resultat för flera olika sjukdomsgrupper) |
| Kontinuitet & samordning | ? | Utveckling | Kontinuitetsindex läkare för personer som bor på ett särskilt boende och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård |
| Kontinuitet & samordning | Listningssystem? | Utveckling | ? |

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------|--|
| Kontinuitet & samordning | Palliativregistret | Utveckling | Andel patienter som hade fått en vidbehovsordination av opioider mot smärta när de avled, i procent. |
| Förtroende | Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner | Indikator | Andel invånare som svarar att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin egen region. |
| Påverkbar specialistvård | SKR | Indikator | Antal vårddygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter per tusen invånare. Patienter i alla åldrar ingår. |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret, Socialstyrelsen | Indikator | Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden |
| Tillgänglighet | Väntetider i vården | Indikator | Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri. |
| Tillgänglighet/förtroende? | Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner | Indikator | Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver |
| Tillgänglighet | PrimärvårdsKvalitet | Utveckling | Andel patienter under 18 år med diagnos depression eller ångestsyndrom som fått samtalsbehandling. |
| Kontinuitet & samordning | Enhetsundersökn, säbo | Indikator | Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) genomförs i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit. |
| Kontinuitet & samordning | Enhetsundersökn, säbo | Indikator | Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal. |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Enkät Socialstyrelsen | Indikator | Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella fortbildnings- och vidareutbildningsplaner |

| | | | |
|-------------------------------------|--|-----------|--|
| E-hälsa | IHP Primärvårdsläkare | Indikator | Andel läkare som svarat att de regelbundet kan följa alla beställda laboratorietest genom digitala system |
| E-hälsa | Hälso- och sjukvårdsbarmetern, Sveriges Kommuner och Regioner | indikator | Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster |
| E-hälsa | Hälso- och sjukvårdsbarmetern, Sveriges Kommuner och Regioner | indikator | Förtroende för digitala vårdbesök |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, säbo | Mått | B10. Antal sjuksköterskor per antalet bostäder plus eventuella hemsjukvårdspatienter, vardagar. |
| Bemanning, kompetens och utbildning | Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, säbo | Mått | B10. Antal sjuksköterskor per antalet bostäder plus eventuella hemsjukvårdspatienter, helgdagar. |
| Personcentrering | Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner | Indikator | Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder? |
| Tillgänglighet | IHP Patienter 65+ | Indikator | Q1335. Senaste gången du besökte sjukhusets akutmottagning, var det för ett tillstånd du tror att du skulle ha kunnat bli behandlad för av läkarna eller personalen på den mottagning/praktik/klinik du vanligen går till för din medicinska vård – om de hade varit tillgängliga? |
| Tillgänglighet | Enhetsundersökningen om äldreomsorg och | Indikator | Garanterad maximal tid för kontakt efter larm / Garanterad maximal tid för besök efter larm |

| | | | |
|-------------------------------|---|------------|--|
| | kommunal hälso- och sjukvård, hemtjänst | | |
| Tillgänglighet | IHP Patienter 65+ | Indikator | Q940. Hur ofta brukar den medicinska personalen du träffar på den läkarmottagning/vårdcentral/klinik som du vanligtvis går till tillbringa tillräckligt med tid tillsammans med dig? |
| Medicinsk kvalitet | Palliativregistret | Utveckling | Andel patienter vars smärta skattats med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan, i procent |
| Kontinuitet & samordning | Palliativregistret | Utveckling | Andel patienter som haft en vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel före dödsfallet |
| Medicinsk kvalitet | Palliativregistret | Utveckling | Andel patienter utan förekomst av trycksår av grad 2–4 vid dödstillfället, i procent. |
| Delaktighet, personcentrering | Palliativregistret | Utveckling | Ingen närvarande vid dödsögonblicket, kommun |
| Medicinsk kvalitet | Palliativregistret | Utveckling | Andel patienter där en dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan, i procent. |
| Påverkbar specialistvård | Patientregistret, Socialstyrelsen | Mått | Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare |

England

Care Quality Commission - CQC

Under er de indikatorene som CQC bruker for å vurdere tilsyn (Care Quality Commission, 2022c).

| Kortnavn slik den rapporteres av CQC | Beskrivelse av indikator | Datakilder som brukes |
|--|--|--|
| SAFE | | |
| Antibiotic Prescribing | Number of antibacterial prescription items prescribed per Specific Therapeutic group Age-sex Related Prescribing Unit | ePACT2, NHS Business Services Authority |
| Prescribing of Co-amoxiclav, Cephalosporins or Quinolones | Percentage of antibiotic items prescribed that are Co-amoxiclav, Cephalosporins or Quinolones | ePACT2, NHS Business Services Authority |
| 3-day courses of antibiotics for uncomplicated UTI: ADQ per item | Average daily quantity per item for Nitrofurantoin 50 mg tablets and capsules, Nitrofurantoin 100 mg m/r capsules, Pivmecillinam 200 mg tablets and Trimethoprim 200 mg tablets prescribed for uncomplicated urinary tract infection | ePACT2, NHS Business Services Authority |
| Gabapentinoid prescribing | Total items prescribed of Pregabalin or Gabapentin per 1,000 patients | ePACT2, NHS Business Services Authority |
| Hypnotic prescribing | Average daily quantity of Hypnotics prescribed per Specific Therapeutic group Age-sex Related Prescribing Unit | ePACT2, NHS Business Services Authority |
| Multiple psychotropics prescribing | Number of unique patients prescribed multiple psychotropics per 1,000 patients | Numerator – ePACT2, NHS Business Services Authority Denominator – Patients Registered at a GP Practice, NHS Digital |
| EFFECTIVE | | |

| | | |
|---|--|--|
| Asthma Review | The percentage of patients with asthma, on the register, who have had an asthma review in the preceding 12 months that includes an assessment of asthma control using the 3 RCP questions. | QOF, NHS Digital |
| COPD Review | The percentage of patients with COPD who had a review undertaken including an assessment of breathlessness using the Medical Research Council dyspnoea scale in the preceding 12 months | QOF, NHS Digital |
| Coronary Heart Disease - Blood Pressure Reading | The percentage of patients aged 79 years or under with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/90 mmHg or less | QOF, NHS Digital |
| Diabetes - Managing Blood Glucose Level (HbA1c) | The percentage of patients with diabetes, on the register, without moderate or severe frailty in whom the last IFCC-HbA1c is 58 mmol/mol or less in the preceding 12 months | QOF, NHS Digital |
| High Blood Pressure Management | The percentage of patients aged 79 years or under with hypertension in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/90 mmHg or less | QOF, NHS Digital |
| Stroke Prevention: Medication for patients with atrial fibrillation | In those patients with atrial fibrillation with a record of a CHA2DS2-VASc score of 2 or more, the percentage of patients who are currently treated with anti-coagulation drug therapy | QOF, NHS Digital |
| Diabetes - Blood Pressure Reading | The percentage of patients with diabetes, on the register, without moderate or severe frailty in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/80 mmHg or less | QOF, NHS Digital |
| Cervical Cancer Screening | The percentage of women eligible for cervical cancer screening who were screened adequately within 3.5 years for women aged 25 to 49, and within 5.5 years for women aged 50 to 64 | NHS Digital |
| Cancer detection rate | Number of new cancer cases treated (Detection rate: % of which resulted from a two week wait (TWW) referral) | GP Practice Profile, Public Health England |
| Mental Health – Comprehensive Care Planning | The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a comprehensive, agreed care plan documented in the record, in the preceding 12 months | QOF, NHS Digital |

| | | |
|---|--|-------------------|
| Dementia - Face to Face Reviews | The percentage of patients diagnosed with dementia whose care plan has been reviewed in a face-to-face review in the preceding 12 months | QOF, NHS Digital |
| CARING | | |
| Healthcare professional listening to patients | The percentage of respondents to the GP patient survey who stated that the last time they had a general practice appointment, the healthcare professional was good or very good at listening to them | GPPS, NHS England |
| Healthcare professional treating patients with care and concern | The percentage of respondents to the GP patient survey who stated that the last time they had a general practice appointment, the healthcare professional was good or very good at treating them with care and concern | GPPS, NHS England |
| Confidence and trust in healthcare professional | The percentage of respondents to the GP patient survey who stated that during their last GP appointment they had confidence and trust in the healthcare professional they saw or spoke to | GPPS, NHS England |
| Positive experience of GP practice | The percentage of respondents to the GP patient survey who responded positively to the overall experience of their GP practice | GPPS, NHS England |
| Being involved in decisions about care and treatment | The percentage of respondents to the GP patient survey who stated that during their last GP appointment they were involved as much as they wanted to be in decisions about their care and treatment | GPPS, NHS England |
| RESPONSIVE | | |
| Ease of getting through to GP practice | The percentage of respondents to the GP patient survey who responded positively to how easy it was to get through to someone at their GP practice on the phone | GPPS, NHS England |
| Overall experience of making an appointment | The percentage of respondents to the GP patient survey who responded positively to the overall experience of making an appointment | GPPS, NHS England |
| Patient satisfaction with GP practice appointment times | The percentage of respondents to the GP patient survey who were very satisfied or fairly satisfied with their GP practice appointment times | GPPS, NHS England |
| Satisfaction with appointment offered | The percentage of respondents to the GP patient survey who were satisfied with the appointment (or appointments) they were offered | GPPS, NHS England |

Quality and Outcomes Framework - QOF

Under er indikatorene i QOF år 2020-21 (NHS Digital, 2021c).

| Domain | Group | Indicator group | Indicator | Indicator description |
|----------|----------------|--|-----------|---|
| Clinical | Cardiovascular | Atrial fibrillation | AF001 | The contractor establishes and maintains a register of patients with atrial fibrillation |
| | | | AF006 | The percentage of patients with atrial fibrillation in whom stroke risk has been assessed using the CHA ₂ DS ₂ -VASc score risk stratification scoring system in the preceding 12 months (excluding those patients with a previous CHADS ₂ or CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 2 or more) |
| | | | AF007 | In those patients with atrial fibrillation with a record of a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 2 or more, the percentage of patients who are currently treated with anticoagulation drug therapy |
| Clinical | Cardiovascular | Secondary prevention of coronary heart disease | CHD001 | The contractor establishes and maintains a register of patients with coronary heart disease |
| | | | CHD005 | The percentage of patients with coronary heart disease with a record in the preceding 12 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken |
| | | | CHD007 | The percentage of patients with coronary heart disease who have had influenza immunisation in the preceding 1 August to 31 March |
| | | | CHD008 | The percentage of patients aged 79 years or under, with coronary heart disease, in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/90 mmHg or less. |

| | | | | |
|----------|----------------|---------------|--------|---|
| | | | CHD009 | The percentage of patients aged 80 years or over, with coronary heart disease, in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 150/90 mmHg or less. |
| Clinical | Cardiovascular | Heart Failure | HF001 | The contractor establishes and maintains a register of patients with heart failure |
| | | | HF003 | In those patients with a current diagnosis of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction, the percentage of patients who are currently treated with an ACE-I or ARB |
| | | | HF005 | The percentage of patients with a diagnosis of heart failure on or after 1 April 2020 which: 1. Has been confirmed by an echocardiogram or by specialist assessment between 3 months before or 6 months after entering on to the register; or 2. If newly registered in the preceding 12 months, with no record of the diagnosis originally being confirmed by echocardiogram or specialist assessment, a record of an echocardiogram or a specialist assessment within 6 months of the date of registration. |
| | | | HF006 | The percentage of patients with a diagnosis of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction, who are currently treated with a beta-blocker licensed for heart failure. |
| | | | HF007 | The percentage of patients with a diagnosis of heart failure on the register, who have had a review in the preceding 12 months, including an assessment of functional capacity and a review of medication to ensure medicines optimisation at maximal tolerated doses. |
| Clinical | Cardiovascular | Hypertension | HYP001 | The contractor establishes and maintains a register of patients with established hypertension |
| | | | HYP003 | The percentage of patients aged 79 years or under, with hypertension, in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/90 mmHg or less. |

| | | | | |
|----------|----------------|---------------------------------------|---------|---|
| | | | HYP007 | The percentage of patients aged 80 years or over, with hypertension, in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 150/90 mmHg or less. |
| Clinical | Cardiovascular | Peripheral arterial disease | PAD001 | The contractor establishes and maintains a register of patients with peripheral arterial disease |
| Clinical | Cardiovascular | Stroke and transient ischaemic attack | STIA001 | The contractor establishes and maintains a register of patients with stroke or TIA |
| | | | STIA007 | The percentage of patients with a stroke shown to be non-haemorrhagic, or a history of TIA, who have a record in the preceding 12 months that an anti-platelet agent, or an anti-coagulant is being taken |
| | | | STIA009 | The percentage of patients with stroke or TIA who have had influenza immunisation in the preceding 1 August to 31 March |
| | | | STIA010 | The percentage of patients aged 79 years or under, with a history of stroke or TIA, in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/90 mmHg or less. |
| | | | STIA011 | The percentage of patients aged 80 years or over, with a history of stroke or TIA, in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 150/90 mmHg or less. |
| Clinical | Respiratory | Asthma | AST005 | The contractor establishes and maintains a register of patients with asthma, aged 6 years or over, excluding patients with asthma who have been prescribed no asthma-related drugs in the preceding 12 months. |
| | | | AST006 | The percentage of patients with asthma on the register from 1.04.2020 with either: 1. A record of spirometry and one other objective test (FeNO or reversibility or variability) between 3 months before or 6 months after diagnosis; or 2. If newly registered in the preceding 12 months with a diagnosis of asthma |

| | | | | |
|----------|-------------|---------------------------------------|---------|--|
| | | | | recorded on or after 1 April 2020 but no record of objective tests being performed before the date of registration, with a record of spirometry and one other objective test (FeNO or reversibility or variability) recorded within 6 months of registration. |
| | | | AST007 | The percentage of patients with asthma, on the register, who have had an asthma review in the preceding 12 months that includes an assessment of asthma control using a validated asthma control questionnaire, a recording of the number of exacerbations, an assessment of inhaler technique and a written personalised asthma plan. |
| | | | AST008 | The percentage of patients with asthma on the register aged 19 years or under, in whom there is a record of either personal smoking status or exposure to secondhand smoke in the preceding 12 months. |
| Clinical | Respiratory | Chronic obstructive pulmonary disease | COPDo07 | The percentage of patients with COPD who have had influenza immunisation in the preceding 1 August to 31 March |
| | | | COPDo08 | The percentage of patients with COPD and Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale ≥ 3 at any time in the preceding 12 months, with a subsequent record of an offer of referral to a pulmonary rehabilitation programme (excluding those who have previously attended a pulmonary rehabilitation programme). |
| | | | COPDo09 | The contractor establishes and maintains a register of: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patients with a clinical diagnosis of COPD before 1 April 2020; and 2. Patients with a clinical diagnosis of COPD on or after 1 April 2020 whose diagnosis has been confirmed by a quality assured post-bronchodilator spirometry FEV₁/FVC ratio below 0.7 between 3 months before or 6 months after diagnosis (or if newly registered in the preceding 12 months without a record of spirometry having been performed, a record of an FEV₁/FVC ratio below 0.7 recorded within 6 months of registration); and |

| | | | | |
|----------|--|------------------------|-------------|---|
| | | | | 3. Patients with a clinical diagnosis of COPD on or after 1 April 2020 who are unable to undertake spirometry. |
| | | | COPDo 10 | The percentage of patients with COPD, on the register, who have had a review in the preceding 12 months which included: A record of the number of exacerbations AND An assessment of breathlessness using the Medical Research Council dyspnoea scale. |
| Clinical | High dependency and other long term conditions | Cancer | CAN001 | The contractor establishes and maintains a register of all cancer patients defined as a 'register of patients with a diagnosis of cancer excluding non-melanotic skin cancers diagnosed on or after 1 April 2003' |
| | | | CAN003 | The percentage of patients with cancer, diagnosed within the preceding 15 months, who have a patient review recorded as occurring within 6 months of the contractor receiving confirmation of diagnosis |
| Clinical | High dependency and other long term conditions | Chronic kidney disease | CKD005 | The contractor establishes and maintains a register of patients aged 18 or over with CKD with classification of categories G3a to G5 (previously stage 3 to 5) |
| Clinical | High dependency and other long term conditions | Diabetes mellitus | DM006 | The percentage of patients with diabetes, on the register, with a diagnosis of nephropathy (clinical proteinuria) or micro-albuminuria who are currently treated with an ACE-I (or ARBs) |
| | | | DM012 | The percentage of patients with diabetes, on the register, with a record of a foot examination and risk classification: 1) low risk (normal sensation, palpable pulses), 2) increased risk (neuropathy or absent pulses), 3) high risk (neuropathy or absent pulses plus deformity or skin changes in previous ulcer) or 4) ulcerated foot within the preceding 12 months |

| | | | | |
|----------|---------------------------|-----------------|-------|--|
| | | | DM014 | The percentage of patients newly diagnosed with diabetes, on the register, in the preceding 1 April to 31 March who have a record of being referred to a structured education programme within 9 months after entry on to the diabetes register |
| | | | DM017 | The contractor establishes and maintains a register of all patients aged 17 or over with diabetes mellitus, which specifies the type of diabetes where a diagnosis has been confirmed |
| | | | DM018 | The percentage of patients with diabetes, on the register, who have had influenza immunisation in the preceding 1 August to 31 March |
| | | | DM019 | The percentage of patients with diabetes, on the register, without moderate or severe frailty in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/80 mmHg or less. |
| | | | DM020 | The percentage of patients with diabetes, on the register, without moderate or severe frailty in whom the last IFCC-HbA1c is 58 mmol/mol or less in the preceding 12 months. |
| | | | DM021 | The percentage of patients with diabetes, on the register, with moderate or severe frailty in whom the last IFCC-HbA1c is 75 mmol/mol or less in the preceding 12 months. |
| | | | DM022 | The percentage of patients with diabetes, on the register, aged 40 years or over, with no history of CVD and without moderate or severe frailty, who are currently treated with a statin (excluding patients with type 2 diabetes and a CVD risk score of <10% recorded in the preceding 3 years). |
| | | | DM023 | The percentage of patients with diabetes, on the register, and a history of CVD (excluding haemorrhagic stroke) who are currently treated with a statin. |
| Clinical | High dependency and other | Palliative care | PC001 | The contractor establishes and maintains a register of all patients in need of palliative care/support irrespective of age |

| | | | | |
|----------|-----------------------------|---------------------|--------|--|
| | long term conditions | | | |
| Clinical | Mental health and neurology | Dementia | DEM001 | The contractor establishes and maintains a register of patients diagnosed with dementia |
| | | | DEM004 | The percentage of patients diagnosed with dementia whose care plan has been reviewed in a face-to-face review in the preceding 12 months |
| Clinical | Mental health and neurology | Depression | DEP003 | The percentage of patients aged 18 or over with a new diagnosis of depression in the preceding 1 April to 31 March who have been reviewed not earlier than 10 days after and not later than 56 days after the date of diagnosis |
| Clinical | Mental health and neurology | Epilepsy | EP001 | The contractor establishes and maintains a register of patients aged 18 or over receiving drug treatment for epilepsy |
| Clinical | Mental health and neurology | Learning disability | LD004 | The contractor establishes and maintains a register of patients with learning disabilities |
| Clinical | Mental health and neurology | Mental health | MH001 | The contractor establishes and maintains a register of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses and other patients on lithium therapy. |
| | | | MH002 | The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a comprehensive care plan documented in the record, in the preceding 12 months, agreed between individuals, their family and/or carers as appropriate |
| | | | MH003 | The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of blood pressure in the preceding 12 months |
| | | | MH006 | The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 months. |

| | | | | |
|---------------|-----------------------------|---|---------|---|
| Clinical | Musculoskeletal | Osteoporosis: secondary prevention of fragility fractures | OST004 | The contractor establishes and maintains a register of patients: 1. Aged 50 or over and who have not attained the age of 75 with a record of a fragility fracture on or after 1 April 2012 and a diagnosis of osteoporosis confirmed on DXA scan, and 2. Aged 75 or over with a record of a fragility fracture on or after 1 April 2014 and a diagnosis of osteoporosis |
| Clinical | Musculoskeletal | Rheumatoid arthritis | RA001 | The contractor establishes and maintains a register of patients aged 16 or over with rheumatoid arthritis |
| | | | RA002 | The percentage of patients with rheumatoid arthritis, on the register, who have had a face-to-face annual review in the preceding 12 months |
| Clinical | Non-diabetic hyperglycaemia | Non-diabetic hyperglycaemia | NDH001 | The percentage of patients with non-diabetic hyperglycaemia who have had an HbA1c or fasting blood glucose performed in the preceding 12 months. |
| Public health | Cardiovascular | Blood pressure | BP002 | The percentage of patients aged 45 or over who have a record of blood pressure in the preceding 5 years |
| Public health | Lifestyle | Obesity | OB002 | The contractor establishes and maintains a register of patients aged 18 years or over with a BMI ≥ 30 in the preceding 12 months |
| Public health | Lifestyle | Smoking | SMOKO02 | The percentage of patients with any or any combination of the following conditions: CHD, PAD, stroke or TIA, hypertension, diabetes, COPD, CKD, asthma, schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses whose notes record smoking status in the preceding 12 months |
| | | | SMOKO04 | The percentage of patients aged 15 or over who are recorded as current smokers who have a record of an offer of support and treatment within the preceding 24 months |
| | | | SMOKO05 | The percentage of patients with any or any combination of the following conditions: CHD, PAD, stroke or TIA, hypertension, diabetes, COPD, CKD, asthma, schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses who are |

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|----------|--|
| | | | | recorded as current smokers who have a record of an offer of support and treatment within the preceding 12 months |
| Public Health - Additional Services | Fertility, obstetrics and gynaecology | Cervical screening | CS005 | The percentage of women eligible for screening and aged 25-49 years at the end of the reporting period whose notes record that an adequate cervical screening test has been performed in the preceding 3 years and 6 months. |
| | | | CS006 | The percentage of women eligible for screening and aged 50-64 years at the end of the reporting period whose notes record that an adequate cervical screening test has been performed in the preceding 5 years and 6 months. |
| Quality improvement | Quality improvement | Early cancer diagnosis | QIECD005 | The contractor can demonstrate continuous quality improvement activity focused upon early cancer diagnosis as specified in the QOF guidance. |
| | | | QIECD006 | The contractor has participated in network diagnosis as specified in the QOF guidance. This would usually include participating in a minimum of two peer review meetings |
| Quality improvement | Quality improvement | Care of people with learning disabilities | QILD007 | The contractor can demonstrate continuous quality improvement activity focused on care of patients with a learning disability as specified in the QOF guidance |
| | | | QILD008 | The contractor has participated in network activity to regularly share and discuss learning from quality improvement activity focused on the care of patients with a learning disability as specified in the QOF guidance. This would usually include participating in a minimum of two network peer review meetings |

National General Practice Profiles

Under er indikatorer for “cancer”, “AMR:Anti-Microbial Resistance” og “practice Summary” som ikke er en indikator i QOF (Office for Health Improvement and Disparities, 2022).

| Cancer | | |
|--|--|---|
| Indicator | Definition | Data source |
| Two-week wait referrals for suspected cancer (Number per 100,000 population) | The crude rate of referral per 100,000 persons: the number of Two Week Wait referrals for suspected cancer multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| Two-week wait referrals (Indirectly age-sex standardised referral ratio) | The number of Two Week Wait referrals observed at the practice divided by the number expected based on the practice's age-sex specific population and the age-sex specific rates for England. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| Two-week referrals resulting in a diagnosis of cancer (Conversion rate: as % of all TWW referrals). | The ‘conversion rate’, i.e., the proportion of Two Week Wait referrals resulting in a diagnosis of cancer: the number of Two Week Wait referrals resulting in a diagnosis of cancer in the year <i>divided by</i> the total number of Two Week Wait referrals in the year. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| New cancer cases treated resulting from a Two Week Wait referral (Detection rate: % of all new cancer cases treated) | The proportion of new cancer cases treated who were referred through the Two Week Wait referral route. This is calculated as the number of new cancer cases treated in the year who were referred through the Two Week Wait referral route divided by the total number of patients registered at the practice who have a date of first treatment in the financial year on the Cancer Waiting Times system. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| Two-week wait referrals for suspected breast cancer (Number per 100,000 population) | The crude rate of referral per 100,000 persons: the number of Two Week Wait referrals for suspected breast cancer multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | NHS England Cancer Waiting Times Database |

| | | |
|---|--|---|
| Two-week wait referrals for suspected lower GI cancers (Number per 100,000 population) | The crude rate of referral per 100,000 persons: the number of Two Week Wait referrals for suspected lower GI cancer multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| Two-week wait referrals for suspected lung cancer (Number per 100,000 population) | The crude rate of referral per 100,000 persons: the number of Two Week Wait referrals for suspected lung cancer multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| Two-week wait referrals for suspected skin cancer (Number per 100,000 population) | The crude rate of referral per 100,000 persons: the number of Two Week Wait referrals for suspected skin cancer multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| Two-week wait referrals for suspected cancer (Number per 100,000 population) | The crude rate of referral per 100,000 persons: the number of Two Week Wait referrals for suspected cancer multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| Two-week referrals resulting in a diagnosis of cancer (Conversion rate: as % of all TWW referrals). Five years combined data. | The 'conversion rate', i.e., the proportion of Two Week Wait referrals resulting in a diagnosis of cancer: the number of Two Week Wait referrals resulting in a diagnosis of cancer in the year <i>divided by</i> the total number of Two Week Wait referrals in the year. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| New cancer cases treated resulting from a Two Week Wait referral (Detection rate: % of all new cancer cases treated). Five years combined data. | The proportion of new cancer cases treated who were referred through the Two Week Wait referral route. This is calculated as the number of new cancer cases treated in the year who were referred through the Two Week Wait referral route divided by the total number of patients registered at the practice who have a date of first treatment in the financial year on the Cancer Waiting Times system. | NHS England Cancer Waiting Times Database |
| New cancer cases treated resulting from a Two Week Wait referral (Detection rate: % of all new cancer cases treated) | The proportion of new cancer cases treated who were referred through the Two Week Wait referral route. This is calculated as the number of new cancer cases treated in the year who were referred through the Two Week Wait referral route divided by the total number of patients registered at the practice who have a date of first treatment in the financial year on the Cancer Waiting Times system. | NHS England Cancer Waiting Times Database |

| | | |
|--|--|---|
| Personalised Care Adjustment (PCA) rate for cancer indicator | The proportion of patients on the disease register who are not receiving the intervention due to a Personalised Care Adjustment (PCA) Exceptions/PCAs relate to patients who would ordinarily be included in the indicator denominator. However they are excepted from the indicator denominator because they meet at least one of the exception/PCA criteria. | Quality and Outcomes Framework (QOF), NHS Digital |
| New cancer cases (Crude incidence rate: new cases per 100,000 population) | The number of persons diagnosed with any invasive cancer excluding non-melanoma skin cancer (ICD-10 C00-C97, excluding C44) multiplied by 100,000 and divided by the practice list size (crude incidence rate) | National Cancer Registration Service. Each patient was traced to a GP Practice using the NHS Personal Demographics Service. |
| Females, 25-49, attending cervical screening within target period (3.5 year coverage, %) | The overall cervical screening coverage: the number of women registered at the practice screened adequately in the previous 42 months (aged 25-49) divided by the number of eligible women on last day of review period (aged 25-49). | Data was extracted from the NHAIS via the Open Exeter system. Data was collected by the NHS Cancer Screening Programme. |
| Females, 50-64, attending cervical screening within target period (5.5 year coverage, %) | The overall cervical screening coverage: the number of women registered at the practice screened adequately in the previous 66 months (aged 50-64) divided by the number of eligible women on last day of review period (aged 50-64). | Data was extracted from the NHAIS via the Open Exeter system. Data was collected by the NHS Cancer Screening Programme. |
| Females, 50-70, screened for breast cancer in last 36 months (3 year coverage, %) | 3-year screening coverage %: The number of females registered to the practice screened adequately in previous 36 months divided by the number of eligible females on last day of the review period. | Data was extracted from the NHAIS via the Open Exeter system. Data was collected by the NHS Cancer Screening Programme. |
| Females, 50-70, screened for breast cancer within 6 months of invitation (Uptake, %) | 1-year screening uptake %: the number of females registered to the practice aged 50-70 invited for screening in the previous 12 months who were screened within 6 months of invitation divided by the total | Data was extracted from the NHAIS via the Open Exeter system. Data was collected by the |

| | | |
|--|---|--|
| | number of females aged 50-70 invited for screening in the previous 12 months. | NHS Cancer Screening Programme. |
| Persons, 60-74, screened for bowel cancer within 6 months of invitation (Uptake, %) | Screening uptake %: the number of persons aged 60-74 invited for screening in the previous 12 months who were screened adequately following an initial response within 6 months of invitation divided by the total number of persons aged 60-74 invited for screening in the previous 12 months. | Data was extracted from the Bowel Cancer Screening System (BCSS) via the Open Exeter system. Data was collected by the NHS Cancer Screening Programme. |
| Persons, 60-74, screened for bowel cancer in last 30 months (2.5 year coverage, %) | 2.5-year screening coverage %: The number of persons registered to the practice screened adequately in the previous 30 months divided by the number of eligible persons on last day of the review period. | Data was extracted from the Bowel Cancer Screening System (BCSS) via the Open Exeter system. Data was collected by the NHS Cancer Screening Programme. |
| In-patient or day-case colonoscopy procedures (Number per 100,000 population) | The crude rate per 100,000 persons of colonoscopies performed on persons registered at the practice: the number of colonoscopies (in-patient and day case) multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | Hospital Episode Statistics data held by PHE originally provided by NHS Digital |
| In-patient or day-case sigmoidoscopy procedures (Number per 100,000 population) | The crude rate per 100,000 persons of sigmoidoscopies performed on persons registered at the practice: the number of colonoscopies (in-patient and day case) multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question. | Hospital Episode Statistics data held by PHE originally provided by NHS Digital |
| In-patient or day-case upper GI endoscopy procedures (Number per 100,000 population) | The crude rate per 100,000 persons of endoscopies of the upper gastrointestinal tract performed on persons registered at the practice: the number of endoscopies of the upper gastrointestinal tract (in-patient and day case) multiplied by 100,000 divided by the list size of the practice in question | Hospital Episode Statistics data held by PHE originally provided by NHS Digital |
| Number of emergency admissions with cancer (Number per 100,000 population) | The crude rate per 100,000 persons of all emergency admissions with an invasive, in-situ, uncertain or unknown behaviour, or benign brain cancer (ICD-10 C00-C97, D00-D09, D33, and D37-48) present in any | Hospital Episode Statistics data held by PHE originally provided by NHS Digital |

| | | |
|---|--|---|
| | of the first three diagnostic fields (HES inpatient database) per patients on the practice register. | |
| Number of emergency presentations (Number per 100,000 population) | The crude rate of persons diagnosed with cancer via an emergency route divided by the number of persons in the practice list, expressed as a rate per 100,000 persons. | Hospital Episode Statistics, NHS Digital |
| Number of other presentations (Number per 100,000 population) | The crude rate of persons diagnosed with cancer via a non-emergency route divided by the number of persons in the practice list, expressed as a rate per 100,000 persons. | Hospital Episode Statistics, NHS Digital |
| AMR: Anti-Microbial Resistance | | |
| Indicator | Definition | Data source |
| Total number of prescribed antibiotic items per 1000 registered patients by quarter | The rate shows the total number of antibiotic items prescribed in primary care settings per 1000 registered patients per quarter. A lower value is associated with fewer items of antibiotics being prescribed. | NHS Digital publish monthly prescribing data under the OGL. Population data is the practice list size, based on registered patients at general practices, sourced from NHS Digital. |
| Total number of prescribed antibiotic items per STAR-PU by quarter | STAR-PU is weighted units to allow comparisons adjusting for the age and sex of patients distribution of each practice. A lower items per STAR-PU value is associated with fewer items of antibiotics being prescribed. | Data is sourced from ePACT2 from NHSBSA |
| Percentage of broad-spectrum prescribed antibiotic items (cephalosporin, quinolone and co-amoxiclav class) by quarter | Broad-spectrum items prescribed in primary care settings includes the following antimicrobials; cephalosporin, fluoroquinolone and co-amoxiclav. Data is presented as percentage of broad-spectrum items prescribed over all prescribed antibacterials in the British National Formula (BNF) 5.1 category. The lower the percentage presented, the lower proportion of broad-spectrum items were prescribed. | http://content.digital.nhs.uk/home publish monthly prescribing data under the OGL |
| Practice Summary | | |
| Indicator | Definition | Data source |

| | | |
|---|--|--|
| % aged 0 to 4 years | Proportion of the GP registered population (in percent) aged under 5 years | NHS digital. Extract from GP Payments system (Open Exeter) |
| % aged 5 to 14 years | Proportion of the GP registered population (in percent) aged 5 to 14 years | NHS digital. Extract from GP Payments system (Open Exeter) |
| % aged under 18 years | Proportion of the GP registered population (in percent) aged under 18 years | NHS digital. Extract from GP Payments system (Open Exeter) |
| % aged 65+ years | Proportion of the GP registered population (in percent) aged 65 years or over | NHS digital. Extract from GP Payments system (Open Exeter) |
| % aged 75+ years | Proportion of the GP registered population (in percent) aged 75 years or over | NHS digital. Extract from GP Payments system (Open Exeter) |
| % aged 85+ years | Proportion of the GP registered population (in percent) aged 85 years or over | NHS digital. Extract from GP Payments system (Open Exeter) |
| Deprivation score (IMD 2019) | Deprivation covers a broad range of issues and refers to unmet needs caused by a lack of resources of all kinds, not just financial. The English Indices of Deprivation 2019 use 39 separate indicators, organised across seven distinct domains of deprivation which can be combined, using appropriate weights, to calculate the Index of Multiple Deprivation 2019 (IMD 2019). This is an overall measure of multiple deprivation experienced by people living in an area. | Ministry of Housing, Communities & Local Government |
| IDACI - Income Deprivation Affecting Children Index | This is a subset of the Income Deprivation Domain of the English Indices of Deprivation. The Income Deprivation Affecting Children Index is the proportion of all children aged 0 to 15 living in income deprived families, here defined as families that either receive Income Support or income-based Jobseekers Allowance or income-based Employment and Support Allowance or Pension Credit (Guarantee) or Universal Credit (in the 'Searching for work', 'No work requirements', 'Planning for work', 'Working – with requirements' and 'Preparing for work' con- | Ministry of Housing, Communities & Local Government |

| | | |
|---|--|---|
| | ditionality groups) or families not in receipt of these benefits but in receipt of Working Tax Credit or Child Tax Credit with an equivalised income (excluding housing benefit) below 60 per cent of the national median before housing costs. Child asylum seekers are not included in the Income Deprivation Affecting Children Index. Shrinkage was applied to construct the Income Deprivation Affecting Children Index score. | |
| IDAOPPI - Income Deprivation Affecting Older People Index | <p>This is a subset of the Income Deprivation Domain of the English Indices of Deprivation.</p> <p>The Income Deprivation Affecting Older People Index is the proportion of all those aged 60 or over who experience income deprivation, here defined as adults aged 60 or over receiving Income Support or income-based Jobseekers Allowance or income-based Employment and Support Allowance or Pension Credit (Guarantee) or Universal Credit (in the ‘Searching for work’, ‘No work requirements’, ‘Planning for work’, ‘Working – with requirements’ and ‘Preparing for work’ conditionality groups) or families not in receipt of these benefits but in receipt of Working Tax Credit or Child Tax Credit with an equivalised income (excluding housing benefit) below 60 per cent of the national median before housing costs. Asylum seekers aged 60 and over are not included in the Income Deprivation Affecting Older People Index. Shrinkage was applied to construct the Income Deprivation Affecting Older People Index score.</p> | Ministry of Housing, Communities & Local Government |
| Life expectancy - MSOA based (Male) | Life expectancy at birth. Population weighting, applying MSOA Life expectancy to GP registered patients. | PHE, based on ONS mortality data |
| Life expectancy - MSOA based (Female) | Life expectancy at birth. Population weighting, applying MSOA Life expectancy to GP registered patients. | PHE, based on ONS mortality data |

Rushforth et al. (2015) Developing ‘high impact’ guideline-based quality indicators for UK primary care: a multi-stage consensus process

Hensikten med studien var å utvikle og prioritere indikatorer som både var akseptable for leger og sannsynligvis vil ha størst innvirkning på pasientbehandling og resultater. Under er utvalgte indikatorer.

| |
|---|
| Smoking: The percentage of patients in high risk groups whose notes record smoking status and the offer of support and treatment within preceding 15 months [composite]. |
| Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Diagnosis of COPD, through use of spirometry and chest radiograph [composite]. |
| Chronic Kidney Disease (CKD): The percentage of patients on the CKD register with hypertension and proteinuria who are treated with an ACE-inhibitor or angiotensin receptor blocker. |
| Chronic Kidney Disease (CKD): Measurement of blood pressure, urinary protein excretion, and lifestyle advice [composite]. |
| Chronic Kidney Disease (CKD): blood pressure and urinary protein excretion targets, and appropriate drug therapy [composite]. |
| Myocardial infarction (MI): All patients who have had an acute MI should be offered specific combination drug treatment. |
| Chronic heart failure: Measurement of serum natriuretic peptides and referral where appropriate [composite]. |
| Atrial fibrillation (AF): recommendations concerning use of anti-coagulants in AF [composite]. |
| Hypertension: blood pressure targets in those under/over 80 years of age [composite]. |
| Hypertension: lifestyle advice and monitoring of cholesterol and urinary protein excretion [composite]. |
| Type 2 diabetes: 9 annual processes of care i.e. measurement of blood pressure, lipids, renal function, urine albumin-creatinine ratio (ACR), glycaemic control, BMI, smoking status, plus foot and eye checks [composite]. |
| Type 2 diabetes: Integrate dietary advice with a personalised diabetes management plan. |
| Type 2 diabetes: Cardiovascular risk assessment and subsequent statin therapy where indicated. |
| Type 2 diabetes: Achievement of target levels for blood pressure, cholesterol and glycaemic control [composite]. |
| Type 2 diabetes: For a person on dual therapy who is markedly hyperglycaemic, consider starting insulin therapy in preference to adding other drugs to control blood glucose. |
| Diabetes mellitus: The percentage of patients with diabetes in whom the last blood pressure is $\leq 140/80$ mmHg. |
| Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): Use of NSAIDs and monitoring of potential side-effects [composite]. |
| Depression in adults: Recommendations concerning severity-appropriate treatment of depression [composite]. |

Nederland

Nivel

Listen over indikatorer ble oppdatert 2021 og er tilsendt fra Ronald Gijzen: ronald.gijzen@rivm.nl ([Gijzen, 2021](#))

| No | Indicator | Numerator (A) | Denominator (B) | Calculation indicator | Definitions and explanation (source NHG, unless stated otherwise) | Other comments |
|------------------------|---|--|---------------------|-------------------------|--|---|
| General | | | | | | |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> The patients = practice population = patients registered for 12 months or longer in the practice, at the end of the reporting period (2019). Only adults > 18 years | (For ICPC/ATC codes see also NHG measurement viewer: https://bepalingen.nhg.org/labcodes/determinations) |
| Kidney function | | | | | | |
| 1 | % of patients ≥ 65 years of age with a creatinine clearance recorded (measured or calculated; MDRD or Cockcroft) in the past five years | Patients ≥ 65 years of age with creatine clearance in the past 5 years | Patients ≥ 65 years | A/B*100% (High desired) | <ul style="list-style-type: none"> The patients = practice population = patients registered for 12 months or longer in the practice, at the end of the reporting period (2019). ≥ 65 years measured at the beginning of 2019 Creatine clearance lab codes: 524, KREA O MK or 1918, KREA O FB or 1919, KREM O FB or 3583 | Has less priority NHG Prescription #3 - Number of practices with such a long period (5 years) info will be relatively short. This inclusion also applies only to this variable - Calculation twice: 1) 2019 2) 2015-2019 - age remains measured at the beginning of the year |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|-------------------------------|--|---|
| 2 | <p>% of patients with creatinine clearance < 60 ml/min who were prescribed an NSAID or (high dose) salicylate in the past year</p> | <p>Patients with creatinine clearance < 60 ml/min who were prescribed an NSAID or (high dose) salicylate in the past year</p> | <p>Patients with creatinine clearance < 60 ml/min</p> | <p>A/B*100% (Low desired)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Clearance: Most recent value in 2019 • Lab codes Creatine clearance: See #1 • ATC codes NSAID: No2BA01, No2BA15, No2BA11, No2BA51, No2BA65 or M01A excluding M01AH, M01AX05, M01AX12, M01AX21, M01AX24, M01AX25 and M01AX26 (Source: HARM) • ATC Salicylate: No2BA • ATC High dose salicylate: M01A or M01B or No2BA | <p>NHG Prescription #4 Important for the kidney foundation NSAID codes made the same everywhere as HARM Study. Salicylate high dose = > 300 mg/day (source HARM: https://ephor.nl/wp-content/uploads/2018/12/harm-wrestling-rapport-feb-08.pdf)</p> |
| 3 | <p>% of patients with creatinine clearance < 30 ml/min who were prescribed an NSAID or (high dose) salicylate in the past year</p> | <p>Patients with creatinine clearance <30 ml/min who were prescribed an NSAID or (high dose) salicylate in the past year</p> | <p>Patients with creatinine clearance < 30 ml/min</p> | <p>A/B*100% (Low desired)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Subset #2, same data • Labcode albuminuria: 3928 ALBM UQ | <ul style="list-style-type: none"> • NHG Prescription #5 • Important for the kidney foundation • Albuminry is also included in the calculation (see table second sheet) |
| <p>Heart failure</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|------------------------|---|---|
| 4 | % of patients with heart failure and use of NSAIDs in the past 12 months | patients with heart failure and use of NSAIDs in the past 12 months | patients with heart failure | A/B*100% (Low desired) | <ul style="list-style-type: none"> Heart failure, ICPC K77 ATC codes NSAID: N02BA01, N02BA15, N02BA11, N02BA51, N02BA65 or M01A with the exception of M01AH, M01AX05, M01AX12, M01AX21, M01AX24, M01AX25 and M01AX26 (Source: HARM) | <ul style="list-style-type: none"> For all heart failure indicators we use K77 instead of K77.02 because the latter is less reliable |
| 5 | % of patients with heart failure and use of CA antagonists in the past 12 months | patients with heart failure and use of CA antagonists in the past 12 months | patients with heart failure | A/B*100% (Low desired) | <ul style="list-style-type: none"> Heart failure, ICPC K77 CA antagonists: 1 or more prescriptions in 2019 ATC codes CA antagonists: C08 | |
| 6 | % of patients with syst. heart failure and use of ACE or A2 antagonist (> 2 prescriptions in past 12 months) | patients with syst. heart failure and use of ACE or A2 antagonist (> 2 prescriptions in past 12 months) | patients with syst. heart failure | A/B*100% | <ul style="list-style-type: none"> Past 12 months= 2019 Heart failure, ICPC K77 ATC codes CA antagonists: C08 | |
| NSAID use in ulcer disease or ulcer complication | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|-------------------------|---|--|
| 7 | % of patients ≥ 70 years with chronic NSAID or (high-dose) salicylate use concomitantly taking a PPI or misoprostol | Patients ≥ 70 years with chronic NSAID or (high dose) salicylate use who are taking a PPI or misoprostol concomitantly | Patients 70 years of age with a chronic prescription for NSAID | A/B*100% (High Desired) | <ul style="list-style-type: none"> • chronic use is >3 prescriptions in the past year • ATC codes NSAID & salicylate: see #2 • High-dose salicylate: see #2 • ATC PPI/misoprostol: A02BC or M01AE52 (source: HARM) • ≥ 70 years measured at the start of the measurement year (2019) | <ul style="list-style-type: none"> • NHG Prescription #8 • Because duration of use > 6 months is difficult to measure and is not expected to occur often, we only take more than 3 prescriptions with us. • HARM showed that this was already being followed relatively well, but we still want to keep this indicator to show whether this has remained the case. |
| Severe Constipation Opioids | | | | | | |
| 8 | % prescriptions of a strong opiate involving concomitant use of a laxative | prescriptions of a strong opiate involving concomitant use of a laxative | prescriptions of a strong opiate | A/B*100% (High Desired) | <ul style="list-style-type: none"> • Population: exclude people with anti-diarrheal drug: A07DA • Strong opiate: N02AA with the exception of N02AA55, N02AA59 and N02AA79, N02AB, N02AC, N02AD, N02AG, N02AE or N07BC01 (Source: Harm) • Laxans: N02AA with the exception of N02AA55, N02AA59 and N02AA79, N02AB, N02AC, N02AD, N02AG, N02AE or N07BCo (Source: HARM) • The moment of measurement is the moment of prescribing the strong-acting opiate. <p>Determine whether there is an ongoing</p> | <ul style="list-style-type: none"> • NHG Prescription #13 • VM indicator 40: Moderate to low improvement potential • [We would like to include all opioid users if possible (both people with opioid users for the first time and people with a repeat prescription and/or chronic users)] |

| | | | | | | |
|---------------------------|---|--|---|-------------------------|--|--|
| | | | | | <p>prescription for a laxative for each opiate prescription.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription of a laxative within 90 days before and 15 days after opioid start (Source: VM research) | |
| Stomach medicines | | | | | | |
| 9 | % of patients with chronic use of antacids in all regular patients at the end of the reporting period. | Patients with chronic use of antacids in all regular patients at the end of the reporting period | All patients | A/B*100% (Low desired) | <ul style="list-style-type: none"> • Chronic use is >3 prescriptions in the past year • ATC code acid inhibitors: A02 | <ul style="list-style-type: none"> • NHG Prescription #15 • Age limit: like other indicators from 18 years |
| Hypertension | | | | | | |
| 10 | % of patients with a prescription for a potassium-losing diuretic or RAS inhibitor, who had a potassium and creatinine determination in the past year | Patients on a prescription for a potassium-losing diuretic or RAS inhibitor, who had a potassium and creatinine determination in the past year | Patients on a Potassium Loss Diuretic or RAS Inhibitor Prescription | A/B*100% (High Desired) | <ul style="list-style-type: none"> • ATC prescription for a potassium-losing diuretic: C03A, C03B, C03E, C07B, C07CB03, C09BA, C09DA, C09XA52, C03C or C09DX01 (HARM) or RAS inhibitor: C09 (HARM) • ICPC potassium and creatine determination: 513, K B and 523, KREA B> | NHG Prescription #10+A20 |
| Mental health care | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|---|--------------|------------------------|--|---|
| 11 | % patients with concurrent SSRI and DOAC or VKA use | patients with simultaneous SSRI and DOAC or VKA use | All patients | A/B*100% (Low desired) | ATC SSRI: N06AB ATC DOAC/VKA: acenocoumarol (B01AA07)/ phenprocoumon (B01AA04)/ apixaban (B01AF02) / dabigatran (B01AE07) / edoxaban (B01AF03) / rivaroxaban (B01AF01) | |
| 12 | % of patients ≥75 years taking a Benzodiazepine (more than 1 month) | patients with simultaneous SSRI and DOAC or VKA use | All patients | A/B*100% (Low desired) | <ul style="list-style-type: none"> • chronic use is measured as 3 or more prescriptions in the past year or a prescription • ATC Benzodiazepine: N05CF, N05CD, N05BA or N05CC (Source: Harm) | <ul style="list-style-type: none"> • [Can we also see the number of pills on the prescription? This will be informative] • Because the definition for chronic is not fixed we will look at different definitions (eg 2 or more prescriptions and 3 or more prescriptions) |
| 13 | % of patients with chronic use of a hypnotic or anxiolytic | Patients with chronic use of a hypnotic or anxiolytic | All patients | A/B*100% (Low desired) | <ul style="list-style-type: none"> • chronic use is 3 or more prescriptions in the past year or a prescription • hypnotic or anxiolytic N05CD or N05CF or N05BA | <ul style="list-style-type: none"> • NHG Prescription #9 • Age limit: like other indicators from 18 years |

InEen

Indikatorene under er fra nasjonalt rapporteringsår 2022. Indikatorene under er automatisk oversatt med hjelp av Google fra dette dokument:

<https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/01/Brief-indicatoren-benchmark-transparante-ketenzorg-2021.pdf>

Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (IneEn, 2022).

Diabetes mellitus type 2

| Indikator nr | Beskrivelse |
|--------------|---|
| | Utbredelse av diabetes mellitus type 2 Retning: distribusjon av hovedlege allmennlege – spesialist Prosentandel av pasientene i primærhelsetjenesten, men ikke i omsorgsprogrammet (ingen programmatisk behandling) |
| 1a | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram 70 år eller yngre med regulert LDL ¹ |
| 1b | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram 70 år eller yngre uten hjerte- og karsykdom med kontrollert LDL ¹ |
| 1c | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram 70 år eller yngre med en CVD-hendelse med en strengt regulert LDL ² |
| 2 | Prosentandel av diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram som tar et lipidsenkende legemiddel (f.eks. statiner) |
| 3 | Prosentandel diabetespasienter gjennom året i et omsorgsprogram der eGFR er beregnet eller fastslått |
| 4 | Prosentandel av diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med urinanalyse for albuminuri (albumin/kreatinforhold |
| 5 | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram hvis røykeatferd er registrert |
| 6 | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram som røyker |
| 7 | Prosentandel diabetespasienter i helårsprogram med funduskontroll de siste tre årene |
| 8 | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med registrering av fotundersøkelsen |

1 LDL < 2,6 av ikke-HDL-< 3,4

2 LDL < 1,8 av ikke-HDL-< 2,6

N.B. Fra fordelingen av diabetespasienter på tvers av begge kategorier, kan størrelsen på mellomliggende kategori av diabetespasienter med en LDL mellom 1,8 og 2,6 ($\geq 1,8$ LDL < 2,6 eller $\geq 2,6$ ikke-HDL-< 3,4) avledes.

KOLS

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| | Prevalens KOLS Retning: distribusjon av allmennlege – spesialist Prosent av pasienter i primærhelsetjenesten, men ikke i omsorgsprogram (ingen programmatisk behandling) |
| 1 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med innåndingsmedisinering der innåndingsteknikken er kontrollert |
| 2 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogrammet der funksjon (MRC eller CCQ) registreres |
| 3 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogrammet der graden av trening er overvåket |
| 4 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram hvis røykeatferd er registrert |
| 5 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram som røyker |
| 6 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med 2 eller flere eksaserbasjoner de siste 12 månedene |

Kardiovaskulære sykdommer

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| | Utbredelse av CVD Retning: distribusjon av allmennlege – spesialist Prosentandel av pasientene i primærhelsetjenesten, men ikke i omsorgsprogrammet (ingen programmatisk behandling) |
| 1 | Andel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogrammet der blodtrykket er registrert i måleperioden |
| 2 | Andel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram 70 år eller yngre og en systolisk blodtrykkregistrering de siste 12 månedene med et tilstrekkelig regulert blodtrykk (praksis, hjem, 24-timers, 30 minutter) ³ |
| 3 | Andel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram 70 år eller yngre med en strengt regulert LDL ⁵ |
| 4 | Andel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med røykeatferd registrert |
| 5 | Andel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram som røyker |
| 6 | Andel CVD-pasienter gjennom året i omsorgsprogrammet som eGFR er fastsatt for det siste året |
| 7 | Andel CVD-pasienter gjennom året i omsorgsprogrammet der bevegelsesgraden er registrert de siste 12 månedene |

3 Endring i blodtrykket fra ≤ 140 til "tilstrekkelig regulert blodtrykk" (avhengig av type måling)

4 LDL $< 2,6$ av ikke-HDL- $< 3,4$

5 LDL $< 1,8$ av ikke-HDL- $< 2,6$

VVR (pasienter med hypertensjon eller hyperkolesterolemi)

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| | Utbredelse av VVR Retning: distribusjon av allmennlege – spesialist Prosentandel av pasientene i primærhelsetjenesten, men ikke i omsorgsprogrammet (ingen programmatisk behandling) |
| 1 | Prosentandel av VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogrammet der blodtrykket er bestemt i måleperioden |
| 2 | Prosentandel av VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram yngre enn 70 år og en systolisk blodtrykksbestemmelse de siste 12 månedene med et tilstrekkelig regulert blodtrykk (praksis, hjem, 24-timers, 30 minutter) ¹ |
| 3 | Andel VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram 70 år eller yngre med regulert LDL ² |
| 4 | Prosentandel av VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogrammet hvis røykeatferd er registrert |
| 5 | Andel VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram som røyker |
| 6 | Andel VVR-pasienter gjennom året i omsorgsprogrammet som eGFR er fastslått for det siste året |
| 7 | Andel VVR-pasienter gjennom året i omsorgsprogrammet der bevegelsesgraden registreres i måleperioden |

1 Endring i blodtrykket fra ≤ 140 til "tilstrekkelig regulert blodtrykk" (avhengig av type måling)

2 LDL $< 2,6$ av ikke-HDL- $< 3,4$

Astma hos voksne

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| | Utbredelse av astma Prosentandel av pasienter diagnostisert med ASTHMA (ICPC R96) og bruk av ICS (ATC R03BA) Retning: distribusjon av allmennlege – spesialist Prosentandel av pasientene i primærhelsetjenesten, men ikke i omsorgsprogrammet (ingen programmatisk behandling) |
| 1 | Prosentandel av astmapasienter gjennom hele året i inhalasjonsmedisineringsprogram som har blitt overvåket inhalasjonsteknikk |
| 2 | Prosentandel astmapasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med registrering av graden av astmakontroll i måleperioden i gruppen av pasienter som røyker eller med 1 eller flere resepter på kortikosteroidinnånding (ICS) i måleperioden |
| 3 | Prosentandel astmapasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med røykeatferd registrert |
| 4 | Prosentandel astmapasienter gjennom hele året i omsorgsprogram som røyker |
| 5 | Prosentandel astmapasienter med mer enn to (>2) saba resepter i løpet av de siste 12 månedene. |

InEen innovasjonssett/tilleggsindikatorer

Følgende indikatorer er frivillige og brukes til å gi spesifikk oppmerksomhet til et bestemt tema, eller for å sammenligne egen praksis med andre. Kun til lokalt bruk.

Diabetes mellitus type 2

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| 1 | Prosentandel av diabetespasienter under 70 år i hele året med behandlingsprogram med bestemmelse av albumin/kreatinforhold og et positivt resultat ($\geq 3,0$ mmol/l) uten RAS-hemmer |
| 2 | Prosentandel av diabetespasienter ≥ 80 år i et helt år med omsorgsprogram med hbA1C og et resultat av 53 mmol/mol eller lavere ved bruk av flere glukosereduserende midler ¹ |
| 3 | Prosentandel av diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med personlig målverdi ² glukose eller med personlig målverdi HbA1C eller med personlig mål LDL eller med personlig målverdi systolisk blodtrykk |
| 4 | Prosentandel av diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med hjemmemåling av systolisk blodtrykk |
| 5 | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med målepedometer |
| 6 | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram < 70 år med cvd-hendelse og lipidsenkende |
| 7 | Prosentandel diabetespasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med individuell omsorgsplan (izp) |
| 8 | pasienter med diabetes type 2 under 70 år (< 70) og hba1c-bestemmelse de siste 12 månedene og et resultat på 53 mmol/mol eller lavere (≤ 53) |

1 Denne indikatoren kan brukes til å overvåke overbehandling av type 2 diabetes hos eldre.

2 Verdien (eller området) for et resultat av en bestemmelse om at allmennlegen anser det som mulig for denne pasienten og er avtalt med pasienten.

KOLS

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|---|
| 1 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram hvis sykdomsbyrde er registrert |
| 2 | Andel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med sykdomsbyrde "lys" |
| 3 | Andel kolspasienter gjennom året i omsorgsprogram med sykdomsbyrde "økt" |
| 4 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram hvis BMI og uønsket vekttap er registrert, med BMI under 21 eller uønsket vekttap |
| 5 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med individuell omsorgsplan (izp) |
| 6 | Prosentandel kolspasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med målepedometer |

Kardiovaskulære sykdommer

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| 1 | Prosentandel cvd pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med personlig mål LDL eller med personlig målverdi systolisk blodtrykk |
| 2 | Andel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med hjemmemåling av systolisk blodtrykk |
| 3 | Prosentandel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med målepedometer |
| 4 | Andel CVD-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med individuell omsorgsplan (izp) |

VVR

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|---|
| 1 | Prosentandel av VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med personlig mål LDL eller med personlig målverdi systolisk blodtrykk |
| 2 | Prosentandel VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med hjemmemåling av systolisk blodtrykk |
| 3 | Prosentandel VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med målepedometer |
| 4 | Andel VVR-pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram med individuell omsorgsplan (izp) |

Psykisk helsevern

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| | Prosentandel pasienter GGZ i omsorgsprogram Prosentandel av pasientene i omsorgsprogrammet GGZ, registrert i 2020 Prosentandel av pasientene i GGZ, utstrømning i 2020 Prosentandel av pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten |
| 1 | Andel pasienter i psykisk helsevernprogram med individuell omsorgsplan (IZP) |
| 2 | Prosentandel av pasientene i GGZ-omsorgsprogrammet som det er formulert personlige mål med |
| 3 | Prosentandel av pasientene i GGZ-omsorgsprogrammet som e-helse brukes til innen blandet behandling |
| 4 | Prosentandel av pasientene i psykisk helsevernprogram som har vært konsultasjon for (for eksempel psykiater, psykolog, psykoterapeut, avhjelpende pedagog eller avhengighetseksperter) er brukt |
| 5 | Prosentandel av pasientene i GGZ-omsorgsprogrammet hvis pasienterfaring er målt |

Sårbare eldre

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|---|
| | Andel påmeldte pasienter i populasjonen 75 år og eldre |
| 1 | Andel på 75+ som har fått forhåndsplanlegging (ACP, A20) |
| 2 | Prosent 75+ og sårbar (A05) |
| 3 | Prosent 75+ og minneproblemer (P20) |
| 4 | Andel 75+ og demens (P70) |
| 5 | Prosent 75+ og osteoporose (L95/L95,02) |
| 6 | Prosent 75+ og legemiddelgjennomgang indikert |
| 7 | Prosent 75+ og medisineringsgjennomgang indikert og gjort de siste 2 årene |
| 8 | Andel over 75 år og sårbare og inkludert i omsorgsprogrammet sårbare eldre |
| 9 | Andel pasienter innlagt på omsorgsprogram for sårbare eldre |
| 10 | Andel pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram for sårbare eldre med måling av pasienterfaring |
| 11 | Andel pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram sårbare eldre med legemiddelgjennomgang de siste 2 årene |

| | |
|----|---|
| 12 | Andel pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram for sårbare eldre som har vært diskutert i MSY de siste 2 årene |
| 13 | Andel pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram sårbare eldre der avansert omsorgsplanlegging (ACP) har funnet sted |
| 14 | Andel pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram sårbare eldre med individuell omsorgsplan (IZP) |
| 15 | Andel pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram sårbare eldre som spesialist i geriatrik medisin har blitt konsultert for de siste 2 årene |
| 16 | Andel pasienter gjennom hele året i omsorgsprogram sårbare eldre med diastol blodtrykk < 70 mm Hg |

Hjertefeil

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| | Utbredelsen Retning: distribusjon av allmennlege – spesialist Prosentandel av pasientene i primærhelsetjenesten, men ikke i omsorgsprogrammet (ingen programmatisk behandling) |
| 1 | Prosentandel av pasienter med hjertesvikt gjennom hele året i omsorgsprogram med registrering av type hjertesvikt (labkode type hjertesvikt) |
| 2 | Prosentandel av pasienter med hjertesvikt gjennom hele året i omsorgsprogram hvis alvorlighetsgrad av hjertesvikt (NYHA-klasse) er registrert |
| 3 | Prosentandel pasienter med hjertesvikt gjennom hele året i omsorgsprogram med registrering av hånleddsrekvens |
| 4 | Prosentandel av pasienter med hjertesvikt gjennom hele året i omsorgsprogram med registrering av hånleddsrytme |
| 5 | Prosentandel av pasienter med HFrEF gjennom hele året i rashemmer reseptbehandlingsprogram |
| 6 | Prosentandel av pasienter med HFrEF hele året i betablokker reseptbehandlingsprogram |

*for å skille mellom type hjertesvikt er det en laboratoriekode tilgjengelig (HFTYKH) og ingen separat ICPC

Atrieflimmer

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|--|
| | Utbredelsen Retning: distribusjon av allmennlege – spesialist Prosentandel av pasientene i primærhelsetjenesten, men ikke i omsorgsprogrammet (ingen programmatisk behandling) |
| 1 | Prosentandel av pasienter med atrieflimmer foreskrevet en antiarytmisk (ATC C01B) |

| | |
|---|---|
| 2 | Prosentandel av pasienter med atrieflimmer gjennom hele året i doac-foreskrevet omsorgsprogram eller en vitamin K-antagonist |
| 3 | Prosentandel av pasienter med atrieflimmer hele året i forskrivningsprogrammet Blodplater aggregeringshemmere uten DOAC eller vitamin K antagonist |
| 4 | Prosentandel av pasienter med atrieflimmer gjennom hele året i omsorgsprogram uten antikoagulasjon der det ikke er registrert noen CHA ₂ DS ₂ -VSc-skår de siste 2 årene. |

Kronisk nyreskade

| Indikatornr | Beskrivelse |
|-------------|---|
| 1 | Prosentandel av pasienter med kronisk nyreskade og hypertensjon med urinanalyse for albuminuri (albuminkreatinin ratio) de siste 12 månedene med moderat eller sterkt økt albuminuri ($\geq 3,0$ mg/mmol) uten kronisk medisineringsprogram for en RAS-hemmer (< 2 resepter de siste 12 månedene) MERK: Dette gjelder alle pasienter i allmennlegetjenesten uavhengig av omsorgsprogram eller hovedutøver. Nevneren er: pasienter med kronisk nyreskade og hypertensjon med urinanalyse for albuminuri (albumin kreatininforhold) de siste 12 månedene i praksispopulasjonen |
| 2 | Prosentandel pasienter med risiko for kronisk nyreskade og en episode med nedsatt nyrefunksjon, U99,01, i gruppe pasienter med $eGFR \leq 60$ ml/min/1,73 m ² MERK: Dette gjelder alle pasienter i allmennlegetjenesten uavhengig av omsorgsprogram eller hovedutøver. Nevneren er: pasienter med risiko for kronisk nyreskade med eGFR-bestemmelse (siste verdi noensinne) med $eGFR < 60$ ml/min/1,73 i praksispopulasjonen |
| 3 | Prosentandel av pasienter med risiko for kronisk nyreskade og en episode av nedsatt nyrefunksjon, U99.01, med kontraindikasjon 'nedsatt nyrefunksjon' MERK: Dette gjelder alle pasienter i allmennlegetjenesten uavhengig av omsorgsprogram eller hovedutøver. Nevneren er: pasienter med risiko for kronisk nyreskade med episode nedsatt nyrefunksjon, U99.01 i praksis befolkning |

Australia

Primary and community health performance indicator framework

Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (Australian Government Productivity Commission, 2020)

| Indicator | Guidance |
|---|--|
| <p>Availability of primary healthcare services</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PBS medicines by region, defined as the ABS census population divided by the number of approved providers of PBS medicines, by urban/rural location and Pharmacy Access/Remoteness Index of Australia (PhARIA) area 2. General Practitioners (GPs) by region, defined as the number of FTE GPs per 100 000 people, by region 3. GPs by sex, defined as the number of FTE GPs per 100 000 population, by sex 4. Public dentists by region, defined as the number of full time equivalent (FTE) public dentists per 100 000 people by region, based on clinical hours worked in the public sector. | <p>Similar rates across regions indicates equity of access by location. Similar rates by sex means it is more likely that patients who prefer to visit GPs of their own sex will have their preference met</p> |
| <p>Early detection and early treatment for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians'</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. The proportion of older people who received a health assessment under Medicare by Indigenous status | <p>A small or narrowing gap between the proportion of Aboriginal and Torres Strait Islander and other Australians who received a health assessment can indicate more equitable access.</p> |
| <p>Affordability of primary healthcare services</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. People delaying or not seeing GPs due to cost, defined as the proportion of people who delayed seeing or did not see a GP at any time in the previous 12 months due to cost. 7. People delaying or not filling prescriptions due to cost, defined as the proportion of people who delayed filling or did not fill a prescription at any time in the previous 12 months due to cost. | <p>A low or decreasing proportion of people deferring visits to GPs or filling prescriptions due to cost indicates more widely affordable access to GPs and medicines.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Timeliness of primary healthcare services</p> <p>8. Public dentistry waiting times, defined as the number of days waited at the 50th (median) and 90th percentiles between being placed on a selected public dentistry waiting list and either being offered dental care or receiving dental care</p> <p>9. GP waiting times for urgent medical care, defined as the proportion of people who, in the previous 12 months, saw a GP for urgent medical care within specified times from making the appointment. Specified waiting times are: less than 4 hours; 4 to less than 24 hours; 24 hours or more.</p> | <p>A shorter time waited to see a dental professional indicates more timely access to public dental services. A high or increasing proportion of people who saw a GP within 4 hours for urgent medical care indicates more timely access to GPs.</p> |
| <p>Potentially avoidable presentations to emergency departments</p> <p>The number of selected 'GP-type presentations' to emergency departments, where selected GP-type presentations are emergency presentations:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allocated to triage category 4 (semi-urgent) or 5 (non-urgent) • not arriving by ambulance, with police or corrections • not admitted or referred to another hospital • who did not die. | <p>Once a suitable denominator for this measure is agreed, a low or decreasing rate/proportion of potentially avoidable presentations to emergency departments can indicate better access to primary and community health care.</p> <p>Currently, the <i>number</i> of potentially avoidable presentations to emergency departments are reported for this indicator. In future, this indicator will be reported as a <i>proportion</i> (for example, the number of potentially avoidable GP-type presentations to emergency departments, as a proportion of all presentations to emergency departments), subject to the identification of a suitable denominator.</p> |
| <p>Developmental health checks</p> <p>The proportion of preschool-aged children who received a developmental health assessment. (under development- not yet in use).</p> | <p>A high or increasing proportion of preschool-aged children receiving developmental health checks is desirable.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Chronic disease management</p> <p>10. Management of diabetes, defined as the proportion of people with diabetes with HbA1c (glycosylated haemoglobin) levels less than or equal to 7 per cent</p> <p>11. Management of asthma, defined as the proportion of people with asthma who have a written asthma action plan.</p> | <p>A high or increasing proportion for each measure is desirable</p> |
| <p>Immunisation coverage</p> <p>12. Proportion of children aged 12<15 months who are fully immunised (at this age, against diphtheria, tetanus, pertussis (whooping cough), polio, hepatitis b, <i>Haemophilus influenzae</i> type b and pneumococcal)</p> <p>13. Proportion of children aged 24<27 months who are fully immunised (at this age, against diphtheria, tetanus, pertussis (whooping cough), polio, <i>Haemophilus influenzae</i> type b, hepatitis B, measles, mumps and rubella (MMR), meningococcal C and varicella)</p> <p>14. Proportion of children aged 60<63 months who are fully immunised (at this age, against diphtheria, tetanus, pertussis (whooping cough), polio, and to the quarter ending 31 December 2017, including measles, mumps and rubella (MMR))</p> <p>15. Influenza vaccination coverage for older people, defined as the proportion of people aged 65 years or over who have been vaccinated against seasonal influenza.</p> | <p>A high or increasing proportion of people immunised is desirable.</p> |
| <p>Cancer screening</p> <p>16. Participation for women in breast cancer screening, defined as the proportion of women aged 50–74 years who are screened in the BreastScreen Australia Program over a 24-month period, reported as a rate</p> <p>17. Participation for women in cervical screening, defined as the proportion of the estimated eligible population of women (not had a hysterectomy) aged 25–74 years who are screened over a 5-year period, reported as a rate</p> <p>18. Participation of persons in bowel cancer screening, defined as persons aged 50–74 years who were invited to participate in the National Bowel Cancer Screening Program over a 24-month period and returned a completed test kit within 6 months of the end of that period, divided by the</p> | <p>High or increasing participation rates are desirable.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>number of invitations issued minus those people who opted out or suspended without completing their screening test.</p> | |
| <p>General practices with accreditation</p> <p>19. The number of general practices in Australia that are accredited as a rate per 100 general practices</p> | <p>Accreditation is a voluntary process of independent third-party peer review that assesses general practices against a set of standards developed by the Royal Australasian College of General Practitioners.</p> <p>A high or increasing rate of practices with accreditation can indicate an improvement in the capability of general practice to deliver high quality services.</p> |
| <p>Patient satisfaction</p> <p>The proportion of people who saw a GP in the previous 12 months who reported the GP always or often:</p> <p>20. listened carefully to them</p> <p>21. showed respect</p> <p>22. spent enough time with them</p> <p>The proportion of people who saw a dental professional in the previous 12 months who reported the dental professional always or often:</p> <p>23. listened carefully to them</p> <p>24. showed respect</p> <p>25. spent enough time with them.</p> | <p>High or increasing proportions can indicate improved satisfaction from the patient's perspective with the quality of care.</p> <p>Data are sourced from the ABS Patient Experience Survey.</p> |
| <p>Continuity of care</p> <p>26. The proportion of GP management plans and team care assessment plans that have been reviewed in the past 12 months.</p> | <p>A high or increasing proportion of GP management and team care assessment plans reviewed is desirable.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Workforce sustainability</p> <p>27. the proportion of full time equivalent (FTE) GPs in ten year age brackets</p> <p>28. the attrition rate of FTE GPs who exit the workforce as a proportion of the number of FTE GPs by age bracket.</p> | <p>A high or increasing percentage of the workforce that are new entrants and/or low or decreasing proportions of the workforce that are close to retirement is desirable. A low or decreasing rate of workforce attrition is desirable.</p> |
| <p>Cost to government of general practice per person</p> <p>29. The cost to government of general practice per person in the population.</p> | <p>This indicator should be interpreted with care. A low or decreasing cost per person can indicate higher efficiency, provided services are equally or more effective. It can also reflect service substitution between primary healthcare and hospital or specialist services – potentially at greater expense.</p> |
| <p>Notifications of selected childhood diseases</p> <p>30. The number of notifications of measles, pertussis and invasive <i>Haemophilus influenzae</i> type b reported to the National Notifiable Diseases Surveillance System by State and Territory health authorities for children aged 0–14 years, per 100 000 children in that age group.</p> | <p>A low or reducing notification rate for the selected diseases indicates that the immunisation program is more effective.</p> |
| <p>Selected potentially preventable hospitalisations</p> <p>31. Potentially preventable hospitalisations for selected vaccine preventable, acute and chronic conditions</p> <p>32. Potentially preventable hospitalisations for diabetes (Type 2 diabetes mellitus as principal diagnosis).</p> | <p>Low or decreasing separation rates for selected potentially preventable hospitalisations can indicate more effective management of selected conditions in the primary and community healthcare sector and/or more effective preventative program</p> |

Practice Incentives Program Quality Improvement Measures -PIP QI

Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (AIHW, 2021).

| Indicator | Subgroups/unit of data presentation |
|--|---|
| <p>QIM 1: Proportion of regular clients with diabetes with an HbA1c result recorded in their GP record within the previous 12 months</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions of regular clients with diabetes and a current HbA1c • Type 1 diabetes • Type 2 diabetes • Undefined diabetes • National proportion of regular clients with diabetes and a current HbA1c result by age and sex • Type 1 diabetes • Type 2 diabetes • Undefined diabetes |
| <p>QIM 2: Proportion of regular clients with a current smoking status recorded in their GP record</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion of regular clients with a smoking status recorded (QIM 2a) • Regional (PHN) proportions • National proportions by age and sex • Proportion of regular clients with a smoking status result (QIM 2b) • Regional(PHN) proportions • National proportions by age and sex |
| <p>QIM 3: Proportion of regular clients with a current height and weight classification recorded in their GP record and a derived BMI result</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion of regular clients with a weight classification recorded (3a) • Regional (PHN) proportions • National proportions by age and sex |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion of regular clients with a weight classification result (3b) • Regional (PHN) proportions • National proportions by age and sex |
| QIM 4: Proportion of regular clients aged 65 years and over with an influenza immunisation status recorded in their GP record within the previous 15 months | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions • National proportions • National proportions by sex |
| QIM 5: Proportion of regular clients with diabetes with an influenza immunisation status recorded in their GP record within the previous 15 months | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions • National proportions • National proportions by sex |
| QIM 6: Proportion of regular clients with COPD with an influenza immunisation status recorded in their GP record within the previous 15 months | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions • National proportions • National proportions by sex |
| QIM 7: Proportion of regular clients with an alcohol consumption status recorded in their GP record | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions • National proportions • National proportions by sex |
| QIM 8: Proportion of eligible regular clients with a record of the necessary risk factors in their GP record for CVD risk assessment | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions • National proportions • National proportions by age and sex |
| QIM 9: Proportion of regular female clients with an up-to-date cervical screening test record in their GP record within the previous 5 years | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions • National proportions • National proportions by age |
| QIM 10: Proportion of regular clients with diabetes with blood pressure recorded in their GP record within the previous 6 months | <ul style="list-style-type: none"> • Regional (PHN) proportions • National proportions • National proportions by age and sex |

The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) clinical indicators

Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (RACGP, 2022).

| | | |
|---|---|-----------------------|
| Practice infrastructure to support safety and quality of patient care | Our practice: a) has a designated clinician who has clear lines of responsibility and accountability for encouraging improvement in the safety and quality of clinical care b) has clinical risk management systems to enhance the safety and quality of clinical care c) downloads pathology results in HL7 format uses a clinical audit or similar tool for evaluating clinical care. | Yes/no/not applicable |
| Practice policy on prescribing addictive medication | Our practice has a policy on the safe prescription of benzodiazepines (BZDs) and opioids and this is discussed with the practice team. | Yes/no/not applicable |
| Practice system for triaging patients with acute illness | Our practice has a system to identify, prioritise and respond to (triage) life threatening and urgent medical matters for: a) sick/febrile children < 5 years b) patients with chest pain c) patients with mental health disorders. These are discussed periodically with all staff including receptionists. | Yes/no/not applicable |
| Practice system to support palliative and end-of-life care | Our practice has a system to support palliative and end-of-life care which is periodically discussed across the practice. | Yes/no/not applicable |
| Assessment of absolute cardiovascular risk | The percentage of active patient populations without known cardiovascular disease (CVD), with all required risk variables recorded to allow for an absolute cardiovascular risk assessment where patient populations are defined as: a) patients aged 45–74 years b) patients aged 35–74 years who identify as Aboriginal or Torres Strait Islander. | Data collection |

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Screening for smoking status | The percentage of active patients aged > 10–80 years who have a smoking status recorded. | Data collection |
| Screening for alcohol consumption | The percentage of active patients aged 15–80 years who have an alcohol status recorded. | Data collection |
| Childhood immunisation rates | The percentage of active child patients fully immunised for their age group in accordance with the National Immunisation Program (NIP) Schedule. | Data collection |
| Screening for retinopathy in patients with diabetes | The percentage of active patients with diabetes who have retinal screening performed. | Data collection |
| Screening for nephropathy in high-risk patients | The percentage of high-risk, active patients who have been screened for nephropathy (estimated glomerular filtration rate [eGFR] and albuminuria) where high risk patients are defined as: a) diabetic patients b) hypertensive patients c) Aboriginal and Torres Strait Islander patients aged > 35 years. | Data collection |
| Anti-platelet/anti-coagulant therapy in patients with coronary artery disease | The percentage of active patients with coronary artery disease (CAD) on anti-thrombotics. | Data collection |
| Lipid management in coronary artery disease | The percentage of active patients with known coronary artery disease (CAD) who have been prescribed lipid lowering therapy. | Data collection |
| Patient access to cognitive behaviour therapy | Our practice provides appropriate access to cognitive behaviour therapy (CBT) | Yes/no/not applicable |
| Audit of patients newly diagnosed with malignancy | Our practice undertakes a periodic audit of active patients diagnosed with malignancy to examine avoidable delays in diagnosis. | Yes/no/not applicable |
| Reduction of tobacco consumption in patients with chronic obstructive pulmonary disease | The practice has a smoking cessation program for active patients who have chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and continue to smoke. | Yes/no/not applicable |

Aboriginal and Torres Strait Islander National Key Performance Indicators (nKPIs)

Mer informasjon om datakilder og indikatorer på nettsiden (Australian Government Department of Health, 2011).

| |
|--|
| PI01: Proportion of Indigenous babies born within the previous 12 months whose birthweight has been recorded |
| PI02: Proportion of Indigenous babies born within the previous 12 months whose birthweight results were low, normal or high |
| PI03: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 0-14 years and had a Health Assessment completed within the previous 12 months, and proportion of regular clients who are Indigenous, aged 15 years and over and had a Health Assessment completed within the previous 24 months |
| PI05: Proportion of regular clients who are Indigenous, have Type II diabetes who have had an HbA1c measurement result recorded within the previous six months and proportion of regular clients who are Indigenous, have Type II diabetes and who have had an HbA1c measurement result recorded within the previous 12 months |
| PI06: Proportion of regular clients who are Indigenous, have Type II diabetes and whose HbA1c measurement result, recorded within either the previous six months or 12 months, was categorised as one of the following: less than or equal to 7% (less than or equal to 53 mmol/mol); ^ greater than 7% but less than or equal to 8% (greater than 53 mmol/mol but less than or equal to 64 mmol/mol); ^ greater than 8% but less than 10% (greater than 64 mmol/mol but less than 86 mmol/mol); ^ or greater than or equal to 10% (greater than or equal to 86 mmol/mol). ^ |
| PI07: Proportion of regular clients who are Indigenous, have a Chronic Disease Management Plan (MBS Item 721) prepared within the previous 24 months |
| PI09: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 11 years and over and whose smoking status has been recorded |
| PI10: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 11 years and over and whose smoking status has been recorded as one of the following: current smoker, ex-smoker, or never smoked. |
| PI11: Proportion of regular clients who are Indigenous, younger than 20, 20-34 years old, or 35 years and older, who gave birth within the previous 12 months and whose smoking status has been recorded as one of the following: current smoker, ex-smoker, or never smoked |
| PI12: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 25 years and over and who have had their BMI classified as overweight or obese within the previous 24 months |

| |
|---|
| <p>PI13: Proportion of regular clients who are Indigenous, who gave birth within the previous 12 months and who had gestational age recorded at their first antenatal care visit with results either: before 11 weeks; 11 to 13 weeks; 14 to 19 weeks; 20 weeks or later; no result recorded; did not attend an antenatal care visit</p> |
| <p>PI14: Proportion of regular clients who are Indigenous, and who are immunised against influenza</p> |
| <p>PI15: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 15 – 49 years, are recorded as having Type II diabetes or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and are immunised against influenza</p> |
| <p>PI16: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 15 years and over and who have had their alcohol consumption status recorded within the previous 24 months</p> |
| <p>PI17: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 15 years and over, who have had an AUDIT-C result recorded in the previous 24 months with a score of: greater than or equal to 4 in males and 3 in females; or less than 4 in males and 3 in females.</p> |
| <p>PI18: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 15 years and over who are recorded as having Type II diabetes and have had an estimated glomerular filtration rate (eGFR) recorded AND/OR an albumin/creatinine ration (ACR) or other micro albumin test result recorded within the previous 12 months.</p> |
| <p>Number and proportion of regular clients who are Indigenous, aged 15 years and over who are recorded as having cardiovascular disease (CVD) and have had an eGFR recorded within the previous 12 months.</p> |
| <p>PI19A: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 15 years and over, are recorded as having Type II diabetes or cardiovascular disease (CVD) and who have had an estimated glomerular filtration rate (eGFR) recorded within the previous 12 months with a result of (ml/min/1.73m²): greater than or equal to 90; greater than or equal to 60 but less than 90; greater than or equal to 45 but less than 60; greater than or equal to 30 but less than 45; greater than or equal to 15 but less than 30 or; less than 15.</p> |
| <p>PI19B: Proportion of regular clients who are male, Indigenous aged 15 years and over, who are recorded as having Type II diabetes and who have had an albumin/creatinine ration (ACR) recorded within the previous 12 months with a result of (mg/mmol): less than 2.5; greater than or equal to 2.5 but less than or equal to 25; greater than 25 OR the number and proportion of regular clients who are female, Indigenous aged 15 years and over, who are recorded as having Type II diabetes and who have had an albumin/creatinine ration (ACR) recorded within the previous 12 months with a result of (mg/mmol): less than 3.5; greater than or equal to 3.5 but less than or equal to 35; greater than 35</p> |
| <p>PI20: Proportion of regular clients who are Indigenous with no known cardiovascular disease (CVD) aged 35 to 74 years, with information available to calculate their absolute CVD risk.</p> |

| |
|---|
| <p>PI21: Proportion of regular clients who are Indigenous, aged 35 to 74 and with no known history of cardiovascular disease (CVD), who have had an absolute CVD risk assessment recorded within the previous 2 years and whose CVD risk was categorised as one of the following: High (greater than 15% chance of a cardiovascular event in the next 5 years). Moderate (10-15% chance of a cardiovascular event in the next 5 years). Low (less than 10% chance of a cardiovascular event in the next 5 years).</p> |
| <p>PI22: Proportion of regular female clients who are Indigenous, aged 25 to 74 years, who have not had a hysterectomy and who have had a cervical screening (HPV) test within the previous 5 years.</p> |
| <p>PI23: Proportion of regular clients who are Indigenous, have Type II diabetes and who have had a blood pressure measurement result recorded within the previous 6 months.</p> |
| <p>PI24: Proportion of regular clients who are Indigenous, have Type II diabetes and whose blood pressure measurement result, recorded within the previous 6 months, was less than or equal to 140/90 mmHg.</p> |

Vedlegg 4: Eksempel på rapportering av resultater

De utvalgte landene visualiserer og presenterer resultater på kvalitetsmålingen forskjellig. De fleste landene benytter interaktive nettsider, der resultater kan sorteres og filtreres som ønsket, hvilket gjør det mulig å følge trender over tid og tilpasse resultater. Under følger noen eksempler på presentasjon av resultater.

Danmark

Kvalitet i almen praksis (KiAP) – Forløbsplaner

| | | |
|--------------|----------|---------------------------|
| Patientliste | Overblik | Adgang til forløbsplan.dk |
|--------------|----------|---------------------------|

Diabetes patienter Aktuelle Antal = 17, hvor deres nyeste T90 diagnose er givet indenfor de sidste 3 år | [Print](#) [Download Excel](#)

| Navn | Cpr | Første | | | U- Alb / | | | | ACE/ AZA | | Statin | Influenza vacc. 2021/2022 | Forløbsplan udfyldt | Seneste årskontrol | Følges ikke i praksis | Pt. ikke relevant |
|---------------------|-------------|-----------------|---------|-------|-------------|-----|------|------|-------------|---|--------|---------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | | Kronikerhonorar | Debutår | HbA1c | Blodtryk | LDL | Krea | eGFR | Metformin | | | | | | | |
| Ane T. Lauridsen | 020160-9996 | | | 47 | 144/89 | 4,6 | 32 | 79 | | | | | 15-03-2019 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brita T. Berggren | 150981-9996 | | | 48 | 120/75 | 3,5 | 14 | 58 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cæcar T. Østergaard | 231114-3995 | | | 56 | 148/91 | 4,5 | 27 | 109 | | | | | 11-04-2019 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hanne T. Hansen | 280860-9996 | 27-10-2018 | 2015 | 46 | 132/82 | 4,2 | 66 | 70 | ● | | | | 12-06-2020 | 12-06-2020 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helmuth T. Hansen | 270761-9995 | | 2010 | 88 | 170/110 | 3 | 358 | 90 | ● | | | | 05-06-2020 | 05-06-2020 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilda T. Hansen | 220262-9996 | | | 49 | 140/92 | 5,2 | 10 | 21 | | ● | | | 05-10-2021 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Holger T. Hansen | 230262-9995 | | | 52 | 110/62 | 2,6 | 100 | 14 | | | | | 05-10-2021 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Karl T. Karlisen | 240450-9995 | 08-11-2019 | 2015 | 78 | 120/76 | 1,8 | 32 | 44 | | ● | ● | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kisser T. Karlisen | 230351-9996 | | 2015 | 60 | 165/102 | 1,6 | 22 | 38 | ● | ● | ● | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mads T. Madsen | 250556-9995 | 05-02-2020 | 2021 | 55 | 140/92 | 2,4 | 38 | 56 | | ● | ● | | 03-03-2020 | 03-03-2020 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magda T. Madsen | 260655-9996 | 07-03-2020 | 2005 | 44 | 110/62 | 2,6 | 44 | 88 | | ● | ● | | 04-04-2019 | 04-04-2019 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| May J. Moberg | 010862-9996 | | 1998 | 44 | 125/72 | 4,9 | 17 | 54 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nancy Berggren | 251248-9996 | 17-09-2018 | 2013 | 61 | 134/82 | 2,2 | 306 | 55 | ● | ● | ● | | 01-12-2017 | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruddi T. Berggren | 150277-9995 | | 2012 | 58 | 135/75 | 4,1 | 7 | 99 | | | | | 22-03-2019 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Susanne T. Sørensen | 210166-9996 | 02-04-2020 | 1992 | 52 | 145/87 | 1,2 | 2 | 14 | ● | | | | 10-01-2019 | 10-01-2019 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Søren T. Sørensen | 220265-9995 | 05-08-2020 | 1999 | 46 | 125/68 | 1,4 | 12 | 25 | ● | | | | 05-02-2020 | 05-02-2020 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tim T. Thomsen | 290964-9995 | | 2018 | 44 | 128/78 | 5,8 | 200 | 15 | ● | | ● | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Defineres ud fra nyeste måling:

Mikroalbuminuri = U-alb/krea 30-300 mg/g

Makroalbuminuri ≥ 300 mg/g

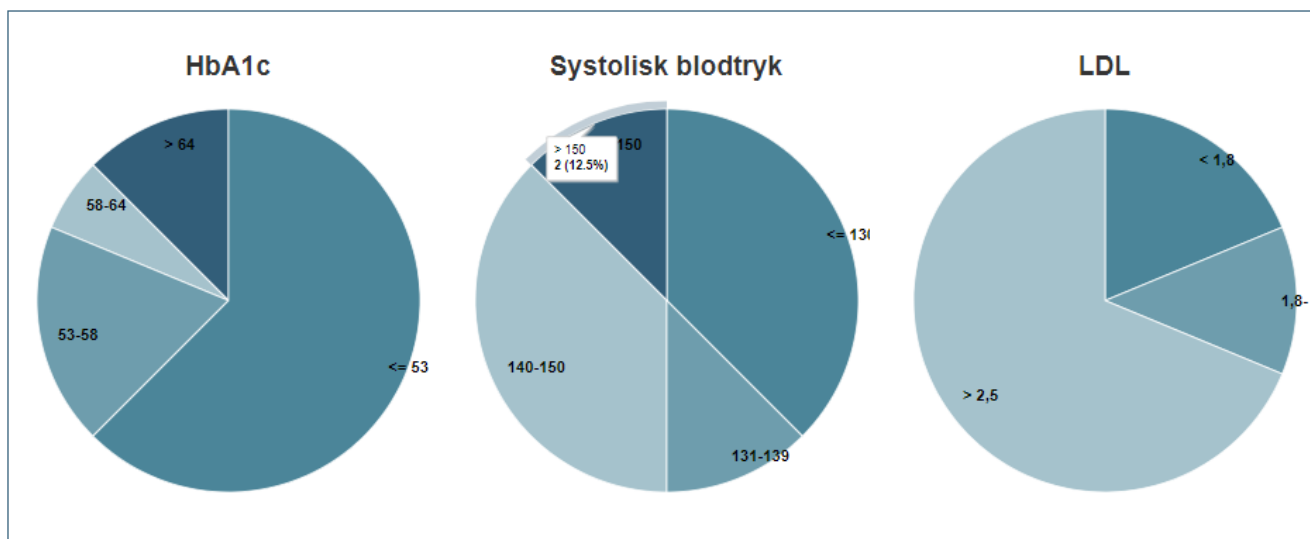
Figur 1: skærmdump av eksempel på grensesnitt i forløbsplan diabetes. Her vises bildet med pasientliste. I bildet er det mulig å klikke seg videre til den enkelte pasient for å kunne gjøre individuelle tiltak. Presenteres kun for allmennlegen (RKKP, 2022b).

Diabetes Overblik

Patientgrundlag:

Print

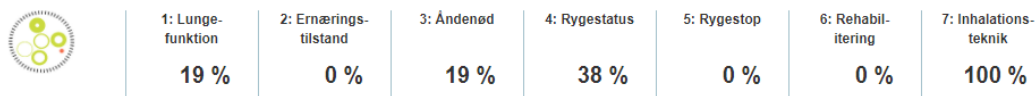
| Prævalens ⓘ | Patienter | Patienter med årskontrol ⓘ | Patienter med forløbsplan ⓘ | Patienter med kronikerhonorar ⓘ |
|-------------|-----------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 8.0 | 16 | 2 (12.5%) | 11 (68.8%) | 6 (37.5%) |



Figur 2: skjermdump av eksempel på grensesnitt i forløbsplan diabetes. Her vises resultater under fanen «overblik», som gir en samlet oversikt på flere målepunkter. Det er mulig å klikke seg inn i de forskjellige delene av diagrammene og på den måte få direkte tilgang til pasienter med ekstremverdier. Presenteres kun for allmennlegen (RKKP, 2022b).

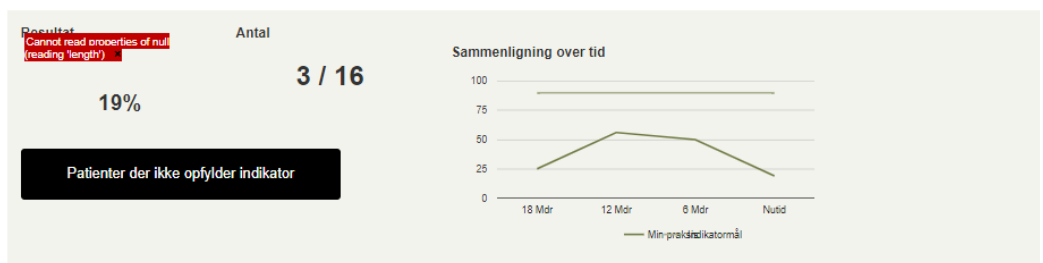
RKKP Indberetning **Indikatorer**

RKKP Indikatorer



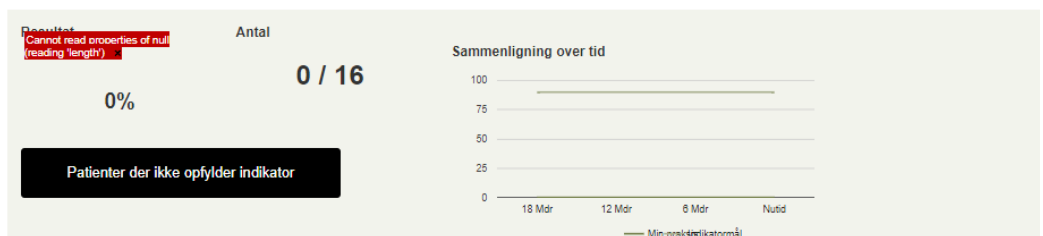
Indikator 1: Lungefunksjon

Andel af KOL-patienter i almen praksis, som får målt og registreret FEV1 i % af forventet minst én gang om året.



Indikator 2: Ernæringsstilstand

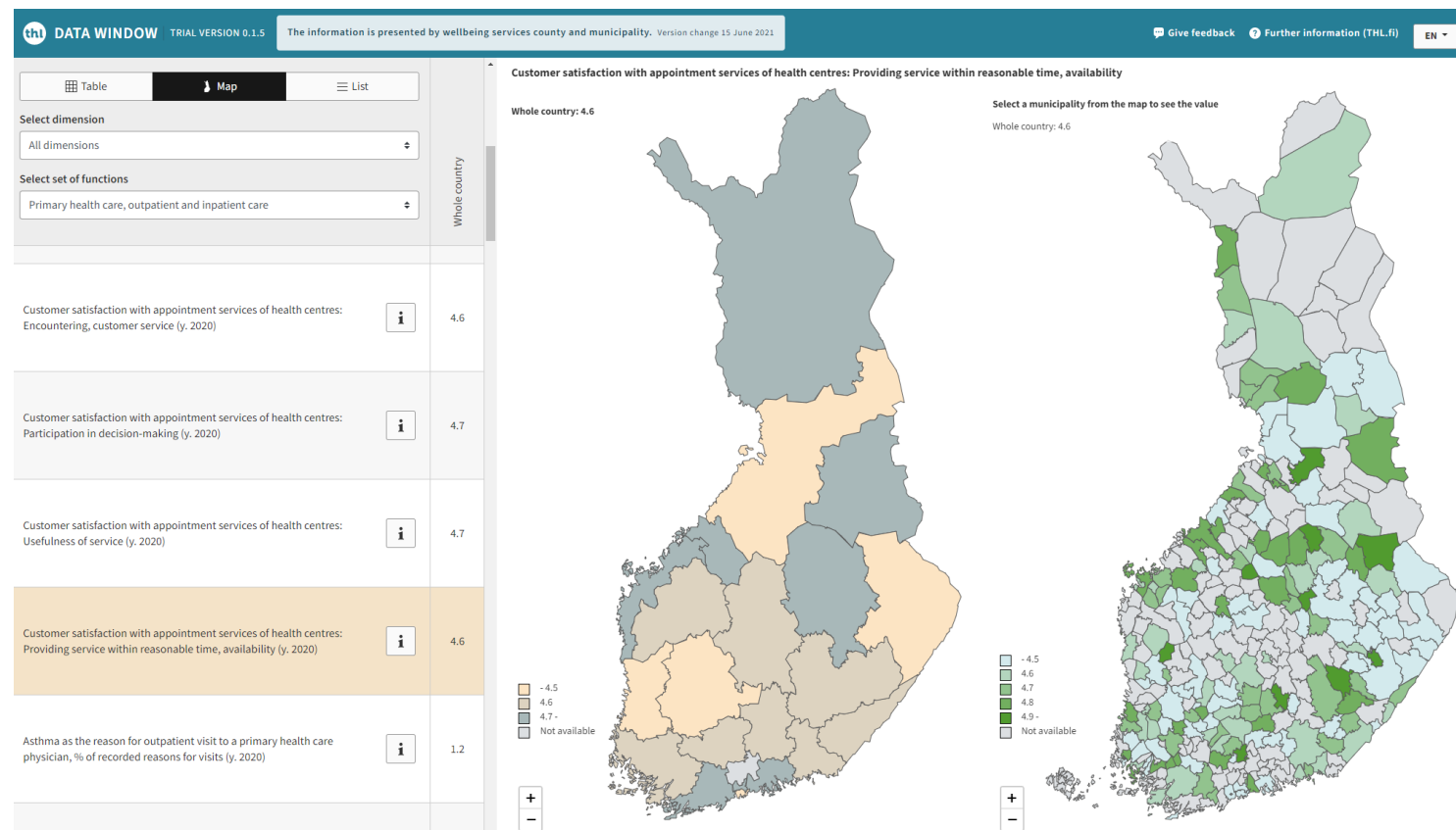
Andel af KOL-patienter i almen praksis, som får beregnet og registreret BMI minst én gang om året.



Figur 3: skjermdump av eksempel på grensesnitt i rkkp. Trykker man på knappen for «pasienter som ikke oppfyller indikator», får legen en liste med de pasienter som ikke oppfyller gitt kriterium. Presenteres kun for allmennlegen (RKKP, 2022c).

Finland

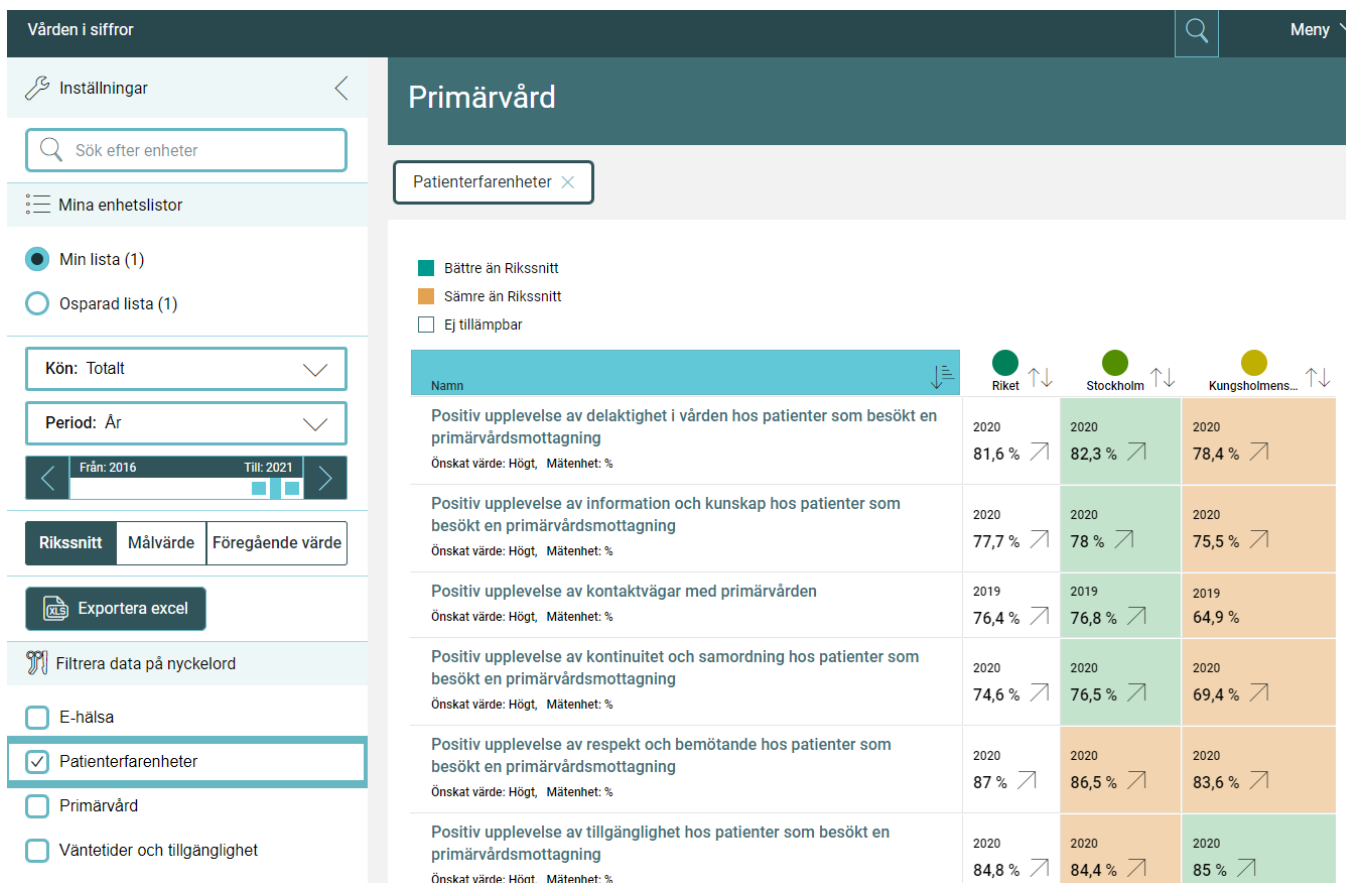
Sotkanet



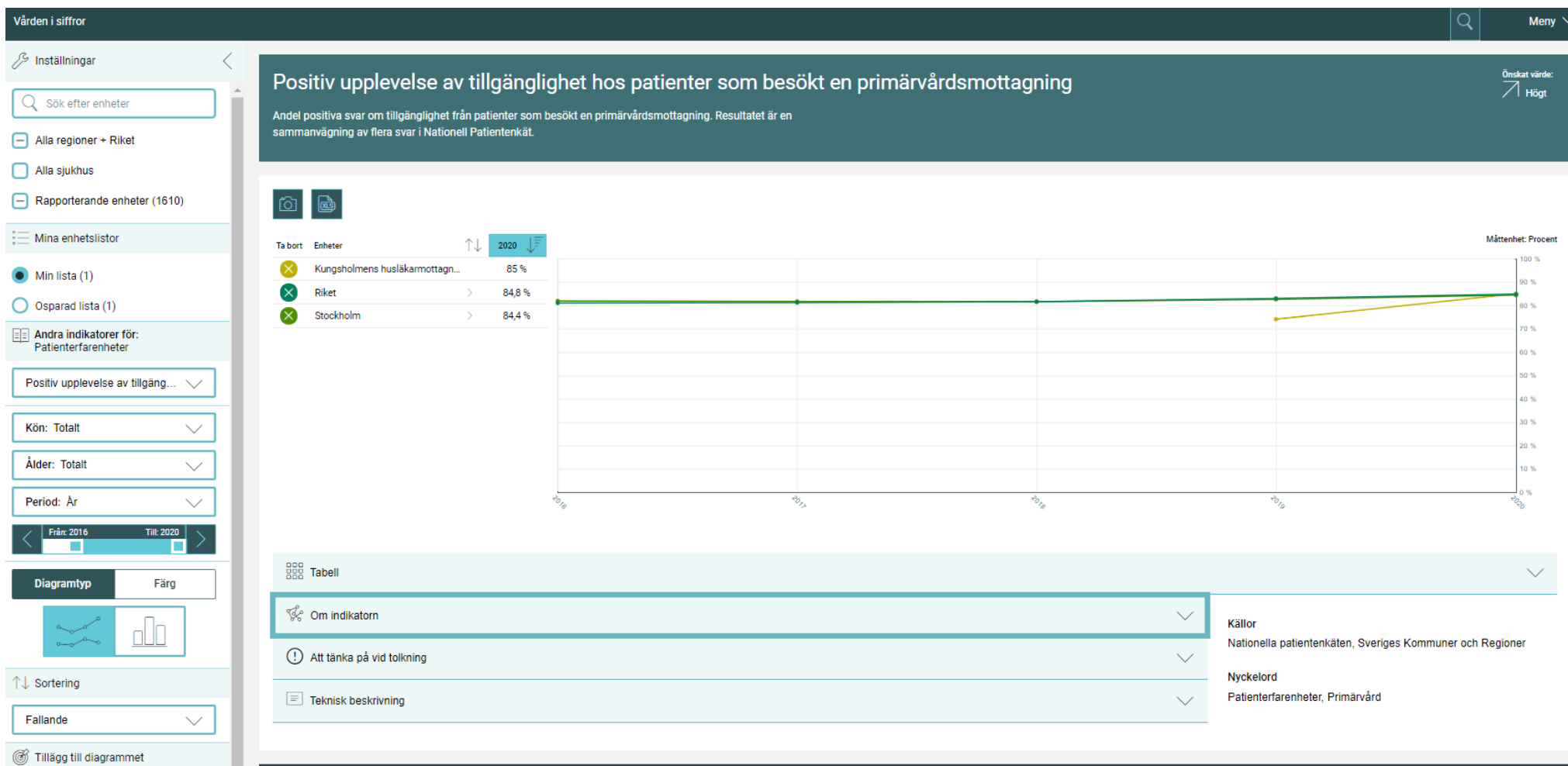
Figur 4: skjermdump av eksempel på grensesnitt i Sotkanet. Datavinduet har tre visninger: hovedvisning, kartvisningen og listevisning. Her vises resultater i kartvisning. I tabell til venstre er indikatorer for primærhelsetjenesten, inkludert landssnitt og informasjon om respektive indikator. I kartvisning vises resultater som farger. Siden er under utvikling (Instituttet för hälsa och välfärd, 2022b).

Sverige

Vården i siffror



Figur 5: skärmdump av exempel på grensesnitt i Vården i siffror. Her visas resultatet för pasienterfaringer i primærhelsetjenesten for Riket, Stockholm og et valgt allmennlegekontor (Sveriges Kommuner og Regioner, 2022e).



Figur 6: skärmdump av exempel på grensesnitt i Vården i siffror. Her visas en patienterfaringsindikator och resultatet för Riket, Stockholm och ett valt allmänlegeskontor. Her finnes også beskrivelse av den aktuelle indikatoren (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022e).

Nationell patientenkät

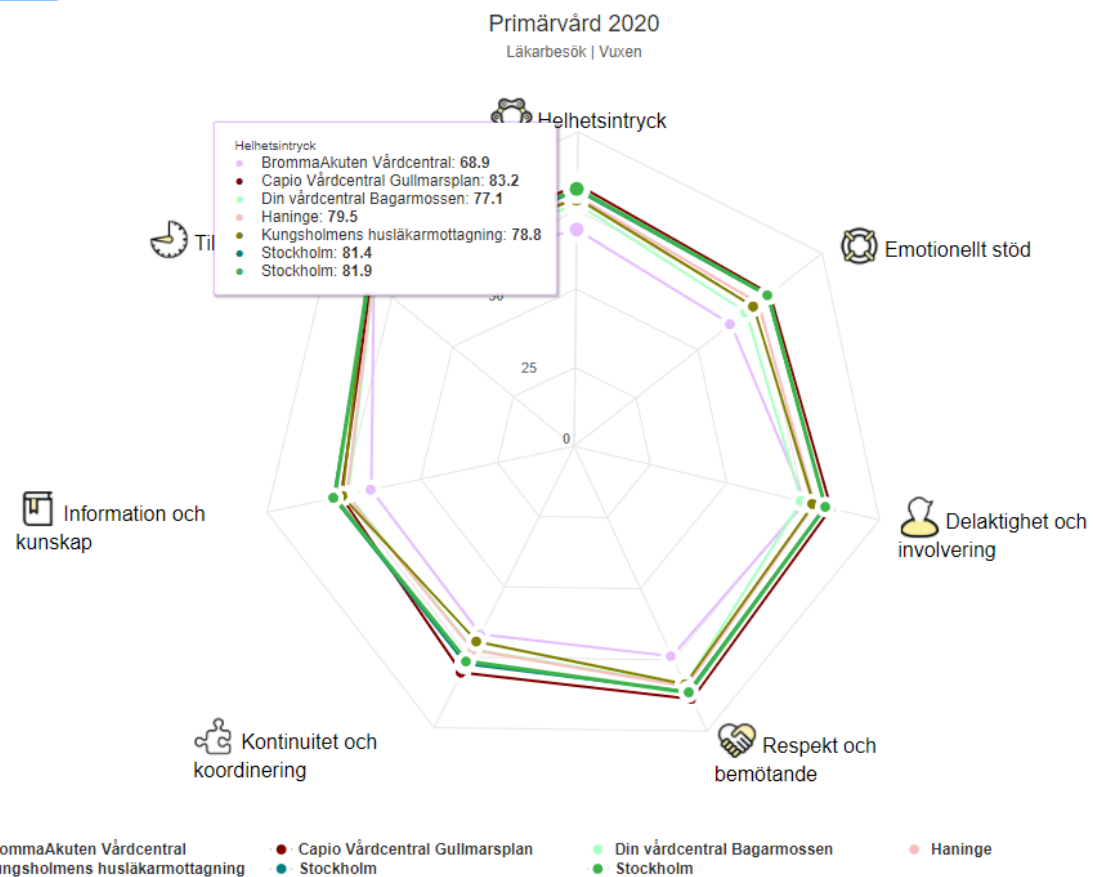
Spindeldiagram

Stapeltdiagram

Tabell

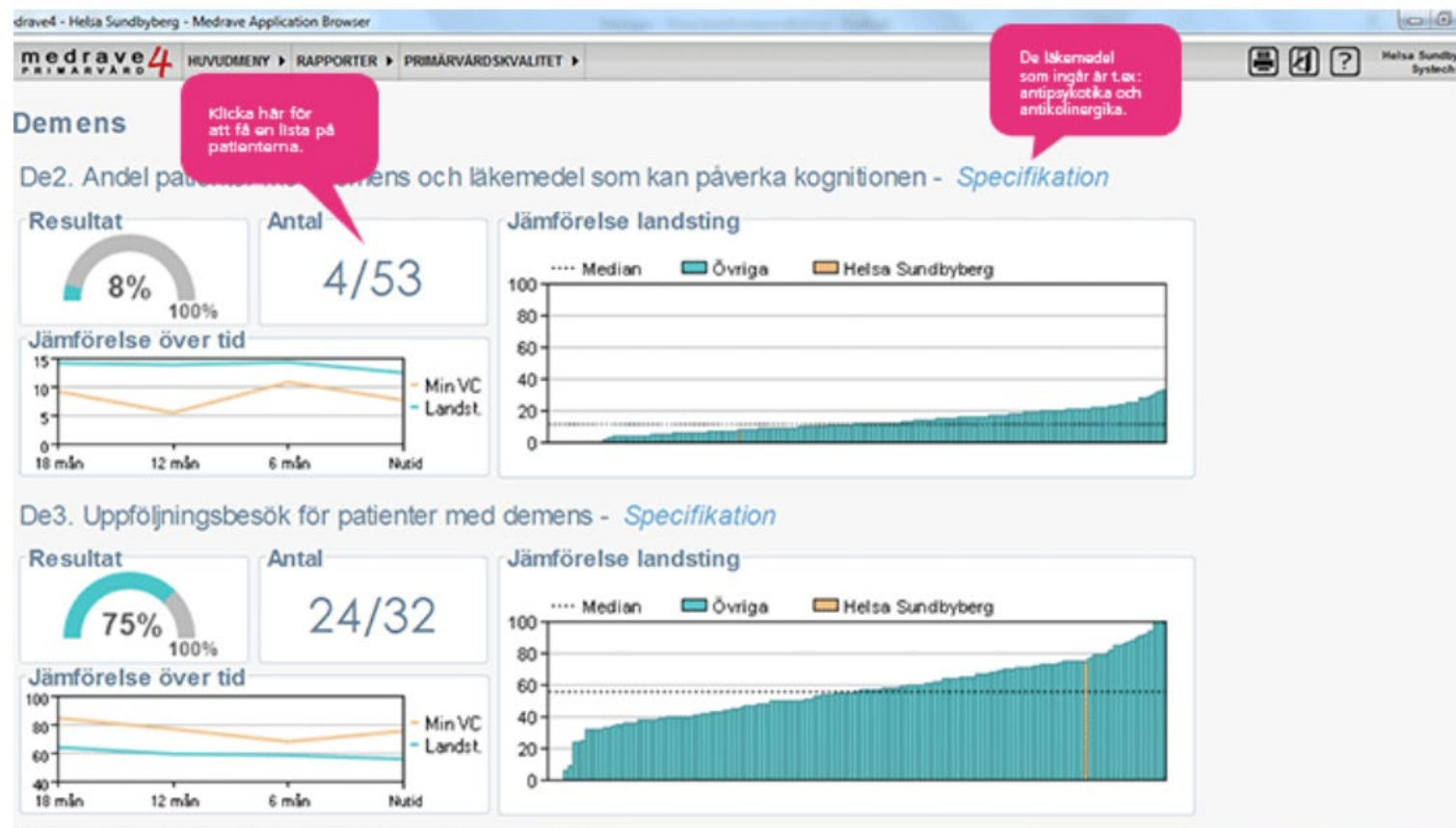
Svarsfrekvens

Utskick



Figur 7: skjermdump av eksempel på grensesnitt i Nationell patientenkät. Her vises et eksempel med resultater for Riket, Stockholm og valgte allmennlegekontorer. Resultater kan vises på forskjellig måte (Nationell Patientenkät, 2020).

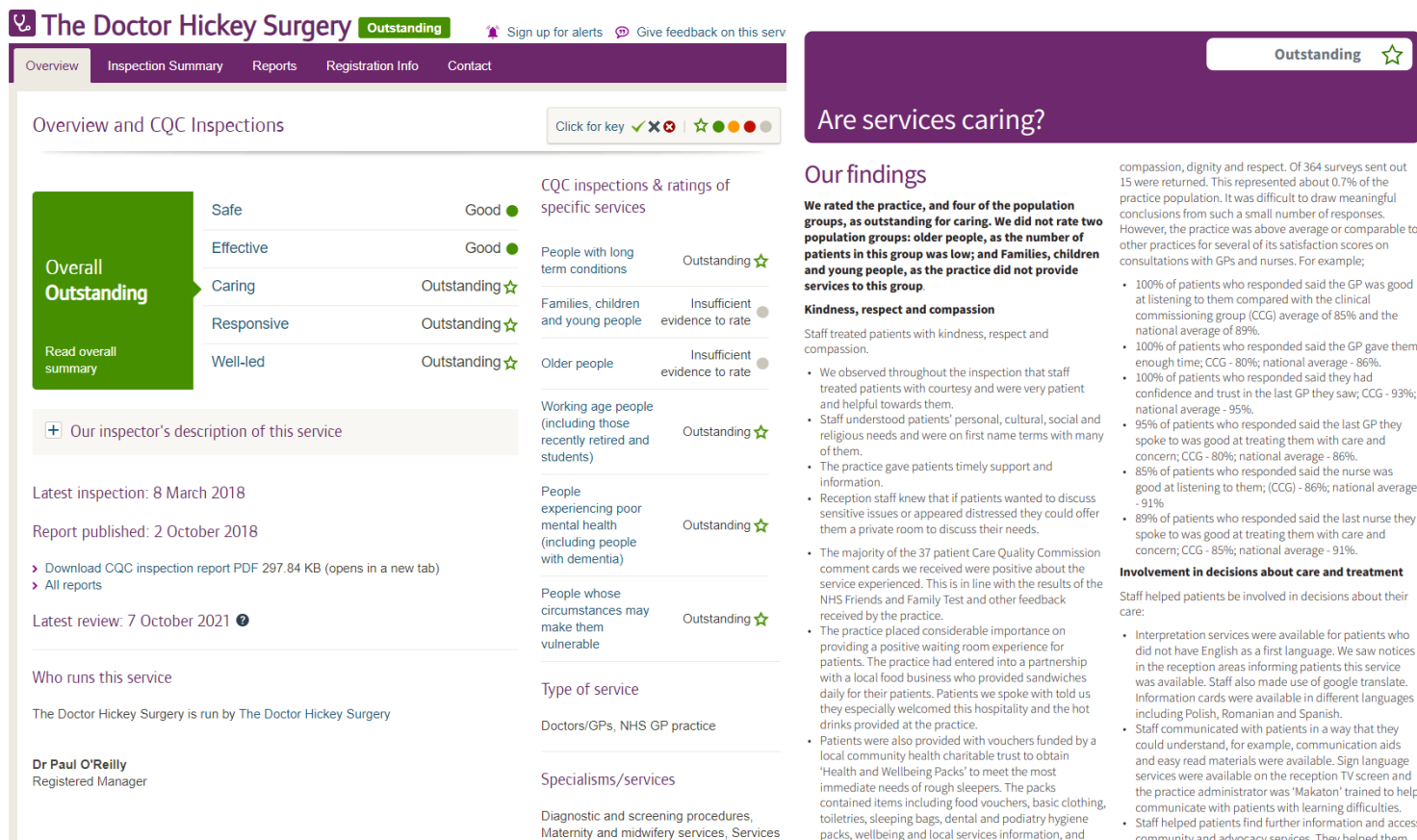
Primärvårdskvalitet



Figur 8: skjermdump av eksempel på grensesnitt i Primärvårdskvalitet. Eksempelet viser hvordan skjermbildet ser ut for allmennlegen for to indikatorer om demens. I bildet er det mulig å klikke seg videre til den enkelte pasient for å kunne gjøre individuelle tiltak. Det er også mulig å se hvordan indikatorene defineres, evidens og vanlige feilkilder. Presenteres kun for allmennlegen (Tidningen Evidens, 2017).

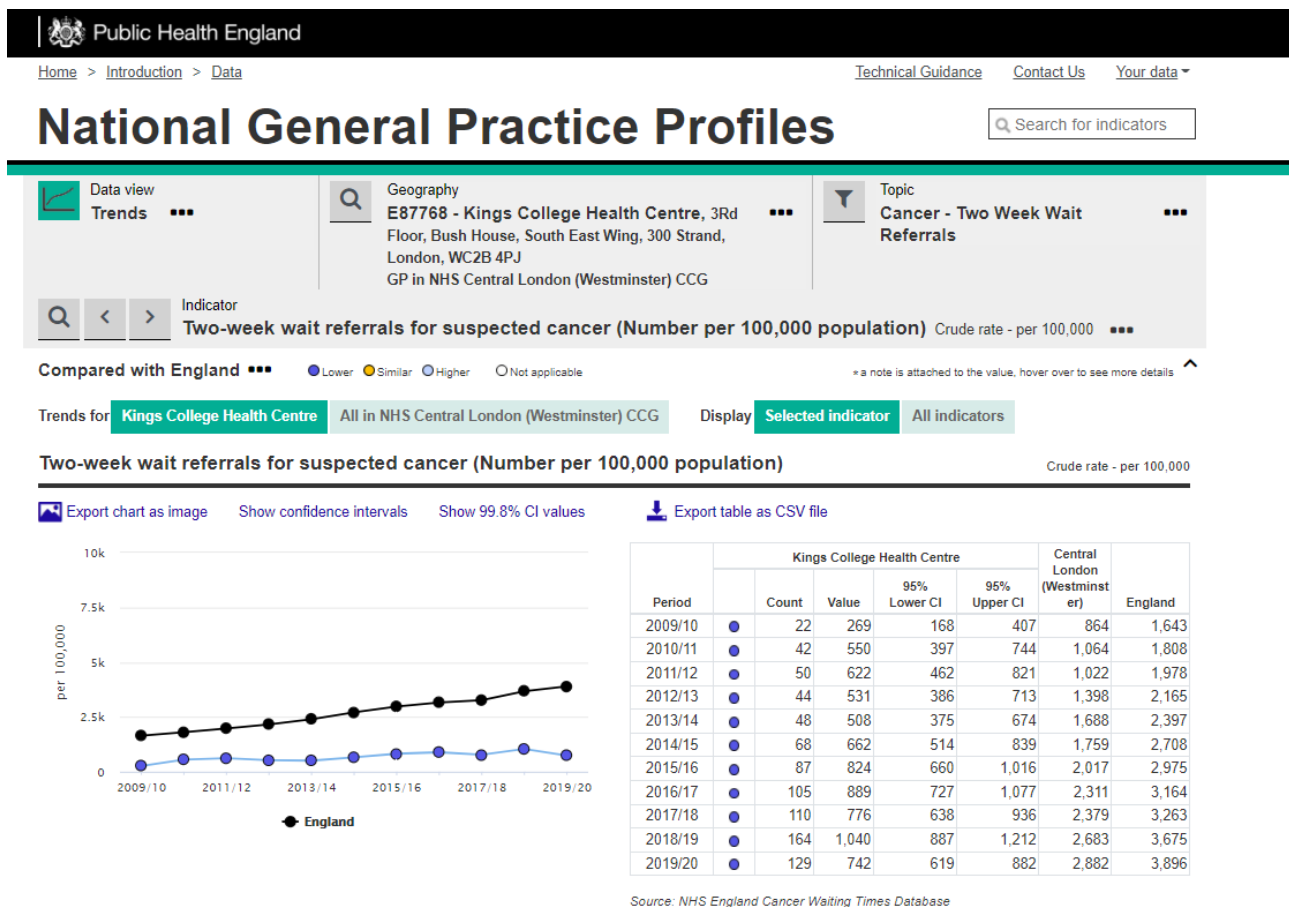
England

The Care Quality Commison - CQC



Figur 9: skjermdump av eksempel på grensesnitt i The Care Quality Commison. Under respektive fane fins detaljert informasjon om allmennlegekontorene (eks. over The Doctor Hickey Surgery). I rapportene (til høyre) ligger resultater fra målingen av indikatorene (Care Quality Commission, 2022b).

National General Practice Profiles

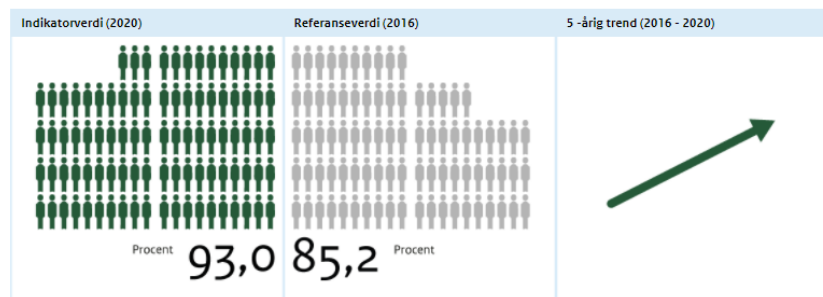


Figur 10: skjermdump av eksempel på grensesnitt i National General Practice Profiles. Her kan man se trender for den enkelte allmennlegekontor (eks. over Kings College Health Centre). Eksempel over er resultater for indikatoren “Cancer – two week wait referrals) sammenlignet med benchmark-data. Det er også mulig å sammenligne forskjellige praksis. Nettsiden gir utallige muligheter til å se og sammenligne data (Office for Health Improvement and Disparities, 2022).

Nederland

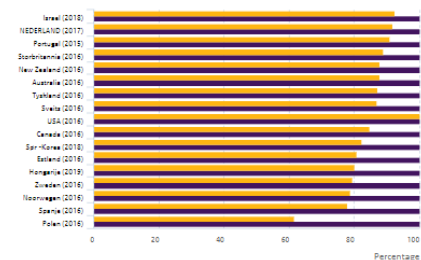
Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)

Fastlegen involverer pasienten i beslutninger

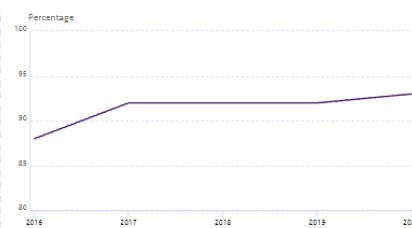


■ = ongunstig t.o.v. referentiewaarde ■ = referentiewaarde ▲ = ongunstige trend
■ = gunstig t.o.v. referentiewaarde ▲ = gunstige trend
■ = rond referentiewaarde ▲ = stabil over de tijd

Personer som angir at fastlegen involverer dem i beslutninger (i fjor tilgjengelig)



Trend hos pasienter som indikerer at fastlegen vanligvis/alltid involverer dem i beslutningstaking



Kilde: OECDs helsestatistikk

På grunn av en forskjell i metoden i den internasjonale beregningen, avviker det internasjonale tallet litt fra trendtallet. I tillegg er det internasjonale tallet ikke justert for alder og kjønn.

Kilde: Healthcare Consumer Panel, Nivel

For å bestemme en endring i perioden 2016 - 2020 ble det utført en regresjonsanalyse, korrigert for alder og kjønn. Den lineære regresjonen viser en betydelig økning, det er en økende lineær trend.

Disse tallene er også en del av

- Tilstand for helse og omsorg: nøkkel tall for politikk

| | Forklaring |
|---|---|
| Indikator for fullt navn | Andel personer som indikerer at fastlegen vanligvis eller alltid involverer ham eller henne i beslutninger om omsorg og behandling. |
| Kilde | Healthcare Consumer Panel, Nivel; OECD |
| Beregning | Teller: antall respondenter som indikerer at fastlegen vanligvis eller alltid involverer dem i å ta beslutninger. Nevnertrend: antall respondenter i alderen 18 år og eldre med fastlege eller fastlegepraksis (n = 701 (2020)). Nevner internasjonalt: antall respondenter på 18 år og eldre med fastlege eller fastlegepraksis (n = 630 (2017)). |
| Forklaring til beregningen | <ul style="list-style-type: none"> Tallene i trendfiguren er etablert etter vektning av resultatene, noe som gjør dem representative for befolkningen generelt når det gjelder alder og kjønn. De internasjonale tallene er vist urettede. For å bestemme en endring i perioden 2016 - 2020 ble det utført en regresjonsanalyse, korrigert for alder og kjønn. |
| Tolkning | Å involvere pasienten i beslutninger er en del av pasientsentrert omsorg og er derfor en indikator på kvaliteten på omsorgen. |
| Forklaring av indikator og referanseverdi | Indikatorverdien ble målt i 2020. Referanseverdien er det siste tilgjengelige året som publisert i Health at a Glance (OECD) og er medianen til 17 OECD-land (gjennomsnitt i USA). |
| År | 2020 |

Fastlegen tilbringer nok tid med pasienten

Figur 11. skjermdump av eksempel på grensesnitt i Volksgezondheidszorg.info. Eksempel over er resultater for indikatoren «allmennlegen involverer pasienten i beslutninger» (automatisk oversettelse fra nederlandsk) (Volksgezondheidszorg.info, 2022).

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Mars 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no