

# Handbok för utveckling av indikatorer

För god vård och omsorg

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2020-8-6877  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), augusti 2020

# Förord

Socialstyrelsen arbetar med indikatorer i olika uppföljnings- och utvärderingssammanhang inom vård och omsorg. Denna handbok beskriver hur Socialstyrelsen utvecklar indikatorer. Hur de tas fram och används inom olika uppföljnings- och utvärderingssammanhang. Rapporterna riktar sig till huvudmän och utförare inom offentligt finansierad verksamhet som bedriver vård och omsorg i kommuner och regioner.

Under 2020 har Socialstyrelsens *Handbok för utveckling av indikatorer* uppdaterats. De avsnitt som tidigare har ingått om uppföljning och utvärdering kring ekonomiska frågor, produktivitet & effektivitet har tagits bort. Dessa frågor hänvisas till Socialstyrelsens *Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer*.

Den här handboken ska bidra till att öka förståelsen för indikatorer och hur Socialstyrelsen utformar dem. Ett centralt avsnitt i handboken handlar om kriterier för hur indikatorer kan prövas och utformas.

Personer som har medverkat i denna revidering av handboken är Max Köster, Maria Rude, Martin Lindblom, Erik Wahlström, Tobias Edbom, Eva Lejman, och Marianne Aggestam. Ansvarig enhetschef är Stina Hovmöller.

Natalia Borg  
Avdelningschef



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	8
Handbokens syfte .....	8
Modell för kunskapsstyrning .....	8
God vård och omsorg .....	9
Om indikatorer .....	11
Kriterier för indikatorer .....	11
Indikatorer kontra andra mått .....	11
Olika typer av indikatorer .....	12
Att välja och dokumentera .....	16
Referenser .....	17
Bilaga 1 – förenklad bedömning .....	19
Bilaga 2 – fördjupad bedömning av nya indikatorer .....	20
Steg 1 – bedömning .....	20
Steg 2 – sammanfattning och beslut .....	22
Bilaga 3 – indikatorbeskrivning och dokumentation .....	23
Bilaga 4 – begrepp vid utveckling av indikatorer .....	26



# Sammanfattning

I denna handbok beskriver Socialstyrelsen hur indikatorer definieras och vilken typ av olika indikatorer som Socialstyrelsen tar fram. Kriterierna är vägledande för hur olika mått identifieras som möjliga indikatorer. Dessa kriterier är följande.

- Indikatorn ska ange **riktning**, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.
- Indikatorn ska vara **relevant** och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
- Indikatorn ska vara **valid**, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
- Indikatorn ska vara **vedertagen** och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
- Indikatorn ska vara **påverkbar** så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall.
- Indikatorn ska vara **mätbar** och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

Handboken redovisar vilken information som indikatorbeskrivningar bör bestå av och fördelen med att indikatorerna beskrivs på detta sätt. Indikatorernas roll beskrivs även inom ramen för Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning.

# Inledning

Huvudmän och utförare inom offentligt finansierad verksamhet arbetar kontinuerligt med att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen. Med nationellt framtagna indikatorer som fokuserar på ett specifikt område kan jämförelser göras mellan liknande verksamheter i kommuner eller regioner. Nationella indikatorbaserade jämförelser och utvärderingar genomförs ofta i samverkan med en eller flera andra aktörer.

Socialstyrelsen använder nationellt framtagna indikatorer i olika typer av uppföljningar och utvärderingar inom ramen för rådande kunskapsstyrningsmodell, exempelvis inom öppna jämförelser, nationella riktlinjer, utvärderingar samt vägledning.

I denna handbok beskrivs de krav som Socialstyrelsen ställer på en indikator samt hur olika typer av indikatorer som tas fram.

## Handbokens syfte

Syftet med denna handbok är att ge stöd till de personer som i sitt arbete använder indikatorbaserade jämförelser och utvärderingar inom vård och omsorg. De får en möjlighet att kontinuerligt utveckla verksamheterna för att uppnå bättre kvalitet eller effektivitet. Det analysarbete som tar vid i verksamheterna efter att Socialstyrelsen publicerat en rapport inom exempelvis öppna jämförelser beskrivs inte här. Men vid utformningen av indikatorerna ska analyserna beaktas så att de kan underlättas i nästa steg. Handboken beskriver grunderna i hur indikatorer utformas och utvecklas och är gemensamt för både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Handbokens huvudsakliga syfte är att:

- klargöra och beskriva de kriterier som ligger till grund för hur indikatorer definieras och utformas,
- redogöra för Socialstyrelsens metod för bedömning och utveckling av indikatorer,
- beskriva vad indikatorer är samt hur de skiljer sig från andra mått eller nyckeltal,
- beskriva hur indikatorer bör prövas och dokumenteras,
- beskriva Socialstyrelsens indikatorbibliotek där alla indikatorer förvaltas.

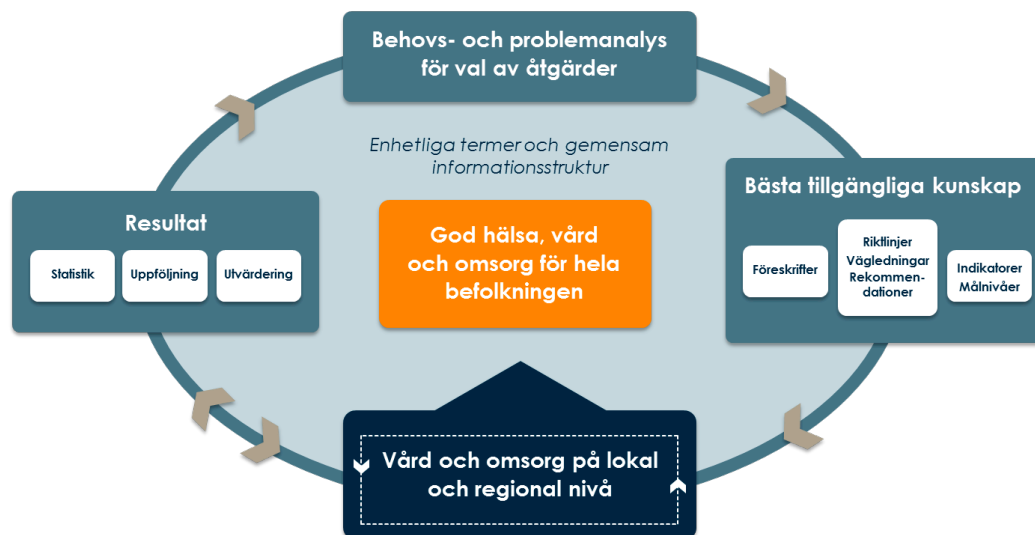
## Modell för kunskapsstyrning

Utvecklingen av indikatorer tar sin utgångspunkt i Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning. Modellen beskriver metoder för att systematiskt utveckla, följa upp och utvärdera vård och omsorg. Målet är att den bästa tillgängliga kunskapen ska genomsyra arbetet. På så sätt bidrar kunskapsstyrningen till en god vård och omsorg för alla medborgare. Uppföljningen av den samlade kunskapen i form av indikatorbaserade jämförelser och utvärderingar ska vara ett stöd för beslutsfattande på olika nivåer från



politiker till personal inom vård och omsorg. Nationella indikatorbaserade jämförelser och utvärderingar utgör ett av flera viktiga underlag i det fortsatta analysarbetet i verksamheterna. Indikatorernas roll i Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning illustreras i figur 1 nedan [1].

**Figur 1. Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning**



Källa: Socialstyrelsen

## God vård och omsorg

God vård och omsorg är ett samlingsbegrepp som tillämpas i utvecklingen av indikatorer. Det speglar de egenskaper som en god vård inom hälso- och sjukvården och en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. Gemensamma egenskaper för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten framgår enligt figur 2 nedan [1].

Figur 2. God vård och omsorg



Källa: Socialstyrelsen

Kvalitet är ett mångtydigt begrepp som används i många olika sammanhang. En vid definition av begreppet kvalitet är att det ska spegla alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger den dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov. Donabedian beskriver att kvalitet behöver sättas i sammanhang till vad det ska spegla och att det kan vara skifta ur olika perspektiv. Det kan handla om vad mottagaren, utföraren eller samhället uppfattar är kvalitet [2].

Kvalitet innebär att produkten eller tjänsten också ska utformas i enighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter och bästa tillgängliga kunskap. Kvalitet, enligt denna breda definition, avser allt som verksamheten gör, både hur produktionen utförs, vilka resultat som uppnås och hur resursanvändningen ser ut.

Begreppet kvalitet kommer i denna handbok att kopplas till hur indikatorer avser att mäta kvalitet. Då kan det bland annat handla om att ta hänsyn till de krav som anges i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete men även andra dimensioner kan komma att beaktas.

# Om indikatorer

Indikatorer används för att stödja huvudmän och utförare i kommuner och regioner i deras arbete med att förbättra verksamheterna, för att på så sätt uppnå en god vård och omsorg. Ett av huvudkriterierna för att kunna identifiera en indikator är att den har en uttalad riktning – det vill säga, att höga alternativt låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet eller effektivitet. I detta kapitel beskrivs de kriterier som Socialstyrelsens indikatorer ska bygga på samt de olika typer av indikatorer som finns.

## Kriterier för indikatorer

Socialstyrelsen ställer följande krav på de indikatorer som tas fram och publiceras med tillgänglig data:

- Indikatorn ska ange **riktning**, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.
- Indikatorn ska vara **relevant** och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra eller följa utvecklingen för och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
- Indikatorn ska vara **valid**, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
- Indikatorn ska vara **vedertagen** och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
- Indikatorn ska vara **påverkbar** så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall.
- Indikatorn ska vara **mätbar** och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

När indikatorer ska kartläggas och tas fram i ett projekt sker bedömning och prövning av indikatorerna utifrån kriterierna ovan. Bedömningen kan vara olika omfattande beroende på om det är en befintlig indikator eller om det är en ny indikator och beaktas inom ett specifikt projekt. Detta beskrivs längre fram i rapporten samt i medföljande bilagor längst bak.

## Indikatorer kontra andra mått

Indikatorer skiljer sig från andra typer av bakgrundsmått eller nyckeltal på grund av de krav eller kriterier som ställs på en indikator. Mått eller nyckeltal har oftast inte någon angiven riktning men kan vara viktiga för huvudmän eller utförare att följa upp och bevaka över tid. Befolkningsstruktur, geografiska förutsättningar och näringslivsstruktur är exempel på bakgrundsmått som en verksamhet följer eller bevakar med lämpliga data. Gemensamt

för dessa mått kan vara att de är svåra att påverka. Bakgrundsmått och nyckeltal kan i vissa fall användas för att ge ytterligare förklaring till en indikatorns utfall och variationer som uppvisas vid jämförelse med andra verksamheter.

I vissa fall kan det vara viktigt att peka på vad som vore önskvärt att mäta, när datakällor saknas. Inom nationella riktlinjer utformas ofta sådana utvecklingsindikatorer.

**Tabell 1. Skillnader mellan bakgrundsmått, utvecklingsindikatorer och indikatorer**

Bakgrundsmått/nyckeltal	Utvecklingsindikator	Indikator
-	1. Riktning	1. Riktning
2. Relevant	2. Relevant	2. Relevant
3. Valid	3. Valid	3. Valid
-	4. Vedertagen	4. Vedertagen
-	5. Påverkbar	5. Påverkbar
6. Mätbar	-	6. Mätbar

Källa: Socialstyrelsen

## Olika typer av indikatorer

Indikatorer kan som tidigare nämnts spegla olika dimensioner av kvalitet för god vård och omsorg. Nedan beskrivs närmare tre olika typer av indikatorer som Socialstyrelsen tar fram.

### Indikatorer som speglar kvalitet

De olika typer av indikatorer som Socialstyrelsen arbetar med visas i bilden nedan. Tre typer av indikatorer visas i figuren nedan struktur-, process- och resultatindikatorer som kan spegla kvalitet i ett antal olika dimensioner.

Dessa tre typer av indikatorer är de som förekommer mest i Socialstyrelsens rapporter. Nedan beskrivs några indikatorer som exempel på hur olika typer av indikatorer kan formuleras.

**Figur 3. Socialstyrelsens olika typer av indikatorer**



Källa: Socialstyrelsen

## Strukturindikatorer

Struktur avser att spegla de resurser som verksamheten har till sitt förfogande, t.ex. lokaler, utrustning, personal, kompetens, riktlinjer och överenskommelser, och andra påverkbara förutsättningar för verksamheten.

Strukturindikatorer	Kommentar
Andel sjuksköterskor på diabetesmottagningar respektive i primärvården som har minst 15 högskolepoäng i diabetesvård, samt minst 7,5 högskolepoäng i pedagogik, i procent [3].	Enligt Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015. Diabetesvård, bör diabetes-utbildade sjuksköterskor ha ämneskompetens och pedagogisk kompetens för att kunna tillgodose behov och ge stöd till personer med diabetes. Indikatorn speglar en viktig förutsättning i form av att relevant kompetens för en god diabetesvård finns i primärvården.
Aktuell rutin för hantering av skyddade personuppgifter vid handläggning och genomförande av insatser inom socialtjänstens delverksamheter [4].	Enligt Öppna jämförelser 2016, Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning ska kommunernas socialtjänst ha rutiner som säkrar att uppgifter om personer med skyddade personuppgifter inte röjs. Indikatorn belyser en viktig förutsättning och stimulerar till en trygg och säker hantering av personuppgifter för personer som är i behov av skydd efter att de utsatts för hot och våld.

## Processindikatorer

Process avser att spegla de aktiviteter som genomförs insatser, åtgärder och behandlingar, men process avser även att spegla hur aktiviteterna genomförs, dvs. kvaliteten i utförandet. Detta är en mer avgränsad definition av kvalitet eftersom den speglar sättet verksamheten utför produktionen på och kallas för processkvalitet. I denna snävare definition av kvalitet ingår inte måluppfyllelse i form av resultat utan processkvalitet handlar om hur väl aktiviteten utförs. Genomfördes operationen på bästa tekniska sätt eller fick brukaren eller patienten den insats, åtgärd eller behandling som hen borde få? Hur fungerade samspelet i kontakten?

Processindikatorer	Kommentar
Andel personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) med definition som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste de senaste 3 åren [5].	Enligt Öppna jämförelser. Säker vård. 2016, medför tidig upptäckt och behandling av kärlförändringar i ögonbottenarna minskad risk för synnedsättning. Regelbunden ögonbottenfotografering vart tredje år för patienter med typ 2-diabetes gör det möjligt att sätta in synbevarande laserbehandling i tid. Indikatorn speglar vårdens följsamhet till denna process, dvs. att ögonbottenundersökning genomförs hos aktuell målgrupp inom rätt tidsram.
Risikoförebyggande åtgärder i särskilt boende [6].	Äldre personer med sviktande hälsa och nedsatt rörelseförmåga drabbas oftare av fallskador, nutritionsproblem, trycksår och nedsatt munhälsa som orsakar ytterligare ohälsa, smärta, och beroende av hjälp och stöd. Arbetet med att förebygga fall, undernäring,

Processindikatorer	Kommentar
	trycksår och nedsatt munhälsa är en viktig del i en säker vård och omsorg för de äldre. Indikatorn är därför en viktig process att följa inom de särskilda boendena, dvs. att riskförebyggande åtgärder genomförs.

### Resultatindikatorer

I likhet med kvalitet är resultat också ett mångtydigt begrepp. Resultatindikatorer kan belysa olika typer av resultat men ska alltid vara kopplat till någon form av mål eller önskvärd riktning av utfallet för den aktuella målgruppen som berörs. De mål som huvudmän och utförare i kommuner och regioner ytterst ska uppnå är mål som anges i lagar, förordningar, föreskrifter, vetenskap eller kunskapsunderlag. Resultat avser de mål som uppnås för brukare och patienter t.ex. en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, eller ekonomisk och social trygghet för den enskilde. Målen i lagar, förordningar och föreskrifter är övergripande och ska operationaliseras på nästa nivå i verksamheten så att de kan mätas och uppnås. Genom att utveckla resultatindikatorer konkretiserar man vilka resultat som ska mätas för att kunna följa upp målen och för att identifiera i vilken mån verksamheterna uppnår ett önskvärt utfall.

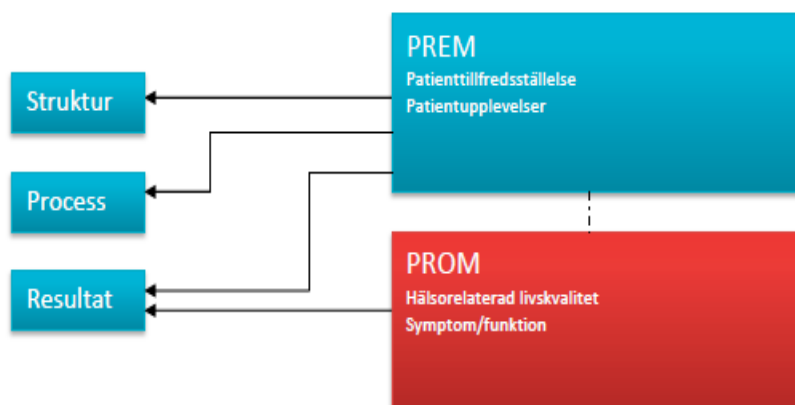
Resultatindikatorer	Kommentar
Andel personer med diabetes som har HbA1c > 70 mmol/mol [3].	God glukoskontroll är avgörande för att minska risken för diabeteskomplikationer. Högt HbA1c dvs. som överstiger HbA1c 70 mmol/mol medför kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer. En låg andel eftersträvas och indikatorns utfall speglar ett sammantaget resultat för hur flera rekommendationer för behandling av diabetes enligt Nationella riktlinjer efterlevs.
Andel barn födda i Sverige placerade hela åk 9 med behörighet att söka till nationellt program i gymnasiet [7].	Att ha fullföljt gymnasiet är en viktig skyddsfaktor för ett gott vuxenliv. Det är i dag en förutsättning för att få ett arbete och främjar en god fysisk och psykisk hälsa som vuxen. Indikatorns utfall mäter behörighet till att börja gymnasiet för de barn som är placerade i familjehem sista året i grundskolan. Indikatorn speglar ett sammantaget resultat för insatser som ges till familjehemsplacerade barn och som påverkar deras skolprestationer. Indikatorn är viktig i uppföljningssammanhang inom öppna jämförelser av familjehemsplacerade barn.

### Patient- eller brukarrapporterade indikatorer

Indikatorer kan även baseras på kunskap inhämtad från den det berör, dvs. patienten eller brukaren som mottagare av behandling eller insats. Inom hälso- och sjukvården används två typer av patientrapporterade mått – Patient Reported Experience Measures (PREM) och Patient Reported Outcome Measures (PROM) [8].

PREM avser att mäta patientens upplevelser av och tillfredsställelse med vården genom t.ex. frågor om bemötande, delaktighet, information, förtroende för vårdgivaren och tillgänglighet. PREM-indikatorer förekommer och kan utformas både som struktur-, process- och resultatindikatorer. PROM-indikatorer mäter utfallet efter en behandling eller åtgärd genom att fråga patienten om deras sjukdom och hälsa före och efter att en åtgärd eller behandling genomförts och för att sedan kunna jämföra dessa svar. PROM är en resultatindikator som mäter utfallet på effekter av den åtgärd eller behandling med hjälp av patientens egna erfarenheter, se figur 4.

**Figur 4. PREM och PROM i förhållande till struktur-, process- och resultat**



Källa: Sambanden mellan tillfredsställelse med och upplevelse av vården och patientrapporterat hälsoutfall. En rapport från PROMcenter.

Inom hälso- och sjukvården mäts PREM med Nationell patientenkät som utförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Både PREM och PROM mäts dessutom inom flera nationella kvalitetsregister för olika sjukdomsgrupper.

Inom socialtjänsten tas liknande uppgifter fram. Den nationella brukarundersökningen, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, som utförs av Socialstyrelsen innehåller motsvarande PREM mått. Inom socialtjänsten behövs även andra metoder än enkäter. Socialstyrelsen har tillsammans med Barnombudsmannen utvecklat, Att lyssna på barn i familjehem. En modell för nationell uppföljning av barn i familjehem [9] för att mäta PREM. Andra metoder för PREM mätningar inom socialtjänsten är brukarstyrda brukarrevisioner och fokusgrupper. Kommunala enkätundersökningar med brukare inom socialtjänsten har utvecklats av SKR tillsammans med kommuner. PROM används inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård för att mäta brukarens upplevelser före och efter att de fått insatser som exempelvis ASI (en standardiserad bedömning för att kartlägga en individs hela livssituation). Inom sociala barn- och ungdomsvården finns, Uppföljning barn och unga (UBU), som utvecklats på lokal nivå.

### *Datakällor*

För att kunna analysera och följa utvecklingen i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten med de utvalda indikatorerna som används, ingår ofta flera olika datakällor från olika aktörer. Socialstyrelsen förvaltar en rad register såsom hälsodataregister och socialtjänstregister. Dessutom genomför både Socialstyrelsen och andra aktörer större enkätundersökningar på nationell nivå riktade till olika verksamheter samt till brukare och patienter. Väntetidsdatabasen från SKR är ett exempel på datakälla som också används.

## Att välja och dokumentera

Att beskriva och utforma indikatorer kan sammanfattas i följande steg.

- Beskriv vilken verksamhet som berörs och som är mottagare av indikatorn.
- Inventera och pröva redan publicerade indikatorer mot kriterierna.
- Inventera och pröva nya indikatorer mot kriterierna.
- Ta ställning till andra mått som kan vara relevanta att redovisa tillsammans med indikatorerna, dvs. olika typer av bakgrundsmått.
- Bedöm den samlade uppsättningen av indikatorer och mått samt om omfattningen av indikatorer uppfyller syftet med uppföljningen eller utvärderingen.
- Dokumentera indikatorer och måtten i en indikatorbeskrivning om vad som ingår och hur indikatorn tas fram och operationaliseras.

Att beskriva den verksamhet som indikatorerna ska spegla är betydelsefullt för att mottagaren ska känna sig adresserad och eftersom indikatorn ska leda till verksamhetsutveckling hos mottagaren. Vid kartläggning och bedömning av redan befintliga indikatorer som publicerats prövas dessa på nytt mot kriterierna och det beskrivs i detalj i bilaga 1, dvs. då görs en förenklad prövning och bedömning.

Vid utveckling av nya indikatorer som inte publicerats tidigare görs en fördjupad bedömning, detta redovisas närmare i bilaga 2. Där ges ett utförligt stöd för hur nya indikatorer kan bedömas och prövas i två steg.

Den bedömning som görs bör dokumenteras. I arbetsprocessen är det naturligt att vissa indikatorer och mått exkluderas av olika skäl. Det är därför viktigt att även dokumentera och förtydliga dessa ställningstaganden och bedömningar. Dokumentation ökar förståelsen för urvalet av indikatorer som redovisas i den slutgiltiga rapporten.

Dokumentationen bidrar även till en god transparens och reproducerbarhet som är viktig för kvalitetsgranskning och framtida utveckling av indikatorer inom området. Dokumentation av indikatorerna redovisas i bilaga 3. Det är även viktigt att syntaxen från den statistikapplikation som används vid mätningen sparas för framtida åtkomst och tillförs dokumentationen.



# Referenser

1. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning, Rapport från ett utvecklingsprojekt, Socialstyrelsen, 2013.
2. Donabedian, A., Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. Eval Health Prof, 1983. 6(3): p. 363-75.
3. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015. Diabetesvård. Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen, 2015.
4. Öppna jämförelser, Socialtjänst, 2016, webbpublicering
5. Öppna jämförelser 2016. Säker vård. En indikatorbaserad uppföljning. Socialstyrelsen, 2017.
6. Öppna jämförelser 2015, Vård och omsorg om äldre jämförelser mellan kommuner och län. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2016.
7. Öppna jämförelser av social barn- och ungdomsvård 2015, resultat och metod, april 2015
8. Sambanden mellan tillfredsställelse med och upplevelse av vården och patientrapporterat hälsoutfall. En litteraturöversikt. PROMcenter, 2013.
9. Att lyssna på barn i familjehem. En modell för nationell uppföljning av barn i familjehem. Socialstyrelsen. 2016.



# Bilaga 1 – förenklad bedömning

Indikatorer som redan är publicerade bör prövas på nytt inom varje enskilt projekt mot de kriterier som Socialstyrelsen har satt upp. Nedan redovisas en förenklad bedömning mot kriterierna.

NR	KRITERIER	INDIKATOR	UTVECKLINGS-INDIKATOR	ANNAT MÅTT
1	Indikator ska ange riktning, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.	JA	JA	NEJ
2	Indikator ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.	JA	JA	JA
3	Indikator ska vara valid, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.	JA	JA	JA
4	Indikator ska vara vedertagen och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).	JA	JA	NEJ
5	Indikator ska vara påverkbar så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall.	JA	JA	NEJ
6	Indikator ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.	JA	NEJ	JA

Ovanstående prövning ger en samlad bedömning av **indikatorn** och anger:

i vilken utsträckning den uppfyller kriterierna, dvs. det är en **indikator** om alla kriterier är uppfyllda.

om det är en **utvecklingsindikator** som inte uppfyller kriterium 6 om mätbarhet

om det är ett **annat mått** som endast uppfyller ett fåtal av kriterierna.

# Bilaga 2 – fördjupad bedömning av nya indikatorer

Nedan redovisas hur förslag till nya indikatorer kan prövas utifrån de kriterier som bidrar till att fastställa om det är en indikator. Kriterierna med förtydligande texter ska vara ett stöd för att utforma och pröva nya indikatorer. När bedömning genomförts i steg 1 görs därefter en samlad bedömning i steg 2. Bedömningen ska bidra till att indikatorn får en gradering i indikatorbeskrivningen som ger en tydligare signal om hur skarp indikatorn är.

## Steg 1 – bedömning

### Indikatornamn:

1. Indikatorn har en riktning	JA	NEJ	OTILLRÄCKLIGT	BORDE PRÖVAS
Indikatorn ska ange riktning, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.				

#### Stöd inför bedömning

- Indikatorn speglar god kvalitet i form av att verksamhetens produktion följer kraven enligt gällande lagar, förordningar och föreskrifter, eller baseras på bästa tillgängliga kunskap. Verksamheterna har ett systematiskt arbetssätt som är ändamålsenligt.
- Effektivitet speglas i utfallet genom att belysa att rätt aktiviteter görs effektivt, dvs. ändamålsenliga insatser för patienter och brukare i relation till insatta resurser.
- Värden och omsorgen ska snabbt och enkelt kunna granska resultatet för deras verksamhet och utvärdera vad förbättringen innebär för dem om de genomför den.

2. Indikatorn är relevant	JA	NEJ	OTILLRÄCKLIGT	BORDE PRÖVAS
Indikatorn ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.				

#### Stöd inför bedömning

- Den identifierar ett problem antingen genom sin allvarlighetsgrad eller genom att den är omfattande och berör en stor patient- eller brukargrupp.
- Området som indikatorn ska mäta har förbättringspotential.
- Politiker, huvudmän, profession, patienter och brukare är angelägna om att se en förbättring inom området. Det kan även belysa ett område som är viktigt att bevaka över tid, att utfallet inte försämras utan hålls på en stabil nivå.
- Den har en fastställd målnivå.
- Indikatorn ger ett bra komplement avseende täckning av olika indikator typer, såsom struktur, process och resultat.
- Den speglar någon av de sex dimensionerna som utmärker god vård och omsorg, dvs. den speglar om värden eller omsorgen är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.
- Den stimulerar till lärande, kvalitetsförbättring och verksamhetsutveckling.
- Den möjliggör för patienter och brukare att kunna göra informerade val avseende deras vård eller omsorg.

3. Indikatorn är valid	JA	NEJ	OTILLRÄCKLIGT	BORDE PRÖVAS
------------------------	----	-----	---------------	--------------

Indikatorn ska vara valid, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.

**Stöd för bedömning**

- Några systematiska mätfel har inte identifierats och i annat fall har dessa diskuterats och bedömts vara rimliga när de gäller i vilken mån de påverkar utfallet av indikatorn.
- En standardiserad mätmetod tillämpas.
- Data samlas in systematiskt och strukturerat.
- Indikatorn kan skilja mellan god och mindre god vård och omsorg.
- Indikatorn mäts så att systematiska fel minimeras. Exempel på sådana fel kan vara skillnader mellan jämförda grupper som kan påverka utfallet. Exempel på detta är samsjuklighet, ålder, socioekonomisk bakgrund eller andra faktorer.
- Motivet och syftet till varför indikatorn mäts står klart.
- Reliabiliteten är god, dvs. mätprecisionen i de datakällor som används har värderats genom att slumppåverkan har bedömts (och ingår som en del i validitetsprövningen).
- Korrelation mellan olika delar och skalor (intern konsistens) har testats.
- Där så är relevant används enbart vedertagna och testade bedömningsskalor eller andra instrument.
- Indikatorn används i andra sammanhang för liknande syften.

4. Indikatorn är vedertagen och kunskapsbaserad	JA	NEJ	OTILLRÄCKLIGT	BORDE PRÖVAS
---	----	-----	---------------	--------------

Indikatorn ska vara vedertagen och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).

**Stöd för bedömning**

- Den kan härledas från lagstiftning eller kunskapsunderlag.
- Aktuellt kunskapsunderlag som den baseras på har definierats.

5. Indikatorn är påverkbar	JA	NEJ	OTILLRÄCKLIGT	BORDE PRÖVAS
----------------------------	----	-----	---------------	--------------

Indikatorn ska vara påverkbar så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall.

**Stöd för bedömning**

- Utfallet av indikatorn faller inom aktörens ansvarsområde.
- Det har tydliggjorts vilken huvudman/utförare som kan påverka utfallet.
- Huvudman/utförare får en signal om hur de kan ringa in det önskvärda området i sin fortsatta analys för att identifiera lämpliga åtgärder som kan påverka kvaliteten och/eller effektiviteten i utförandet.
- Nyttan med att förbättra utfallet har tydliggjorts ur ett verksamhetsperspektiv.

6. Bedömning av indikatorns mätbarhet	JA	NEJ	OTILLRÄCKLIGT	BORDE PRÖVAS
---------------------------------------	----	-----	---------------	--------------

Indikatorn ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

**Stöd för bedömning**

- Täckningsgraden är tillräckligt hög nationellt eller i relevanta delpopulationer.
- Alla relevanta aspekter för mätningen av indikatorn kan mätas.
- Indikatorn går att definiera operationellt.
- Bortfallet är beskrivet för den föreslagna datakällan och bedömt som acceptabelt. Framför allt beskrivs de systematiska bortfallet och hur det kan påverka resultatet.
- Felkällor och tolkningssvårigheter har beaktats.

## Steg 2 – sammanfattning och beslut

Baserat på den fördjupade bedömningen i steg 1, görs nu en samlad bedömning i steg 2 nedan, av den nya indikatorn som prövats ovan. Det innebär att varje kriterium blir vägledande i den samlade bedömningen nedan.

Samlad bedömning	JA	NEJ	OTILLRÄCKLIGT	BORDE PRÖVAS
1. Indikatorn har en riktning				
2. Indikatorn är relevant				
3. Indikatorn är valid				
4. Indikatorn är kunskapsbaserad/vedertagen				
5. Indikatorn är påverkbar				
6. Indikatorn är mätbar				

### Stöd för samlad bedömning

- En indikator som bedöms med alternativet "ja" för alla kriterierna innebär att den mäter resultat som i synnerhet återspeglar kvalitet och effekter som är kunskapsbaserade och som bevisligen leder till förbättrat resultat. Ju större precision desto skarpare är indikatorn och då har dess konsekvenser för verksamheten beaktats i utformningen. Indikatorn visar inte bara att utan också hur verksamheten ska arbeta för att uppnå god kvalitet.
- Socialstyrelsen tar fram indikatorer som mäter att vården är säker, tillgänglig, kunskapsbaserad, individanpassad, effektiv och jämlik. Som speglar hur en god hälsa i befolkningen kan uppnås med hjälp av de prestationer som vården och omsorgen utför och vilka effekter de leder till. Indikatorn ska vägleda verksamheterna och beslutsfattare att kunna basera sina beslut på senaste evidensen för god vård och omsorg i sitt kvalitetsförbättringsarbete.
- Indikatorer kan användas för olika ändamål som till exempel vid en mer generell kvalitetsförbättring eller för att spegla områden som behöver kvalitets förbättras. Den kan vara mer eller mindre preciserad.

Sätt kryss i lämplig ruta baserat på den samlade bedömningen som genomförts ovan och dokumentera dessa i indikatorbeskrivningen för respektive indikator.

Beslut och status	Indikator	Indikator under utveckling	Bakgrundsvariabel, annat mått eller nyckeltal
Indikator xx			

Utifrån den fördjupade bedömningen tas beslut om vilken **status indikatorn** eller måttet har efter prövning enligt beskrivet tillvägagångssätt.

## Bilaga 3 – indikatorbeskrivning och dokumentation

**Indikatorbeskrivning** – här samlas beskrivningen av indikatorn. Mallen fylls i för varje indikator och samlas exempelvis i en indikatorbilaga. Bilagan kan utöver beskrivningarna av indikatorer även innehålla beskrivningar av indikatorer under utveckling och andra mått som kompletterar indikatorerna. Indikatorer som exkluderats från urvalet bör också dokumenteras.

**Övergripande indelning 1: Verksamhetsområde. En eller flera av dessa kategorier: Socialtjänst, hälso- och sjukvård eller tandvård**

**Övergripande indelning 2: Indikatorområde (eller "verksamhet") En eller flera kategorier enligt överenskommet kodverk. Exempel: Barn och unga, äldre, primärvård, hemsjukvård, missbruksvård, strokesjukvård, cancervård, rörelseorganens sjukdomar**

<b>Titel (Kortnamn)</b>	Indikatorns kortnamn återspeglar ofta huvudrubrik i diagram, tillhörighet till ett (sjukdoms)område, (sjukdoms)grupp alternativt till behandling eller insats. Bör även återspegla syftet med indikator. Kortnamn ska innehålla max 6-7 ord, en titel med de viktigaste begreppen. Undvik att ha något om måtenhet här.
<b>Mått</b>	Fungerar som underrubrik i diagram. Om det är en kvot så anges det här även vad som mäts och i vilken population, alltså en mycket kortfattad beskrivning.
<b>Mätenhet</b>	Ex. <i>procent</i> . Kan användas vid behov och om det inte framgår under <i>Mått</i> .
<b>Syfte</b>	En kortfattad beskrivning av varför indikatorn används och vad den avser att visa. Indikatorns syfte omfattar två delar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beskrivning av varför området är relevant att mäta.</li> <li>2. Beskrivning av vad indikatorn avser att spegla.</li> </ol> <p>I de fall skillnaden är stor mellan vad som verkligen mäts och vad som avses att mätas kan även detta förklaras här.</p>
<b>Tolkning</b>	En sammanfattande text av hur indikatorn ska tolkas. Kan även användas som grundläggande text vid presentationer och i rapporter.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Anger namnet på det aktuella kunskapsstödet. Rubriken används endast när indikatorn härleds från en rekommendation eller ett ställningstagande och vill mäta följsamheten till denna.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Informationen ges i de fall som rubriken ovan (Nationellt kunskapsstöd) har fyllts i. Här beskrivs tillstånd och åtgärd, rekommendation samt prioriteringsgraden enligt nationella riktlinjer alternativt uppgifter om rekommendationer ur annat kunskapsstöd. Om indikatorn härleds från Nationella riktlinjer hämtas information i första hand via länkning till elektroniska dokument i andra hand anges länken för den plats där informationen finns eller så beskrivs parametrarna kortfattat direkt i denna beskrivning.
<b>Referens</b>	Här hänvisas till dokument, artiklar eller indikatorbatterier. Gäller andra stöddokument än där Socialstyrelsen mäter följsamhet till nationella kunskapsstöd
<b>Riktning</b>	Ange om högt eller lågt resultat för indikatorn är att föredra.
<b>Målnivå</b>	Anges om en målnivå har fastställts och beslutats av GD enligt Socialstyrelsens målnivåmodell. Dessutom anges och beskrivs målnivån kortfattat
<b>Typ av indikator</b>	Struktur, process eller resultat. Även andra typer kan förekomma.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Indelning enligt <i>God vård och omsorg</i> .
<b>Datakälla</b>	Namnge möjliga ingående datakällor.
<b>Datakällans status</b>	Här anges med vilken periodicitet och aktualitet som data finns för indikatorn. Om data saknas men kan komma att finnas i ett senare skede anges att indikatorn är en utvecklingsindikator.



<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Ange felkällor och begränsningar både av teknisk och tolkningsmässig karaktär.</p> <p>Beakta särskilt de 6 kriterierna för indikatorerna enligt Socialstyrelsens Handbok för utveckling av indikatorer:</p> <p>Indikatorn ska ange riktning</p> <p>Indikatorn ska vara relevant</p> <p>Indikatorn ska vara valid</p> <p>Indikatorn ska vara vedertagen</p> <p>Indikatorn ska vara påverkbar</p> <p>Indikatorn ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig data</p>
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p>Här beskrivs i löpande text beräkningsmetoden, hur data hanteras, inklusive datumhantering och uppföljningsperioder.</p> <p>Ange hur populationerna är avgränsade, t.ex. mål- och mät- eller rampopulation.</p> <p>Populationer beskrivs här så långt möjligt också med ICD/KVÅ/ATC eller annat kodverk i tabellform. Detta kan ske antingen direkt under rubriken "Teknisk beskrivning" eller under någon av nedanstående underrubriker. Med tabellform menas här att presentera de koder som omfattas med intervall i spann eller i kategorier av koder för att slippa långa listor som är väldigt svåröverskådliga</p>
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	<p>Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man faktiskt kan mäta och mäter i.</p> <p>Mätpopulationen kan beskrivas här med hjälp av något kodverk</p>
<i>Målpopulation:</i>	<p>Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man med indikatorn vill uttala sig om</p>
<i>Täljare :</i>	<p>Underrubriken används när måttet är en kvot. Täljaren kan beskrivas här med hjälp av koder i tabellform</p>
<i>Nämnare:</i>	<p>Underrubriken används när måttet är en kvot. Om nämnaren omfattas av en mätpopulation (rampopulation) som har beskrivits tidigare ovan hänvisas till denna. I annat fall kan nämnaren avgränsas med hjälp av koder i tabellform</p>
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	<p>Information om lämpliga indelningar vid redovisning av resultat</p>
<b>Kommentar</b>	<p>Rubrik för övrigt. Ex vis:</p> <p>För rekommendationer om vad som bör åldersstandardiseras och inte.</p> <p>Problem som man behöver ta hänsyn till kan också nämnas här.</p>

## Bilaga 4 – begrepp vid utveckling av indikatorer

Begrepp	Förklaring
God vård och omsorg	God vård och omsorg definieras enligt en eller fler av de sex egenskaper. <i>Kunskapsbaserad</i> : vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. <i>Säker</i> : vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet. <i>Individanpassad</i> : vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov samt förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. <i>Effektiv</i> : vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. <i>Jämlig</i> : vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. <i>Tillgänglig</i> : vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.
Indikator	En indikator är ett mått som uppfyller de kriterier som anges i denna rapport, dvs. att det som mäts har en riktning, är relevant, valid, kunskapsbaserad/vedertagen, påverkbar och mätbar.
Indikatorbeskrivning	Indikatorbeskrivningen är den text som återger och beskriver hur en indikator är utformad.
Indikatorområde	Behovs-, insats-, behandling- samt sjukdomsområde eller målgrupp av patienter eller brukare som berörs.
Kriterium	Kriterier är de krav som ska uppfyllas för att måttet ska kunna definieras som en indikator. Socialstyrelsen ställer upp ett antal kriterier i som beskrivs i denna rapport. Kriterierna är att indikatorn ska ha en riktning, vara relevant, valid, kunskapsbaserad/vedertagen, påverkbar och mätbar.
Kvalitet	Med god kvalitet menas att de varor eller tjänster som produceras och som följer kraven enligt gällande lagar, förordningar och föreskrifter, eller baseras på bästa tillgängliga kunskap. Verksamheterna behöver ha ett systematiskt arbetssätt för att vara ändamålsenliga, vilket skapas genom att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessutom ska indikatorer baseras på bästa tillgängliga kunskap för att identifiera vad god kvalitet är inom vård och omsorg. Begreppet kvalitet kan återspeglas i både struktur-, process- och resultatindikatorer.
Mottagare	Avser exempelvis regeringen, ansvariga huvudmän kommuner och regioner samt utförare som ska kunna påverka utfallet och som bedriver verksamhet åt olika huvudmän.
Mått	Mått och måttenheter beskriver hur indikatorn mäts, Exempelvis andel i procent eller antal per 100 000 i befolkningen.
Mätbar	Indikatorn ska vara mätbar genom att alla begrepp, populationer och mätperioder är definierade på ett tillförlitligt sätt. Indikatorn ska kunna mätas och data som indikatorn baseras på ska samlas in kontinuerligt. Den ska även vara nationellt tillgänglig, dvs. rikstäckande, och om möjligt ska den gå att bryta ned på olika nivåer. Indikatorn kan utgå från olika datainsamlingar som produceras av olika aktörer inom området. Indikatorn ska även vara kommunicerbar.
Process	Processindikatorer speglar vad som faktiskt görs i vården eller omsorgen, i vilken verksamhet och på vilket sätt. De indikatorer som tas fram inom ramen för nationella riktlinjer mäter exempelvis i vilken grad de rekommenderade åtgärderna utförs i vården.

Begrepp	Förklaring
Påverkbar	Indikatorns utfall ska kunna påverkas av huvudmän och utförare, indikatorn ska gå att tolka för den som bedriver verksamheten på kort eller lång sikt. Indikatorn ska identifiera viktiga aspekter av kvalitet eller effektivitet som har betydelse för berörda aktörer och även om möjligt visa hur verksamheten kan förbättras. Det innebär att det finns identifierade områden alternativt åtgärder eller beskrivna orsakssamband så att aktörerna kan påverka utfallet i den riktning som anses vara önskvärd. Indikatorn ska vara så entydig som möjligt och standardiseras så långt som möjligt. Identifierade felkällor ska beskrivas så att de kan beaktas vid tolkning och analys.
Relevans	Beskriv hur indikatorn är relevant och varför området är viktigt för verksamheten att förbättra, samt hur den speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
Resultat	Resultatindikatorer är den typ av indikatorer som ska spegla utfallet i hälsa och välbefinnande hos olika målgrupper i förhållande till måloppfyllelsen.
Riktning	Indikatorn ska ha en riktning där höga alternativt låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet eller effektivitet.
Struktur	Strukturindikatorer speglar de förutsättningar och resurser som finns i verksamheterna och som går att påverka. Det kan vara olika materiella resurser i form av lokaler, utrustning och hjälpmedel. Personalens utbildning och kompetens är andra exempel samt verksamhetens organisation och rutiner.
Syfte	Beskriver vad indikatorn avser att mäta och varför det är viktigt att mäta.
Teknisk beskrivning	Beskriver indikatorns operationella definition. Så som sjukdomsgrupp, specifik målgrupp av patienter eller brukare, diagnosgrupp, specifik behandling eller insats m.m. Den tekniska beskrivningen anger hur indikatorn är mätbar så att den kan återskapas av mottagare, dvs. mätmetod samt begrepp som används, population, täljare och nämnare samt hur ofta indikatorn mäts på nationell nivå. Ange även täckningsgrad samt ICD-, ICF- och KVÅ-koder samt ACT-koder.
Typ av indikator	Totalt finns det i dag tre olika typer av indikatorer som kan spegla struktur, process, resultat.
Täckningsgrad	Täckningsgraden definieras som antalet operationer, inskrivningar eller patienter registrerade i datakällan av samtliga sådana fall som borde ha registrerats. I vissa fall har valideringsstudier gjorts för vissa patientkategorier som indikerar täckningsgraden. Socialstyrelsen gör också en del analyser på täckningsgrad baserade på jämförelser mellan kvalitetsregistren och Socialstyrelsens hälsodataregister.
Utfall	Utfallet är det värde som verksamheten kan arbeta vidare med i sitt analysarbete och i kommande förbättringsarbete.
Utvecklingsindikator	En utvecklingsindikator är ett förslag till indikator som oftast inte går att mäta i nuläget, men som är angelägen att mäta så snart datakällor utvecklats.
Validitet	En indikator är valid om den mäter det den avser att mäta samt att begrepp, populationer och mätperioder är definierade. Den mätning som indikatorn baseras på ska vara upprepbar och möjlig att följa över tid. Det är även viktigt att källan till data är tillförlitlig, också över tid. Indikatorn ska gå att mäta år efter år.
Vedertagen	Indikatorn ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, vilket innebär att den ska vara relevant, vedertagen och bygga på någon kunskapsgrund. Det kan vara rekommendationer i riktlinjer, kunskap från kunskapsöversikter, föreskrifter och allmänna råd samt annan beprövad erfarenhet eller andra vetenskapliga underlag. Indikatorn ska belysa områden som är viktiga och angelägna för verksamheterna.