



2010:22



STATSKONTORET

Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre

Delrapport 1





STATSKONTORET

MISSIV

DATUM

2010-10-28

ERT DATUM

2010-03-25

DIARIENR

2010/66-5

ER BETECKNING

S2010/2667/ST
(delvis)

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre

Statskontoret fick i mars 2010 i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera den treåriga överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.

Statskontoret ska årligen lämna en delrapport till Socialdepartementet senast den 1 november 2010, 1 november 2011 och 1 november 2012. En slutrapport ska lämnas senast den 1 september 2013.

Statskontoret överlämnar härmed den första delrapporten *Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre* (2010:22).

Generaldirektör Yvonne Gustafsson har beslutat i detta ärende. Utredningschef Mikael Halápi och utredare Anna Pauloff, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Yvonne Gustafsson

Anna Pauloff

Innehåll

	Sammanfattning	7
	Statskontorets förslag	10
1	Inledning	11
1.1	Statskontorets uppdrag	11
1.2	Genomförande och avgränsningar	11
2	Bakgrund	15
2.1	Problembild	19
2.2	Styrning genom statsbidrag	21
2.3	Andra statliga satsningar för att förbättra vård och omsorg om äldre	23
3	Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre	25
3.1	Ökad användning av kvalitetsregistren	27
3.2	Stöd till ett systematiskt förbättringsarbete	27
3.3	Nationell samordning genom SKL	30
3.4	Övriga delar av överenskommelsen	33
4	Svenska palliativregistret och Senior alert	37
4.1	Allmänt om kvalitetsregister	37
4.2	Svenska palliativregistret	42
4.3	Senior alert	46
5	Tänkbara incitament och hinder för att registrera i kvalitetsregistren	53
5.1	Registrens utformning och uppbyggnad	54
5.2	Statsbidragets utformning	55
5.3	Övergripande styrning och organisation av vården	56
5.4	Huvudmännens styrning och organisation	57
5.5	Ledning av verksamheterna	58

6	Slutsatser	61
6.1	Överenskommelsen som helhet	61
6.2	Ökad användning av kvalitetsregistren	62
6.3	Stöd till ett systematiskt förbättringsarbete	66
6.4	Nationell samordning genom SKL	67
	Referenser	69

Bilagor

1	Regeringens uppdrag till Statskontoret	73
2	Frågeformulär Svenska palliativregistret och Senior alert	75

Sammanfattning

Regeringen fastslog i budgetpropositionen för 2010 en successiv omläggning av nuvarande riktade statsbidrag till insatser för äldre. Omläggningen innebär att ett mer prestationsbaserat system ska införas, där fördelningen av medel grundas på uppnådda resultat i stället för på projektansökningar från kommuner och landsting. I februari 2010 ingick staten genom regeringen en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL) om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Det övergripande syftet är att förbättra livskvalitet, hälsa och värdighet hos de mest sjuka äldre.

Statskontoret har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen vad gäller utvecklingen av de två kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret, stödet till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre samt SKL:s nationella samordning av insatserna.

Överenskommelsen ska gälla till och med år 2013, men kommer att omförhandlas varje år. Denna delrapport utgör den första av fyra rapporter och beskriver hur arbetet har kommit igång. Vi gör också en bedömning av risker och möjligheter med satsningen. Statskontorets bedömning grundas bland annat på besök och intervjuer med företrädare för vården och omsorgen om äldre.

Arbetet med överenskommelsen är fortfarande i ett tidigt skede. Vi återkommer därför med mer djupgående beskrivningar och analyser i de kommande rapporterna.

Överenskommelsen är svår att överblicka

Överenskommelsen innehåller flera olika typer av insatser och är därför svår att överblicka. Det är oklart hur de olika delarna hänger samman och vad de förväntas leda till. Till exempel är endast en del av statsbidraget i överenskommelsen kopplad till målet för prestationsersättningen trots att hela statsbidraget uppges vara prestationsbaserat. Enligt Statskontoret borde överenskommelsens olika delar tydliggöras och fördes med tidssatta och kvantifierade mål.

Kvalitetsregistren kan utveckla vården och omsorgen

Såväl Senior alert som Svenska palliativregistret har utvecklats lokalt och utgår från identifierade problem inom vården och omsorgen av äldre. Statskontoret anser att kvalitetsregistren ger förutsättningar för att kunna utveckla denna vård och omsorg. Registren stödjer ett mer strukturerat sätt att arbeta och ger en bra grund för verksamhetsuppföljning. Statskontoret menar dock att vissa villkor måste vara uppfyllda för att satsningen på kvalitetsregister ska lyckas.

Tydligare styrning och kontroll av kvalitetsregistren krävs

Det kan finnas problem med att styra en verksamhet via kvalitetsregister. De indikatorer som följs upp och jämförs blir starkt styrande för verksamheten. Det finns därmed en risk för att andra förebyggande insatser prioriteras ned. Det går heller inte att utesluta att vårdgivare lämnar felaktiga uppgifter för att de vill uppvisa goda resultat eller för att få ta del av prestationsersättningen. Nu när dessa lokalt utarbetade register ska föras ut i hela landet och ligga till grund för ett ändrat arbetssätt är det angeläget att såväl regeringen som kommuner och landsting vidtar åtgärder för att minimera sådana risker. Det kan handla om att se till att indikatorerna har en god spridning, att verksamheten följs upp och kvalitetssäkras och att indikatorerna förändras med viss regelbundenhet.

Statskontoret menar också att styrningen och kontrollen av registren måste systematiseras. Vår utvärdering visar att inrapporterade uppgifter inte kvalitetssäkras på ett tillfredsställande sätt. Det innebär att de uppgifter som vårdgivarna rapporterar inte kontrolleras i efterhand. Statskontoret efterlyser en mer strukturerad kvalitetssäkring och ett tydligt nationellt grepp om tillsynen över registren. Detta behov framhålls även av den nyligen avslutade översynen av nationella kvalitetsregister.

Statskontoret lämnar ytterligare slutsatser om styrningen och kontrollen av kvalitetsregister i kapitel 6 i rapporten.

Täckningsgraden har ökat

Under år 2010 har täckningsgraden ökat för båda kvalitetsregistren. Inom 114 av totalt 290 kommuner registreras för närvarande minst 40

procent av dödsfallen i Svenska palliativregistret, vilket motsvarar den lägre nivån i överenskommelsen. Den högre nivån om 70 procent nås inom en kommun.

Till Senior alert är för närvarande 74 kommuner och 12 landsting anslutna. Några uppgifter om andelen registrerande enheter kan ansvariga för registret ännu inte redovisa. Enligt överenskommelsen ska samtliga relevanta enheter inom en kommun eller landsting ha påbörjat registrering för att ersättning ska ges. SKL har dock i sin uttolkning sänkt denna ambition. Om kommunen eller landstinget anmält alla sina enheter räcker det att någon eller några enheter registrerar.

Fortsatt behov av prestationsersättning

Även om täckningsgraden har ökat är det sannolikt många kommuner och landsting som inte kommer att nå målen för prestationsersättningen under år 2010. Det kan ta tid att förankra beslut om att börja använda registren. Statskontoret anser att det kan finnas behov av att koppla ersättningen till påbörjad registrering även under nästa år. Detta för att samtliga kommuner och landsting ska ha en chans att delta i satsningen. Om regeringen anser att prestationsersättningen ska finnas kvar även på längre sikt bör tyngdpunkten successivt flyttas över till uppnådda resultat i stället för till påbörjad registrering.

Stimulansmedel och kvalitetsregister har olika syften

I Statskontorets uppdrag ingår att bedöma om prestationsbaserat statsbidrag utgör ett mer effektivt styrmedel än den traditionella formen för fördelning av medel efter projektansökningar, så kallade stimulansmedel. Statskontoret kan konstatera att stimulansmedlen har delvis andra syften än kvalitetsregistren. Stimulansmedlen syftar till att stimulera utveckling inom flera olika områden, medan kvalitetsregistren ska förstärka ett specifikt arbetssätt. Även om det finns vissa problem med att använda kvalitetsregister som styrmedel menar Statskontoret att det finns större möjligheter till uppföljning och löpande återkoppling till verksamheterna med detta arbetssätt.

Utvecklingsledarna behövs men deras roll är otydlig

Merparten av medlen för systematiskt förbättringsarbete går till att anställa utvecklingsledare. Statskontoret menar att utvecklingsledarna har en viktig uppgift att förankra arbetet med kvalitetsregister på

politisk nivå och bland beslutande tjänstemän. Vi har dock noterat att utvecklingsledarnas roll inte är tydligt definierad i överenskommelsen. Deras roll behöver förtydligas och avgränsas från liknande funktioner inom denna och andra statliga satsningar för att förbättra vård och omsorg om äldre.

Ramarna är alltför vida

Medel för systematiskt förbättringsarbete kommer även att användas till kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre samt till seminarier, utvärdering och olika projekt som syftar till att stimulera redan pågående arbete. Statskontoret anser att ramarna för hur pengarna till systematiskt förbättringsarbete får användas är alltför vida. Gränserna gentemot andra statliga satsningar är otydliga, framför allt gentemot de så kallade avsiktsförklaringarna inom Program för god äldreomsorg. Detta försvårar uppföljningen av olika insatser för att förbättra vården och omsorgen om äldre. Hur stödet till systematiskt förbättringsarbete ska användas behöver därför preciseras i överenskommelsen.

Satsningen är känd i kommuner och landsting

SKL ska enligt överenskommelsen samordna arbetet med att sprida kvalitetsregistren. SKL har genomfört planerade insatser och bland annat riktat information till specifika målgrupper. Såvitt Statskontoret kan bedöma är satsningen känd i många kommuner och landsting.

Statskontorets förslag

Statskontoret föreslår att regeringen beaktar följande inför kommande överenskommelser:

- överenskommelsen bör utformas med en tydligare struktur och tidssatta och kvantifierade mål,
- prestationsersättningen bör vara kvar under år 2011,
- kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren bör stärkas,
- målet med det systematiska förbättringsarbetet behöver preciseras och utvecklingsledarnas roll förtydligas.

1 Inledning

Regeringen fastslog i budgetpropositionen för 2010 att en successiv omläggning av nuvarande riktade statsbidrag till insatser för äldre skulle genomföras från och med år 2010. Omläggningen innebär att ett mer prestationsbaserat system ska införas, där fördelningen av medel grundas på uppnådda resultat i stället för på projektansökningar. Staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL) ingick därför i februari 2010 en treårig överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.¹ Det övergripande målet med överenskommelsen är att förbättra livskvalitet, hälsa och värdighet hos de mest sjuka äldre. Regeringen vill också synliggöra vårdens resultat och förbättra möjligheterna till styrning av verksamheten.

1.1 Statskontorets uppdrag

Statskontoret ska enligt regeringens uppdrag följa upp och utvärdera den treåriga överenskommelsen mellan staten och SKL vad gäller utvecklingen av de två kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret, stödet till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre samt SKL:s nationella samordning av insatserna. Statskontoret ska följa upp och utvärdera dessa områden i förhållande till de syften, mål och intentioner som framgår av överenskommelsen. Arbetet ska ske i samråd med Socialdepartementet.

Statskontoret ska årligen lämna en delrapport till Socialdepartementet senast den 1 november 2010, 1 november 2011 och 1 november 2012. En slutrapport ska lämnas senast den 1 september 2013.

1.2 Genomförande och avgränsningar

I denna delrapport ger Statskontoret en första beskrivning av hur arbetet med överenskommelsen har kommit igång. Vi har framför allt koncentrerat oss på satsningens förutsättningar. En fråga i Statskonto-

¹ *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Protokoll III:4 från regeringssammanträde 2010-02-04.

rets uppdrag är om överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag mellan regeringen och SKL utgör ett mer effektivt styrmedel för att förbättra vården och omsorgen om äldre än den traditionella formen för fördelning av medel efter projektansökningar.

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL ska omförhandlas varje år. Statskontorets delrapporter ska kunna användas av regeringen och SKL inför utformningen av kommande års överenskommelser.

Genomförande

För att ta reda på hur olika vårdgivare inom kommuner och landsting² uppfattar överenskommelsen och hur de har kommit igång med registreringen i kvalitetsregistren har vi genomfört intervjuer med personal från olika typer av vårdgivare inom tre län – Stockholm, Kalmar och Norrbotten. I valet av län har vi försökt få en viss geografisk spridning vad gäller landsbygd och storstad. Vi har också genomfört intervjuer med landstingets beställarorganisation, om sådan funnits, samt med representanter för kommunförbund.

Statskontoret har intervjuat personer med erfarenhet från arbete vid särskilt boende och hemtjänst i kommunal regi, medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom kommunerna samt läkare och sjuksköterskor vid några av sjukhusens specialistavdelningar. Några av de vårdgivare vi har pratat med har lång erfarenhet av att rapportera i registren medan andra är mer tveksamma till om de ska gå med. Vi har totalt intervjuat ett tjugotal personer från olika vårdgivare och beställare.

Statskontoret har genomfört intervjuer med SKL, Socialstyrelsen och registerhållarna för Senior alert och Svenska palliativregistret. Vi har även intervjuat några av de coacher som ska utbilda vård- och omsorgsenheterna att registrera i Senior alert. Vidare har vi träffat den arbetsgrupp som har gjort en översyn av de nationella kvalitetsregistrens användning, organisation och finansiering samt deltagit i en heldagskonferens för utvecklingsledare anordnad av SKL.

Utöver intervjuerna har Statskontoret använt offentligt tryck, promemrior från SKL och annan skriftligt dokumentation, till exempel de

² Statskontoret inkluderar även regioner och kommun med landstingsansvar i begreppet landsting.

länsvisa överenskommelserna för införande av registren³ och registerhållarnas återrapportering till SKL.

Underlaget har i relevanta delar faktagranskats av SKL samt registerhållarna för Senior alert och Svenska palliativregistret.

Statskontorets arbete har utförts av Jan Boström och Anna Pauloff (projektledare).

Avgränsningar

Statskontorets uppdrag omfattar inte hela överenskommelsen.⁴ Vi har inte följt upp hur arbetet med stimulansbidrag har utformats under år 2010 eller vilka projekt som beviljats medel. Vi har dock tagit del av rapporter som beskriver hur arbetet har bedrivits under tidigare år och vilka resultat som har uppnåtts. Vi har heller inte analyserat försöksverksamheterna kring de mest sjuka äldre eller Socialstyrelsens utvärdering av desamma. Andra delar som inte ingår i vårt uppdrag är försöksverksamheterna med hälsocoacher och lokala värdighetsgarantier.

Statskontoret har inte analyserat Famnas arbete i denna delrapport, utan återkommer med det i kommande delrapporter.⁵

Vården och omsorgen om äldre är mångfasetterad och bedrivs med skiftande innehåll i flera olika former och av flera olika huvudmän. Statskontoret kommer inom ramen för denna del av utredningsuppdraget inte att kunna avgöra vilka effekter arbetssättet med kvalitetsregister har för äldreomsorgens kvalitet jämfört med andra insatser för att förbättra äldreomsorgen. Vi för dock i denna delrapport ett resonemang om fördelar och nackdelar med kvalitetsregister och dess förutsättningar att främja ett förändrat arbetssätt och i slutändan förbättrad äldreomsorg.

Statskontoret kan inte heller utifrån underlaget dra generella slutsatser om hur satsningen fungerat för äldre i hela landet. Utöver den skriftliga

³ De länsvisa överenskommelserna beskrivs i kapitel 3.

⁴ I kapitel 3 beskrivs hela överenskommelsen samt de delar som Statskontoret ska följa upp.

⁵ Famna är en paraplyorganisation för non-profit-utförare inom vård och omsorg.

dokumentationen grundar sig iakttagelserna framför allt på de besök Statskontoret gjort i Stockholms, Kalmar och Norrbottens län.

2 Bakgrund

Regeringens och riksdagens mål⁶ är att äldre ska:

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Det finns även ett mål om att regeringens insatser inom detta område är att främja huvudmännens utveckling av god kvalitet i vård och omsorg om äldre kvinnor och män.⁷ För att uppnå dessa mål krävs insatser inom flera olika områden. Ansvaret för att de förverkligas vilar både på staten, på landstingen och på kommunerna.

Antalet äldre ökar

Antalet personer som är 65 år eller äldre har ökat och beräknas fortsätta öka de närmaste decennierna. Den 30 juni 2010 uppgick denna grupp till närmare 1,8 miljoner personer, vilket motsvarar 19 procent av Sveriges befolkning. Om ytterligare 50 år, det vill säga år 2060, beräknas antalet över 65 år vara 2,7 miljoner eller 25 procent av befolkningen.⁸

Kommunernas och landstingens ansvar för vård och omsorg om äldre

Kommunerna har ett huvudansvar för äldreomsorgen genom reglering i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen vad avser kommunal hälso- och sjukvård.⁹ Socialtjänstlagen är utformad som en ramlag och ger kommunerna stor frihet att besluta om insatsernas utformning och kostnader. Det innebär att det finns lokala variationer i utbudet och organisationen av insatser inom äldreomsorgen. Skilda geografiska och

⁶ Prop. 2010/11:1, UO9. Detta mål gällde tidigare hela politikområdet äldrepolitik (Prop. 1997/98: 113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307). Begreppet politikområde utmönstrades dock i samband med budgetpropositionen för 2009.

⁷ Prop. 2007/08:1, UO 9, rskr. 2007/08:86.

⁸ SCB:s befolkningsstatistik.

⁹ Socialtjänstlagen (SoL, 2001:453) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763).

demografiska förutsättningar medför också att äldreomsorgen varierar lokalt.

Huvuddelen av kommunernas äldreomsorg utgörs av hemtjänst (hjälp i hemmet med service och omvårdnad) och särskilt boende. Därutöver har kommunerna verksamheter bland annat i form av dagverksamheter och korttidsvård eller korttidsboende samt andra insatser som trygghetslarm, måltidsservice, uppsökande verksamhet och anhörigstöd.

År 1992 tog kommunerna genom den så kallade Ädelreformen över landstingens ansvar för hälso- och sjukvården inklusive rehabilitering i särskilt boende och i dagverksamhet. Landstingen har ansvaret för hemsjukvård i det ordinära boendet men kan överlåta detta ansvar till kommunerna om man kommer överens om det. Närmare två tredjedelar av landets kommuner ansvarar helt eller delvis för hemsjukvården. Landstingen har dock alltid ansvaret för alla läkarinsatser oavsett de äldres boendeform.¹⁰ Regeringen har nyligen tillsatt en nationell samordnare som ska stödja arbetet med att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.¹¹

När det gäller landstingens ansvarsområde har äldre, liksom befolkningen i övrigt, kontakt med alla delar av vården. Det inkluderar allt ifrån vårdcentraler till medicinkliniker, akutmottagningar vid sjukhus och geriatrika kliniker.

Kommunerna och landstingen kan också upphandla driften av vården och omsorgen om äldre av privata utförare, som då driver verksamheten på entreprenad. Vissa kommuner och landsting har också valfritetssystem som innebär att privata utförare auktoriseras och får tillstånd att bedriva vård och omsorg utifrån en på förhand fastställd prissättning. År 2007 bedrevs exempelvis 12 procent av äldreomsorgen vad gäller hemtjänst och särskilt boende för personer 65 år och äldre av privata företag och organisationer. Denna andel hade ökat till 15 procent år 2009.¹²

¹⁰ Prop. 2009/10:116 samt *Öppna jämförelser 2009*, SKL.

¹¹ Dir. 2010:71.

¹² Socialstyrelsens statistik över kommunernas vård och omsorg till personer som är 65 år och äldre.

Äldreomsorgens omfattning

En ökande andel äldre leder till ökad belastning för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, vilket ställer högre krav på att verksamhetens kvalitet kan säkerställas. Som framgår av tabellen nedan har antalet personer över 65 år som får äldreomsorg i form av hemtjänst eller särskilt boende ökat totalt sett under 2000-talet. År 2009 omfattades drygt 300 000 personer över 65 år av denna typ av tjänster.

Antal och andel personer 65 år och äldre som har hemtjänst respektive särskilt boende, åren 2000–2009.

	Hemtjänst		Särskilt boende	
	Antal	Andel av befolkningen 65+	Antal	Andel av befolkningen 65+
2000	125 300	8,2	121 300	7,9
2001	121 700	7,9	118 600	7,7
2002	125 100	8,2	115 500	7,5
2003	128 000	8,3	110 900	7,2
2004	132 300	8,5	104 800	6,7
2005	135 000	8,6	100 400	6,4
2006	140 300	8,9	98 600	6,2
2007 ¹	198 900	12,4	97 500	6,1
2008	201 900	12,3	96 700	5,9
2009	205 800	12,2	95 400	5,6

¹ Från och med år 2007 ingår även personer som enbart har matdistribution och/eller snöröjning. Detta förklarar till viss del ökningen i antalet personer med hemtjänst.

Källa: Socialstyrelsens statistik över kommunernas vård och omsorg till personer som är 65 år och äldre.¹³

En allt större del av äldreomsorgen bedrivs i ordinärt boende med hemtjänst. År 2009 omfattades 205 800 personer eller 12 procent av befolkningen 65 år och äldre av denna insats. Även antalet personer med hemsjukvård i ordinärt boende har ökat. Antalet personer med särskilt boende har samtidigt minskat och uppgick år 2009 till 95 400

¹³ Samtliga uppgifter grundas på mängduppgifter från kommunerna. Socialstyrelsen införde år 2007 ett nytt sätt att samla in statistik på äldreområdet baserat på personnummer. Det ska enligt Socialstyrelsen leda till att statistikens kvalitet förbättras. För år 2009 har dock inga uppgifter från den personnummerbaserade statistiken publicerats, varför vi här i stället använder mängduppgifter.

personer (6 procent). Av dem som nyttjar kommunernas hemtjänst eller särskilt boende är ungefär 70 procent kvinnor.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick år 2008 till 92 miljarder kronor. I fasta priser har dessa kostnader varit relativt konstanta under 2000-talet. Vården och omsorgen om äldre utgör närmare 20 procent av kommunernas samlade kostnader.¹⁴

Socialstyrelsens och SKL:s redovisning av äldreomsorgen

Socialstyrelsen har sedan år 2007 haft regeringens uppdrag att utveckla öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre. I den Internet-baserade tjänsten Äldreguiden redovisas i dag ett 30-tal indikatorer på kvalitet inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Uppgifterna bygger på en enkät till kommunerna, granskning av kommunernas webbplatser, befintlig statistik och från och med år 2010 även Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. Äldreguiden har främst brukare och medborgare som målgrupp och uppgifterna finns tillgängliga på kommun-, stadsdels-, och enhetsnivå. Socialstyrelsen utarbetar också olika rapporter som rör vård och omsorg om äldre.¹⁵

SKL redovisar i sin årliga publikation Öppna jämförelser ett antal indikatorer om kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Indikatorerna bygger på befintlig statistik och belyser den kommunala omsorgen men också medicinska och andra insatser. Uppgifterna är tillgängliga på kommun- och länsnivå och riktar sig främst till verksamhetsledningarna i kommunerna och landstingen. Syftet med jämförelserna är att stimulera kommuner till att i samverkan med landstingen utveckla och förbättra vården och omsorgen om äldre.¹⁶

Det finns få uppgifter i Äldreguiden och Öppna jämförelser som berör det förebyggande arbetet inom äldrevården. Båda innehåller vissa uppgifter från Svenska palliativregistret som berör vårdens innehåll i livets slutskede och även uppgifter om brukarnas omdöme om vården. Utöver detta ingår få uppgifter om vilka förebyggande insatser som

¹⁴ *Aktuellt på äldreområdet 2008–2009*. SKL, 2009.

¹⁵ *Öppna jämförelser i socialtjänsten. Handlingsplan för socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014*. Socialstyrelsen, 2010.

¹⁶ *Öppna jämförelser 2009. Vård och omsorg om äldre*. SKL, 2009.

vårdpersonalen arbetar med. Äldreguiden och Öppna jämförelser medger heller ingen löpande återkoppling till verksamheterna.

2.1 Problembild

Helhetssyn saknas

Det bakomliggande skälet till överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag är de konstaterade bristerna inom vården och omsorgen om äldre. Den äldre möter många aktörer som företräder olika huvudmän och professioner som är dåligt samordnade. De problem som lyfts fram i överenskommelsen handlar om bristen på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser. Vården och omsorgen är inte anpassad för att möta många äldre med omfattande eller snabbt föränderliga behov. För att stödja ett långsiktigt förbättringsarbete behöver vården och omsorgen enligt överenskommelsen:

- gå från ett reaktivt till ett proaktivt arbetssätt – genom ett förebyggande arbete kan sjukdom och skada undvikas,
- införa ett systematiskt och standardiserat arbetssätt – variationen i behandling och resultat behöver minska,
- öka kunskapen om vårdens och omsorgens resultat – mäta och följa upp,
- ersätta verksamhetsperspektiv med patient/brukarperspektiv,
- beakta helheten och inte bara delarna – ger åtgärden ett mervärde?
- öka delaktighet för patienter/brukare och närstående i vården.

Stora skillnader i kvalitet mellan kommunerna

Regeringens bedömning i budgetpropositionen för år 2010 var att förutsättningarna för en god äldreomsorg i vissa avseenden har stärkts under senare år, till exempel vad gäller personalens kompetens och satsningar på forskning, utveckling och nationell uppföljning. Regeringen menade dock att den uppföljning och tillsyn som har gjorts visar att det finns alltför stora skillnader mellan kommunerna i äldreomsorgens kvalitet.

I budgetpropositionen för år 2011 pekar regeringen på att det behövs noggrannare mätningar och uppföljningar av verksamhetens resultat genom öppna jämförelser, brukarundersökningar, tillsyn och oberoende granskning.

Bristande dokumentation och avsaknad av systematik i kvalitetsarbetet

Från och med år 2010 har den sociala tillsynen förts över från länsstyrelserna till Socialstyrelsen. Av Socialstyrelsens senaste tillsynsrapport framkommer en rad brister inom äldreomsorgen.¹⁷ Bland annat är verksamheternas dokumentation i form av genomförandeplaner och journalföring ett problemområde. De boendes behov beskrivs sällan ur ett helhetsperspektiv och det finns bristande förståelse för syftet med att dokumentera bland personalen. Även rutinerna för kvalitetsarbetet uppvisar brister. Ett återkommande problem är att kvalitetsarbetet inte bedrivs systematiskt och inte används för att utveckla verksamhetens kvalitet. Klagomål, fel och brister och anmälningar enligt lex Sarah¹⁸ utreds och åtgärdas oftast inte systematiskt.

Förbättrad tillgång till data ska leda till ökad kvalitet

Socialstyrelsen har bland annat fått i uppdrag att i samverkan med SKL intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och att ta fram en handlingsplan för ökad tillgång till data inom hela socialtjänsten.¹⁹ Regeringens förhoppning är att utveckling av öppna jämförelser och förbättrad tillgång till data inom socialtjänsten ska leda till kvalitetsförbättringar inom äldreomsorgen. Det kräver dock enligt regeringen att resultaten analyseras och omvandlas till användbar kunskap och implementeras i det dagliga arbetet inom vården och omsorgen.²⁰

Statskontoret har uppfattat att det främst är problemet med samverkan mellan flera olika aktörer som ligger till grund för överenskommelsens utformning. Satsningen på kvalitetsregister utgör också ett led i rege-

¹⁷ Social tillsyn. Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009. Socialstyrelsen, 2010.

¹⁸ Lex Sarah innebär att den som arbetar med omsorg om äldre eller personer med funktionsnedsättning är skyldig enligt socialtjänstlagen att vaka över omsorgens kvalitet och att anmäla allvarliga missförhållanden till socialnämnden.

¹⁹ Regeringsbeslut III:11 daterat 2009-06-25, S2009/5079/ST.

²⁰ Prop. 2009/10:116, UO 9.

ringens strävan efter att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre genom att mäta, jämföra och synliggöra resultat.

2.2 Styrning genom statsbidrag

I Sverige har riksdagen beslutat att kommuner är skyldiga att bedriva vissa verksamheter som regleras i regeringsformen, kommunallagen och ett antal speciallagar. Under de senaste 20 åren har mål- och resultatstyrningen ökat och detaljstyrning genom reglering och finansiering har minskat. Lagstiftningen har på många områden formats som en ramlag, där riksdagen formulerar allmänna politiska mål i stället för detaljerade bestämmelser.²¹ Även inom kommuner och landsting har detaljstyrningen minskat.

Det finns ingen entydig definition av vad som är ett statsbidrag till kommuner eller landsting. Statsbidrag är konstruerade på många olika sätt och har vitt skilda syften. De kan grovt indelas i riktade statsbidrag, som utgår till vissa kommuner eller till ett visst verksamhetsområde och i generella statsbidrag, som riktas till alla kommuner och inte är knutet till ett visst verksamhetsområde.²² Det generella statsbidrag som utgår till kommuner och landsting redovisas under anslaget kommunal utjämning och uppgick under år 2010 till nästan 73 miljarder kronor. En principiell utgångspunkt för statens bidragsgivning är att statsbidrag till kommuner och landsting ska vara generella.

Statsbidrag utgör ungefär 15 procent av kommunernas intäkter. En växande del av statsbidragen utgörs av riktade bidrag. Mellan åren 1996 och 2004 ökade de riktade statsbidragen till kommuner och landsting från cirka 20 miljarder kronor till drygt 40 miljarder kronor. Riktade statsbidrag förekommer inom i stort sett alla kommunala verksamhetsområden.²³

²¹ SOU 2007:11, s. 168–170.

²² Statskontoret har i olika sammanhang i stället valt att göra åtskillnad mellan begreppen verksamhetsanknutna och icke verksamhetsanknutna statsbidrag, se t.ex. Statskontoret (2003:5) *Statsbidragen till kommuner och landsting – En kartläggning och analys*.

²³ SOU 2007:11, s. 179–180.

Även om det riktade statsbidraget får avsedd verkan kan det finnas olika typer av problem förknippade med dem. Statskontoret har tidigare sammanfattat de problem som kan uppstå på följande sätt:

- förutsättningarna för verksamheten kan bli oförutsebara,
- statens styrning kan bli ryckig,
- mottagarens och statens administration kan bli kostsam,
- ansvarsförhållandena kan bli otydliga genom att mottagarens egna prioriteringar snedvrids,
- resursanvändningen kan bli ineffektiv,
- effekterna av bidragen är svåra att följa upp.

Staten kan också utnyttja mer informella styrmedel, såsom information, överenskommelser och opinionsbildning för att påverka utvecklingen inom ett område. Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag är ett exempel på ett statsbidrag där kommunerna och landstingen bär huvudansvaret för verksamheten och där statens roll är att försöka påverka huvudmännens insatser. Statsbidraget har karaktären av att vara både riktat mot äldreomsorg och hälso- och sjukvård och mer informellt genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Överenskommelsen binder formellt inte SKL:s medlemmar. Dessutom finns inslag av styrning genom information och kunskapsuppbyggnad, till exempel information om kvalitetsregistren och viss metodutveckling. Det är inte ovanligt att staten på detta sätt tillämpar flera olika styrmedel framför allt inom hälso- och sjukvården. Det är inte lika vanligt inom äldreomsorgen.²⁴

Statskontoret kommer i det fortsatta arbetet med uppdraget att återkomma med en djupare analys av de olika styrkomponenterna i förhållande till överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.

²⁴ Statskontoret 2005:28.

2.3 Andra statliga satsningar för att förbättra vård och omsorg om äldre

Överenskommelsen är en av flera statliga åtgärder för att förbättra kvaliteten och effektiviteten inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den nationella IT-strategin för vård och omsorg, arbetet med öppna jämförelser och överenskommelsen med SKL om Program för god äldreomsorg är exempel på sådana åtgärder. Flera av dessa satsningar har beröringspunkter med överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag. Störst risk för överlappningar finns gentemot Program för god äldreomsorg, vilket vi kommenterar i kapitel 3 samt i våra slutsatser.

3 Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre

Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag innehåller många delar med delvis olika syften. I detta kapitel redogör vi översiktligt för innehållet i hela överenskommelsen. De områden som Statskontoret har i uppdrag att följa upp och utvärdera analyseras särskilt.

De största posterna i överenskommelsen består av stimulansbidrag till kommuner och landsting för att stödja olika projekt för att utveckla äldreomsorgen samt insatser för att öka användningen av de två kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret. För år 2010 omfattar överenskommelsen statsbidrag som uppgår till närmare 1 miljard kronor, vilket är något mindre än tidigare års stimulansmedel. De olika delarna i överenskommelsen och fördelningen av medel framgår av tabellen nedan. De fält som är markerade i grått utgör de delar som Statskontoret har i uppdrag att följa upp.

Fördelning av medel i överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre, år 2010.²⁵

Insatser	Kronor
Stimulansbidrag till kommuner och landsting för att stödja arbetet med att utveckla vården och omsorgen om äldre.	695 243 000
Ökad användning av kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret, varav:	121 000 000
<i>Prestationsersättning för registrering.</i>	<i>100 000 000</i>
<i>Stöd till Senior alert.</i>	<i>12 000 000</i>
<i>Stöd till Svenska palliativregistret.</i>	<i>7 000 000</i>
<i>Nationell samordning genom SKL.</i>	<i>1 000 000</i>
<i>Samordning och genomförande inom Famna.</i>	<i>1 000 000</i>
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre.	70 000 000
Stöd till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre, varav:	67 000 000
<i>Stöd till utvecklingsledare.</i>	<i>66 000 000</i>
<i>Samordning för idéburna aktörer.</i>	<i>1 000 000</i>
Försöksverksamhet med hälsocoacher i två landsting.	15 000 000
Nationell samordning av insatserna genom SKL, varav:	6 000 000
<i>Möjliggöra erfarenhetsutbyte via webb och konferenser.</i>	<i>2 850 000</i>
<i>Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre.</i>	<i>2 650 000</i>
<i>Överenskommelser kring utvecklingsledare.</i>	<i>400 000</i>
<i>Uppföljning av resultat och sammanställning av erfarenheter.</i>	<i>100 000</i>
Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre.	5 000 000
Lokala värdighetsgarantier.	2 000 000
Totalt	981 243 000

²⁵ Uppgifterna är hämtade ur överenskommelsen samt den genomförandeplan som SKL har utarbetat. Statskontoret menar att alla de insatser som omnämns i protokoll III:4 från regeringssammanträde daterat 2010-02-04 ingår i överenskommelsen. SKL har undertecknat vissa insatser. Det gäller ökad användning av kvalitetsregistren, försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre, stöd till ett systematiskt förbättringsarbete, nationell samordning, utvärdering av försöksverksamheter och värdighetsgarantier (totalt 271 miljoner kronor).

3.1 Ökad användning av kvalitetsregistren

Den del av överenskommelsen som är prestationsbaserad innebär att kommuner och landsting får en viss ersättning om de registrerar vissa uppgifter om äldreården i kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret.²⁶ Senior alerts syfte är att utveckla äldreomsorgen för personer över 65 år inom områdena undernärning, fall och trycksår. Registret omfattar riskbedömning och dokumentation av förebyggande åtgärder. Syftet med Svenska palliativregistret är att förbättra vården i livets slutskede. Registret innehåller uppgifter om vårdens kvalitet i det skede när patienten är döende.

Satsningen på kvalitetsregister ska leda till att fler vårdgivare börjar registrera uppgifter som rör äldreården. Genom registreringen ska vårdgivarna förmås att på ett systematiskt sätt uppmärksamma och dokumentera olika delar av sitt arbete. På så sätt ska kvalitetsregistren leda till ett mer strukturerat arbetssätt.

En del av det finansiella stödet riktas direkt till kvalitetsregistren för utbildning och stöd till kommuner och landsting för att sprida användningen. Detta stöd ska också finansiera en ökad belastning på registrets funktioner, administration av nya användare, IT-support, webb och återkopplingsfunktioner. Svenska palliativregistret får för dessa uppgifter 7 miljoner kronor medan Senior alert erhåller 12 miljoner kronor. Den större summan till Senior alert motiveras i överenskommelsen av att spridningen i detta register är lägre.

3.2 Stöd till ett systematiskt förbättringsarbete

En del av överenskommelsen syftar till att stärka kommunernas och landstingens utvecklingsarbete. Det systematiska förbättringsarbetet handlar främst om att anställa så kallade utvecklingsledare i varje län. Deras uppgift är att påskynda spridningen av kvalitetsregister till vårdgivare inom landsting och kommuner. De ska också enligt överenskommelsen stärka samverkan mellan olika huvudmän inom äldre-

²⁶ För mer information om kvalitetsregister, Senior alert samt Svenska palliativregistret, se kapitel 4.

omsorgen. I överenskommelsen uppges att de ska ”fungera som noder (spindlar) i det nätverksarbete som är en del av införandet”. En annan uppgift som kan läggas på utvecklingsledarna är att återföra erfarenheter och goda exempel av pågående utvecklingsarbete. Utvecklingsledarna ska vara gemensamma för kommunerna och landstinget i ett län och ha en stark förankring i dessa organisationer. I ett normalstort län ska det finnas tre utvecklingsledare.

Enligt SKL:s genomförandeplan får medlen också användas av kommuner och landsting för deltagande i utvecklingsprojekt med kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre. Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre är en metod för uppföljning av vårdens resultat som utarbetats av en forskare vid SKL.

För att få ta del av medel för systematiskt förbättringsarbete har SKL ställt krav på att kommuner och landsting ska inkomma med en läns-gemensam överenskommelse för medlens användning. De läns-gemensamma överenskommelserna utgör beskrivningar av de insatser som kommuner och landsting planerar att genomföra samt budget för dessa. Överenskommelsen måste godkännas av SKL.

Medlen går främst till att anställa utvecklingsledare

I början av oktober 2010 hade 20 av 21 läns-gemensamma överenskommelser kommit in. Enligt SKL är den sista på väg att undertecknas. Samtliga inlämnade överenskommelser har godkänts av SKL. Merparten av medlen (cirka 75 procent) går till att anställa utvecklingsledare. Utvecklingsledare kommer att tillsättas i alla län. Samtliga utvecklingsledare är ännu inte på plats, men rekryteringar pågår på många håll. I vissa delar av landet kommer man inte att anställa någon ny person utan medlen ska täcka kostnader och insatser för befintlig personal.

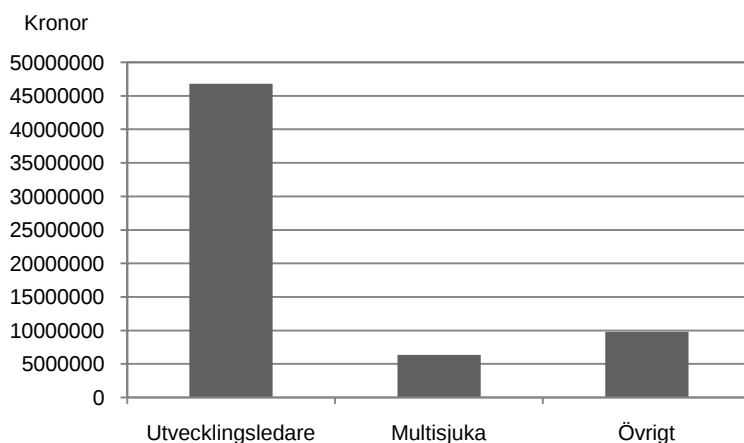
Varierande roll och funktion för utvecklingsledarna

Av de länsvisa överenskommelserna framgår att utvecklingsledarnas roll och funktion kommer att variera. Funktionen har också olika benämning. Ibland kallas de projektledare och ibland utvecklings- eller förändringsledare. I de flesta fall ska deras insatser samordnas med det utvecklingsarbete som redan pågår, framför allt med de avsiktsförklaringar som utarbetats inom ramen för regeringens och SKL:s

överenskommelse om Program för god äldreomsorg.²⁷ Det innebär att utvecklingsledarna inte bara kommer att verka för en ökad spridning av kvalitetsregister, utan även för att stärka det regionala utvecklingsarbetet i stort när det gäller de mest sjuka äldre. I vissa fall uppges att utvecklingsledarna även ska arbeta med de områden som omfattas av de statliga stimulansmedlen.

Att rollen har en vid tolkning har också framkommit i Statskontorets intervjuer och vid den konferens som vi deltagit i. Det finns en viss osäkerhet bland utvecklingsledarna kring deras roll i förhållande till andra funktioner i satsningen, framför allt när det gäller de 25 coacher som anställts av Senior alert för att informera om registret. På vissa håll har funktionerna avgränsats genom att utvecklingsledarna har förankrat satsningen på kvalitetsregister på politisk nivå och bland tjänstemän inom kommuner och landsting, medan Senior alert-coacherna informerat om hur det praktiskt går till att registrera bland de vårdgivare som redan tagit beslut om att tillämpa registren.

Fördelningen av medel för stöd till systematiskt förbättringsarbete enligt 20 av 21 länsvisa överenskommelser, oktober 2010.



²⁷ I Program för god äldreomsorg har kommuner och landsting utarbetat gemensamma avsiktsförklaringar, där det bland annat anges hur regionala stödstrukturer ska byggas upp för att stärka äldreomsorgens kvalitet. I dessa avsiktsförklaringar anges till exempel att vissa medel ska användas för utvecklingsledare.

Flera andra insatser finansieras av medlen för förbättringsarbete

Av de länsvisa överenskommelserna framgår att cirka 15 procent av medlen för systematiskt förbättringsarbete kommer att användas till andra typer av insatser såsom seminarier, utvärdering och olika projekt som syftar till att stimulera redan pågående arbete och samverkan mellan kommun och landsting. Några kommuner och landsting kommer att använda delar av pengarna till att förstärka uppbyggnaden av olika regionala enheter för kunskapsutveckling. Alla dessa insatser ingår i en budgetpost som benämns "övrigt" i överenskommelserna. Statskontoret har noterat att det i flera av överenskommelserna dock inte specificeras vad medlen under denna post ska användas till.

I enlighet med SKL:s genomförandeplan kommer pengarna också att användas för deltagande i kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre. Enligt de länsvisa överenskommelserna kommer 10 procent av medlen för systematiskt förbättringsarbete att användas till sådan uppföljning.

Av överenskommelserna framkommer sammantaget att det är en rad olika insatser som kommer att genomföras när det gäller stödet till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Detta ligger också i linje med överenskommelsen och SKL:s anvisningar för medelsanvändningen.

3.3 Nationell samordning genom SKL

SKL ansvarar för nationell samordning av arbetet med att sprida kvalitetsregistren. SKL ska sprida erfarenheter och goda exempel genom seminarier, nationella konferenser, Internet och rapporter. SKL ansvarar också enligt överenskommelsen för att redovisa och sammanställa resultaten av förändringsarbetet.

Enligt SKL:s genomförandeplan ska de 6 miljoner kronor som ställts till organisationens förfogande gå till fyra olika områden. De mest omfattande insatserna handlar om att möjliggöra erfarenhetsutbyte (2,85 miljoner kronor) och att ansvara för den kvalitativa uppföljningen av multisjuka äldre (2,65 miljoner kronor). Genomförandeplanens olika delar och SKL:s arbete med dessa beskrivs nedan.

1) Möjliggöra erfarenhetsutbyte

Ett nationellt nätverk för utvecklingsledare ska byggas upp för erfarenhetsutbyte. Erfarenhetsutbyte ska också ske genom en särskild webbplats för projekt samt via SKL:s hemsida. SKL ska också anordna fyra till fem regionala konferenser om multisjuka äldre och uppmuntra erfarenhetsutbyte i andra former.

SKL har genomfört planerade insatser

SKL har arbetat med genomförandet av överenskommelsen sedan den 1 april 2010. I september 2010 hade SKL enligt sin interna uppföljning genomfört fem regionala konferenser i samverkan med Svenska palliativregistret och Senior alert.²⁸ Det totala antalet deltagare vid dessa konferenser var enligt SKL över 800 personer. SKL har också börjat bygga upp ett nationellt nätverk för utvecklingsledare och hållit en första endagskonferens med cirka 25 utvecklingsledare och andra länsgemensamma representanter. Träffarna går ut på att sprida erfarenheter och goda exempel på hur utvecklingsledarna arbetar och hur användningen av kvalitetsregistren ska kunna öka. Ytterligare två nätverksträffar är inplanerade under år 2010.

SKL har också skapat en projektplats på Internet för utvecklingsledarna. Platsen ska kunna användas till projektplanering, dokumenthantering och webbkonferenser. Efter inbjudan från SKL hade ett 30-tal personer anmält sig som medlemmar i mitten av oktober 2010. På projektplatsen återfinns dokumentation från den första träffen med utvecklingsledarna och programmet för nästa träff.

2) Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre

Enligt överenskommelsen ska SKL testa och vidareutveckla en metod för kvalitativ uppföljning som innehåller intervjuer med patienter och närstående, journalgenomgångar, läkemedelsbedömningar och ekonomiska kalkyler. Målet var att testa metoden i 10 landsting och 50 kommuner.

²⁸ SKL:s tertialrapportering *Bättre liv för sjuka äldre*. Nummer 2 år 2010.

Arbetet med uppföljningen pågår

Av SKL:s interna uppföljning framgår att 12 landsting och 29 kommuner deltar i uppföljningen. Målet om 50 kommuner kommer därmed inte att uppfyllas. Det pågår för närvarande kartläggningar och intervjuer med multisjuka äldre inom de verksamheter som deltar. Granskning av registerdata och journaler genomförs också. De första analysresultaten ska enligt SKL vara klara i slutet av år 2010.

Merparten av medlen inom denna post går till SKL:s kostnader för projektledare.

3) Överenskommelser kring utvecklingsledare

Denna insats rör SKL:s administrativa arbete för att teckna länsvisa överenskommelser och ska finansieras med 400 000 kronor. Som angivits ovan hade 20 av 21 överenskommelser undertecknats i oktober 2010.

4) Uppföljning och sammanställning av erfarenheter

SKL ska samla in erfarenheter och resultat från arbetet med överenskommelsen och sammanställa dem. Det handlar om en mindre handläggarinsats motsvarande 100 000 kronor. SKL kommer enligt uppgift att sammanställa erfarenheterna vid årets slut.

Delvis andra interna mål inom SKL

SKL bedriver arbetet med överenskommelsen inom ramen för en större satsning kring äldre kallad "Bättre liv för sjuka äldre", som utgör ett av 13 prioriterade områden. Detta arbete startade innan överenskommelsen var undertecknad och har ett bredare upplägg. Det inrymmer också andra interna mål om användningen av kvalitetsregistren än de som utarbetats med anledning av överenskommelsen. En indikator som följs upp i "Bättre liv för sjuka äldre" är exempelvis att 90 procent av landets kommuner och landsting ska rapportera i Svenska palliativregistret. I detta fall räcker det med att kommunerna har anmält sig till registret. Det kan jämföras med målet i överenskommelsen om att en del av ersättningen utgår till de kommuner och landsting som registre-

rar 40 procent av alla dödsfall i kommunen och ytterligare en del utgår till dem som uppnår 70 procent. SKL:s interna mål är i detta fall lägre ställt än överenskommelsens mål om registrering och uppgavs vara uppfyllt redan i september 2010.

Regeringens uppföljning sker främst genom samråd

Regeringens uppföljning av SKL:s arbete sker genom löpande samrådsmöten med Socialdepartementet, då målen i överenskommelsen diskuteras. SKL ska också lämna en ekonomisk redovisning till Socialdepartementet den 1 december 2010. En uppföljning av hur landsting och kommuner använt medlen ska enligt SKL göras i början av år 2011 och kommer då att samordnas med uppföljningen av andra överenskommelser.

3.4 Övriga delar av överenskommelsen

Stimulansmedel till kommuner och landsting

Regeringen har sedan år 2007 årligen avsatt drygt 1,3 miljarder kronor i så kallade stimulansmedel till kommuner och landsting med avsikt att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre. Dessa medel har fördelats efter ansökan från kommuner och landsting inom sju områden: läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, demensvård, förebyggande arbete, socialt innehåll, rehabilitering samt kost och nutrition. Socialstyrelsen fördelar bidraget efter ansökan med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen och ansvarar även för att följa uppsatsningen.

I rapporten Stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer redovisar Socialstyrelsen hur 2007–2009 års medel har använts. För dessa år har Socialstyrelsen betalat ut cirka 4 miljarder kronor i stimulansmedel till kommuner och landsting. Medlen har framför allt använts för att utöka personalantalet inom vården och omsorgen om äldre. Bland annat har fler undersköterskor, vårdbiträden och sjuksköterskor kunnat anställas. Den 31 december 2009 drev huvudmännen 2 262 projekt eller satsningar med stöd av stimulansmedel.²⁹

²⁹ Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Socialstyrelsen, 2010.

I budgetpropositionen för år 2010 har regeringen konstaterat att stimulansmedlen har bidragit till ökad aktivitet och utvecklingsarbete inom flera bristområden, men att kommunernas och landstingens incitament behöver stärkas för att öka kvaliteten och nå bättre resultat. Utöver att stimulera projekt och aktiviteter finns en önskan om att uppmuntra prestationer och resultat. Det är därför som regeringen har fastslagit att successivt lägga om det riktade statsbidraget till ett mer prestationsbaserat system.

För år 2010 ska stimulansmedel om 695 243 000 kronor fördelas efter sex av de tidigare sju prioriterade områdena. Ett område, läkartillgång, har tagits bort i förhållande till tidigare år. I stället har regeringen avsatt 15 miljoner kronor till en försöksverksamhet med hälsocoacher i två landsting som ska ledas av Statens folkhälsoinstitut (FHI). Hälsocoachernas roll är att stötta och motivera personer till förändrad livsstil genom motiverande samtal.³⁰

Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre

Med det övergripande temat ”förbättringsarbete med den äldre i centrum” har regeringen i denna del av överenskommelsen velat testa olika metoder för vård och omsorg om äldre personer med stora och sammansatta behov. Regeringen har i detta syfte beviljat medel för olika försöksverksamheter. Vissa metoder, som till exempel systematisk processanalys (Lean), genombrottsmetoden och Research Partnership Method (RPM) omnämns specifikt. Avsikten med försöksverksamheterna är enligt överenskommelsen att ”skapa ett lärande system som vidareutvecklar lösningar, förankrar nyckeltal, förfinar stödet inkl. IT-lösningar, utvärderar, återför och utvecklar implementerade modeller som stödjer helheten samt belönar goda resultat när det gäller behandlingen av de mest sjuka äldre.”

Medel kan sökas av kommuner och landsting i samverkan samt av privata och idéburna verksamheter och organisationer. Försöksverksamheterna kommer att utvärderas av Socialstyrelsen, som får 5 miljoner kronor för ändamålet. Socialstyrelsen var i slutet av september 2010 på väg att utse ansvariga för utvärderingen.

³⁰ Enligt FHI:s projektplan *Aktivt och hälsosamt åldrande. Regeringsuppdrag att utarbeta en vägledning för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande samt starta försöksverksamheter med hälsocoacher.*

SKL har under hösten 2010 beviljat medel till 19 lokala försöksverksamheter. En översiktlig granskning av projektbeskrivningarna visar att projektens karaktär varierar och har en betydligt större spännvidd än de metoder som pekas ut i överenskommelsen.

Lokala värdighetsgarantier

Lokala värdighetsgarantier utgör ett utvecklingsarbete som Socialstyrelsen ansvarar för i samråd med SKL. Syftet med värdighetsgarantierna är att ta fram en vägledning om hur utfästelser om omsorgen gentemot äldre kan utformas.

4 Svenska palliativregistret och Senior alert

Regeringen och SKL konstaterar i överenskommelsen att det på senare år har utvecklats kvalitetsregister som passar för vård och omsorg om äldre. Svenska palliativregistret och Senior alert anses nu tillräckligt utprovade för att införas i hela landet.

Dessa kvalitetsregister innehåller uppgifter om förbättringsområden som parterna anser vara relevanta för de mest sjuka äldre. Genom att delta i registren förutsätts personalen ändra sitt arbetssätt. Personalen kan diskutera hur man lokalt hanterar faktiska ärenden och genomföra förbättringar utifrån vad som kommer fram. Registren förväntas även synliggöra vårdens resultat. Vidare ska registren ge verksamheter möjligheter att jämföra sina resultat över tid. Dessutom ska man kunna jämföra sig med andra verksamheter, vilket ska bli ett stöd i det lokala förbättringsarbetet.

I dagsläget finns inget skriftligt dokument som reglerar ansvarsförhållandena mellan SKL och registerhållarna, men ett sådant ska enligt SKL utarbetas.

4.1 Allmänt om kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren samlar individbaserade data om diagnoser, åtgärder och behandlingsresultat. Kvalitetsregistren ska leda till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården som kommer patienterna till del. Kvalitetsregistren är även en viktig informationskälla för de öppna jämförelserna inom hälso- och sjukvården. Vidare ska de utgöra underlag för klinisk forskning. Dessa register är fördelade på olika sjukvårdshuvudmän, men varje register har ett nationellt uppdrag.

För närvarande är 71 nationella kvalitetsregister i drift med ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten.³¹ Det är frivilligt att rapportera till registren. Täckningsgraden skiljer sig åt. Några register har nästan 100-procentig täckning, andra register omfattar endast en mind-

³¹ SKL, www.kvalitetsregister.se.

re andel av relevanta patienter. Registren täcker olika stora vårdområden och de har varit igång olika länge. Inom vissa vårdområden saknas register.

Det har ibland framförts att beteckningen kvalitetsregister inte är helt rättvisande. Exempelvis menar Riksrevisionen att det är förhållandevis ovanligt att registren innehåller direkta uppgifter om kvalitet eller att de ligger till grund för kvalitetssäkring. Det handlar enligt Riksrevisionen snarare om produktions- eller processregister.³²

Utöver de kvalitetsregister som får ekonomiskt stöd från parterna, finns ett stort antal andra nationella, regionala och lokala kvalitetsregister. Någon samlad redogörelse över dessa finns inte.

Nedanstående redogörelse koncentreras till de nationella kvalitetsregister som får samlat ekonomiskt stöd från parterna. Alla dessa behöver dock inte vara nationella. Det kan till exempel finnas nystartade register som ännu inte har någon registrering. I dessa fall handlar det snarare om att det finns ett nationellt beslut om registren för att visa att de är prioriterade.

Kvalitetsregistrens framväxt

Det första kvalitetsregistret upprättades år 1975. Under de första 15 åren ökade antalet register långsamt. I början av 1990-talet fanns ett femtontal nationella kvalitetsregister. Därefter har utvecklingen varit tämligen snabb. År 2003 fanns det 42 register och i dag är det 71 register som får finansiellt stöd.³³

Kvalitetsregistren har ursprungligen vuxit fram genom lokala initiativ från enskilda läkare i samband med forskning och klinisk verksamhet. Inte sällan har läkare skött registren på sin fritid. Enligt SKL kan utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren förklaras av den decentraliserade utbyggnaden. Den vårdpersonal som själv ska använ-

³² Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen (RiR 2006:6).

³³ Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen (RiR 2006:6) samt uppgifter från översynen av de nationella kvalitetsregistren.

da data har också huvudansvaret för systemets utveckling och innehåll.³⁴

Historiskt har kvalitetsregistren utgått från särskilda sjukdomar och medicinska specialiteter. De allra flesta registren utgår från läkarnas arbete och inriktning. Det har länge saknats register för den omvårdnad som sjuksköterskor och annan vårdpersonal utövar. Inte heller den verksamhet som socialtjänsten bedriver har tidigare omfattats. Det är först med Senior alert och Svenska palliativregistret som delar av omvårdnads- och socialtjänstområdena kommit att omfattas. Det innebär även att kommunerna för första gången kan använda sig av kvalitetsregister. Vidare har dessa två register en tydligare preventiv ansats än många andra kvalitetsregister.

Kvalitetsregistrens organisation

SKL ansvarar sedan år 2007 för medelstilldelning och hanteringen av medelsansökningar från de nationella kvalitetsregistren. En gemensam beslutsgrupp diskuterar hur stödet till registren ska utformas. Utöver företrädare från SKL ingår även representanter från landstingen, Socialstyrelsen, Svenska läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening i denna beslutsgrupp. En särskild expertgrupp bistår beslutsgruppen vid granskningen av ansökningar. Av anvisningarna till ansökningarna framgår att kvalitetsregistren bedöms efter relevans, design, kompetens och analys/återkoppling. Några närmare kriterier för respektive bedömningsområde ges inte i anvisningarna.³⁵

För att kunna få del av stödet krävs att registret har en registerhållare och en styrgrupp. Registerhållaren är huvudansvarig för registrets utveckling och drift. Registerhållaren förväntas bland annat vara förankrad i berörda verksamheter och besitta ingående kunskaper om registrets innehåll. Det är registerhållaren som ingår överenskommelsen om utbetalning av medel.

För närvarande finns det fem nationella kompetenscentra. Dessa ska stödja registerutvecklingen och främja samordningsvinster mellan de olika kvalitetsregistren. SKL rekommenderar varje enskilt register att samverka med något av dessa kompetenscentra. Det kan röra drifts-

³⁴ SKL, *Ansökningsanvisningar för Nationella kvalitetsregister 2011*.

³⁵ SKL, *Ansökningsanvisningar för Nationella kvalitetsregister 2011*.

stöd, databearbetning eller kompetensutveckling. Ungefär hälften av de nationella kvalitetsregistren är anslutna till kompetenscentra.

Kvalitetsregistrens finansiering

Såväl sjukvårdshuvudmännen som staten bidrar till finansieringen av de nationella kvalitetsregistren. För år 2010 går 90 miljoner kronor i samlat stöd till kvalitetsregistren. Merparten tillhandahålls inom ramen för Dagmaröverenskommelsen. Denna överenskommelse mellan staten och SKL ska genom riktade insatser stimulera olika former av utveckling i hälso- och sjukvården. Utöver den sedvanliga satsningen på kvalitetsregistren har sjukvårdshuvudmännen och staten i år enats om att satsa extra medel för att driva på vidareutvecklingen av registren. Därför stöder parterna verksamheten med 60 miljoner kronor i år, vilket är en fördubbling jämfört med år 2009. Parterna betonar att denna utvidgade satsning är en engångsföreteelse.³⁶ Dessutom bidrar landstingen och Socialstyrelsen med 18 respektive 12 miljoner kronor.

Registerhållaren och enskilda kliniker kan ha vissa kostnader för registerarbetet. En del registerhållare sköter registren till viss del inom ramen för sina ordinarie tjänster. Kostnaden för inrapporteringen till registren bärs av respektive sjukvårdshuvudman.

Regeringen och SKL gav i slutet av år 2009 en arbetsgrupp i uppdrag att göra en översyn av de nationella kvalitetsregistrens fortsatta utveckling. Utredningen lämnade nyligen förslag på såväl finansiering, organisation som infrastruktur för kvalitetsregistren. Översynen beräknar kostnaderna för att utveckla och driva kvalitetsregistren till cirka 500 miljoner kronor per år. Kalkylen inkluderar såväl direkta som indirekta kostnader samt den tid som verksamheterna lägger ned på registrering och stödsystem för att driva registren. Verksamheternas registrering utgör en tredjedel av dessa kostnader (drygt 180 miljoner kronor).

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Även om personalens professionalitet och etik ofta borgar för att fel uppgifter inte rapporteras till registren, kan inte risken för olika typer av glidningar eller felaktigheter i rapporteringen uteslutas. Det finns drivkrafter som kan påverka kvaliteten i de inrapporterade uppgifterna.

³⁶ Dagmaröverenskommelse 2010 – överenskommelse mellan staten och SKL om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården.

Det kan handla om att vårdenheter jämförs med varandra eller att olika typer av ersättningar är kopplade till inrapporterade uppgifter.

Varje register ansvarar för kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter. För delar av kvalitetssäkringen tillhandahåller Socialstyrelsen statistik från hälsodataregister. På så sätt kan ansvariga för registren kontrollera vilka personer som förekommer i kvalitetsregistret och mäta kvalitetsregistrets täckningsgrad. Dessa kontroller görs i de fall kvalitetsregistren så önskar. Det är ovanligt att de ansvariga för registren gör kontroller av om diagnoser eller andra variabler har registrerats på rätt sätt.³⁷

Översynen av de nationella kvalitetsregistren anser att man inom ramen för den registerservice som Socialstyrelsen bedriver också bör verka för att förbättra datakvaliteten. Socialstyrelsens roll att granska registrens kvalitet och vara ett stöd för registrens kvalitetsarbete behöver utvecklas. Översynen lyfter fram valideringsstudier som ett sätt att nå bättre kvalitet på inrapporterade data. Sådana studier kan innebära att man jämför inrapporterade uppgifter mot vad som är dokumenterat i patientjournalerna.

Uppföljning av verksamheterna

Ett av kvalitetsregistrens huvudsyften är att bidra till uppföljning av verksamheterna och ett fokuserat utvecklingsarbete. Enligt översynen av kvalitetsregistren är det många inom vården som efterlyser stöd och metodkunskap i hur man bedriver förändringsarbete utifrån kvalitetsregistren.

Av ansökningsanvisningarna framgår att registrens årsrapporter bör redovisa kvalitetsförbättringar i form av medicinska, funktionella och patientupplevda data. Vidare betonas vikten av att årsrapporten ger en bild av i vilken grad och på vilket sätt registret utnyttjats av de enheter som rapporterar in data. I många register kan det dröja upp till ett och ett halvt år innan verksamheten får återkoppling på inrapporterade uppgifter. Därmed försämras möjligheterna för verksamheterna att aktivt använda registret i sitt förbättringsarbete.

³⁷ Översynen av de nationella kvalitetsregistren.

Den uppföljning som sker utifrån kvalitetsregister behöver ofta kompletteras. Registren är inte heltäckande och tar ofta sikte på vissa utvalda moment.

Riksrevisionen har konstaterat att det saknas system för verksamhetsuppföljning på nationell nivå.³⁸

4.2 Svenska palliativregistret

Överenskommelsens mål

De operativa mål som satts upp för att erhålla ersättning från det prestationsbaserade statsbidraget är att registreringarna i Svenska palliativregistret ska öka från dagens 25 procent av alla dödsfall till cirka 70–80 procent. En del av ersättningen (40 miljoner kronor) utgår till de kommuner och landsting som registrerar 40 procent av alla dödsfall i kommunen och ytterligare en del (10 miljoner kronor) utgår till dem som uppnår 70 procent. Mätperioden är fjärde kvartalet 2010, det vill säga 1 oktober till 31 december 2010.

Registrets syfte

Svenska palliativregistret syftar till att identifiera brister i vården i livets slutskede och initiera ett kontinuerligt förbättringsarbete hos landets vårdgivare. Vidare ska även de osedda behoven av palliativ vård i livets slutskede synliggöras genom att alla dödsfall registreras, även de patienter som dör utan att ha identifierats som palliativa patienter.

Svenska palliativregistret har som utgångspunkt att registreringarna ska leda till att:

- patienten är informerad om sin situation,
- närstående är informerade om patientens situation,
- patienten är smärtlindrad,
- patienten är lindrad från övriga symtom,

³⁸ Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen, (RiR 2006:6).

- det finns läkemedel i injektionsform att ge vid behov för smärtgenombrott, oro, illamående och andningsbesvär,
- patienten inte behöver dö ensam,
- patienten ges möjlighet att dö på den plats hon själv önskar,
- närstående erbjuds uppföljande samtal efter dödsfallet.

Målgruppen är alla döende patienter oavsett vårdgivare. Människor i livets slutskede vårdas inom samtliga vårdområden.

Framväxt

Svensk förening för palliativ medicin, som organiserar läkare inom området, gav hösten 2004 en arbetsgrupp i uppgift att förbereda ett kvalitetsregister för palliativ vård. Arbetsgruppen tog sin utgångspunkt i Kalmar, Östergötlands, Södermanlands och Stockholms län. Ett webbaserat pilotprojekt pågick under sommaren 2005 och finansierades genom ett särskilt avtal med Socialstyrelsen. Registret blev ett officiellt nationellt kvalitetsregister i slutet av år 2005.

I början av 2000-talet bedömde Kommittén om vård i livets slutskede att majoriteten (cirka 80 procent) av dem som avlider dör den långsamma döden i den bemärkelsen att det är ett utdraget förlopp till följd av sjukdom eller ålder.³⁹ Enligt registerhållaren har en drivkraft för registret varit att det saknas samma tydliga struktur för vården i livets slutskede som för livets övriga skeenden. Ambitionen har varit att ge vårdenheterna stöd till ett strukturerat arbetssätt kring vården i livets slutskede.

Utformning

Svenska palliativregistret består av två enkäter: dödsfallsenkäten och enhetsenkäten.

Dödsfallsenkäten omfattar bland annat uppgifter om omständigheter vid dödsögonblicket, grundsjukdom, symtom, medicinering, information till vårdtagaren och anhöriga samt vårdgivarens skattning av den palliativa vårdens kvalitet. Den ska fyllas i för varje enskild vårdtagare.

³⁹ SOU 2001:6.

Enhetsenkäten omfattar bland annat uppgifter om verksamhetens omfattning, tillgången till olika yrkeskategorier dagtid respektive jourtid och förekomsten av olika rutiner. Den ska fyllas i en gång per år och enhet.

De båda enkäterna redovisas i sin helhet i bilaga 2.

Den enhet som sist vårdade patienten ska efter dödsfallet rapportera uppgifterna till registret. Verksamheterna definierar själva vad som ska räknas som enhet. Verksamheterna bestämmer också vem eller vilka som registrerar. I 70 procent av fallen är det sjuksköterskor som ansvarar för registreringen, i 30 procent läkare.

Svenska palliativregistret tar sikte på tiden efter den så kallade brytpunkten, då livsuppehållande verksamhet inte längre har effekt. Den palliativa vården täcker dock ett bredare fält än så. Det handlar om att generellt förbättra livskvalitet för patienter som drabbas av problem som uppstår vid livshotande sjukdom. Registerhållaren framhåller att man gärna ser att registret längre fram även täcker dessa andra delar.

Organisation

Landstinget i Kalmar län är huvudman för Svenska palliativregistret. Registrets kansli är stationerat i Kalmar. I styrgruppen ingår representer från fyra landsting eller regioner (Västra Götaland, Kalmar, Östergötland och Stockholm) och två kommuner (Helsingborg, Oxelösund). Styrgruppen består av läkare och sjuksköterskor med olika specialiteter inom den palliativa vården.

Finansiering

Innan överenskommelsen undertecknades bestod Svenska palliativregistrets intäkter enbart av beviljade medel från SKL.

Via överenskommelsen mellan staten och SKL har Svenska palliativregistret beviljats 7 miljoner kronor för år 2010. Parterna anser att registret behöver finansiell förstärkning för att kunna sprida användningen.

Täckningsgrad

Varje år dör knappt 95 000 personer i landet. Antalet registreringar i Svenska palliativregistret ökar successivt. Under de tre första kvartalen 2010 registrerades närmare 20 000 dödsfall, under motsvarande tid 2009 gjordes närmare 15 600 registreringar.

Enligt uppgifter från registerhållaren registreras för närvarande i snitt 28 procent av alla dödsfall (oktober 2010). Denna andel varierar mellan 10–54 procent mellan länen. Inom 114 kommuner registreras för tillfället minst 40 procent av dödsfallen, vilket utgör den lägsta nivån för prestationsersättning. Den högre nivån om 70 procent nås endast inom en kommun. Uppgifter om vilka personer som har avlidit hämtas från Skatteverket. Enligt registerhållaren kommer andelen registrerade dödsfall eventuellt öka något på grund av uppdateringar av antalet dödsfall från Skatteverket.

Registreringen varierar mellan olika vårdformer. Flera av landets största sjukhus registrerar inte alls. Däremot har de palliativa specialenheter en hög andel registreringar.

Spridning av registret

Den ersättning som registret har fått via överenskommelsen mellan regeringen och SKL används bland annat till:

- ökat IT-stöd,
- utökat kansli,
- tillfällig anställning av sex fältarbetare.

Fältarbetarna har till uppgift att besöka de verksamheter som ännu inte registrerar. Enligt registerhållaren kommer dessa fältarbetare främst inrikta sig på sjukhusen. Visst fokus kommer att läggas på medicin-, kvinno- och kirurgklinikerna. Dessa kliniker har flest dödsfall. De sex fältarbetarna innehar halvtidstjänster och ska arbeta i ett halvår. Registerhållaren bedömer att fältarbetarna under denna tid kommer att arbeta aktivt med sammanlagt 30 sjukhus. I hela landet finns det cirka 90 sjukhus. Drygt 30 av dessa rapporterar redan minst 25 dödsfall till registret (år 2009).

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Svenska palliativregistret har vissa inbyggda spärrar mot felregistreringar. Endast en enkät kan skickas in per patient. Vidare måste samtliga frågor vara besvarade innan registret accepterar enkäten. Det är även möjligt att spåra vem som har registrerat. I övrigt har Svenska palliativregistret inget upparbetat system för kontroll av de uppgifter som vårdgivarna registrerar.

Under år 2009 genomförde de ansvariga för registret dock vissa valideringsinsatser. Bland annat gjordes punktvisa jämförelser mellan inrapporterade uppgifter och journalanteckningar. Hälften av de inrapporterade händelserna saknade journaldokumentation. I de fall journaldokumentation fanns, var samstämmigheten lägre än 80 procent i 8 av dödsfallenkätens 25 frågor. Någon motsvarande granskning har inte gjorts för övriga år. Några fastlagda planer på ny journalgranskning finns inte.

Uppföljning av verksamheterna

Regeringen och SKL lyfter i överenskommelsen fram de möjligheter registret ger att jämföra den palliativa vård som olika enheter erbjuder sina patienter. Även enheter som har jobbat länge med att förbättra vården i livets slutskede och känner sig ganska nöjda kan till exempel upptäcka att patienterna överraskande ofta drabbats av trycksår. Parterna förväntar sig att dessa jämförelser ska generera ett förbättringsarbete hos enheterna som annars inte kommit till stånd.

På registrets hemsida redovisas resultaten av registreringarna uppdelat på kommun och typ av verksamhet. Respektive enhet kan plocka ut sina egna resultat.

Svenska palliativregistret redovisar sina resultat i en årsrapport.

4.3 Senior alert

Överenskommelsens mål

Enligt överenskommelsen ska alla relevanta enheter i kommunen eller landstinget registrera i Senior alert för att den prestationsbaserade ersättningen ska betalas ut. Enligt SKL:s senare uttolkning räcker det

dock att kommunen eller landstinget har anmält alla sina enheter till registret. Kommunen eller landstinget får därefter ersättning för de enheter som registrerar. Med samtliga relevanta verksamheter avser SKL hemsjukvård i ordinärt boende, vård och omsorg i särskilt boende samt sjukhusvård. Varken hemtjänst eller vårdcentraler ingår.

Registrets syfte

Senior alert syftar till att verksamheterna ska införa ett nytt och mer strukturerat arbetssätt för vården och omsorgen av personer som är 65 år eller äldre. Registret ska leda till ett mer vårdpreventivt arbetssätt. Med hjälp av registret ska olika vårdenheter kunna följa kvaliteten i sitt eget arbete. På så sätt ska ett förebyggande arbetssätt spridas.

Framväxt

Senior alert har utvecklats ur den praktiska verksamheten inom landstinget i Jönköpings län. Enligt registerhållaren tillkom registret som en reaktion på att vårdenheterna arbetade i sina egna avgränsade områden och att varje enhet gjorde separata mätningar. Strävan har varit att få till ett register som stödjer ett aktivt förbättringsarbete. Oavsett var vårdtagarna befinner sig i vårdkedjan ska man kunna fånga upp dem som är i risk för skada.

En annan drivkraft har varit att synliggöra de yrkesgrupper som arbetar med omvårdnad. Vården och omsorgen av multisjuka äldre innehåller många gånger omvårdnadsinsatser. Vårdförbundet har engagerat sig i registrets utveckling.

Registret fick status som nationellt kvalitetsregister år 2006.

Utformning

Senior alert består av två övergripande delar: riskbedömning och förebyggande åtgärder.

Verksamheterna ska först bedöma vilka risker patienterna löper för fall, trycksår och undernäring. Dessa tre områden är starkt kopplade till varandra. En undernärmd person har lättare att falla och utveckla sår, ett trycksår ger ofta smärta som kan ge sänkt aptit och ett benbrott kan öka risken för trycksår. Tanken är att Senior alert ska tydliggöra dessa samband. Riskbedömningarna utgår från evidensbaserade instrument.

Om personen bedöms riskera skada ska förebyggande åtgärder vidtas. Det kan handla om att informera, påverka attityder i omgivningen, anpassa omgivningen, se över användningen av läkemedel eller initiera nutritionsbehandling.

Enkäten redovisas i sin helhet i bilaga 2.

Vården och omsorgen av äldre rör många olika vårdgrenar. Senior alert omfattar kontakter inom särskilt boende, hemtjänst, hemsjukvård, geriatriska kliniker och akutsjukvård.

Verksamheterna definierar själva vad som ska räknas som enhet i registret. Verksamheterna bestämmer också vem eller vilka som registrerar. Grundtanken är att registreringarna ska diskuteras i arbetslag. Arbetslaget kan till exempel bestå av sjuksköterska, undersköterska, distriktssköterska, sjukgymnast, dietist, läkare och enhetschef.

Enligt registerhållaren finns vissa planer på att utvidga registret med till exempel vårdrelaterade infektioner.

Organisation

Landstinget i Jönköping är huvudman för Senior alert. Registrrets projektgrupp är stationerad på landstingets utvecklings- och utbildningscentrum för förbättringsarbete inom vården. Ytterligare två nationella kvalitetsregister är knutna till detta centrum.

I styrgruppen för Senior alert ingår representanter från två landsting (Jönköping och Västerbotten), två kommuner (Jönköping och Växjö) och Vårdförbundet. Styrgruppen består bland annat av medicinskt ansvarig sjuksköterska, universitetslektor, utvecklingsledare och direktörer inom landstinget.

Finansiering

Senior alert har sedan starten finansierats av flera olika aktörer. Landstinget i Jönköpings län har hela tiden varit en delfinansiär. Under de första åren bidrog även Vårdförbundet med medel, som mest med närmare 250 000 kronor under år 2007.⁴⁰

⁴⁰ Senior alerts ansökan om medel från SKL år 2008.

Regeringen och SKL anser att registret behöver finansiell förstärkning för att kunna sprida användningen. Via överenskommelsen har Senior alert beviljats 12 miljoner kronor för år 2010. Denna förstärkning innebär att registrets ekonomiska utrymme mångdubblats.

Vårdgivare som under år 2009 använde Senior alert fick betala en avgift till registret. Ett syfte med den finansiella förstärkningen har varit att dessa avgifter ska kunna tas bort under åren 2010 och 2011. Detta har ansetts vara en viktig förutsättning för ökat deltagande. Avgiften baserade sig på befolkningsmängden i respektive kommun eller landsting. Som mest kunde avgiften uppgå till 50 000 kronor för en kommun och 100 000 kronor för ett landsting. Den lägsta avgiften var 5 000 kronor. Enligt registerhållaren tog man dock inte systematiskt ut denna avgift då den kunde hindra enheter från att ansluta sig.

Täckningsgrad

Inom flera landsting och kommuner bedrivs delar av vården och omsorgen om äldre av privata utförare. Det är ännu inte klargjort hur dessa utförare ska behandlas när man ska fastställa vilka enheter som ska anses vara relevanta för att erhålla ersättning. Ansvariga för registret uppger att det pågår arbete för att finna en lösning på frågan.

Av landets 290 kommuner är 74 för närvarande anslutna till Senior alert. När överenskommelsen slöts i februari var det 9 kommuner som registrerade.

Av landets 21 landsting⁴¹ är 12 för närvarande anslutna till Senior alert. Ett av landstingen har dock inte kommit igång med registreringar. När överenskommelsen slöts var det 7 landsting som registrerade.

Det finns i dagsläget inga uppgifter om andelen registrerande enheter inom de kommuner och landsting som är anslutna till registret.

För att räknas som aktivt registrerande ska enheten ha gjort minst 10 registreringar under det senaste halvåret. Av de drygt 1 500 enheter som registrerar räknar ansvariga för registret med att mindre än en

⁴¹ Inklusivt regioner och kommun med landstingsansvar.

tredjedel ännu är aktivt registrerande. Någon samlad uppgift över det totala antalet vårdenheter i landet finns inte.

Det är först när enheten börjar göra riskbedömningar som registret anser att de är igång på allvar. För tillfället har 8 landsting och 17 kommuner var för sig registrerat fler än 50 riskbedömningar.

Spridning av registret

Senior alert räknar med att under år 2010 använda 10,8 miljoner av de 12 miljoner kronor som man fått via överenskommelsen. Den absoluta merparten – drygt 8 miljoner kronor – går till att tillfälligt anställa 25 Senior alert-coacher. Dessa coacher arbetar från september 2010 och ett halvår framåt. En del av coachernas insatser kommer således att belasta år 2011.⁴²

Flera av coacherna är i grunden sjuksköterskor, men även andra professioner såsom arbetsterapeuter, sjukgymnaster och folkhälsovetare finns representerade. Coachernas uppgift är att besöka vårdenheter över landet och utbilda enheterna för att börja registrera i Senior alert. De är indelade i fyra team – nord, öst, syd och väst. Upplägget för coacherna är detsamma oavsett län eller vårdområde.

Målet för registret är att alla relevanta enheter i landet ska registrera i Senior alert. Några specificerade delmål har man inte formulerat för coachernas arbete eller registrets övriga spridningsarbete.

Coacherna har nyligen påbörjat sitt arbete, varför det är för tidigt att närmare redovisa deras faktiska insatser. Det kan dock konstateras att försättningarna för coacherna skiftar. En del har relativt snart kunnat arbeta mer konkret och på plats visa personalen hur man registrerar i registret. För andra har det mer handlat om att finna rätt ingångar till huvudmännen och försöka få till stånd nödvändiga beslut för att det överhuvudtaget ska vara lönt att komma ut till verksamheterna och informera.

⁴² Senior alerts ekonomiska redovisning till SKL (september 2010).

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

I flera av registrets enkätfrågor har Senior alert skapat datafilter mot ologiska inmatningar. Det är även möjligt att spåra vem som har registrerat. Vidare har registret utvecklat instruktionsfilmer och manualer för att stödja användarna att registrera på ett korrekt sätt.

I övrigt har Senior alert inget system för kontroll av de uppgifter som vårdgivarna rapporterar in. Registret har inte initierat eller genomfört några valideringsstudier av inrapporterade uppgifter.

Uppföljning av verksamheter

Regeringen och SKL lyfter fram att deltagande i Senior alert innebär att verksamheterna får stöd att bedriva ett aktivt förändringsarbete. En förutsättning för ett systematiskt förändringsarbete är att man kan mäta och följa upp resultat. Senior alert ger också verksamheterna möjlighet att följa utvecklingen direkt via registrets hemsida.

Enligt uppgift planerar de ansvariga för registret att satsa mer på uppföljning av data nästa år. Senior alert redovisar sina resultat i en årsrapport.

5 **Tänkbara incitament och hinder för att registrera i kvalitetsregistren**

I detta kapitel redovisas möjliga incitament och hinder för att registrera i Svenska palliativregistret och Senior alert. Kapitlet bygger på synpunkter som Statskontoret fått vid våra besök och intervjuer. Vi värderar inte dessa synpunkter utan redovisar dem för att uppmärksamma tänkbara möjligheter och risker i det fortsatta arbetet med överenskomsten.

Incitamenten och hindren för att registrera kan hänföras till olika nivåer. Det kan röra allt från inslag i lagstiftning till hur arbetslaget kring den äldre är organiserat. Vi har valt att dela in redovisningen i fem grupper:

1. *Registrens utformning och uppbyggnad*
Kvalitetsregister omfattar olika vårdområden och utgår från olika professioner. Ofta är specifika diagnoser i fokus, men några register tar snarare sikte på vårdkedjor.
2. *Statsbidragets utformning*
Statsbidraget och prestationsersättningen kan utformas på många olika sätt. Det gäller bland annat beloppens stolek, kriterierna för utbetalning och hur mycket huvudmännens egna resultat ska påverka utfallet.
3. *Övergripande styrning och organisation av vården*
På övergripande nivå styrs vården och omsorgen av bland annat lagar och tillsyn. Vidare fastställs ansvarsgränserna mellan huvudmännen på denna nivå.
4. *Huvudmännens styrning och organisation*
Vården och omsorgen av äldre utförs av kommuner och landsting. De väljer att organisera vården och omsorgen utifrån sina förutsättningar och prioriteringar.
5. *Ledningen av verksamheterna*
Inom vården och omsorgen har ledarskapet stor betydelse. Det handlar om att stödja, vägleda och motivera sin personal.

5.1 Registrens utformning och uppbyggnad

Tänkbara incitament

Registrens fokus på omvårdnad

Registrens fokus på omvårdnadsinsatser innebär att sjuksköterskor, undersköterskor och annan omvårdnadspersonal synliggörs. Dessa yrkesgrupper kan känna att ett deltagande i registren synliggör och uppgraderar deras arbetsinsatser.

Registren möjliggör uppföljning

Registren ger verksamheterna goda möjligheter att följa upp sina resultat. Registren är dessutom webbaserade. Särskilt små kommuner kan idag sakna utvecklade uppföljningssystem.

Registren uppfattas som relevanta

De flesta av de intervjuade menar att de två registren är relevanta och främjar ett eftersträvaisvårt arbetssätt.

Registren är avgiftsfria

Svenska palliativregistret är avgiftsfritt. Under år 2009 tog Senior alert ut avgifter. Den finansiella förstärkningen har medfört att även Senior alert kan vara avgiftsfritt under åren 2010 och 2011.

Tänkbara hinder

Registrens fokus på omvårdnad

Såväl Senior alert som Svenska palliativregistret omfattar omvårdnadsinsatser. Båda registren skiljer sig därmed från de ursprungliga kvalitetsregistren som utgår från särskilda sjukdomar och medicinska specialiteter. Detta kan göra det svårt att engagera läkarna på sjukhusen. Några av de intervjuade har framfört att detta speciellt kan gälla universitetssjukhusen.

Även enheter med få dödsfall förväntas registrera i Svenska palliativregistret

Målgruppen för Svenska palliativregistret är alla döende patienter. Människor i livets slutskede vårdas inom samtliga vårdområden. Det innebär att alla vårdenheter också förväntas registrera i registret. På vissa enheter inträffar det dock sällan dödsfall. Det kan vara svårt att

motivera sådana enheter att börja registrera. Av våra intervjuer framgår till exempel att många av sjukhusens kliniker inte alltid ser att registret är relevant för deras verksamhet.

5.2 Statsbidragets utformning

Tänkbara incitament

Ersättningsbeloppen betydelsefulla för små och medelstora kommuner

De små och medelstora kommunerna påverkas mer av ersättningen än stora kommuner. Vid våra besök och intervjuer har flera betonat att pengarna har betydelse.

Satsningen ger ökad uppmärksamhet

Satsningen har i sig har gett ökad uppmärksamhet till registren. Av Statskontorets besök och intervjuer framgår att det har varit av viktig symbolisk betydelse att regeringen pekar ut dessa register som angelägna. Vidare kan det vara en drivkraft att inte vara sämre än de andra huvudmännen och därför vinnlägger man sig om att börja registrera.

Tänkbara hinder

Kommuner och landsting påverkar inte själva fullt ut ersättningen

Ersättningen för registrering i Svenska palliativregistret mäts som andel registreringar per kommun i förhållande till antalet dödsfall i kommunen. Det innebär att kommunen respektive landstinget inte själva fullt ut kan påverka ersättningen. Det kan till exempel innebära att en kommun som har låg eller ingen registrering ändå kan få ersättning om landstinget registrerar mycket.

Ersättningen ger litet tillskott i förhållande till huvudmännens totala budget

Prestationsersättningen till landsting och kommuner uppgår till sammanlagt 100 miljoner kronor. Enbart kommunernas kostnader för vård och omsorg uppgår till 92 miljarder. För större kommuner skulle en eventuell ersättning innebära ett begränsat tillskott. Det gäller även för landstingen, särskilt de stora landstingen. Stockholms läns landsting omsätter årligen över 40 miljarder kronor på hälso- och sjukvård. En fråga är vilken drivkraft ersättningen utgör i dessa fall.

De två registren kan motverka varandra

De två registren kan riskera att motverka varandra genom att de införs samtidigt. Vid några av våra intervjuer har det framförts att personalen kanske inte orkar med mer än ett register åt gången.

5.3 Övergripande styrning och organisation av vården

Tänkbara incitament

Inget incitament har framkommit i Statskontorets intervjuer och besök.

Tänkbara hinder

Konkurrerande krav på rapportering

Inom landstingsvården är kvalitetsregister vanligt förekommande. Av våra intervjuer framgår att sjukhusen rapporterar till 60–70 kvalitetsregister. Merparten av dessa är nationella. Vissa kliniker rapporterar till något enstaka register, medan andra kliniker rapporterar till 10–15 kvalitetsregister. Av våra intervjuer framgår att det inom verksamheterna kan finnas en viss mättnad på att registrera och att man därför tvekar till att ansluta sig till ytterligare två register.

Vården delas mellan huvudmännen

Båda registren täcker såväl kommunernas som landstingens verksamheter. Speciellt för Senior alert, som är utpräglat processinriktat, kan det vara ett hinder att ingen aktör äger hela processen. Om den äldre vårdas hemma kan till exempel kommunen endast påverka en del av vården. Detta kan minska viljan att registrera.

En huvudman får inte hämta uppgifter från annan huvudman

Det finns legala hinder för olika huvudmän att ta del av varandras uppgifter. Om man inte kan ta del av hela vårdkedjan kan viljan att registrera minska.

Lämna uppgifter i registren samtidigt som man ska föra journal

Patientjournalerna är inte synkroniserade med registren. Det innebär ett visst merarbete för personalen, som därför kan dra sig för att börja registrera. Några av de intervjuade har uppgett att de väntar med att gå med till dess att systemen är synkroniserade.

5.4 Huvudmännens styrning och organisation

Tänkbara incitament

Tydlig ingång till kommunerna

Registren har bland annat anställt Senior alert-coacher respektive fältarbetare för att sprida registren. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan är en tydlig ingång för att sprida registren till kommunen. Det underlättar arbetet med att sprida användningen.

Tänkbara hinder

Registren saknar tydliga ingångar till landstingen

Registren saknar tydlig ingång till landstingen. Det är svårt för registren att finna lämpliga personer som kan slussa dem vidare in i organisationen.

Vissa kommuner och landsting anser sig redan ha rutiner på området

En del sjukhus menar att uppgifter som efterfrågas i Senior alert redan dokumenteras i journalerna. Vidare framhåller man att sjukhuset gör egen journalgranskning av till exempel fallskador och nutrition. Vissa kommuner har tagit fram riktlinjer och rutiner för fallskador, trycksår och undernäring som man menar redan täcker in området.

Konkurrerande krav på rapportering

Kommunerna och landstingen har olika lokala checklistor inom området, vilket kan göra att personalen anser att det är betungande att dessutom lämna uppgifter i registren.

Tar längre tid för stora kommuner och landsting att få allt på plats

Kommunerna och landstingen fick besked om statsbidraget i våras. Det är förhållandevis kort tid för en stor kommun eller ett stort landsting. De har många enheter som ska informeras. En del kommuner är dessutom indelade i stadsdelar.

Oklart hur pengarna kommer att fördelas inom kommunen och landstinget

Regeringen och SKL övervägde i samband med framtagandet av överenskommelsen en lösning där ersättningen skulle gå direkt till verksamheterna, men fann inget lämpligt tillvägagångssätt. Ingen av de huvudmän som Statskontoret har varit i kontakt med har beslutat hur eventuellt statsbidrag ska fördelas inom organisationen. Under våra intervjuer har det framkommit farhågor om att prestationsersättningen inte kommer ut till berörda enheter. Därmed minskar drivkraften för personalen att registrera.

Egna prestationsersättningar

Flera kommuner och landsting har egna former av prestationsersättningar till verksamheterna. Ibland är ersättningarna kopplade till registrering i olika kvalitetsregister. Stockholms läns landsting har prestationsersättning kopplad till såväl Senior alert som Svenska palliativregistret. Dessa ersättningar kan vara styrande i sig. De utgör visserligen inget hinder, men kan eventuellt göra prestationsersättningen från överenskommelsen mindre betydelsefull.

5.5 Ledning av verksamheterna

Tänkbara incitament

Tydliggöra att registrering är prioriterat

Vid våra besök och intervjuer har det betonats att de som ansvarar för registreringarna måste känna att ledningen uppskattar deras insats. Det är viktigt att chefen tydliggör att registreringen är prioriterad. På så sätt kan man få igång och upprätthålla registrering.

Tydligt ansvar för registreringen

Vid våra intervjuer har flera betonat vikten av ett utpekat ansvar för registreringen. Även om hela arbetslaget är involverat bör det vara tydligt vem som ansvarar för registreringen. Då kan registreringen upprätthållas på ett annat sätt.

Tänkbara hinder

Motstånd mot administrativa uppgifter

Det kan finnas ett visst motstånd hos personalen mot att "sitta vid datorn" istället för att vara hos patienten. Vid intervjuerna har det också framkommit att verksamheterna inte alltid har tillräcklig tillgång till datorer. Vidare kan datorvanan på vissa enheter vara låg.

Ibland saknas tydliga rutiner och mål

Verksamheterna saknar ibland en tydlig rutin för registreringen. Det har även framförts att det inte alltid har gått fram till personalen varför det är viktigt att registrera.

Pressad arbetssituation

Flera har framfört att arbetssituationen är pressad inom vården och omsorgen. Registrering skulle i detta läge kunna innebära ett för stort merarbete för personalen.

6 Slutsatser

I detta kapitel analyserar vi och drar slutsatser om hela satsningen på prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Vi lyfter också fram de viktigaste hindren mot och incitamenten för att registrera i de två kvalitetsregistren. Denna delrapport utgör den första av fyra rapporter och beskriver hur arbetet med överenskommelsen har kommit igång. Arbetet med överenskommelsen är fortfarande i ett tidigt skede. Statskontoret återkommer därför med mer djupgående beskrivningar och analyser i de kommande rapporterna.

6.1 Överenskommelsen som helhet

Svår att överblicka

Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre innehåller flera olika typer av insatser och styrmedel. Därför är den svår att överblicka. Det handlar både om en överenskommelse, ett riktat statsbidrag samt styrning genom information. Det är inte ovanligt att staten använder flera olika styrmedel för att påverka hur de kommunala huvudmännen bedriver sin verksamhet. Statskontoret menar att det är svårt att bedöma om och hur de olika styrmedlen i överenskommelsen samverkar.

Även om överenskommelsen i själva benämningen uppges vara prestationsbaserad är det endast en del av statsbidraget som är kopplad till utförda prestationer. Det innebär att kommuner och landsting får ersättning om de registrerat vissa uppgifter i kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret.

För att öka förståelsen för överenskommelsens olika delar hos kommuner och landsting menar Statskontoret att den borde tydliggöras och förses med tidssatta och kvantifierade mål. Det är i dag oklart hur de olika delarna hänger samman och vad de olika insatserna förväntas leda till.

Stimulansmedel och kvalitetsregister har olika syften

Styrningen via kvalitetsregister och de mer traditionella stimulansmedlen har delvis olika syften. I båda fallen ska kvaliteten i vården och

omsorgen om äldre öka, men stimulansmedlen har en betydligt bredare inriktning och ska stimulera utveckling inom flera olika områden. Till skillnad från stimulansmedlen ska kvalitetsregistren förstärka ett specifikt arbetssätt och möjliggöra uppföljning av några utvalda indikatorer. Statskontoret menar att kvalitetsregistren ger en bättre grund för verksamhetsuppföljning och återkoppling till verksamheterna.

6.2 Ökad användning av kvalitetsregistren

Satsningen på kvalitetsregister kan utveckla vården och omsorgen om äldre

De två kvalitetsregistren har utvecklats lokalt och utgår från identifierade problem i vården och omsorgen om äldre. Senior alert tar sikte på det förebyggande arbetet, något som det hittills saknats utvecklade instrument för. Även Svenska palliativregistret syftar till att främja ett strukturerat arbetssätt inom ett område där det saknas en tydlig struktur. Statskontorets besök och intervjuer visar att många som arbetar med vård och omsorg om äldre anser att registren är relevanta och täcker in viktiga områden. I kvalitetsregistren finns också en ansats att de indikatorer som används ska vara vetenskapligt förankrade. Statskontoret menar att satsningen på kvalitetsregister kan medföra ett mer strukturerat sätt att utveckla vården och omsorgen om äldre. Nu när dessa lokalt utarbetade register ska föras ut i hela landet och ligga till grund för ett ändrat arbetssätt, måste dock styrningen och kontrollen systematiseras på ett annat sätt.

Risk för att andra förebyggande åtgärder nedprioriteras

Statskontoret har hittills inte funnit att användningen av kvalitetsregister skulle kunna utveckla verksamheten i fel riktning. Det är dock inte oproblematiskt att styra en verksamhet via kvalitetsregister, som i detta fall dessutom är kopplad till en prestationsersättning. Det finns en stark styrkraft i att mäta och jämföra denna typ av verksamheter med varandra, särskilt om jämförelserna görs offentliga. Det kan innebära en risk för suboptimering och att andra typer av förebyggande insatser prioriteras ned eller inte genomförs alls. Områden som inte ingår i kvalitetsregistren i dag är exempelvis delar av den sociala omsorgen och innehållet i den äldres vardag. Det finns olika sätt att minimera sådana

risker, till exempel genom att se till att indikatorerna har en god spridning, att verksamheten följs upp och kvalitetssäkras eller att indikatorerna förändras med viss regelbundenhet.

Kvalitetssäkringen av registrerade uppgifter brister

Regeringen och SKL förväntar sig att registren ska synliggöra vårdens resultat. Vidare ska verksamheterna kunna jämföra sig med varandra. Detta förutsätter att de uppgifter som vårdenheterna rapporterar är korrekta. Även om Svenska palliativregistret genomfört punktvisa och tillfälliga valideringsstudier, visar vår utvärdering att inget av registren säkrar kvaliteten i de inrapporterade uppgifterna på ett tillfredsställande sätt.

Översynen av de nationella kvalitetsregistren förespråkar ett tydligare nationellt ansvar för tillsynen av inrapporterade uppgifter. Statskontoret instämmer i detta. De ansvariga för registren har inte förutsättningar att ensamma hålla i kvalitetssäkringen. Statskontoret vill också uppmärksamma att den prestationsbaserade ersättningen medför särskilda risker för felrapporteringar. Att ersättning kopplas till registrering kan skapa oönskade drivkrafter hos vårdgivarna. Kommuner och landsting som registrerar kan till exempel vara angelägna om att få så bra resultat som möjligt. Detta ökar risken för olika typer glidningar eller felaktigheter i rapporteringen. Det är inte känt i vilken omfattning sådana felaktigheter förekommer. Statskontoret menar dock att det krävs en mer sammanhållen och systematisk kvalitetssäkring för att säkerställa att inrapporterade uppgifter är korrekta.

God grund för uppföljning, men analyskompetensen behöver utvecklas

Satsningen på Svenska palliativregistret och Senior alert syftar bland annat till att vårdenheterna ska få bättre möjligheter att följa upp sin verksamhet. Speciellt små kommuner saknar ofta egna uppföljningssystem. Till skillnad från många andra kvalitetsregister ger dessa två register vårdenheterna möjligheter att löpande följa utvecklingen. Statskontoret anser att registren ger en bra grund för verksamhetsuppföljning.

Många verksamheter kan dock behöva stöd i sitt analys- och uppföljningsarbete. Kvalitetsregistren saknar delvis nödvändig analyskompe-

tens för att kunna vara ett sådant stöd. Regeringen och SKL bör i framtida överenskommelser ställa krav på kommuner och landsting att redovisa hur de planerar att följa upp sina resultat.

Risk för orealistiska förväntningar på integrerade journaler

Registreringarna i Senior alert och Svenska palliativregistret är inte integrerade med patientjournalerna. Det gäller även nästan alla andra kvalitetsregister. Det innebär att personalen får mata in vissa uppgifter som redan finns i journalerna. Journalerna har etablerats för andra ändamål och styrs av regler som inte alltid är förenliga med evidensbaserat vårdarbete.

Vid våra besök och intervjuer har Statskontoret uppmärksammat att flera aktörer förutsätter att man snart och förhållandevis enkelt kommer att kunna integrera dessa system. Vissa har till och med angett som skäl till att inte börja registrera att man inväntar att journalerna och registren ska synkroniseras.

Översynen av de nationella kvalitetsregistren konstaterar att en lyckad integrering mellan journaler och kvalitetsregistren kräver att arbetet med den nationella IT-strategin intensifieras. Utredningen framhåller att även med en intensifierad satsning kommer detta att ta tid. Därför är det angeläget att de som verkar för att sprida registren ger realistiska förväntningar och är tydliga med att det inte finns någon omedelbar lösning. Det handlar istället om att klargöra att kvalitetsregistren har andra syften än journalerna. Om inte, riskerar man att enheter väntar med att ansluta sig. Vidare kan enheter som börjat registrera sluta med det då de märker att den förväntade integreringen tar tid.

Oklara grunder för utbetalning av prestationsersättning

För att rätt ersättning ska betalas ut för Senior alert krävs att samtliga relevanta enheter identifieras. SKL har utarbetat en definition av vad som menas med relevanta enheter, men Statskontoret konstaterar att grunderna för ersättningen fortfarande är oklar i flera avseenden. Verksamheterna definierar själva vad som ska räknas som enhet, vilket gör det svårt för registret att kontrollera underlaget för ersättning. Det finns inte heller någon närmare uppgift om hur många enheter som finns i

landet. Vidare är det ännu inte helt klargjort på vilket sätt privata utförare ska behandlas i underlaget för ersättning. Om dessa otydligheter består riskerar prestationsersättningen att betalas ut på oklara eller felaktiga grunder.

Ersättningen för Svenska palliativregistret är inte förenat med samma problem. Där sätts ersättningen i relation till andelen dödsfall som registreras. Registret hämtar in uppgifter från Skatteverket om vilka personer som har avlidit.

Spridningsarbetet är gång, men delmål och närmare analys saknas ännu

Båda registren har fått finansiell förstärkning för att sprida användningen. Senior alert har fått en större andel eftersom detta register inte har samma spridning som Svenska palliativregistret.

Senior alert har kommit igång snabbt och deras tillfälligt anställda coacher har påbörjat sitt spridningsarbete. Målet för registret är att alla relevanta enheter ska registrera. Det är långt kvar innan detta mål är nått. Registret har inte satt upp några delmål på vägen eller närmare analyserat hur förutsättningarna skiljer sig i olika delar av landet.

Även Svenska palliativregistret har tillfälligt anställda personer som ska sprida användningen. Registret strävar efter att landets alla vårdenheter ska registrera. Det kan dock vara svårt att motivera sådana enheter där det sällan inträffar dödsfall.

Tiden för spridning av registren har varit knapp, men Statskontoret anser att de ansvariga för registren bör analysera sitt spridningsarbete närmare. Det gäller bland annat att sätta upp rimliga delmål för respektive län eller vårdområde. Statskontoret anser att det är för tidigt att ta ställning till hur ansvaret för att sprida registren ska utformas längre fram. En fortsatt spridning förutsätter dock att det finns tillräckliga resurser för att administrera och utveckla registren.

Täckningsgraden har ökat

Under år 2010 har täckningsgraden ökat för båda kvalitetsregistren. För närvarande är 74 kommuner och 12 landsting anslutna till Senior alert.

Några uppgifter om andelen registrerande enheter kan ansvariga för registret ännu inte redovisa.

Inom 114 kommuner registreras för närvarande minst 40 procent av dödsfallen i Svenska palliativregistret, vilket motsvarar den lägre nivån i överenskommelsen. Den högre nivån om 70 procent nås inom en kommun.

Behov av fortsatt ersättning för registrering i kvalitetsregister

Även om registreringarna har ökat är det fortfarande många vårdenheter som ännu inte deltar. För stora kommuner och landsting kan det ta viss tid att få allt på plats innan själva registreringen kan påbörjas. Därför torde det även nästa år finnas ett behov av att koppla ersättningen till påbörjad registrering. I takt med att registreringarna ökar bör dock tyngdpunkten successivt flyttas över till uppnådda resultat i stället för att som i dag koppla ersättningen enbart till påbörjad registrering. För Senior alert är det till exempel viktigt att vårdenheter inte stannar vid att bara göra riskbedömningar, utan även går vidare och vidtar förebyggande åtgärder.

Hemtjänst omfattas inte av ersättningen

Statskontoret noterar att den allt större delen av äldreomsorgen som bedrivs inom hemtjänst inte omfattas av satsningen. Hemtjänsten ingår inte i SKL:s underlag för ersättning för registrering i Senior alert. Hemtjänsten har förändrats under åren och omfattar nu på ett helt annat sätt än tidigare omsorg och vård av svårt sjuka personer. Därför är det angeläget att regeringen och SKL i kommande överenskommelser försöker finna sätt att även stimulera hemtjänsten att införa ett mer strukturerat och systematiskt arbetssätt.

6.3 Stöd till ett systematiskt förbättringsarbete

Utvecklingsledarnas roll behöver förtydligas

Merparten av de medel som avsatts för systematiskt förbättringsarbete kommer att användas för att tillsätta utvecklingsledare. Statskontoret menar att utvecklingsledarna har en viktig uppgift att förankra arbetet

med kvalitetsregister på politisk nivå och bland beslutande tjänstemän. Vi har dock noterat att utvecklingsledarnas roll inte är tydligt definierad i överenskommelsen. De ska enligt överenskommelsen inte bara sprida information om kvalitetsregister utan även stärka samverkan mellan olika huvudmän inom vården och omsorgen om äldre. En annan uppgift är att återföra erfarenheter och goda exempel på pågående utvecklingsarbete. Statskontoret menar att deras roll behöver förtydligas och avgränsas från liknande funktioner inom ramen för denna och andra satsningar. Det gäller framför allt de coacher och fältarbetare som anställts av de ansvariga för kvalitetsregistren och de utvecklingsledare som förekommer inom Program för god äldreomsorg.

Avgränsningar gentemot andra satsningar

Utöver utvecklingsledarna kommer medlen för systematiskt förbättringsarbete att användas till kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre och till olika insatser för att stimulera redan pågående arbete. Statskontoret menar att gränserna gentemot andra statliga satsningar är otydliga, framför allt vad gäller Program för god äldreomsorg. Båda satsningarna har likartade mål och motverkar därmed inte varandra. Överlappningarna medför dock att det blir svårt att följa upp vilka resultat som uppnås genom överenskommelsens del om systematiskt förbättringsarbete.

6.4 Nationell samordning genom SKL

Satsningen är känd i kommuner och landsting

SKL ska enligt överenskommelsen bland annat samordna arbetet med att sprida kvalitetsregistren. SKL har genomfört planerade insatser och riktat information till specifika målgrupper. Såvitt Statskontoret kan bedöma är satsningen känd i många kommuner och landsting och det finns ett intresse för att medverka.

Referenser

Lagar

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Socialtjänstlag (2001:453).

Offentligt tryck

Proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.*

Proposition 2007/08:1 *Budgetpropositionen för 2008.*

Proposition 2009/10:116 *Värdigt liv i äldreomsorgen.*

Proposition 2010/11:1 *Budgetpropositionen för 2011.*

Protokoll III:3 vid regeringssammanträde 2009-12-10 *Program för en god äldreomsorg.*

Protokoll I:22 vid regeringssammanträde 2009-12-17
Dagmaröverenskommelse 2010 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården.

Protokoll III:4 vid regeringssammanträde 2010-02-04
Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Regeringsbeslut III:11 2009-06-25, S2009/5079/ST.

Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU24 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.*

SOU 2001:6 *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut.*

SOU 2007:11 *Staten och kommunerna - uppgifter, struktur och relation.*

Utredningsdirektiv 2010:71 *En nationell samordnare för hemsjukvård.*

Material från andra myndigheter och organisationer

Länsgemensamma överenskommelser mellan kommuner och landsting om långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre.

Riksrevisionen RiR 2006:6 *Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården.*

SKL (2009) *Öppna jämförelser 2009. Vård och omsorg om äldre.*

SKL www.kvalitetsregister.se

SKL *Ansökningsanvisningar för Nationella kvalitetsregister 2011.*

SKL *Genomförandeplan 2010-02-22 – Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre m.m.*

SKL *Tertialrapportering Bättre liv för sjuka äldre nr 2/2010*

Socialstyrelsen (2010) *Öppna jämförelser i socialtjänsten. Handlingsplan för socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014.*

Socialstyrelsen (2010) *Social tillsyn. Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009. Socialstyrelsen.*

Socialstyrelsen (2010) *Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer.*

Statens folkhälsoinstitut (2010) *projektplan Aktivt och hälsosamt åldrande. Regeringsuppdrag att utarbeta en vägledning för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande samt starta försöksverksamheter med hälsocoacher.*

Statskontoret 2003:5 *Statsbidragen till kommuner och landsting – En kartläggning och analys.*

Statskontoret 2005:28 *Reglering och andra styrmedel – En studie av hur staten styr kommuner och landsting.*

Senior Alert *Ansökan om anslag för Nationella kvalitetsregister 2008–2010.*

Senior Alert *Avstämningsrapport nr 1-2/2010 till SKL.*

Senior Alert *Ekonomisk uppföljning till SKL september 2010.*

Senior Alert *Årsrapporter 2008–2009.*

Svenska palliativregistret *Ansökan om anslag för Nationella kvalitetsregister 2008–2010.*

Svenska palliativregistret *Avstämningsrapport nr 1-2/2010 till SKL.*

Svenska palliativregistret *Ekonomisk uppföljning till SKL september 2010.*

Svenska palliativregistret *Årsrapporter 2008–2009.*

Översyn av de nationella kvalitetsregistren Rapport 2010-10-29.

Regeringens uppdrag till Statskontoret



Socialdepartementet

Regeringsbeslut

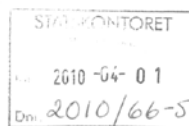
III:7

2010-03-25

S2010/2667/ST
(delvis)

Statskontoret
Box 8110
104 20 Stockholm

Enhet 2/4



Uppdrag att följa upp och utvärdera en överenskommelse

Regeringens beslut

Regeringen ger Statskontoret i uppdrag att följa upp och utvärdera den treåriga överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre (S2010/1130/ST). Statskontoret ska följa upp och utvärdera utvecklingen av de två kvalitetsregistren och stödet till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre inklusive den nationella samordningen i förhållande till de syften, mål och intentioner som framgår av överenskommelsen.

Arbetet ska ske i samråd med Socialdepartementet. Sveriges Kommuner och Landsting bistår med den information som behövs för att Statskontoret ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

Statskontoret ska följa upp överenskommelsen och till Regeringskansliet (Socialdepartementet) årligen lämna en delrapport senast den 1 november 2010, 1 november 2011 och 1 november 2012. En slutrapport ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 september 2013.

Ärendet

Regeringen har i budgetpropositionen för 2010 (prop. 2009/10:1, utg.omr. 9) slagit fast att en successiv omläggning av nuvarande riktade statsbidrag till ett mer prestationsbaserat system ska genomföras från och med 2010. Som ett led i denna förändring har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting i en överenskommelse (S2010/1130/ST) pekat ut ett antal angelägna områden för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med särskild uppmärksamhet mot de mest sjuka äldre. Enligt överenskommelsen ska sammanlagt

Förstadress
103 33 Stockholm
Besöksadress
Fredsgatan 8

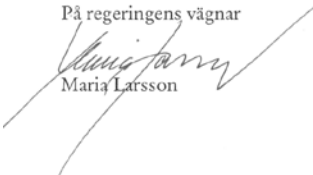
Telefonväxel
08-405 10 00
Telefax
08-723 11 91

E-post: registrator@social.ministry.se

271 000 000 kronor användas till ökat engagemang i kvalitetsregister, stöd till förbättringsarbete, nationell samordning, försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre, utvärdering och lokala värdighetsgarantier. Av överenskommelsen framgår bl.a. att överenskommelsen ska följas upp och utvärderas av en oberoende utvärderare.

Sveriges Kommuner och Landsting har den 26 februari 2010 till Socialdepartementet inkommit med en plan för genomförandet av överenskommelsen (S2010/1828/ST). Regeringen har med denna plan som underlag den 18 mars 2010 beslutat att Socialstyrelsen ska utbetala dels 164 000 000 kronor till Sveriges Kommuner och Landsting, dels 100 000 000 kronor till de kommuner och landsting som i slutet av året uppfyller kraven på prestationsrättning. Dessutom får Socialstyrelsen disponera 5 000 000 kronor för en vetenskaplig utvärdering och uppföljning av försöksverksamheter med fokus på de mest sjuka äldre.

På regeringens vägnar


 Maria Larsson


 Gert Knutsson

Kopia till

Finansdepartementet/BA
 Finansdepartementet/SF
 Socialutskottet
 Socialstyrelsen
 Sveriges Kommuner och Landsting
 Svenska Palliativregistret
 Senior Alert
 Famna
 Vårdföretagarna

Bilaga 2

Frågeformulär Svenska palliativregistret och Senior alert



Svenska Palliativregistrets dödsfallsenkät gällande fr.o.m. 2011-01-01

Ifylles av ansvarig läkare eller sjuksköterska. All inrapportering via www.palliativ.se

1. Enhetskod _____
2. Personnummer (12 siffror) _____
3. Tilltals- och efternamn på den avlidne personen _____
4. Datum (8 siffror) då personen skrevs in på den enhet där dödsfallet inträffade (för primärvård/hemsjukvård = "aktiv hemsjukvård") _____
5. Dödsdatum (8 siffror), år, mån, dag _____
6. Dödsplatsen beskrivs bäst som:
 - ☐ särskilt boende/vård- och omsorgsboende
 - ☐ korttidsplats
 - ☐ sjukhusavdelning (ej hospice/palliativ slutenvård)
 - ☐ hospice/palliativ slutenvård
 - ☐ eget hem, med stöd av avancerad sjukvård i hemmet
 - ☐ eget hem, med stöd av basal hemsjukvård
 - ☐ övrig, nämligen _____
7. Grundsjukdom som ledde till döden (fler än ett svarsalternativ möjligt):
 - ☐ cancer
 - ☐ hjärtsjukdom
 - ☐ lungsjukdom
 - ☐ demens
 - ☐ stroke
 - ☐ annan neurologisk sjukdom
 - ☐ infektion
 - ☐ diabetes
 - ☐ övrig, nämligen _____
8. Kommer den avlidne genomgå rättsmedicinsk obduktion?
 - ☐ ja
 - ☐ nej

**Om svaret är JA på fråga 8 besvara endast fråga 27-28.
Är svaret NEJ besvara fråga 9.**

9. Var dödsfallet utifrån sjukdomshistorien väntat?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

**Om svaret är JA eller VET EJ på fråga 9 besvara samtliga följande frågor.
Är svaret NEJ besvara endast fråga 13, 15, 17, 27 och 28.**

10. Hur lång tid innan dödsfallet förlorade personen förmågan att uttrycka sin vilja och delta i beslut rörande den medicinska vårdens innehåll?

☐ timme/timmar ☐ dag/dagar ☐ vecka/veckor
☐ månad eller mer ☐ bibehållen förmåga till livets slut ☐ vet ej

11. Erhöll personen ett individuellt anpassat och dokumenterat informerande läkarsamtal, om att han/hon befann sig i livets slutskede och att vården var inriktad på livskvalitet och symtomlindring (s.k. brytpunktssamtal)?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

12. Överrenstämde dödsplatsen med personens senast uttalade önskemål?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

13 a. Hade personen trycksår vid ankomsten till er enhet (ange högsta förekommande grad)?

☐ ja, grad 1 ☐ ja, grad 2 ☐ ja, grad 3
☐ ja, grad 4 ☐ nej ☐ vet ej

13 b. Avled personen med trycksår (ange högsta förekommande grad)?

☐ ja, grad 1 ☐ ja, grad 2 ☐ ja, grad 3
☐ ja, grad 4 ☐ nej ☐ vet ej

Om svaret är JA (grad 1-4) på fråga 13 b:

13 c. Var trycksåret dokumenterat?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej



14 a. Har inspektion för att bedöma personens munhälsa gjorts någon gång under sista levnadsveckan?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

Om svaret är JA på fråga 14 a:

14 b. Var inspektionen av munhälsan dokumenterad?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

15. Var någon närvarande i dödsögonblicket?

☐ ja, närstående ☐ ja, personal ☐ ja, närstående och personal

☐ nej ☐ vet ej

16. Erhöll personens närstående ett individuellt anpassat och dokumenterat informerande läkarsamtal, om att personen befann sig i livets slutskede och att vården var inriktad på livskvalitet och symtomlindring (s.k. brytpunktssamtal)?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej ☐ hade inga närstående

17. Erbjöds personens närstående ett efterlevandesamtal en – två månader efter dödsfallet?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej ☐ hade inga närstående

18. Hade personen dropp/sondtillförsel av vätska eller näring sista dygnet i livet?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

19. Vilket/vilka av följande symtom förekom vid något tillfälle hos personen den sista veckan i livet?

smärta ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

Om svaret är JA:

smärtan lindrades: ☐ helt ☐ delvis ☐ inte alls

rosslighet ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

Om svaret är JA:

rossligheten lindrades: ☐ helt ☐ delvis ☐ inte alls

illamående ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej



Om svaret är JA:

illamåendet lindrades: ☐ helt ☐ delvis ☐ inte alls

ångest ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

Om svaret är JA:

ångesten lindrades: ☐ helt ☐ delvis ☐ inte alls

andnöd ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

Om svaret är JA:

andnöden lindrades: ☐ helt ☐ delvis ☐ inte alls

förvirring ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

Om svaret är JA:

förvirringen lindrades: ☐ helt ☐ delvis ☐ inte alls

20. Skattades personens smärta vid något dokumenterat tillfälle under sista levnadsveckan med VAS, NRS eller annat validerat smärtskattningsinstrument?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

21. Hade personen svår smärta vid något tillfälle under sista veckan i livet (t.ex. VAS/NRS > 6 eller "svår smärta" med annat validerat instrument)?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

22. Skattades personens övriga symtom vid något tillfälle under sista levnadsveckan med VAS, NRS eller annat validerat symtomskattningsinstrument?

☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

23. Fanns en individuell ordination av läkemedel i injektionsform vid behov införd på läkemedelslistan innan dödsfallet?

av opioid mot smärta ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

läkemedel mot illamående ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

läkemedel mot rosslighet ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej

läkemedel mot ångest ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej



24. Hur lång tid innan dödsfallet undersöktes/bedömdes personen av en läkare senast?

- ☐ dag/dagar ☐ vecka/veckor ☐ månad eller mer ☐ vet ej

25. Har kompetens utanför teamet/avdelningen konsulterats under sista levnadsveckan avseende personens symtomlindring? (fler än ett svarsalternativ möjligt)

- ☐ ja, smärtenhet ☐ ja, palliativt team ☐ ja, annan sjukhusenhet
☐ ja, paramedicinare ☐ ja, andlig företrädare ☐ nej ☐ vet ej

26. Hur nöjda är ni i arbetslaget med den vård ni gav personen under den sista veckan i livet?

- ☐ 1=inte alls ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5=helt och hållet nöjd

27. Datum (8 siffror) för besvarandet av frågorna _____

28. Ifyllt av _____ (Namn)

- ☐ läkare ☐ sjuksköterska

e-postadress _____

29. Uppgifterna i enkäten är inhämtade från (fler än ett svarsalternativ möjligt):

- ☐ journaldokumentation ☐ enskild medarbetare på enheten
☐ flera medarbetare på enheten

ID-bricka/Personnummer:

Vårdtagare erhållit information om registrering (ringa in)?

Vårdtagare givit samtycke till informationsöverföring (ringa in)?

1. Ja 2. Nej

1. Ja 2. Nej

Datum

Tid

Vårdenhet

Namn

Modificerad Nortonskala	SF MNA	Downton Fall Risk Index
A. Psykisk status Helt orienterad till tid och rum 4 Stundtals förvirrad 3 Svarar ej adekvat på tilltal 2 Ej kontaktbar 1 B Fysisk status Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen (hela dagen) 2 Sängliggande 1 C. Rörelseförmåga Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1 D. Födointag Normal portion 4 1/2 portion 3 Halv portion 2 Mindre än halv portion 1 E. Vätskeintag Mer än 1000 ml/dygn 4 700-1000 ml/dygn 3 500-700 ml/dygn 2 Mindre än 500 ml/dygn 1 F. Inkontinens Nej 4 Tillfälligt (annars vanligen kontinent) 3 Urin- eller tarminkontinent (KAD) 2 Urin- och tarminkontinent 1 G. Allmäntillstånd Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1	A. Har födointaget minskat de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem? Ja, minskat avsevärt 0 Ja, minskat något 1 Nej 2 B. Viktförlust under de senaste tre månaderna? Ja, mer än 3 kg 0 Vet ej 1 1-3 kg 2 Nej 3 C. Rörlighet Sängliggande eller rullstolsburen 0 Tar sig ur säng/rullstol men går inte ut 1 Går ut med eller utan hjälpmedel 2 D. Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna? Ja 0 Nej 2 E. Neuropsykologiska problem? Svår förvirring/demens eller depression 0 Lätt förvirring/demens 1 Inga neuropsykologiska problem 2 F. BMI Längd Vikt BMI BMI under 19 0 BMI 19 till mindre än 21 1 BMI 21 till mindre än 23 2 BMI 23 eller mer 3	A. Tidigare kända fallolyckor Nej 0 Ja 1 B. Medicinering Ingen 0 Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1 Diuretika 1 Antihypertensiva (annat än diuretika) 1 Antiparkinson läkemedel 1 Antidepressiva läkemedel 1 Andra läkemedel 0 C. Sensoriska funktionsnedsättningar Ingen 0 Synnedsättning 1 Hörnedsättning 1 Nedsatt motorik (tecken på förlamning) 1 D. Kognitiv funktionsnedsättning Orienterad 0 Ej orienterad 1 E. Gångförmåga Säker med eller utan hjälpmedel 0 Osäker gång 1 Ingen gångförmåga 0
Summa	Summa	Summa
20 poäng eller mindre = risk för trycksår	11 poäng eller mindre = risk för undernäring	3 poäng eller mer = risk för fall
Bedömningen gjord av	Bedömningen gjord av	Bedömningen gjord av

Ankomststatus

Antal trycksår vid ankomst: _____
Grad av trycksår (Ange allvarigaste grad): _____
1. Kvarstående röd fläck som inte bleknar
2. Skador på överhud (ex blåsor)
3. Skada genom hela huden
4. Skada på underliggande vävnad (muskler, vävnad och ben)

Nästa bedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____
Planerat uppföljningsdatum: _____



Trycksår	Undernäring	Fall
Information/ undervisning om hälsa-ohälsa 1. Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om hjälpmedel att förebygga trycksår 2. Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om åtgärder att förebygga trycksår Påverkan av attityder i omgivningen 1. Information/utbildning inom området trycksår till anhöriga Omgivningsanpassning 1. Anpassning av säng/stol Övervakning av näringsintag 1. Observation av måltid 2. Registrering av energintag och vätskeintag under <3 dygn 3. Registrering av energintag och vätskeintag under >3 dygn Nutritionsbehandling 1. Mellanmål 2. Beräkning av maten 3. Protein och energirik kost 4. Kosttillskott 5. Specialprodukter 6. Anpassa födan efter kulturella och religiösa behov 7. Minska nattfasta till max 11 timmar 8. Matning via sond/PEG 9. Parenteral näringstillförsel Förflyttning 1. Regelbundna lägesändringar varannan timme 2. Regelbundna lägesändringar var 3:e timme 3. Regelbundna lägesändringar > 3:e timme 2. Träning i att ändra kroppsställning Övervakning av hudkostymen 1. En gång per dag eller oftare 2. En gång per vecka eller oftare 3. En gång per månad eller oftare Tryckavlastning 1. Användande av tryckuljämna underlag 2. Minskning av skjuv och tryck Hudvård 1. Extra hygieniska vårdåtgärder på kroppsdelar som är utsatta för tryck Vårdtagare avböjer förebyggande åtgärd - trycksår	Information/ undervisning om hälsa-ohälsa 1. Information, rådgivning eller handledning till vårdtagare och/eller anhöriga 2. Matskola Påverkan av attityder i omgivningen 1. Information/utbildning inom området mat och ätandet till anhöriga Omgivningsanpassning 1. Anpassa stol/bord, säng/sängbord, ljus och ljud 2. Anpassa Bostad/vårdrum 3. Skapa en trevlig måltidsmiljö 4. Skapa gemenskap 5. Skapa avskildhet Översyn av läkemedel 1. Översyn av läkemedelslista 2. Borttagande av läkemedel som nedsätter aptit, ger munorrhot, illamående eller förstoppning Övervakning av näringsintag 1. Registrering av energi- och vätskeintag under <3 dygn 2. Registrering av energi- och vätskeintag under >3 dygn 3. Observation av måttid i syfte att hitta orsaker till problem eller åtgärder som underlättar Underlättande av ätande och sväljning 1. Anpassa äthjälpmedel 2. Anpassning av födas/vätskans konsistens 3. Åtgärder som främjar en god oral hälsa 4. Skapa en bra sittställning 5. Anpassad matningsteknik 6. Ge aptitretare Träning i att äta och dricka 1. Vårdtagare tränar där personal/anhörig ger muntlig instruktion 2. Vårdtagare tränar där personal/anhörig instruerar genom handgriplig medverkan Nutritionsbehandling 1. Mellanmål 2. Beräkning av maten 3. Protein och energirik kost 4. Kosttillskott 5. Specialprodukter 6. Anpassa födan efter kulturella och religiösa behov 7. Minska nattfasta till max 11 timmar 8. Matning via sond/PEG 9. Parenteral näringstillförsel Vårdtagare avböjer förebyggande åtgärd - undernäring	Information/ undervisning om hälsa-ohälsa 1. Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om hjälpmedel för att förebygga fall 2. Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om åtgärder att förebygga fall Påverkan av attityder i omgivningen 1. Information/utbildning inom området fallprevention till anhöriga Omgivningsanpassning 1. Anpassning av bostad/vårdrum 2. Ordination av höftbyxa 3. Lam/extra tillsyn 4. Ordination av halksockor 5. Anpassning av personlig klädsel 6. Utprovning, träning och uppföljning av hjälpmedel Översyn av läkemedel 1. Insattande av läkemedel 2. Utsattande/översyn av neuroleptika 3. Utsattande/översyn av blodtryckssänkande medel Träning av fysisk prestationsförmåga 1. Balans träning 2. Styketräning 3. Konditionsträning/ uthållighetsträning Gångträning 1. < 10 min/dygn d.v.s. i absoluta närmiljön 2. > 10 min – 30 min/dygn d.v.s. inomhus utanför absoluta närmiljö 3. > 30 min d.v.s. längre sträcka – kan vara utomhus Vårdtagare avböjer förebyggande åtgärd - fall
Antal trycksår vid uppföljning/avslut: _____ Ange allvarigaste grad: _____ Placering av allvarigaste grad: _____	Datum för uppföljning: _____ Vikt vid uppföljning/avslut (kg): _____	Antal fall: _____ Konsekvens av fall: _____
Avslut (Ringa in): 1. Flytt till annan vårdenhet. Viken: _____ 2. Utskrivning till hemmet 3. Avliden 4. Vårdkontakt upphör	Uppföljning gjord av: _____	