



Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre

Uppföljning av överenskommelsen mellan
regeringen och SKL

Delrapport 2





STATSKONTORET

MISSIV

DATUM

2011-10-31

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 andra delrapporten *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL (2011:29)*

Generaldirektör Yvonne Gustafsson har beslutat i detta ärende. Utredningschef Mikael Halåpi och utredare Jan Boström, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Yvonne Gustafsson

Jan Boström

Innehåll

	Sammanfattning	7
1	Utgångspunkter och genomförande	13
1.1	Uppdraget till Statskontoret	13
1.2	Upplägg av uppföljningen	14
1.3	Genomförande	15
1.4	Disposition	16
2	Den nationella styrningen av vården och omsorgen om äldre	19
2.1	Fakta om äldreområdet	19
2.2	Bakgrund till överenskommelsen	20
2.3	Styrning genom överenskommelser och statsbidrag	21
2.4	Närliggande satsningar	23
3	Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre 2011	27
3.1	Överenskommelsens övergripande syfte	27
3.2	Ökad användning av kvalitetsregistren	29
3.3	Stöd till ett systematiskt förbättringsarbete	30
3.4	Nationell samordning genom SKL	30
3.5	Försöksverksamhet kring de mest sjuka äldre	31
3.6	SKL svarar för samordning och utbetalning	31
3.7	Sammanfattande iakttagelser	35
4	Kvalitetsregistrens uppbyggnad och syfte	37
4.1	Allmänt om nationella kvalitetsregisters uppbyggnad och organisation	37
4.2	Svenska palliativregistret	38
4.3	Senior alert	41
4.4	Samordning och gemensamma IT-lösningar	45
4.5	Sammanfattande iakttagelser	46

5	Anslutning, täckningsgrad och användande av registren	47
5.1	Senior alert	47
5.2	Svenska palliativregistret	51
5.3	Länsgemensamma utvecklingsledare	53
5.4	Coacher, fältarbetare och regionala koordinatörer	55
5.5	Hinder för registrering	58
5.6	Sammanfattande iakttagelser	61
6	Från registrering till ändrat arbetssätt	63
6.1	Övergripande styrning och organisering av vården	64
6.2	Statsbidragets utformning och prestationsersättningen	65
6.3	Registrens utformning och uppbyggnad	66
6.4	Huvudmännens styrning och organisering	67
6.5	Ledning av vård- och omsorgsverksamheterna	69
7	Slutsatser	71
7.1	Överenskommelsen som styrmedel	71
7.2	Användning av kvalitetsregister	72
7.3	Prestationsersättningens utformning	74
7.4	SKL:s samordning av satsningen	75
7.5	Vägen till ett ändrat arbetssätt	77
7.6	Förslag	77
	Referenser	79

Bilagor

1	Regeringsuppdraget	81
2	Blankett riskbedömning och förebyggande åtgärder (Senior alert)	83

Sammanfattning

Regeringen fastslog i budgetpropositionen för 2010 att en successiv omläggning av nuvarande stimulansbidrag till insatser för äldre skulle genomföras från och med år 2010. Omläggningen innebär att ett mer prestationsbaserat system införs, där fördelningen av medel grundas på uppnådda resultat i stället för tilldelning utifrån olika projektansökningar. Staten genom regeringen och Sveriges kommuner och lands-ting (SKL) ingick därför i februari 2010 en treårig överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.

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

Överenskommelsen löper fram till och med år 2013, men kommer att omförhandlas varje år. Denna delrapport utgör den andra av fyra rapporter. Fokus i denna andra delrapport har varit att beskriva utvecklingen av anslutnings- och täckningsgrad i de båda kvalitetsregistren och identifiera faktorer som påverkar om satsningen i förlängningen också kan leda till ett mer strukturerat arbetssätt.

Prestationsersättning kan öka styreffekten

En prestationsbaserad ersättning ger regeringen möjlighet att tydligare styra huvudmännen mot uppsatta mål. I första delrapporten konstaterades att hittills inget framkommit som tydde på att användningen av kvalitetsregister skulle kunna utveckla verksamheterna i fel riktning. Inte heller inom ramen för arbetet med denna rapport finns några sådana indikationer.

Statskontorets uppföljning visar att prestationsersättningen inte alltid går direkt tillbaka till verksamheterna som genererat den. Detta riskerar att minska incitamenten för personalen att registrera.

Inga indikationer på att styrmedlen motverkar varandra

Utöver att överenskommelsen är ett styrmedel i sig självt består den också av ett riktat statsbidrag och styrning genom information. Med så många delar finns det risk för att de olika styrmedlen i vissa delar motverkar varandra. Inom ramen för utredningsarbetet har några sådana indikationer inte framkommit.

Satsningarna inom området bör hållas ihop

Inom äldreområdet och socialtjänstområdet i allmänhet pågår en rad olika satsningar. Dessa har tydliga beröringspunkter med överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag för insatser till äldre. Det är angeläget att hålla ihop satsningarna. I annat fall blir det svårt för huvudmännen och verksamheterna att ta till sig satsningarna.

Registrens spridning har ökat...

Ett mål med överenskommelsen är att öka spridningen av de två kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret. Statskontoret kan konstatera att detta mål till viss del är uppfyllt. Anslutningen till Senior alert har ökat stadigt under året. Vid utgången av september månad var 259 av landets 290 kommuner och 18 av landets 21 lands-ting anslutna till Senior Alert. Täckningsgraden för Svenska palliativregistret uppvisar samma uppgående trend.

... men aktiviteten i Senior alert är förhållandevis låg

Att en huvudman har anslutit sig till Senior alert innebär dock inte per automatik att vårdenheter har påbörjat registrering. Statskontoret kan konstatera att det är förhållandevis låg aktivitet i Senior alert. Ett stort antal enheter har inte påbörjat registrering eller registrerar endast i liten skala. Därmed torde det även nästa år vara angeläget att koppla delar av prestationsersättningen till påbörjad registrering.

Kvalitetssäkringen av registrerade uppgifter brister fortfarande

Kvalitetsregistren kan utgöra ett viktigt underlag för uppföljning och verksamhetsutveckling. Med hjälp av kvalitetsregistren ska vårdens resultat synliggöras. Vidare ska verksamheter kunna jämföra sig med varandra. Detta förutsätter att de uppgifter som vårdenheterna rapporterar är korrekta. Den prestationsbaserade ersättningen medför särskil-

da risker för felrapportering. Vår uppföljning visar att inga valideringsinsatser har genomförts i de två kvalitetsregistren under året. Statskontoret efterlyser ett tydligt nationellt ansvar för tillsynen av de inrapporterade uppgifterna. Det bör göras återkommande stickprov av inrapporterade uppgifter.

Utdatafunktioner har utvecklats, men kan göras mer användarvänliga

För att kunna jämföra över tid och mellan verksamheter krävs relevanta resultat- och prestationsmått. Statskontoret konstaterar att registren under året utvecklat nya rapportformat. Det är angeläget att registren fortsätter detta arbete under 2012. Dessa rapporter kan vara ett stöd för verksamheterna i arbetet med att systematisera arbetssätt. Personalen ute i verksamheterna är ofta ovana statistik användare. Vid våra besök och intervjuer har det framkommit att användarna ibland har svårt att ta till sig registrens funktioner och statistikrapporter.

Ansvarsfördelning mellan olika stödfunktioner är oklar

Det är angeläget att det finns ett stöd för verksamheterna. Statskontorets uppföljning visar att samordningen mellan registrens stödfunktioner och utvecklingsledarna stundtals inte fungerar.

En förutsättning för att registrering i kvalitetsregistren ska leda till ett systematiskt förbättringsarbete är att verksamheten regelbundet tar ut och tolkar resultaten. I takt med att registrens särskilda coacher och fälthetare avvecklas bör utvecklingsledarna ha en roll i att stödja verksamheterna i arbetet med att återföra resultat från registren och förändra arbetssätt.

Dags att utveckla prestationsersättningen

För närvarande är prestationsersättningen för Senior alert kopplad till det samlade antalet gjorda registreringar hos en huvudman. Det saknar alltså betydelse hur många av kommunens eller landstingets enheter som registrerar. Statskontoret menar att det bör övervägas om ersättningen för Senior Alert precis som för Svenska palliativregistret kan kopplas till täckningsgrad. Det är angeläget att stimulera en ökad täckningsgrad även i Senior Alert.

Delvis oklart hur privata utförare omfattas av satsningen

Andelen privata utförare ökar. I dag utförs närmare en femtedel av vården och omsorgen om äldre i privat regi. Hur dessa utförare ska behandlas i underlaget för ersättning har inte varit klarlagt under satsningens två första år. Det har till exempel varit oklart huruvida enskilda utförare ska räknas till huvudmännens relevanta enheter.

Satsningen är känd hos huvudmännen

Statskontoret bedömer att satsningen är känd i landets kommuner och landsting. SKL har genomfört konferenser och regelbundna nätverks-träffar för bland annat utvecklingsledare. Dessa träffar främjar erfarenhetsutbyte och bidrar till att sprida information om satsningen. SKL har dock inte samlat redogjort för sina insatser och dess resultat.

Bristande rutiner för utbetalning

Vi bedömer att SKL ännu inte utarbetat väl fungerande rutiner för att administrera utbetalningarna av prestationsersättningen. Det saknas ett sammanhållet ansvar för att beräkna beloppens storlek, sammanställa underlag för ersättning samt betala ut och följa upp.

Det är viktigt för legitimiteten i systemet att utbetalningarna är korrekta. För att SKL ska kunna fullgöra sitt uppdrag är det angeläget att organisationen bygger upp en kompetens inom detta område.

Oklara grunder för prestationsersättningen

Av överenskommelsen framgår att samtliga relevanta enheter hos kommunen eller landstingen ska registrera för att ersättning ska kunna betalas ut. Det finns ännu inte någon enhetlig definition av relevanta enheter. Vidare kan Statskontoret konstatera att villkoret för utbetalning i praktiken har frångåtts. Det räcker i dag att huvudmannen rapporterar in sina enheter för att ersättning ska kunna betalas ut.

Vägen till ett ändrat arbetssätt

I takt med att fler enheter ansluter sig och använder registren är det angeläget att registreringen även leder till ett förändrat arbetssätt. Det handlar bland annat om att på ett strukturerat sätt förebygga skador och vårdrelaterade infektioner. Statskontoret har i denna delrapport identi-

fierat faktorer som påverkar om satsningen i förlängningen också kan leda till ett mer strukturerat arbetssätt. Många av faktorerna kan hänföras till huvudmännen och verksamhetsledningarna.

En del av faktorerna kan dock aktörerna på nationell nivå påverka. Det kan till exempel handla om krav på enhetlig terminologi, vilka prestationer ersättningen ska kopplas till samt krav på ansvariga för registren att utveckla användarvänliga in- och utdatafunktioner.

Förslag

Statskontoret föreslår att regeringen inför nästa års överenskommelse överväger att:

- delvis koppla prestationsersättningen för Senior Alert till täckningsgrad,
- klargöra hur privata utförare ska behandlas i satsningen, till exempel när det gäller prestationsersättningen,
- inrikta utvecklingsledarnas uppdrag mot att stödja återföring av resultat och implementering av ett nytt arbetssätt i verksamheterna.

Vidare efterlyser Statskontoret ett tydligt nationellt ansvar för tillsynen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregister. Denna nationella och övergripande tillsyn bör gälla för samtliga nationella kvalitetsregister. Det bör göras återkommande stickprov av inrapporterade uppgifter. Statskontoret har framfört dessa synpunkter i vårt yttrande över översynen av nationella kvalitetsregister.¹

¹ Statskontorets remissvar på Guldgruvan i hälso- och sjukvården: Förslag till gemensam satsning 2011–2015.

1 Utgångspunkter och genomförande

Regeringen fastslog i budgetpropositionen för 2010 att en successiv omläggning av nuvarande stimulansbidrag till insatser för äldre skulle genomföras från och med år 2010. Omläggningen innebär att ett mer prestationsbaserat system införs, där fördelningen av medel grundas på uppnådda resultat i stället för tilldelning utifrån olika projektansökningar. Staten genom regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) ingick därför i februari 2010 en treårig överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.² 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 Uppdraget till Statskontoret

Statskontoret ska enligt regeringens uppdrag följa upp och utvärdera den treåriga överenskommelsen mellan staten och SKL i de delar som rör 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.

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 lämnade en första delrapport hösten 2010.³ Denna rapport utgör den andra delrapporten.

² *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Protokoll III:4 från regeringssammanträde 2010-02-04.

³ Statskontoret 2010:22, *Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre*.

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

1.2 Upplägg av uppföljningen

I den första delrapport gavs en första beskrivning av hur arbetet med överenskommelsen hade kommit igång. Fokus i rapporten låg på satsningens förutsättningar. Av rapporten framgår att satsningen på de två kvalitetsregistren kan medföra ett mer strukturerat sätt att utveckla vården och omsorgen om äldre. Statskontoret konstaterade dock att när dessa lokalt utarbetade register nu ska föras ut i hela landet måste styrningen och kontrollen systematiseras på ett annat sätt. Vi rekommenderade bland annat att kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter bör stärkas och att målet med det systematiska förbättringsarbetet bör preciseras.

I denna andra delrapport lägger vi tonvikten vid hur registrens anslutnings- och täckningsgrad utvecklats under året och vilka hinder och möjligheter det finns för att registrering ska kunna leda till ett mer strukturerat arbetssätt. Vi undersöker även om registrerande verksamheter använder registren för att följa upp sina resultat. Vidare följer vi upp de rekommendationer som gavs i vår första delrapport.

Mot bakgrund av att kvalitetsregistren i de flesta verksamheter har införts relativt nyligen kan det dock vara för tidigt att utläsa om en ökad registrering ger förutsättningar för en förbättrad kvalitet i vården och omsorgen om äldre.

1.2.1 Det fortsatta arbetet

I delrapport 1 (november 2010) och 2 (november 2011) har Statskontorets uppföljning inriktats mot att identifiera risker och möjligheter med satsningen. I kommande rapporter avser vi att återkomma med generella beskrivningar av i vilken utsträckning huvudmännen går vidare i processtegen och vilka resultat som uppnås. I den tredje delrapporten avser vi bland annat att genomföra en enkätundersökning riktad till ett representativt urval vårdenheter som har registrerat en längre tid respektive enheter som valt att stå utanför.

En fråga i Statskontorets uppdrag är om denna överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag är ett mer effektivt styrmedel för att förbättra vården och omsorgen än den traditionella formen för fördelning av medel efter projektansökningar. I slutrapporten kommer vi att summera våra iakttagelser kring prestationsbaserat statsbidrag och överenskommelsens utformning.

1.3 Genomförande

Parallellt med uppdraget om denna överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag har Statskontoret också i uppdrag att följa upp en överenskommelse om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. De två överenskommelserna har klara beröringspunkter med varandra. Exempelvis ska de utvecklingsledare som arbetar med systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre ingå i en gemensam regional stödstruktur för hela socialtjänsten i länet. Även delar av SKL:s nationella samordningsansvar berör båda överenskommelserna. Vi har därför i relevanta delar samordnat arbetet med dessa två uppdrag. Det gäller till exempel vissa intervjuer.

För att bilda oss en uppfattning om aktiv registrering kan leda till ett mer systematiskt arbetssätt har vi genomfört intervjuer med personal från olika typer av vårdgivare inom främst tre län: Stockholm, Jönköping och Dalarna. Urvalet av län och vårdenheter har bland annat gjorts utifrån uppgifter från Senior alert om andel aktiva enheter i respektive kommun eller landsting enligt den definition som används i registrets utdatarapporter. När det gäller rapportering i Svenska palliativregistret har urvalet gjorts utifrån täckningsgrad. I urvalet finns såväl enheter som har gjort förhållandevis många riskbedömningar som enheter som har gjort få riskbedömningar respektive har en hög och låg täckningsgrad i Svenska Palliativregistret. Vi har även eftersträvat en viss spridning mellan landsbygd och storstad.

Statskontoret har intervjuat personer med erfarenhet från arbete vid särskilt boende, korttidsboende och hemtjänst. Merparten arbetar inom kommunal regi, men några av de intervjuade är verksamma inom privat driven omsorg. Bland de intervjuade återfinns undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Vidare har omsorgschefer, enhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor

inom kommunerna intervjuats. Vi har även intervjuat läkare och sjuksköterskor vid några av sjukhusens specialistavdelningar och tjänstemän från landstingens hälso- och sjukvårdsförvaltningar. Totalt har vi intervjuat cirka 35 personer från olika vårdgrenar, vårdgivare och beställare.

Även utvecklingsledare för äldre i länet samt representanter för kommunförbund eller andra regionala samarbetsorgan har intervjuats. Vidare har Statskontoret genomfört intervjuer med SKL, branschorganisationen Famna, registerhållarna för Senior alert och Svenska palliativregistret samt några av de coacher som ska utbilda vård- och omsorgsenheterna att registrera i Senior alert. Vi har också träffat äldresamordnaren vid Socialdepartementet och den nationella samordnaren för utveckling av kvalitetsregister.

Utöver intervjuerna har vi studerat offentligt tryck, promemorior från SKL, de länsvisa överenskommelserna för systematiskt förbättringsarbete, aktivitetsplanerna för utvecklingsledarnas arbete och registerhållarnas återslag till SKL. Vi har också gjort vissa bearbetningar av uppgifter från registerhållarna om bland annat registrens spridning. Vidare har vi deltagit i heldagskonferenser som SKL anordnat för utvecklingsledare respektive medicinska ansvariga sjuksköterskor.

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

Statskontorets arbete har utförts av Jan Boström (projektledare) och Ulrika Vintmyr. Jasmin Khazeny har medverkat i delar av projektarbetet. En intern referensgrupp har varit knuten till projektet.

1.4 Disposition

I *kapitel ett* redogör vi för Statskontorets uppdrag och arbetets genomförande. Vi summerar även Statskontorets slutsatser och rekommendationer från delrapport 1 och beskriver steg två i vår processuppföljning.

I *kapitel två* beskriver vi bakgrunden till överenskommelsen och går igenom och analyserar den nationella styrningen av äldreområdet med

särskild tyngdpunkt på statsbidragens utformning och överenskommelser som styrverktyg.

I *kapitel tre* redogör vi för överenskommelsen för 2011 och dess ingående delar. SKL:s nationella samordningsansvar analyseras särskilt.

I *kapitel fyra* beskrivs de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alerts uppbyggnad och syfte. Särskild tonvikt läggs vid registerhållarnas fortlöpande ansvar att utveckla och anpassa registrens funktion efter användarnas behov.

I *kapitel fem* redovisar vi utvecklingen av registrens spridning och täckningsgrad under det gångna året. Utifrån våra intervjuer har vi identifierat ett antal kvarstående hinder för att påbörja registrering. Vi kopplar även utvecklingen av registrens spridning till de insatser som genomförs av särskilda coacher och fältarbetare samt redogör för de regionala utvecklingsledarnas uppdrag och roller.

I *kapitel sex* gör vi utifrån vad som framkommit i våra intervjuer en analys av vilka hinder och möjligheter det finns för att gå från registrering till ett mer strukturerat arbetssätt.

I *kapitel sju* analyserar vi och drar slutsatser om genomförandet av överenskommelsen under det gångna året. Vi lämnar även förslag till regeringen att beakta i utformandet av 2012 års överenskommelse.

2 Den nationella styrningen av vården och omsorgen om äldre

I detta kapitel redogör vi för den nationella styrningen av vården och omsorgen om äldre. Statens möjligheter att styra påverkas av att kommuner och landsting har det huvudsakliga ansvaret för vården och omsorgen. Huvudmännen har stor frihet att besluta om insatsernas utformning och kostnader. Staten å sin sida har ett ansvar för det offentliga åtagandet. Regeringen styr riket och har därmed ett övergripande ansvar för de offentliga välfärdstjänsterna. Socialstyrelsen ansvarar för att följa upp och utvärdera verksamheterna samt övervaka kvaliteten.

2.1 Fakta om äldreområdet

Äldre personer med sammansatta och snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov utgör en växande grupp i Sverige. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram tre operationella avgränsningar av gruppen sjuka äldre utifrån omsorgs- och sjukvårdsbehov. Den vidaste definitionen innefattar samtliga individer som tagit del av antingen omfattande omsorgsinsatser eller omfattande sjukvårdsinsatser. År 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre.⁴

Enligt Statistiska centralbyråns prognoser kommer antalet personer som är 80 år och äldre att vara relativt konstant fram till 2020 men därefter öka snabbt när den stora kullen födda på 40-talet uppnår dessa åldrar.⁵

Huvuddelen av kommunernas äldreomsorg utgörs av hemtjänst och särskilt boende. Antalet personer i åldern 65 år och äldre som beviljats hemtjänst uppgick den 1 oktober 2010 till cirka 211 000. Det innebär en svag ökning i jämförelse med föregående år. Drygt 94 000 personer i åldern 65 år och äldre bodde permanent i särskilda boendeformer den 1 oktober 2010. Av dessa bodde cirka 81 procent i boenden som drevs

⁴ Socialstyrelsen (2011), *De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen*.

⁵ Statistiska centralbyrån (2008), *Sveriges framtida befolkning 2008–2050*.

i kommunens egen regi och nästan 19 procent i boenden som drevs i enskild regi av privata utförare.⁶

Därutöver har kommunerna verksamheter bland annat i form av dagverksamheter och korttidsboende samt andra insatser som trygghetslarm, måltidsservice, uppsökande verksamhet och anhörigstöd. Den 1 oktober 2010 fick ungefär 8 100 äldre än 65 år korttidsvård, 88 procent utfördes i kommunal regi, 12 procent i enskild regi och cirka en procent i landstingets eller annan kommuns regi.⁷

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

Kommunerna och landstingen kan upphandla driften av vården och omsorgen av privata utförare, som då driver verksamheten på entreprenad. Vissa kommuner och landsting har också valfrihetssystem som innebär att privata utförare auktoriseras och får tillstånd att bedriva vård och omsorg utifrån ett fastställt pris.

Enligt den statistik som Socialstyrelsen tar fram har andelen äldre som bodde i särskilt boende i enskild regi successivt ökat de senaste fem åren. Åren 2004–2005 var andelen 13 procent för att år 2010 uppgå till nästan 19 procent.⁸

2.2 Bakgrund till överenskommelsen

2.2.1 Helhetssyn saknas

Socialstyrelsen har sedan 2007 årligen fördelat stimulansbidrag till kommuner och landsting i syfte att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Sju områden har getts särskild prioritet: läkartillgång, läkemedels-

⁶ Socialstyrelsen (2011), *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.*

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

genomgångar, demensvård, kost och nutrition, rehabilitering, socialt innehåll och förebyggande arbete.⁹

I en departementspromemoria lyfter Socialdepartementet det bristande helhetsperspektivet i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre som ett grundläggande problem. Avsaknad av en helhetssyn leder till punktvisa insatser utan sammanhang som i sin tur leder till onödiga kostnader och kvalitetsbrister.¹⁰ I departementspromemorian påtalas även problemen med projekttrötthet bland vård- och omsorgspersonal. Enligt promemorian finns det många som vittnar om projekt som trots goda resultat lagts ned och goda exempel som aldrig får någon spridning.

Regeringen anger i bakgrunden till överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre att det utöver att stimulera projekt och aktiviteter nu finns en önskan att om att stimulera prestationer och resultat.¹¹

2.3 Styrning genom överenskommelser och statsbidrag

Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre är en av flera överenskommelser inom området. Antalet överenskommelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ökat under senare år.

I en av Statskontorets rapporter diskuteras styrkor och svagheter med överenskommelser som styrmedel. Där pekas följande svagheter ut:¹²

- Överenskommelser är inte bindande
- Risk för att ingen tar det övergripande ansvaret

⁹ Från och med år 2010 har läkartillgång utgått som prioriterat område.

¹⁰ Promemoria Socialdepartementet (2011), *Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas*, 2011-06-22.

¹¹ *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Protokoll III:4 från regeringssammanträde 2010-02-04.

¹² Statskontoret 2011:30, Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Vidare redogörs för överenskommelser i Statskontoret 2011:22, *Tänk efter före – om viss styrning av kommuner och landsting*.

- Ansvaret för genomförandet ligger hos annan part
- SKL kan få motstridiga roller gentemot medlemmarna

Överenskommelser är ofta mer av ett ramverk för andra styrmedel än ett styrmedel i sig självt. Det är inte ovanligt att staten samtidigt använder flera olika styrmedel för påverka hur de kommunala huvudmännen bedriver sin verksamhet. Även överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag innehåller flera olika typer av insatser och styrmedel. Det handlar om både en överenskommelse, ett riktat statsbidrag och styrning genom information.

Så gott som alla överenskommelser innehåller specialdestinerade statsbidrag. Även om det specialdestinerade 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:¹³

- Förutsättningarna för verksamheten kan bli oklara,
- 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.

Vidare utgör dessa bidrag ofta endast en liten del av de samlade resurserna som kommunerna och landstingen lägger på respektive verksamhet. Det är därför svårt att säkerställa att dessa bidrag får önskad styreffekt. Det är ofta svårt att avgöra vilken betydelse bidragen får i den stora helheten.

Inom äldreområdet är regeringens ambition att bidragen framför allt ska kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Den överenskommelse vi har att följa upp innehåller krav på prestationer från de regionala och lokala huvudmännen; de får ersättning om de registrerar i

¹³ Se till exempel Statskontoret 2003:5, 2005:28 och 2011:22.

kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret. Några krav på resultat innehåller den däremot inte.

En prestationsbaserad ersättning ger regeringen möjlighet att tydligare styra huvudmännen mot uppsatta mål. Även uppföljningen kan underlättas om det finns tydliga prestationer att mäta av mot. Enligt ekonomisk teoribildning har prestations- och resultatorienterade system sannolikt starkare styreffekt än bidrag som baseras på andra fördelningsmodeller. Det finns dock risker med en sådan ersättning. Den kan bland annat leda till suboptimering och att andra viktiga insatser prioriteras ned eller inte genomförs alls. Det kan vara svårt att finna mått som täcker alla dimensioner av ett område. Vidare ökar starka ekonomiska incitament risken för en medveten överrapportering i kvalitetsregistren.

Det vanligaste är att myndigheter, såsom Socialstyrelsen, administrerar bidragen. Satsbidraget som lämnas inom ramen för överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag för insatser till äldre administreras dock av SKL.

2.4 Närliggande satsningar

Inom äldreområdet pågår ett flertal nationella satsningar. Flera av dessa har beröringspunkter med överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.

2.4.1 Äldresamordnare

I januari 2011 tillsatte regeringen en särskild äldresamordnare. Äldresamordnarens arbete är inriktat mot de mest sjuka äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov med mål om att få till stånd en ökad samverkan mellan hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård kring den äldre. Äldresamordnaren leder arbetet genom en projektgrupp på Socialdepartementet som består av representanter från Socialdepartementet, SKL och Socialstyrelsen.

2.4.2 Insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Regeringen avsätter totalt 3,75 miljarder kronor under perioden 2011–2014 för insatser för en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Satsningen markerar en omorientering från traditionella stimulans- och projektbidrag till ersättning som kan kopplas till prestationer och resultat.

Under 2011 har regeringen avsatt 150 miljoner kronor. De medel som avsätts 2011 ska huvudsakligen användas för kunskapsinventering och för att ta fram förslag till lämpliga indikatorer som kan kopplas till prestations- eller resultatbaserade mål.¹⁴ För 2012 avsätts 1 miljard kronor och för åren 2013 och 2014 ska 1,3 miljarder kronor per år avsättas. De medel som avsätts 2012 och framåt ska i huvudsak fördelas efter en prestationsbaserad modell som bland annat syftar till att förstärka huvudmännens arbete att ta gemensamt ansvar för de mest sjuka äldre.¹⁵

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att efter samråd med SKL föreslå ett begränsat antal mål- prestations- och resultatindikatorer för uppföljning och analys på nationell och lokal nivå. Indikatorerna ska täcka in förändring i situationen för de mest sjuka äldre och deras anhöriga.¹⁶ Vidare ska Socialstyrelsen förbereda implementeringen av en nationell modell som ska stödja ett systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation av äldres behov och insatser inom äldreomsorgen med nationellt fackspråk som grund.¹⁷

Av de totalt 150 miljoner kronor som avsätts 2011 inom ramen för överenskommelsen om insatser för att samordna vård av och omsorg om de mest sjuka äldre har parterna enats om att fördela 63 miljoner kronor som stöd till huvudmännen inför genomförandet av satsningen. Av dessa medel avsätts 7 miljoner kronor till SKL för att utveckla de två demensregistren Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt

¹⁴ Uppdrag om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre, protokoll II:6 från regeringssammanträde 2011-06-16 (S2011/5826/FST (delvis)).

¹⁵ Uppdrag om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre, protokoll II:8 från regeringssammanträde 2011-06-16, (S2011/5885/FST (delvis)).

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).¹⁸ Parterna har enats om att en målsättning bör vara att IT-system och IT-plattformar så långt som möjligt samordnas med andra nationella kvalitetsregister och att tvånget för personalen att registrera likartade uppgifter i flera register undviks.

2.4.3 Överenskommelse om evidensbaserad praktik

I början av 2011 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om stöd till evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Syftet är att stärka socialtjänstens förmåga att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik. I samtliga län ska det byggas upp en regional stödstruktur för utveckling, spridning och implementering av kunskap.¹⁹

Överenskommelsen om evidensbaserad praktik fungerar delvis som ett paraply för olika satsningar inom området. Exempelvis har överenskommelsen om Program för god äldreomsorg inkommerats. Detta program syftar till att genom riktade satsningar stimulera olika former av utvecklingsarbete när det gäller hälso- och sjukvård och socialtjänst till äldre. Behovet av att utvidga den nationella IT-strategin för hälso- och sjukvården till den kommunala vården och omsorgen ges hög prioritet.²⁰

2.4.4 Öppna jämförelser

SKL och Socialstyrelsen har sedan 2007 i olika former sammanställt öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre. Regeringen beslutade år 2009 om en Nationell strategi för öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (S2009/5180/SK). I samband med att en nationell strategi tagits fram har ytterligare aktörer knutits till projektet. Bakom arbetet med öppna jämförelser står Socialstyrelsen, Socialdepartementet, SKL, Vårdföretagarna samt Famna.

¹⁸ Uppdrag om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre, protokoll II:6 från regeringssammanträde 2011-06-16.

¹⁹ För beskrivning av överenskommelsens uppbyggnad och innehåll se Statskontoret 2011:30.

²⁰ Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2009-12-10 nr III:4, Program för en god äldreomsorg.

Regeringen anger att syftet med den nationella strategin är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv socialtjänst och hälso- och sjukvård med god kvalitet. Genom att synliggöra socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens resultat ska de öppna jämförelserna kunna användas som ett verktyg för att styra berörda verksamheter. Publiceringen av öppna jämförelser ingår från år 2009 i ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen som genomförs i samverkan med SKL (S2009/5079/ST).

De nationella kvalitetsregistren utgör några av de viktigaste källorna vid kvalitetsbedömningar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

2.4.5 Patientsäkerhetssatsning

Staten och SKL tecknade i december 2010 en överenskommelse om prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbete i landstingen.²¹ Satsningen syftar till att stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet i landstingen med målet att successivt minska antalet vårdskador. I överenskommelsen understryker parterna vikten av att implementera ett förebyggande arbetssätt. Av den samlade ersättningen år 2011 om 400 miljoner kronor fördelas en fjärdedel till de landsting som bland annat mäter förekomsten av allvarliga trycksår på alla sina avdelningar.²²

²¹ *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om patientsäkerhetssatsning 2011*, protokoll I:14 från regeringssammanträde 2010-12-16, (2010/9054/HS (delvis)).

²² Patientsäkerhetssatsning 2011 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om förbättrad patientsäkerhet.

3 Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre 2011

Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre sträcker sig över tre år. Den första överenskommelsen tecknades i februari 2010 och ska omförhandlas varje år. I detta kapitel redogör vi översiktligt för innehållet i överenskommelsen för 2011. De områden som Statskontoret har i uppdrag att följa upp och utvärdera analyseras särskilt.

Inom ramen för årets överenskommelse avsätts 271 miljoner kronor till insatser för äldre. Överenskommelsen för 2011 innebär att knappt hälften av stimulansbidraget på 623 miljoner kronor till kommuner och landsting för att utveckla vården och omsorgen om äldre kommer att vara prestationsbaserade, medan resterande del fördelas enligt tidigare beslut.²³ Det innebär en sänkning av stimulansbidragets totala omfattning med 358 miljoner kronor och en samtidig ökning av den andel av bidraget som är prestationsbaserad i förhållande till 2010 års nivå.

SKL har en central roll i överenskommelsen. SKL ska bland annat svara för samordning hos huvudmännen och utbetalning av medel, däribland prestationsersättningen. I kapitlet följer vi upp genomförandet av överenskommelsens första år med särskild tyngdpunkt på SKL:s samordningsansvar och utbetalningen av prestationsersättningen.

3.1 Överenskommelsens övergripande syfte

Överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag är en del i regeringens satsning på att genom stimulansbidrag och riktade bidrag förbättra möjligheterna till uppföljning, verksamhetsutveckling och en öppen redovisning av äldreomsorgens resultat. En prestationsbaserad ersättning ska stärka ett specifikt arbetssätt och möjliggöra uppföljning av några utvalda prestationer. Därigenom ska registrering i de två

²³ Med prestationsbaserad avses här hela överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag. En striktare tolkning är dock endast de 100 miljoner kronor som fördelas till kommuner och landsting för registrering i kvalitetsregister.

kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert öka. Från kvalitetsregistren hämtas relevanta resultatmått som kan utgöra underlag för ett systematiskt förbättringsarbete.

Inom ramen för överenskommelsen avsätts medel för att stödja huvudmännen i att utveckla ett gemensamt och systematiskt förbättringsarbete. Det långsiktiga målet är att uppnå en bättre kvalitet i vården och omsorgen om äldre, i form av färre vårdskador och ett bättre palliativt vårdinnehåll.

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.

Insatser	Kronor
Ökad användning av kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativregistret, varav:	120 000 000
<i>Prestationsersättning för registrering</i>	100 000 000
<i>Stöd till Senior Alert</i>	12 000 000
<i>Stöd till Palliativregistret</i>	7 000 000
<i>Samordning och genomförande inom Famna</i>	1 000 000
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre.	70 000 000
<i>Varav samordning genom SKL</i>	1 000 000
Stöd till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre, varav:	67 000 000
<i>Stöd till utvecklingsledare</i>	66 000 000
<i>Samordning för idéburna aktörer</i>	1 000 000
Nationell samordning av insatserna genom SKL, varav:	9 000 000
<i>Möjliggöra erfarenhetsutbyte via webb och konferenser</i>	4 300 000
<i>Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre</i>	3 100 000
<i>Samordning av utvecklingsledare</i>	1 600 000
Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre.	5 000 000
Totalt	271 000 000

3.2 Ökad användning av kvalitetsregistren

Inom ramen för överenskommelsen avsätts sammantaget 120 miljoner kronor till att öka användningen av två nationella kvalitetsregister, Senior alert och Svenska palliativregistret, som har utvecklats för att kunna utgöra underlag för bedömning av kvalitet i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Merparten av medlen är prestationsbaserade och betalas ut till huvudmännen efter mätning av gjorda registreringar.

Villkoren för prestationsersättning som utgår för registrering i Svenska palliativregistret har delvis justerats 2011. Till de kommuner och landsting som registrerar 50 procent, mot föregående års nivå om 40 procent, eller fler av dödsfallen i Svenska palliativregistret fördelas 40 miljoner kronor. Därutöver fördelas ytterligare 10 miljoner kronor till de kommuner och landsting som registrerar 70 procent eller fler. Täckningsgraden mäts som andel registreringar per kommun eller landsting i förhållande till antalet registrerade dödsfall i folkbokföringsregistret för respektive kommun eller landsting.

Villkoret för prestationsersättning som utgår för registrering i Senior alert är oförändrat 2011. Mellan de kommuner och landsting där samtliga relevanta verksamheter har påbörjat registrering i Senior alert fördelas 50 miljoner kronor.

Regeringen och SKL har enats om att de båda kvalitetsregistren har behov av finansiell förstärkning under den treårsperiod som överenskommelsen löper för att ytterligare öka användningen av registren. Med ökad spridning och användning av registren följer en högre belastning på registrens centrala funktioner, det handlar bland annat om administration av nya användare, IT-support och utdatafunktioner. För detta ändamål avsätter parterna sammantaget 19 miljoner. Mot bakgrund av att spridningen av Senior alert inte har kommit lika långt får registret en större andel av det finansiella stödet.

En miljon kronor avsätts till Famna för samordning av de idéburna vård- och omsorgsorganisationernas kvalitets- och utvecklingsarbete.

SKL ansvarar för utbetalning av medel till Svenska palliativregistret, Senior alert, Famna samt prestationsersättningen som utgår till kommuner och landsting. SKL svarar även för uppföljning av respektive budget och genomförandeplan samt återrapportering till Socialdepartementet.

I 2011 års överenskommelse står inskrivet att parterna har enats om att driva ett kontinuerligt arbete för att förbättra kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter.

3.3 Stöd till ett systematiskt förbättringsarbete

I överenskommelsen avsätts 67 miljoner kronor i syfte att stödja kommuner, landsting samt alternativa utförare i uppbyggnad och utveckling av ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete riktat mot de mest sjuka äldre. SKL betalar ut medel till huvudmännen för att anställa mellan tre till fem utvecklingsledare per län. En miljon kronor avsätts för att samordna kvalitetsarbetet i den ideella sektorn genom Famna.

3.4 Nationell samordning genom SKL

Regeringen har ett övergripande nationellt samordningsansvar för det långsiktigt syftande utvecklingsarbetet med fokus på de mest sjuka äldre. SKL svarar för den operativa samordningen hos huvudmännen av insatser inom ramen för överenskommelsen. I det nationella samordningsansvaret ligger även att stödja de två kvalitetsregistren, Senior alert och Svenska palliativregistret. För den nationella samordningen genom SKL avsätts sammantaget 9 miljoner kronor.

SKL har under 2010 genomfört en kvalitativ uppföljning av vårdens resultat som bygger på en metod som Stiftelsen för Stockholms läns äldrecentrum har utarbetat: 12 landsting och 29 kommuner har ingått i uppföljningen. De första resultaten presenterades vid en nationell konferens i mars 2011, därefter har ett analysarbete vidtagit. Inom ramen för SKL:s samordningsansvar planeras aktiviteter för att synliggöra

goda exempel och framgångsrika koncept som identifierats i uppföljningen.

3.5 Försöksverksamhet kring de mest sjuka äldre

I överenskommelsen ingår även 70 miljoner kronor destinerade till en treårig satsning på försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre. De projekt som har beviljats medel handlar bland annat om att förbättra vårdprocessen samt att hitta olika organisatoriska lösningar för att underlätta för den enskilde vårdtagaren, däribland äldrelots och mobila team. Av medlen får en miljon kronor användas av SKL för omkostnader i samband med genomförande av försöksverksamheterna.

Socialstyrelsen har getts i uppdrag att utvärdera försöksverksamheterna 2011 och tilldelas 5 miljoner kronor för att täcka myndighetens kostnader för uppdraget.

3.6 SKL svarar för samordning och utbetalning

Den nationella samordningen hos huvudmännen som SKL svarar för ska enligt genomförandeplanen ske genom nätverksbyggande, seminarier samt andra former av erfarenhetsutbyte och genom sammanställning och redovisning av resultat.²⁴

För att löpande följa genomförandet av överenskommelsen finns en nationell samrådsgrupp med representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Famna och Vårdföretagarna.²⁵ Två gånger årligen sker en avstämning där SKL redogör för genomförandet av överenskommelsen. Gruppen fungerar även som ett forum för att lyfta de privata vårdföretagens frågor.

²⁴ SKL (2011), *Genomförandeplan – prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre m.m.*, 2011-04-26, dnr. 09/5304.

²⁵ *Medel till prestationsbaserade insatser för äldre*, protokoll II:1 vid regeringssammanträde 2011-05-26, (S2011/5389/FST (delvis)).

Nedan redogör vi för de delar som Statskontoret har i uppdrag att följa upp.

3.6.1 Bättre liv för sjuka äldre

SKL påbörjade 2010 en särskild satsning riktad mot de mest sjuka äldre som går under benämningen "Bättre liv för sjuka äldre". Denna satsning har en bredare ansats än överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag och innefattar även insatser inom ramen för andra överenskommelser som tecknats mellan staten och SKL med sjuka äldre som målgrupp. Dit hör bland annat överenskommelsen om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

SKL har ställt upp delvis andra interna mål för satsningen 2011 än de villkor för utbetalning av prestationsersättningen som parterna enats om i överenskommelsen. Bland annat anges som mål att 90 procent av landets kommuner ska vara anslutna till Senior alert, att täckningsgraden i Svenska Palliativregistret ska uppgå till 40 procent i hela landet samt att registrering i Svenska Palliativregistret ska ha lett till en mätbar förbättring inom något område.²⁶

3.6.2 Möjliggöra erfarenhetsutbyte

Från september månad 2011 är alla län representerade i det nätverk för utvecklingsledare som SKL samordnar. SKL har under året arrangerat ett flertal nätverksträffar och seminarier men det saknas en samlad redovisning av dessa. Vid nätverksträffarna varvas teoretisk utbildning med praktisk träning och tid avsätts för erfarenhetsutbyte. Fokus vid dessa mötestillfällen har legat på metoder för att stödja införandet av kvalitetsregistren men allt större tonvikt läggs vid hur data från kvalitetsregistren kan användas i förbättringsarbete.

²⁶ SKL (2011), *Genomförandeplan – prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre m.m.*, dnr. 09/5304.

3.6.3 Sprida information

Inom ramen för SKL:s uppgift att sprida erfarenheter ska goda exempel förmedlas och återföring av resultat ges en framskjuten plats.²⁷ SKL har bland annat skickat information till samtliga kommuner och landsting, informerat via sina nätverk och genomfört en informationsdag för landets medicinskt ansvariga sjuksköterskor. I syfte att förstärka informationsinsatserna kring satsningen och dess resultat har SKL anställt en informatör.

3.6.4 Intern samordning

SKL ansvarar för samordningen hos huvudmännen inom ramen för överenskommelsen om Stöd till en evidensbaserad praktik för god utveckling inom socialtjänstens område. Parterna har därför enats om att formerna för samordning av de pågående insatserna ska vidareutvecklas under 2011, bland annat genom en tydlig struktur för samordningen och ett effektivt utnyttjande av resurser.²⁸ SKL strävar efter att samordna bland annat nätverksträffar för utvecklingsledare och de plattformsledare som anställts inom ramen för överenskommelsen om evidensbaserad praktik. Vidare gör de båda projektgrupperna på SKL gemensamma utskick till huvudmännen.

3.6.5 Betala ut prestationsersättning och medel till systematiskt förbättringsarbete

SKL har ansvar för att betala ut prestationsersättningen till kommuner och landsting samt medel som utgår till varje län eller region för systematiskt förbättringsarbete.

Vid utgången av september månad 2011 hade 34 kommuner fortfarande inte avropat de medel för prestationsersättning som skulle betalas ut i februari 2011. I vissa fall rör det sig om betydande belopp. En förklaring till att medel inte har avropats är att vissa av huvudmännen inte

²⁷ SKL (2011), *Genomförandeplan – prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre m.m.*, dnr. 09/5304.

²⁸ SKL (2011), *Genomförandeplan – prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre m.m.*, dnr. 09/5304.

har inkommit med erforderliga uppgifter för att utbetalning ska kunna ske.

Vid SKL finns det ingen som har ett sammanhållet ansvar för att beräkna och sammanställa underlagen för ersättning, utbetalning och uppföljning. För att fastställa det totala ersättningsbeloppet för registrering i både Senior alert och Svenska palliativregistret per kommun och landsting förlitar sig SKL på en registerhållares beräkningar och sammanställning. De regionala utvecklingsledarna gör för sitt län en bedömning om redovisad grad av registrering är rimlig.

SKL har inte gjort någon uppföljning av hur prestationsersättningen har fördelats inom kommunen eller landstinget och inte heller hur medlen har använts. Utöver en uppföljning av andelen förbrukade medel 2010 har inte någon samlad uppföljning av stödet till systematiskt förbättringsarbete genomförts av SKL.

På SKL pågår i dag ett internt arbete för att utveckla processen för utbetalning av medel till kommuner och landsting. I arbetet ingår bland annat att ensa ansökningsblanketter och utveckla nya rutiner för uppföljning av utbetalda medel. Enligt uppgift ska det interna utvecklingsarbetet vara klart till årsskiftet 2011/12.

Villkor för prestationsersättningen

Prestationsersättningen för registrering i Senior alert ska utgå till kommuner och landsting där samtliga relevanta verksamheter har påbörjat registrering i Senior alert. I praktiken har ambitionsnivån för att kvalificera sig till ersättningen sänkts. För att uppfylla villkoren för ersättning har det varit tillräckligt att kommuner och landsting har inkommit med en förteckning över samtliga relevanta enheter, ett så kallat organisationsträd. Genom att ha inkommit med ett organisationsträd är kommunen eller landstinget formellt ansluten till registret. Prestationsersättning har sedan betalats ut till dessa kommuner och landsting utifrån totalt antal gjorda riskbedömningar i kommunen oberoende av i vilken utsträckning samtliga relevanta enheter har registrerat riskbedömningar.

3.7 Sammanfattande iakttagelser

Sänkt krav för prestationsersättning

För att kvalificera sig för prestationsersättning för registrering i Senior alert har det räckt att lämna in en förteckning över antal enheter med möjlighet att registrera. Ersättning utgår efter totalt antal gjorda registreringar i en kommun eller ett landsting. Det innebär att villkoret för ersättning enligt överenskommelsen i praktiken har frångåtts. I och med att kravet har varit lägre ställt finns det inte någon garanti för att alla relevanta verksamheter har påbörjat registrering.

Medel har inte avropats

Statskontoret noterar att inte alla kommuner och landsting som varit berättigade till prestationsersättning avropat medel vid utgången av september månad. År 2011 var första året som prestationsersättningen betalades ut och rutiner för utbetalningen har i vissa delar saknats.

SKL främjar erfarenhetsutbyte

SKL genomför ett stort antal konferenser och arrangerar regelbundna nätverksträffar som bidrar till att främja erfarenhetsutbyte mellan olika berörda aktörer men det saknas en samlad redovisning av genomförda aktiviteter och resultatet av dessa.

Rutiner för utbetalning och uppföljning saknas

Vid SKL finns det ingen som har det sammanhållna ansvaret för beräkning och sammanställning av underlagen för ersättning samt för utbetalning och uppföljning. SKL gör ingen egen beräkning av ersättningsbeloppen och kvalitetssäkrar inte uppgifterna. Utöver en uppföljning av andelen förbrukade medel 2010 har inte någon samlad uppföljning av stödet till systematiskt förbättringsarbete genomförts av SKL. Någon uppföljning av prestationsersättningen har inte heller genomförts.

Utbetalning av en prestationsersättning till huvudmännen innebär en ny roll för Sveriges kommuner och landsting. Statskontoret noterar att ett internt utvecklingsarbete pågår på SKL för att utveckla rutiner kring utbetalning och uppföljning.

4 Kvalitetsregistrens uppbyggnad och syfte

I detta kapitel beskriver vi de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alerts uppbyggnad och syfte. Särskild tonvikt läggs vid registerhållarnas fortlöpande ansvar att utveckla och anpassa registrens funktion efter användarnas behov. Kapitlet inleds med en redogörelse för den nationella organisationen kring de nationella kvalitetsregistren.

4.1 Allmänt om nationella kvalitetsregisters uppbyggnad och organisation

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. Dessa register är fördelade på olika sjukvårdshuvudmän, men varje register har ett nationellt uppdrag. För närvarande är ett 90-tal nationella kvalitetsregister i drift.

Såväl sjukvårdshuvudmännen som staten bidrar till finansieringen. För år 2011 ger parterna inom ramen för Dagmaröverenskommelsen 93 miljoner kronor till kvalitetsregistren. SKL ansvarar sedan år 2007 för medelstilldelning och hanteringen av medelsansökningar från de nationella kvalitetsregistren.

Våren 2011 tillsatte regeringen en samordnare för utvecklingen av kvalitetsregistren. Samordnaren ska bland annat utveckla de förslag som en översyn av de nationella kvalitetsregistren lämnade hösten 2010.²⁹ Med utgångspunkt i samordnarens arbete har regeringen och SKL nu ingått en överenskommelse för kvalitetsregistren under åren 2012–2016.³⁰ Under år 2012 ska 260 miljoner kronor satsas på regist-

²⁹ Översyn av de nationella kvalitetsregistren, Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till en gemensam satsning 2011–2015.

³⁰ Överenskommelse mellan staten och SKL – om utvecklingen och finansieringen av Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.

ren, landstingen står för 80 miljoner och staten för 180 miljoner. Därefter ska 320 miljoner kronor avsättas årligen, landstingen står för 100 miljoner kronor och staten för 220 miljoner kronor.³¹ Vidare innebär överenskommelsen en delvis ny organisering av kvalitetsregistren, bland annat ska en nationell registerservice inrättas på Socialstyrelsen. I förslaget till uppdragsbeskrivning står bland annat att Nationell registerservice ska stödja kvalitetsregistren att validera datakvaliteten genom samkörningar.³²

4.2 Svenska palliativregistret

Överenskommelsen mellan staten och SKL innebär att registret har fått finansiell förstärkning för att bland annat täcka registrets ökade kostnader som följer av en högre belastning på registrens centrala funktioner. Till den reguljära driften och underhållet av registrets funktioner hör bland annat administration av nya användare samt service till registrens användare i form av IT-support och utdatafunktioner. Den finansiella förstärkningen har inneburit att registerhållaren har kunnat anställa särskilda fältarbetare med uppdrag att sprida registret (se vidare kapitel 6).

4.2.1 Registrets syfte

Syftet med Svenska Palliativregistret är att stegvis åstadkomma förbättringar av vården i livets slutskede.³³

Den palliativa vården i livets slut tar sin början efter att en medicinsk bedömning om att individen befinner sig i livets slutskede har genomförts. Ett informerande samtal, så kallat brytpunktssamtal, med vårdtagaren och närstående bör hållas för att markera att fokus i vården därefter ligger på symtomlindring och livskvalitet.³⁴

³¹ Finansieringen gäller under förutsättning att erforderliga beslut fattas av berörda aktörer.

³² Överenskommelse mellan staten och SKL – om utvecklingen och finansieringen av Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.

³³ Om registrets framväxt, organisation och finansiering finns att läsa i Statskontoret 2010:22, Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag, delrapport 1.

³⁴ Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2010.

Utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling av cancersjukdom har Palliativregistret utvecklat ett antal mätbara kvalitetsindikatorer.

4.2.2 Registrets utformning

Inrapportering till Palliativregistret sker i dag genom en särskild dödsfallsenkät som ska spegla vårdinnehållet i livets slutskede. Enkäten är webbaserad och ska fyllas i av personalen på den enhet där personen avled. Vanligen genomför en sjuksköterska inrapporteringen, medan det vid palliativa specialenheter ofta är läkare som svarar för ifyllandet av enkäten. Inrapportering ombeds ske per enhet.

År 2009 gjordes en översyn av enkäten vilket gav till resultat att en omarbetad enkät infördes från och med årsskiftet 2010/11. En förändring är att det i högre grad frågas efter om en åtgärd genomförts och dokumenterats i journalen. Omarbetningen gjordes efter att en validering visade att det förelåg en utbredd underdokumentering i journal-systemen.³⁵

Modulen munhälsa infördes i Palliativregistret årsskiftet 2010/11. Eftersom även Senior alert har infört denna kvalitetsvariabel har ansvariga för de båda kvalitetsregistren träffats för att diskutera samordningen av detta.

Indata kompletteras av en enhetsenkät

De enheter som är anslutna till Palliativregistret ska även svara på en enhetsenkät som syftar till att ringa in bakgrundsfaktorer såsom verksamhetsomfattning och bemanning, tillgång till olika yrkesgrupper samt förekomst av olika skriftliga rutiner för olika vårdåtgärder. Enhetsenkäten ska uppdateras varje år eller vid betydande förändringar i verksamheten.

Under 2011 har en övergång till säker inloggning via SITHS-kort (säker IT-användning i hälso- och sjukvården) påbörjats. Enligt registerhållaren har övergången i stort fallit väl ut. Det faktum att SITHS-kortet ger automatisk behörighet till hela kommunens register kräver

³⁵ Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2010, s. 145.

emellertid viss administration. Palliativregistret har löst det genom att en samordnare på kommunen kan administrera alla användares olika behörighetsgrader direkt i registrets administrationsgränssnitt.

Statistik via registrets utdataportal

Varje ansluten enhet har en egen inloggning och kan därigenom registrera enhetsuppgifter, dödsfallsenkät samt ta del av enhetens statistik online via registrets utdataportal (realtidsrapporter). Portalen är uppbyggd så att den skapar uppdaterade statistikrapporter när de efterfrågas. Alla personer med internetåtkomst kan utan inloggning ta del av vårdresultat per vårdtyp och/eller inom ett geografiskt område.

Sedan 2008 finns en möjlighet för medicinskt ansvarig sjuksköterska eller verksamhetschef att få en särskild överordnad inloggning som ger behörighet till att ta ut statistik för alla ingående enheter inom ett verksamhetsområde.

Palliativregistret har valt att redovisa resultatstatistik i ett så kallat spindeldiagram som sammanfattar flera indikatorer och målvärden i en och samma bild. Av ett spindeldiagram framgår måluppfyllelse utifrån flera variabler. Diagrammet ger en nulägesbild och är tänkt att användas för att på ett översiktligt sätt visa på svagheter och styrkor för ledning och verksamhetsansvariga.

4.2.3 Strukturerade journalmallar för automatisk överföring

Enligt uppgift från registerhållaren har ett arbete inletts för att hitta lösningar som innebär att uppgifter kan föras över automatiskt från journalsystem till registret. Detta skulle kunna vara möjligt genom att dödsfallsenkäten såsom den är uppbyggd i dag delas in i fyra block som kan infogas i de arketyper som journalmallar byggs utifrån.

Detta är den princip för informationsöverföring som håller på att utvecklas och testas inom ramen för den nationella strategin för e-hälsa, vars mål är automatisk informationsöverföring mellan bland annat journalsystem och kvalitetsregister. I utformandet av modellen har hänsyn tagits till juridiska förbehåll, bland annat att ändamålet för en journalanteckning och registrering i kvalitetsregister skiljer sig åt.

Inom ramen för projektet har dock slutsatsen dragits att det är i enlighet med rådande lagstiftning att överföra uppgifter direkt från en patientjournal till ett kvalitetsregister under förutsättning att patienten har informerats och inte motsätter sig registrering i ett kvalitetsregister.³⁶

4.2.4 Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Palliativregistret genomförde en validering av inrapporterade uppgifter under 2010. Någon annan kvalitetssäkring har inte genomförts. Valideringen byggde bland annat på platsbesök där journaler granskades och jämfördes med uppgifter som rapporterats in till registret. Granskningen visade på stora brister i dokumentationen i journaler. Enligt registerhållaren kommer nästa validering sannolikt att ha samma upplägg som år 2010. I oktober månad hade emellertid ännu ingen validering genomförts för år 2011.

4.2.5 Utbildning och kurser

Vissa av registrets fältarbetare deltar fortlöpande i lokala kom-igång möten och håller lokala kurser i hur man använder utdataportalerna. Under hösten 2011 kommer bland annat kurser i statistik att ges och registret används i fördjupningskurser i palliativ vård för läkare. Det görs även en satsning på webb-TV.

4.3 Senior alert

Precis som för Svenska Palliativregistret innebär överenskommelsen att Senior alert har fått finansiell förstärkning för att bland annat täcka registrets ökade kostnader som följer av en högre belastning på registrens centrala funktioner. Till den reguljära driften och underhållet av registrets funktioner hör bland annat administration av nya användare samt service till registrens användare i form av IT-support och utdatafunktioner.

³⁶ Guldgruvan i hälso- och sjukvården, Översyn av de nationella kvalitetsregistren, Förslag till gemensam satsning 2011–2015.

Senior alert har fått en större finansiell förstärkning än Svenska palliativregistret eftersom spridningen av registret vid tidpunkten för överenskommelsens tecknande inte hade kommit lika långt. Den finansiella förstärkningen har inneburit att registerhållaren har kunnat anställa särskilda coacher med uppdrag att sprida registret (se vidare kapitel 6).

4.3.1 Registrets syfte

Senior alert är ett processregister där fokus ligger på att införa ett vårdpreventivt arbetssätt. I det avseendet skiljer sig Senior alert från gängse kvalitetsregister där resultaten efter en intervention, till exempel en behandling eller operation, mäts för att sedan ligga till grund för utvärderingar av interventionens effekter. Syftet med Senior alert är att registrering ska vara en del av den vårdpreventiva processen. Tre vanliga riskområden i vården och omsorgen om äldre, risken för fall, trycksår och undernäring, länkas samman i en gemensam process. Tanken är att underlätta för vårdpersonalen när förebyggande åtgärder planeras och genomförs.

Den vårdpreventiva processen kan delas in i fyra steg:

- Identifiera personer med risk för fall, trycksår och undernäring vid ett mätillfälle,
- Förstå och analysera tänkbara orsaker till eventuell risk,
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder i samråd med vårdtagare och anhöriga,
- Följa upp åtgärder och resultat i team för att analysera om arbetssättet kan behöva förändras i något eller några avseenden.

4.3.2 Registrets utformning

Senior alert är uppbyggt kring två övergripande delar: riskbedömning och förebyggande åtgärder.

Det första ledet i registret är att bedöma vilka risker vårdtagaren löper för fall, trycksår och undernäring. Riskbedömningarna utgår ifrån evidensbaserade instrument. Om vårdtagaren bedöms ha risk ska förebyg-

gande åtgärder vidtas. Senior alert har tagit fram en blankett med förslag på adekvata åtgärder (enkäten redovisas i sin helhet i bilaga 2).

De verksamheter som omfattas av Senior alert återfinns såväl inom den landstingsdrivna vården som inom den kommunala omsorgen. De vård- och omsorgsgrenar som är särskilt berörda är kommunala vård- och omsorgsboende, korttidsvård och korttidsboenden, hemtjänst, hemsjukvård, geriatrika kliniker och akutsjukvård.

Uppdateringar av registret

En översyn av de riskbedömningsinstrument och åtgärdsmallar som används i registret har genomförts av Senior alerts expertgrupp. Syftet med översynen var att samordna registrets bedömningsinstrument med de som utvecklats inom SKL:s patientsäkerhetssatsning. Ett resultat av denna översyn är att ytterligare ett riskbedömningsinstrument för undernäring med färre frågor än det som redan fanns i registret (SF-MNA) har tillkommit.

Modulen munhälsa kommer successivt att fasas in i registret under 2011 och 2012. Några enheter har anmält intresse för att kunna registrera in uppgifter om munhälsa i Senior alert. Ett riskbedömningsinstrument samt förebyggande åtgärder kopplade till munhälsa finns sedan september 2011 i registret.

Under 2011 har en övergång till säker inloggning via SITHS-kort påbörjats.

Utvecklingen av användarvänliga rapporter fortsätter

I Statskontorets intervjuer har framkommit synpunkter på Senior alerts utdatafunktioner från berörd vårdpersonal. En vanlig synpunkt är att det är krångligt att ta ut statistiken från registrets hemsida och att statistikrapporterna kan vara svåra att tolka. Det nya rapportformatet som kallas "Koll på läget" upplevs dock fungera bra. Av Statskontorets intervjuer framgår även att en ökad enhetlighet i Svenska palliativregistrets och Senior alerts rapportformat efterfrågas.

Av Senior alerts årsrapport 2010 framgår att fokus i registrets utvecklingsarbete under 2011 har legat på att utveckla användarvänliga rapporter som ska vara enkla att ta ut från registret. Registret bedömer

att arbetet med att utveckla rapporter kommer att fortgå under 2011 och 2012, delvis som ett led i ett uppdrag att ta fram en rapport som kan användas som underlag för Öppna jämförelser.

Ansvarig för drift och underhåll av kvalitetsregistrets IT-system är ett av Sveriges nationella kompetenscenter, Uppsala clinical research center.

4.3.3 Utbildning och kurser

Utöver lokala spridningsmötena som bland annat syftar till att förmedla värdegrund, arbetssätt och vissa kunskaper om IT-stödet erbjuder registret även webb- och teamutbildningar. Webbutbildningarna har olika teman med fokus på bland annat den praktiska användningen av Senior alert och hur man följer resultat. Teamutbildningarna är öppna för vårdteam och fokuserar på det vårdpreventiva arbetssättet. Därtill utvecklar Senior alert ett nytt utbildningskoncept som vänder sig till verksamheter som har en längre tids erfarenhet av att använda registret. Syftet med seminarierien, som startar upp under hösten 2011, är att fördjupa det vårdpreventiva arbetet, särskilt vad gäller analys av åtgärder och resultat.³⁷

4.3.4 Automatisk överföring mellan journalsystem och registret undersöks

I syfte att undersöka möjligheterna till direktöverföring mellan de olika journalsystemen och Senior alert har registret inlett ett samarbete med en journalleverantör. Av årsrapporten för 2010 framgår att Senior alert eftersträvar att under 2011 till 2012 nå en lösning på dagens situation som innebär att vårdpersonal måste registrera uppgifter i både patient-journaler och register. Vidare återfinns en del av dessa uppgifter även i avvikelssystemen. Det faktum att uppgifter som registreras i avvikelssystem sällan är personnummerbaserade gör det svårare att föra över uppgifter direkt till registret.³⁸

³⁷ Senior alert, Avstämningsrapport period 6 2011-06-15 – 2011-09-15.

³⁸ Senior alert, Årsrapport 2010, s. 32.

4.3.5 Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Statskontoret konstaterade i delrapport 1 att det fanns stora brister i kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter. Senior alert har ännu inte genomfört någon kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter. Däremot har flera enheter gjort egna jämförelser mellan journaldokumentation och uppgifter som registreras i Senior alert. Dessa jämförelser visar på brister i dokumentationen i patientjournaler samt att verksamheter ofta brister i att rapportera risker vidare i vårdkedjan.

4.4 Samordning och gemensamma IT-lösningar

Inom SKL:s satsning Bättre liv för sjuka äldre har frågan väckts om en gemensam IT-plattform för de fyra kvalitetsregister som har mest sjuka äldre som gemensam målgrupp: Svenska Palliativregistret, Senior alert samt demensregistren Svenska Demensregistret (SveDem) och det nystartade kvalitetsregistret Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom (BPSD).

Senior alert och Palliativregistret representerar tillsammans med SveDem och BPSD hela vårdkedjan för sjuka äldre. Det finns därför vinster i att synkronisera de fyra registren i högre grad än vad som sker i dag. För vårdpersonalen skulle det innebära att det endast skulle krävas en inloggning för att nå alla fyra register och att registrering av likartade uppgifter i flera olika register skulle kunna minimeras.

I våra intervjuer med registerhållarna för Svenska palliativregistret och Senior alert har framkommit att en nackdel med gemensamma tekniklösningar är att träffsäkerheten i respektive registers datafångst riskerar att gå förlorad. Att använda en enhetlig terminologi och ett gemensamt nationellt fackspråk har i våra intervjuer framhållits som viktigare än gemensamma tekniska lösningar.

En annan fråga där en ökad samordning kommer att krävas är hur behörigheter till de olika kvalitetsregistren ska administreras. Denna fråga aktualiseras i samband med införandet av SITHS-kort.

4.5 Sammanfattande iakttagelser

Ingen kvalitetssäkring under 2011

Statskontoret påtalade i första delrapporten att det förelåg brister i kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter. Vi noterar att varken Svenska Palliativregistret eller Senior alert har genomfört någon kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter under 2011.

Olika statistikrapporter för respektive register

I Statskontorets intervjuer har framkommit att berörd vårdpersonal efterfrågar användarvänliga och enhetliga statistikrapporter. Vårdpersonalen är ofta ovana statistikanvändare. I dag sker ingen samverkan mellan Svenska palliativregistret och Senior alert när det gäller att utveckla utdatafunktioner och statistikrapporter.

Nya kvalitetsregister ställer krav på samordning

Under 2011 har införandet av demensregistren SveDem och BPSD påbörjats. Tillsammans med Svenska palliativregistret och Senior alert utgör registren hela vårdkedjan inom den kommunala vården och omsorgen om äldre. Två ytterligare kvalitetsregister innebär en ökad administration för vårdpersonalen i form av fler uppgifter att registrera i olika register. Frågan om samordning mellan registren har därför väckts inom SKL:s satsning Bättre liv för sjuka äldre och diskussioner mellan ansvariga för registren har inletts. För flera tekniska och organisatoriska frågor saknas i dag en lösning.

5 Anslutning, täckningsgrad och användande av registren

I detta kapitel redovisar vi anslutningsgraden i Senior alert och täckningsgraden för Svenska palliativregistret och analyserar vilka hinder för att påbörja registrering som kvarstår. Särskild tonvikt läggs vid de stödfunktioner som har i uppdrag att påskynda och underlätta införandet av kvalitetsregistren; de regionala utvecklingsledarna och kvalitetsregistrens coacher och fältarbetare.

Under 2010 ökade anslutningen till kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert i landet.

5.1 Senior alert

Det största inflödet av vårdenheter till Senior alert ägde rum under perioden oktober 2010 till januari 2011. Inflödet har fortsatt under 2011. Vid utgången av september månad 2011 var 259 kommuner anslutna, vilket motsvarar 89 procent av landets kommuner. Vid samma mättillfälle var 18 landsting anslutna till registret, vilket motsvarar 86 procent av landets landsting.³⁹

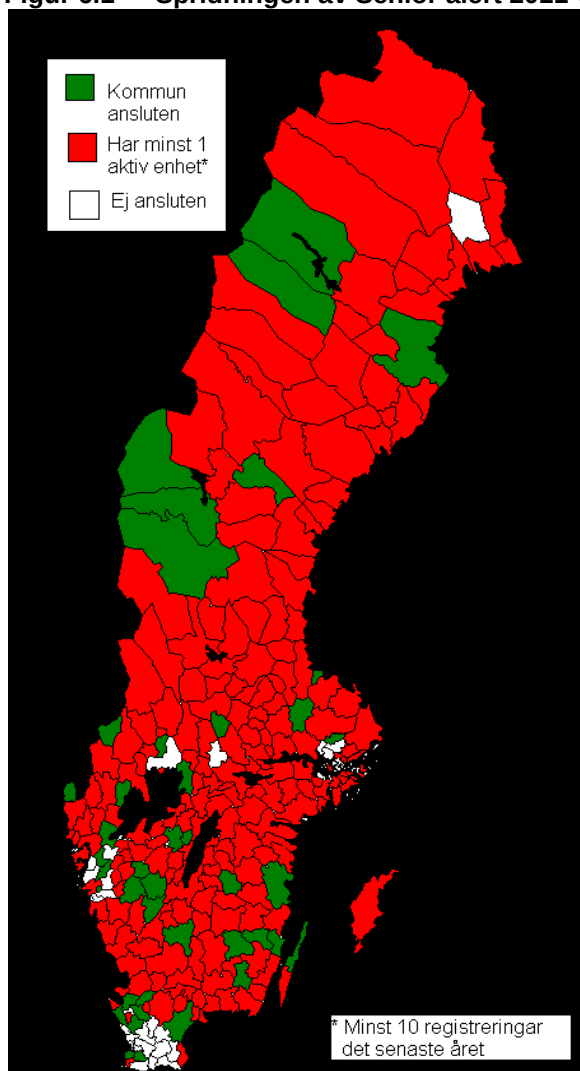
Anslutningen till Senior alert har tagit längre tid i storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Göteborg och Stockholms stad hade i oktober 2011 anslutit sig till registret och spridningsarbetet har därefter kunnat inledas i de båda storstäderna. Registerhållaren för Senior alert har fört diskussioner med Region Skåne om hur tekniska hinder kan överbryggas och i några skånska kommuner har anslutning till registret påbörjats.⁴⁰

Kartan nedan ger en aktuell bild av anslutningsläget.

³⁹ Dessa siffror kan ställas mot spridningen vid tidpunkten för publiceringen av Statskontorets delrapport 1. Då var 74 av landets 290 kommuner och 12 av landets 21 landsting anslutna.

⁴⁰ Senior alert, Avstämningsrapport period 6 2011-06-15 – 2011-09-15.

Figur 6.1 Spridningen av Senior alert 2011-09-15

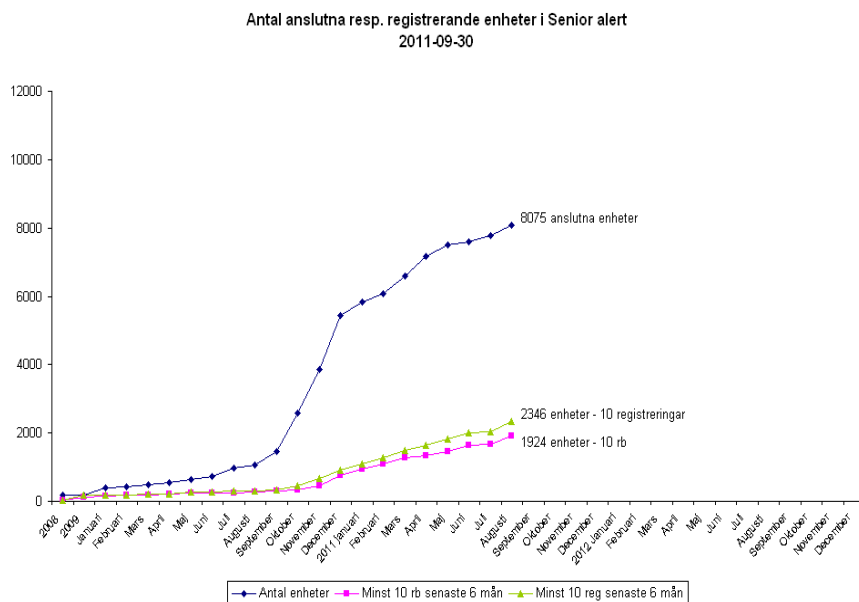


Källa: Senior alert 2011-09-15

Som framgår av figur 6.2 föreligger det ett stort gap mellan antal anslutna enheter och antalet enheter där registret används aktivt. Som förklaring till en låg aktivitetsnivå i form av få gjorda riskbedömningar

anger registret det faktum att en del enheter är relativt små, med en liten genomströmning av patienter.⁴¹

Figur 6.2 Antal anslutna och aktiva enheter i Senior alert



Källa: Senior alert 2011-09-30

Ungefär 8 000 enheter/arbetsplatser är anmälda och ca 2 300 enheter/arbetsplatser har gjort minst 10 registreringar de senaste 6 månaderna. Det saknas uppgift om det totala antalet vårdenheter i landet. Figuren visar att bland de enheter som anslutit sig till registret är få aktivt registrerande enheter.

5.1.1 Vilken roll spelar tid och kommunstorlek för hög andel aktiva enheter?

Statskontoret har utifrån underlag från Senior alert med antal enheter med möjlighet att registrera respektive antal aktiva enheter beräknat

⁴¹ Senior alert, Avstämningsrapport period 6 2011-06-15 – 2011-09-15.

andelen aktiva enheter per kommun. Vi har sedan räknat fram vilken betydelse tiden som en kommun har varit ansluten och registrerat har för sannolikheten för en hög respektive låg andel aktiva enheter. Vi har även beräknat vilken betydelse kommunstorlek har för sannolikheten för en hög respektive låg andel aktiva enheter. En indelning i tre grupper har först gjorts utifrån datum för första riskbedömning. Inom varje sådan grupp har sedan en ytterligare indelning utifrån kommunstorlek gjorts. Indelningen av kommunstorlek blir därför inte exakt. Följande ungefärliga kategoriseringar har gjorts:

Lång tid (första riskbedömning): Innan 2010-09-01
 Medellång tid (första riskbedömning): 2010-09-02 - 2010-12-31
 Kort tid (första riskbedömning): 2011-01-01 och framåt

Liten kommun: < 10 000 invånare
 Medelstor kommun: 10 001 - 30 000 invånare
 Stor kommun: > 30 001 invånare

Av nedanstående tabell framgår att kommunstorlek inte förefaller ha betydelse för en hög eller låg andel aktiva enheter. Däremot finns ett tydligt statistiskt samband mellan hur länge en kommun har registrerat mätt i tid sedan första riskbedömningen gjordes och andelen aktiva enheter. Ju längre en kommun har registrerat desto högre andel aktiva enheter. Det senare sambandet ligger i linje med det förväntade.

Tabell 6.1 Samband mellan tid respektive kommunstorlek och andel aktiva enheter⁴²

		Kommunstorlek		
		Liten	Medel	Stor
Tid	Lång	0,45	0,38	0,45
	Medel	0,28	0,32	0,31
	Kort	0,09	0,22	0,15

Av tabellen framgår att de enheter som registrerat under en lång tid är närmare hälften av enheterna aktiva (minst 10 riskbedömningar har

⁴² Siffrorna anger andel enheter av totalt antal enheter med möjlighet att registrera som är aktiva användare av registret.

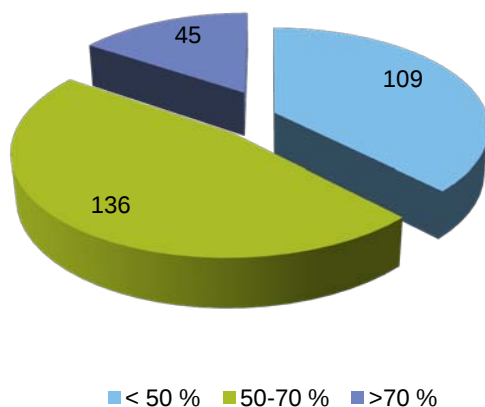
genomförts). Detta mått säger däremot ingenting om huruvida registrerande enheter går vidare i processtegen.⁴³

5.2 Svenska palliativregistret

Till skillnad mot år 2010 då täckningsgraden mättes fjärde kvartalet utgör hela året mätperiod år 2011.

I början av oktober månad 2011 hade 136 kommuner en täckningsgrad över 50 procent och 45 kommuner en täckningsgrad över 70 procent. Blekinge är det första länet som har nått över 70 procent täckningsgrad i hela länet. Dessa siffror kan ställas mot tidpunkten för publiceringen av Statskontorets delrapport 1 (november 2010). Då nåddes den högre nivån om 70 procent endast inom en kommun, medan 114 kommuner nådde en täckningsgrad om 40 procent.

Figur 6.3 Täckningsgrad i Svenska palliativregistret – kommuner

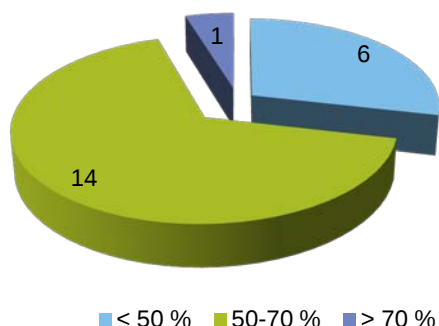


Källa: Svenska Palliativregistret 2011-10-06, Statskontorets bearbetning

⁴³ Utdatarapport som redogör för processtegen på huvudmannanivå var i mitten av oktober 2011 ännu under uppbyggnad. Rapporten kommer att kunna spegla andel med risk inom en kommun eller landsting som bland annat har fått orsaksanalys genomförd, åtgärd planerad och utförd.

Vid samma mättillfälle hade 14 landsting en täckningsgrad över 50 procent. Landstinget i Gävleborg hade en täckningsgrad över 70 procent.

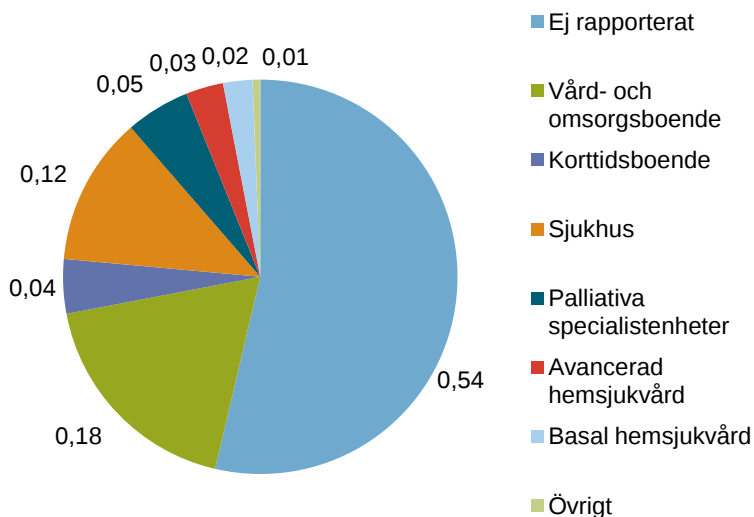
Figur 6.4 Täckningsgrad i Svenska palliativregistret – landsting



Källa: Svenska Palliativregistret 2011-10-06, Statskontorets bearbetning.

Mer än hälften av antalet inträffade dödsfall under 2011 rapporteras för närvarande inte i Svenska palliativregistret. Anledningarna till detta kan vara flera. Utöver att flera vårdenheter ännu inte anslutit sig till Svenska palliativregistret, kan dödsfallen vara kopplade till olyckor där palliativa åtgärder inte blir aktuella.

Figur 6.5 Andel rapporterade dödsfall per vårdgren av antal dödsfall totalt år 2011



Källa: Svenska Palliativregistret 2011-10-06, Statskontorets bearbetning.

Av den andel dödsfall som rapporteras i Svenska palliativregistret kan konstateras att flest dödsfall rapporteras på kommunala vård- och omsorgsboenden. Därefter följer vårdenheter på sjukhus.

5.3 Länsgemensamma utvecklingsledare

Som beskrivits i kapitel 4 avsätts inom ramen för överenskommelsen medel för att anställa utvecklingsledare i varje län. Denna del av överenskommelsen syftar till att få till stånd ett läns- och verksamhetsövergripande utvecklingsarbete med fokus på de mest sjuka äldre. I överenskommelsen läggs särskild vikt vid att utvecklingsledarna ska verka för att öka registreringen i Senior alert och Svenska palliativregistret.

SKL har på förfrågan av Statskontoret tagit fram en lista som visar när utvecklingsledarna påbörjade sitt uppdrag och över hur lång tid anställ-

ningen sträcker sig. Av Statskontorets sammanställning framgår att en majoritet av de regionala utvecklingsledarna påbörjade sitt uppdrag första halvåret 2011.

Vår sammanställning visar även att majoriteten av utvecklingsledarna har en anställning som sträcker sig över två år eller mindre. Merparten utvecklingsledare har en ettårig anställning.

I intervjuer har de utvecklingsledare som Statskontoret träffat uttryckt att relativt korta anställningstider är ett hinder i deras arbete. När en anställning inte sträcker sig längre än ett år är det svårt att sätta upp långsiktiga mål för utvecklingsarbetet.

Organisatorisk hemvist varierar

I Statskontorets intervjuer har det framkommit att utvecklingsledarnas organisatoriska hemvist varierar. I överenskommelsen och från SKL:s sida har det inte heller ställts några krav på enhetliga strukturer eller anställningsformer för utvecklingsledarna. I ett fall har etableringen av länsgemensamma samverkansstrukturer dragit ut på tiden och utvecklingsledarna har initialt varit anställda av en av länets kommuner. I andra fall kan utvecklingsledarna vara direkt kopplade till någon av länets FoU-enheter.

Skiftande uppgifter och ansvarsområden

Statskontoret konstaterade i delrapport 1 att uppgifter och ansvarsområden för utvecklingsledarna varierade mellan länen. I vissa län har utvecklingsledarnas insatser integrerats i de avsiktsförklaringar som ligger till grund för uppbyggnaden av regionala stödstrukturer.⁴⁴ Utvecklingsledarnas funktion har i dessa län getts en vidare tolkning med fokus på att stärka det regionala utvecklingsarbetet i stort när det gäller de mest sjuka äldre.

Inför 2011 års utbetalning av medel har SKL ställt krav på län och regioner att komma in med aktivitetsplaner där mål och nyckelaktiviteter för utvecklingsledarnas arbete ska anges. Vid utgången av september månad 2011 hade samtliga aktivitetsplaner kommit in.

⁴⁴ Se vidare Statskontoret 2011:30, Uppföljning av evidensbaserad praktik

Av aktivitetsplanerna framgår att den spridning i utvecklingsledarnas uppgifter och ansvarsområden som kunde konstateras i Statskontorets första delrapport kvarstår. Aktivitetsplanerna visar att utvecklingsledarna har olika fokusområden beroende på länstillhörighet. En översiktlig indelning ger vid handen att utvecklingsledarnas roll och ansvarsområden kan delas in i följande tre kategorier:

- **Fokus på spridning av registret**

I nio län är insatser för att öka spridningen av Svenska palliativregistret och Senior alert ett uttalat fokusområde.

- **Delta i länsövergripande utvecklingsarbete**

I sex län har utvecklingsledarnas roll getts en bredare tolkning. I dessa län kan det handla om att delta i utvecklingen av regionala stödstrukturer, utveckla samverkansformer mellan landstinget och kommunerna såväl inom IT-infrastruktur som inom vårdplanering samt utgöra stöd vid införande av nationella riktlinjer för demensvård.

- **Fokus på förbättringsarbete**

I sex län ligger tyngdpunkten på att vara ett stöd för kommuner och landsting i arbetet med att analysera data ur kvalitetsregistren och sätta in förebyggande åtgärder samt på att utbilda nyckelpersoner i förbättringsarbete.

Oberoende av fokusområden har utvecklingsledarna ett brett uppdrag och genomför flera insatser inom ramen för ett utvecklingsarbete med fokus på de mest sjuka äldre. Det kan till exempel handla om demensvård, läkemedelsanvändning och nationella riktlinjer.

5.4 Coacher, fältarbetare och regionala koordinators

Senior alert och Svenska palliativregistret har genom den finansiella förstärkning som överenskommelsen inneburit kunnat anställa särskilda fältarbetare och coacher med uppdrag att sprida registren.

Spridningsstrategi Senior alert coacher

Samtliga Senior alert coacher påbörjade sitt uppdrag i augusti 2010. Ursprungligen fanns tjugofem coacher anställda på hel- eller deltid. I takt med att spridningen av registret har ökat har antalet coacher minskats. I dagsläget finns nio Senior alert coacher anställda på hel- eller deltid. Coacherna är anställda ett halvår i taget, vilket innebär att de nuvarande coachernas anställning sträcker sig fram till årsskiftet 2011/12.

Inför hösten 2011 har Senior alert reviderat sin spridningsstrategi. Den reviderade strategin innebär att coacherna arbetar över större geografiska områden och att samverkan sker över länsgränserna. I oktober 2011 arbetade en coach ensam i hela norra Sverige. Strategin bygger på att coachernas arbete inriktas mot de tre storstadsregionerna, Västra Götaland, Skåne och Stockholm där spridningsarbetet inte har kommit lika långt som i övriga delar av landet. Några särskilda delmål för respektive län eller vårdgren när det gäller spridningen av registret finns däremot inte.

Coacherna har haft ett tydligt uppdrag att informera om Senior alert och stödja införandet av registret i verksamheterna. En stor del av coachernas arbete har också handlat om att möta de behov av personligt stöd som finns hos vårdpersonalen. I intervjuer med Statskontoret har dock framkommit att målgruppen för coacherna i praktiken varit betydligt vidare. För att förankra arbetssätt och registrets mål och syften har coacherna ofta även behövt vända sig till den politiska ledningen och den höga tjänstemannanivån.

Spridningsstrategi Svenska palliativregistrets fältarbetare

Organisationen kring spridningen av Svenska palliativregistret är mer formaliserad i förhållande till år 2010. I dag arbetar sju personer på 50 procent som fältarbetare. Arbetet har delats upp i 31 regiondelar (de tre största regionerna har delats i mindre områden). Att bearbeta verksamheter som ännu inte är anslutna har varit i fokus. Fältarbetarna ska i möjligaste mån försöka bygga upp en gemensam organisation med de regionala utvecklingsledarna.

Enligt registerhållaren kommer spridningsstrategin framöver att ändras till att mer handla om hur man använder siffror som underlag för att förbättra vården.

Regionala och lokala koordinators

Senior alert vill att det i varje organisation utses en eller flera regionala koordinators som fungerar som kontaktperson till Senior alert. Utöver att administrera behörigheter ska denna funktion bland annat kunna bistå med visst stöd kring Senior alert, delta i införande och spridning av registret i den egna organisationen samt initiera och samordna utbildningar och handledningar i ett förebyggande arbetssätt.

Ansvarsfördelning i relation till utvecklingsledare

Statskontoret konstaterade redan i första delrapporten att utvecklingsledarnas ansvarsfördelning i relation till liknande funktioner inom satsningen var oklar. Denna oklarhet kvarstår fortfarande. I Statskontorets intervjuer med företrädare för verksamheten har framkommit att det inte alltid är tydligt vilka stödfunktioner som gör vad och vilken typ av stöd dessa funktioner kan bistå med.

När Senior alert coacherna inledde sitt arbete under hösten 2010 hade utvecklingsledare ännu inte rekryterats i alla län. I takt med att allt fler utvecklingsledare har påbörjat sina uppdrag har frågan om ansvars- och rollfördelningen mellan utvecklingsledare och coacher aktualiserats. Senior alert coacherna anser att deras roll är tydlig, deras uppdrag är att sprida registret. Registrans coacher och fältarbetare besitter en större teknisk kompetens i kvalitetsregistrans funktioner än utvecklingsledare och kan därmed bistå med ett mer direkt stöd till verksamheterna.

Senior alerts coacher upplever att stöd när det gäller att ta ut och tolka data från registret är efterfrågat. Det finns en osäkerhet bland coacherna om det ligger inom deras uppdrag att erbjuda analys- och tolkningsstöd.

SKL har varit tydliga med att det långsiktiga målet är att utvecklingsledarna ska ha goda kunskaper i förbättringsmetodik. Ansvariga vid SKL för den nationella samordningen hos huvudmännen talar om en successiv övergång i utvecklingsledarnas uppdrag från spridning av

registren till att vara ett stöd för verksamheterna i att hitta former för förändringsarbete och använda statistik för att utveckla och förbättra arbetssätt.

5.5 Hinder för registrering

Statskontoret kan konstatera att flera av de hinder för registrering som lyftes fram i delrapport 1 fortfarande kvarstår. Vi redogör nedan för vad Statskontoret bedömer vara de främsta hindren för registrering för de vårdenheter som ännu står utanför Senior alert och Svenska palliativregistret.

Registrens utformning och uppbyggnad

Även enheter med få dödsfall förväntas registrera i Svenska palliativregistret

På vissa enheter inom framförallt den landstingsdrivna vården inträffar få dödsfall. Det kan då vara svårt att motivera sådana enheter att börja registrera i Svenska Palliativregistret.

Senior alert bygger på instrument som redan används i de flesta verksamheter

Av våra intervjuer framgår att de enheter som ännu inte påbörjat registrering ofta pekar på att riskbedömningar med evidensbaserade instrument redan utförs. Vid dessa enheter ser man inte mervärdet av att registrera i Senior alert.

Statsbidragets utformning

Kommuner och landsting påverkar inte själva fullt ut ersättningsbeloppens storlek

En ofta framförd synpunkt är att kommunen respektive landstinget inte fullt ut påverkar ersättningsens storlek. Det förekommer att den totala andelen registreringar i Svenska palliativregistret i länet inte kommer upp till målvärden trots aktiv registrering på kommunala boenden.

Övergripande styrning och organisation av vården

Konkurrerande krav på inrapportering

Inom landstingsvården är kvalitetsregister vanligt förekommande. Vissa kliniker rapporterar till något enstaka register, medan andra registrerar i upp till 10–15 register. Tröskeln för att rapportera i ytterligare två register kan på dessa enheter därför vara hög.

En huvudman får inte hämta uppgifter från annan huvudman

Det finns juridiska hinder för olika huvudmän att ta del av varandras uppgifter, vilket kan försvåra samverkan mellan landsting och kommuner. När uppgifter som följer individen genom hela vårdkedjan saknas kan incitamenten att registrera minska.

Journalföring och registrering i kvalitetsregister ännu inte synkroniserade

Patientjournaler och uppgifter som registreras i avvikelsesystem är inte synkroniserade med registren. Det innebär ett merarbete för personalen och är ett skäl som har uppgivits i våra intervjuer för att i synnerhet Senior alert inte får genomslag i verksamheten. I någon kommun har registrering i registret överlåtits åt den vårdpersonal som inte har något ansvar för att göra journalanteckning för att på så sätt undvika dubbelregistrering. För merparten kommuner ligger dock registrering i register och journal på ansvarig sjuksköterska.

Oklart hur beslutsförmögnas samtycke ska hanteras

Det finns en oklarhet i juridiskt hänseende kring hur beslutsförmögnas samtycke till att uppgifter registreras i kvalitetsregister ska hanteras. Inom gruppen mest sjuka äldre utgör beslutsförmögna en betydande andel.

Huvudmännens styrning och organisering

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

Vid Statskontorets besök och intervjuer har långa beslutsvägar i större kommuner och landsting ofta framförts som en förklaring till att anslutningen till registren tar längre tid. Inte sällan har större kommuner och landsting redan utvecklat egna kvalitetssystem och omställningen till ett nytt kan därför ta tid. I små kommuner är ofta processen kort

från beslutet att gå med i registren till att bli en aktiv användare av registret.

Tydligt beslut från ledningen saknas

Om den politiska ledningen eller ledningen på högsta tjänstemannanivå inte har prioriterat registrering i kvalitetsregistren minskar incitamenten att registrera.

Oklart hur pengarna ska fördelas inom kommunen och landstinget

Prestationsersättningen utgår till de kommunala och landstingskommunala huvudmännen. Det står huvudmännen fritt att bestämma över medlens användning. Det innebär att det inte finns några garantier att utbetalda medel når de registrerande enheterna. Hur prestationsersättningen ska fördelas till enskilda utförare är inte heller alltid formaliserat i avtal. Därmed riskerar incitamenten för att registrera att minska.

Tydlig ingång för att förankra registren saknas i landstingen

I den kommunala vården och omsorgen finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som har ett sammanhållet ansvar för, och överblick över, kvalitetsarbetet i kommunens omsorgsverksamheter. Motsvarande funktion med mandat att driva kvalitets- och förbättringsarbete över avdelningsgränser på sjukhus och i primärvården saknas inom landstingen. Därmed saknas ofta en funktion som kan driva på och leda införandet av registren "från insidan" inom landstingen.

Ledning av verksamheterna

Motstånd mot administrativa uppgifter

I våra intervjuer med företrädare för vårdenheter som ännu inte kommit igång med registrering i kvalitetsregistren uppges ofta att registrering blir en ytterligare administrativ börda som tar tid från vården och omsorgen om vårdtagarna. Ovana vid att använda datorer gör att startsträckan för att börja registrera blir längre.

Enhetschefer känner inte till kvalitetsregistren

Inom den kommunala vården och omsorgen görs en uppdelning i verksamheter som regleras av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL). Enhetschefer på särskilda boenden och korttidsboenden har ett ansvar för att verksamheten lever upp till krav som ställs i socialtjänstlagen. Frågor som faller in under HSL, däribland

delar av innehållet i Senior alert och Svenska palliativregistret, ligger således utanför deras ansvarsområde.

5.6 Sammanfattande iakttagelser

Anslutnings- och täckningsgrad har ökat

Vid utgången av september månad 2011 var 259 av landets 290 kommuner och 18 av landets 21 landsting anslutna till registret. Vid tidpunkten för Statskontorets delrapport 1 var 74 kommuner och 12 landsting anslutna. I storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne har anslutningen till Senior alert tagit längre tid. Det innebär att andelen anslutna kommuner har ökat med 63 procentenheter och andelen anslutna landsting med 29 procentenheter. Täckningsgraden inom landets kommuner och landsting när det gäller registrering i Svenska palliativregistret visar samma uppåtgående trend. Fortfarande är det dock mer än hälften av dödsfallen som inte rapporteras i Palliativregistret.

Förhållandevis låg aktivitet i Senior alert

Att en huvudman har anslutit sig till Senior alert innebär inte per automatik att vårdenheter har påbörjat registrering. Det mått på aktiv användning som Senior alert använder (minst 10 riskbedömningar de senaste 6 månaderna) visar att av de enheter som anslutit sig till registret är det drygt en av fyra som aktivt registrerar.

Samband mellan tid och andel aktiva enheter

Statskontorets beräkningar visar att ju längre tid som har gått sedan en kommun registrerade första riskbedömningen i Senior alert desto högre andel aktiva enheter kommer kommunen att ha. Däremot finns det inget samband mellan kommunstorlek och andel aktiva enheter.

Delmål för spridningsarbete saknas

Varken Senior alert eller Svenska palliativregistret har satt upp några särskilda delmål för respektive län eller vårdgren när det gäller spridningen av registret.

Oklar ansvarsfördelning mellan olika stödfunktioner

Statskontoret konstaterade i första delrapporten att utvecklingsledarnas ansvarsfördelning i relation till liknande funktioner inom satsningen

var oklar. Denna otydlighet kvarstår. För berörd vårdpersonal är det inte alltid tydligt vilka uppgifter de olika stödfunktionerna har och vem som gör vad. De regionala utvecklingsledarna och registrens coacher och fältarbetare, men även regionala koordinater, har överlappande uppdrag när det gäller spridning av registret. Statskontoret noterar att såväl utvecklingsledarnas som coachernas och fältarbetarnas uppdrag alltmer kommit att handla om att erbjuda stöd vid uttag och tolkning av statistik.

Många hinder för påbörjad registrering kvarstår

Statskontorets genomgång av de hinder som lyfts fram vid våra besök och intervjuer visar att hindren för att påbörja registrering i kvalitetsregistren återfinns på alla nivåer inom vård- och omsorgssystemet. En del frågor ligger utanför huvudmännens beslutskompetens, medan andra frågor rör sådant som de kan besluta om och genomföra.

För vissa frågor, såsom att hitta modeller för automatisk överföring av uppgifter mellan patientjournaler och register, ligger en lösning längre fram i tiden. Andra frågor kan verksamhetsledningen och vårdpersonalen i stor utsträckning påverka och därmed underlätta införandet av kvalitetsregister.

6 Från registrering till ändrat arbetssätt

Som konstaterades i föregående kapitel har registrens anslutnings- och täckningsgrad ökat stadigt under året. En förutsättning för att deltagande i kvalitetsregister ska leda till ett mer strukturerat arbetssätt är att registren integreras och används i verksamheterna. Vid sidan av de hinder som Statskontoret identifierat för att påbörja registrering i kvalitetsregistren redovisar vi i detta kapitel hinder och förutsättningar för att gå från att registrera i kvalitetsregister till ett ändrat arbetssätt. Kapitlet bygger i huvudsak på synpunkter som har framförts vid våra besök och intervjuer.

De hinder och förutsättningar som här lyfts fram är de som Statskontoret bedömer vara de viktigaste för att ett ändrat arbetssätt ska komma till stånd.

Kvalitetsregistren är ett viktigt instrument för ett systematiskt förbättringsarbete. Genom att registrera i Senior alert och Svenska palliativregistret måste personalen ändra sitt arbetssätt. Det handlar om att på ett strukturerat och standardiserat sätt förebygga vårdskador.

Kvalitetsregistren spänner över flera vårdgrenar och täcker in såväl landstingsdriven som kommunal vård och omsorg. Genom att koppla en prestationsersättning till registrering i kvalitetsregister hänskjuts centrala styrningsfrågor till statlig nivå. Registrering i kvalitetsregister aktualiserar även en rad specifika juridiska frågor. För att framställningen ska bli så överskådlig som möjligt har vi här valt att dela in redovisningen i fem nivåer:

1. Övergripande styrning och organisering av vården och omsorgen

På övergripande nivå styrs vården och omsorgen av ramlagar och Socialstyrelsen utövar tillsyn. Vidare fastställs ansvarsgränserna mellan huvudmännen på denna nivå.

2. Statsbidragets utformning och prestationsersättningen

Statsbidraget kan beroende på hur det utformas få olika stark styreffekt och vara mer eller mindre riktat. Det handlar bland annat om

vilka villkor för utbetalningen som staten ställer upp. När det gäller prestationsersättningen handlar det framförallt om de utbetalade beloppens storlek och hur ersättningen fördelas.

3. Registrens utformning och uppbyggnad

Kraven på kvalitetsregister som syftar till att åstadkomma fortlöpande förbättringar av vården och omsorgen är annorlunda än för gängse kvalitetsregister. Att det finns former för löpande återkoppling av resultat är ett sådant område.

4. Huvudmännens styrning och organisering

Vården av och omsorgen om äldre utförs av kommuner och landsting. De väljer att organisera vården utifrån sina förutsättningar och prioriteringar.

5. Ledningen av vård- och omsorgsverksamheterna

Genom att ge stöd och vägledning kan ledarskapet i stor utsträckning påverka personalens prestationer. Vilka resultat ledningen efterfrågar får också betydelse för hur personalen arbetar.

6.1 Övergripande styrning och organisering av vården

Förutsättningar och möjligheter

Gemensamt fackspråk och enhetlig terminologi

I stort sett varje landsting och kommun har sitt eget journalsystem. Det råder stor variation i vad som antecknas i journaler och vad olika begrepp och termer står för. I en framtid där kvalitetsregister och journaler i allt högre grad sammankopplas ställer det krav på enhetlig terminologi. Uppgifter som registreras ska kunna förstås och användas av olika aktörer inom vården och omsorgen.

Hinder

Samtidig registrering av uppgifter i register och journal

Att patientjournaler inte är synkroniserade med registren är ett hinder för att påbörja registrering. Det merarbete som detta medför har i våra intervjuer även lyfts fram som ett hinder för att framförallt Senior alert ska få fullt genomslag och bli ett integrerat verktyg i personalens arbete.

Vården och omsorgen om äldre styrs av två olika lagstiftningar

Vården och omsorgen om äldre styrs av två skilda lagar, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Olika vårdkategorier lyder under olika lagar. Det kan påverka vilka områden i vården som personalen lägger tonvikten vid och försvåra införandet av ett processregister som täcker in båda områden.

6.2 Statsbidragets utformning och prestationsersättningen

Förutsättningar och möjligheter

Resurstillskott kan användas till kompetenshöjande insatser

Statskontoret har vid besök och intervjuer stött på olika modeller för hur prestationsersättningen används. Att använda resurstillskottet till att utbilda personal är vanligt förekommande. Men det förekommer även att prestationsersättningen används till inköp av hjälpmedel som underlättar det vårdpreventiva arbetet eller till att anställa en dietist på ett visst antal timmar.

Ersättningen är öronmärkt för kvalitetsutveckling

Vid våra besök och intervjuer har vikten av att ersättningen går tillbaka till registrerande enheter eller öronmärks för synligt kvalitetsarbete ofta lyfts fram. Det har ansetts viktigt både för att upprätthålla incitamentet att registrera, men även för att faktiskt kunna använda resurstillskott för ändamål som leder till att utveckla och förbättra arbetssätt.

Hinder

Fokus på antal gjorda riskbedömningar

Det finns en risk för att det blir alltför stort fokus på att registrera när prestationsersättningen ensidigt är kopplad till antal gjorda riskbedömningar i Senior alert. Processen att ta steget vidare till att vidta åtgärder och följa upp kan därmed riskera att avstanna.

6.3 Registrens utformning och uppbyggnad

Förutsättningar och möjligheter

Registren möjliggör uppföljning och resultatåterkoppling

Registren ger verksamheterna goda möjligheter att följa upp sina resultat. Genom att enheterna själva när som helst kan ta fram statistik för den egna enheten ges goda förutsättningar för att identifiera förbättringsområden och vidta nödvändiga åtgärder.

Kan leda till evidensbaserat och enhetligt arbetssätt

I flera av våra intervjuer har framförts att det är en trygghet att kunna falla tillbaka på vetenskapligt beprövade bedömningsinstrument. I Senior alert finns dessutom förslag på åtgärder vilket kan underlätta det vårdpreventiva arbetet. Senior alert kan på så sätt fungera som en checklista på om rätt åtgärder har blivit genomförda för både vårdpersonal och verksamhetsledning.

Kan leda till mer strukturerad journalföring

Svenska Palliativregistret har från och med 2011 ändrat frågeformuleringar så att den registrerande ombeds svara på om en viss insats har genomförts och antecknats i journal. I våra intervjuer har framhållits att särskilt registrering i Palliativregistret har lett till en ökad dokumentation i journaler.

Användarvänliga in- och utdatafunktioner

För en ofta IT-ovan vårdpersonal är det en förutsättning att registret är utformat på ett sätt som gör det lätt att använda och följa. Det gäller särskilt Senior alert som är ett uttalat processregister och där målet är att registret på sikt blir en integrerad del i arbetssättet. Båda registren utvecklar fortlöpande nya funktioner och rapportformat, antingen på eget initiativ eller efter synpunkter från företrädare för verksamheterna.

Hinder

Vården delas mellan huvudmännen

Båda registren omfattar såväl kommunernas som landstingens verksamheter. Svenska palliativregistret är utformat så att registrering i registret ska göras på den enhet där dödsfallet inträffade. Ofta äger större delen av vården i livets slutskede rum på ett kommunalt boende

medan det sista dygnet tillbringas på sjukhus. Registreringen ska då göras på sjukhuset. Det innebär att boendet inte kan få någon återkoppling på det palliativa arbete som bedrevs fram till dess att vårdtagaren flyttades från boendet. Det kan påverka möjligheterna att identifiera förbättringsområden i den palliativa vården.

Registren har olika statistikrapporter

Senior alert och Svenska palliativregistret utvecklar egna rapportformat för att redovisa de resultat som registren genererar. Bland den personal som arbetar med vården och omsorgen om äldre finns inte sällan en stor IT-ovana och ännu större ovana när det gäller att använda och tolka statistik. Att registren har separata statistikrapporter med egna upplägg upplevs som ett ytterligare hinder.

Enhetlig definition av enheter saknas

I båda registren ombeds registreringen göras på enhetsnivå. Det finns ett värde i att kunna jämföra resultat i båda registren mellan olika enheter inom en kommun eller ett landsting. Det saknas en enhetlig definition för registrerande enheter i Senior alert och Svenska palliativregistret. I Senior alert definierar verksamheterna själva vad som ska räknas som enhet. Det innebär ett hinder för de stödfunktioner som tar fram övergripande statistik för att initiera förändrings- och förbättringsarbete i verksamheterna.

6.4 Huvudmännens styrning och organisering

Förutsättningar och möjligheter

Kommunalisering av hemsjukvården

En process för att föra över huvudmannaskapet för hemsjukvården från landstingen till kommunerna pågår. Genom ett gemensamt huvudmannaskap kan glappen i vårdkedjan för äldre minskas. En annan fördel som har lyfts fram vid ett av våra besök är att det har blivit enklare att organisera arbetslagen kring den äldre. Tvärprofessionella arbetslag spelar en central roll i det vårdpreventiva arbetet och är en viktig förutsättning för att rätt åtgärder vidtas i Senior alert. Med en huvudman är det enklare att sätta samman tvärprofessionella arbetslag.

Gemensam vårdplanering

För att skraddarsy vård- och omsorgsinsatser kan det finnas fördelar med att landstingspersonal och kommunal vård- och omsorgspersonal gör en gemensam vårdplanering vid utskrivning av en patient från sjukhus till ett kommunalt särskilt boende eller korttidsvård. När en riskbedömning görs och åtgärder ska planeras i Senior alert kan det underlätta om de som tidigare vårdat den äldre deltar. Statskontoret har vid besök och intervjuer inte fått någon uppfattning om i vilken utsträckning detta görs i dag.

Hinder

Kommunikationskanaler mellan landsting och kommun saknas

För att få till stånd ett vårdpreventivt arbete är kartläggning av bakomliggande orsaker viktigt. I våra intervjuer har framkommit att vårdpersonal, i synnerhet på korttidsboende där vårdtiderna är korta, ofta väljer bort detta moment för att det kräver en för stor arbetsinsats att kontakta sjukhuspersonal och anhöriga. Personalen på kommunala särskilda boenden och korttidsboenden saknar ofta direkta kanaler till landstingen.

Svag resultatkultur

Det har i våra intervjuer framkommit att prestationsersättningen i första hand har varit en drivkraft för politiker och verksamhetsledning. Det finns därmed en risk för att den politiska ledningen ensidigt fokuserar på uppnådda mål i form av ett visst antal registreringar i kvalitetsregistren istället för att se till uppnådda resultat i verksamheten. I mindre kommuner kan det finnas en ovana vid att styra genom och följa upp resultat.

Brist på nyckelkompetenser

I kommuner saknas ofta dietister. Mindre kommuner har ibland inte egna sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Kommunen är i dessa fall beroende av landstingets resurser och det regleras i avtal hur många timmar sjukgymnaster och arbetsterapeuter ska avsätta för arbete inom den kommunala vården och omsorgen. Dessa kompetenser har en central roll i det vårdpreventiva arbetet. När kommunen inte har regelbunden tillgång till dessa kompetenser finns det en risk att ett vårdpreventivt arbetssätt inte etableras.

Bristande läkartillgång

Ett brytpunktssamtal ska hållas av läkare. Statskontoret har vid besök och intervjuer erfarit att tillgången till läkare är varierande och anses vara otillräcklig. Det gäller såväl inom kommunala särskilda boenden och korttidsboende som i den basala hemsjukvården. Kommunen är i det här fallet beroende av landstingets resurser.

6.5 Ledning av vård- och omsorgsverksamheterna

Förutsättningar och möjligheter

Organisera arbetet i tvärprofessionella arbetslag

Inrättande av tvärprofessionella arbetslag har i våra intervjuer lyfts fram som en viktig faktor för att få till stånd ett förebyggande arbets sätt. I ett tvärprofessionellt arbetslag kan flera olika kompetenser och funktioner ingå, till exempel sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, biståndsbedömare, verksamhetschef och vårdtagaren.

Efterfråga resultat

Att ledningen efterfrågar resultat och visar att registrering i kvalitetsregistren är ett prioriterat område ses som viktigt. Det handlar om att motivera personalen till att fortsätta vilja utveckla och förbättra förebyggande arbetsmetoder.

Involvera undersköterskor

Undersköterskor är den omvårdnadspersonal som har det dagliga ansvaret för en vårdtagare. Att involvera denna personalkategori i kvalitetsarbetet är en viktig faktor för att få ett brett genomslag för ett nytt arbetssätt på särskilda boenden och korttidsboenden. Det finns annars en risk att Senior alert blir en fråga enbart för sjuksköterskan.

Hinder

Motstånd mot administrativa uppgifter

Att registrera i ett kvalitetsregister innebär att en viss del av arbetstiden måste avsättas till att fylla i blanketter och mata in uppgifter i ett webbaserat register. Det kan finnas en risk att personalen ser kvalitetsregister som en administrativ pålaga och därmed inte ser mervärde av

att registrera för att sedan kunna använda resultaten för att identifiera förbättringsområden.

Stor omsättning gör det svårt att organisera arbetslag

Ofta sammanfaller behovet av att göra en riskbedömning och planera åtgärder med att en vårdtagare skrivs in på ett boende. På vissa boenden kan omsättning av vårdtagare vara stor och det går inte att på förhand veta hur många som kommer att skrivas in respektive skrivas ut från boenden. Det innebär att det kan vara svårt att dimensionera resurser och organisera tvärprofessionella arbetslag efter behoven i verksamheterna.

Brist på analyskompetens

Vid våra besök i framförallt mindre kommuner har det framkommit att det ofta saknas stödfunktioner med analyskompetens. Då vård- och omsorgspersonalen kring den äldre ofta är ovan vid att använda och tolka statistik finns en risk för att personalen inte utnyttjar registren för att löpande följa upp och identifiera förbättringsområden.

7 Slutsatser

I detta kapitel analyserar vi och drar slutsatser om genomförandet av överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Slutsatserna gäller främst det senaste året och våra förslag syftar till att vara ett underlag för 2012 års överenskommelse. Vi belyser även hinder och möjligheter för att satsningen ska kunna leda till ett mer strukturerat arbetssätt. I kommande rapporter kommer Statskontoret redovisa mer generella beskrivningar vilka resultat satsningen kan leda till.

7.1 Överenskommelsen som styrmedel

Prestationsersättning kan öka styreffekten

En prestationsbaserad ersättning ger regeringen möjlighet att tydligare styra huvudmännen mot uppsatta mål. Satsningen på kvalitetsregister ska stärka ett specifikt arbetssätt och möjliggöra uppföljning av några utvalda indikatorer. I första delrapporten konstaterades att dittills inget framkommit som tydde på att användningen av kvalitetsregister skulle kunna utveckla verksamheterna i fel riktning. Inte heller inom ramen för arbetet med denna rapport finns några sådana indikationer. Med detta sagt är det under alla omständigheter viktigt att vara vaksam på de risker för suboptimering och nedprioritering av andra viktiga insatser som en prestationsersättning kan medföra.

Statskontorets uppföljning visar att prestationsersättningen inte alltid går direkt tillbaka till verksamheterna som genererat den. Detta riskerar att minska incitamenten för personalen att registrera. Någon samlad redovisning över hur pass vanligt det är huvudmännen inte fördelar pengarna vidare till de aktuella verksamheterna saknas.

Inga indikationer på att styrmedlen motverkar varandra

Överenskommelsen innehåller flera olika typer av insatser och styrmedel. Utöver att överenskommelsen är ett styrmedel i sig självt består den också riktat statsbidrag och styrning genom information. Med så många delar finns det risk för att de olika styrmedlen i vissa delar motverkar varandra. Inom ramen för utredningsarbetet har några sådana indikationer inte framkommit.

Däremot har utvecklingsledarna för det systematiska förbättringsarbetet i vissa delar överlappande funktioner med de coacher och fältarbetare som har anställts av ansvariga för kvalitetsregistren.

Satsningarna inom området bör hållas ihop

Inom äldreområdet och socialtjänstområdet i allmänhet pågår en rad olika satsningar. Dessa har tydliga beröringspunkter med överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag för insatser till äldre. Exempelvis har regeringen och SKL ingått en överenskommelse om att avsätta resurser för att utveckla två demensregister. Tillsammans med Senior alert och Svenska palliativregistret kan dessa register komma att representera hela vårdkedjan för sjuka äldre.

Det är angeläget att hålla ihop satsningarna. I annat fall blir det svårt för huvudmännen och verksamheterna att ta till sig satsningarna. Det gäller till exempel den framtida kopplingen mellan den prestationsersättning som Statskontoret har i uppdrag att följa upp och de prestations- och resultatmått som ska tas fram inom ramen för insatserna för en sammanhållen vård och omsorg för äldre.

Statskontoret ser positivt på att parterna till exempel samlat satsningar som rör evidensbaserad praktik inom socialtjänsten i en övergripande överenskommelse. Detta gör det bland annat möjligt för utvecklingsledarna att ingå i en gemensam stödstruktur för hela socialtjänsten i länet.

7.2 Användning av kvalitetsregister

Registrens spridning har ökat

Ett mål med överenskommelsen är att öka spridningen av de två kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret. Statskontoret kan konstatera att detta mål till viss del är uppfyllt.

Anslutningen till Senior alert har ökat stadigt under året. Vid utgången av september månad var 259 av landets 290 kommuner och 18 av landets 21 landsting anslutna till Senior Alert. Vid tidpunkten för första delrapporten (november 2010) var 74 kommuner och 12 landsting anslutna. Täckningsgraden för Svenska palliativregistret uppvisar samma uppåtgående trend.

Aktiviteten i Senior alert är förhållandevis låg

Att en huvudman har anslutit sig till Senior alert innebär dock inte per automatik att vårdenheter har påbörjat registrering. Statskontoret kan konstatera att det är förhållandevis låg aktivitet i Senior alert. Av det mått som Senior alert använder framgår att av de enheter som anslutit sig till registret är det endast drygt en av fyra som aktivt registrerar. Ett stort antal enheter har alltså inte påbörjat registrering eller registrerar endast i liten skala. Därmed torde det även nästa år vara angeläget att koppla delar av prestationsersättningen till påbörjad registrering.

Utdatafunktioner har utvecklats, men kan göras mer användarvänliga

För att kunna jämföra över tid och mellan verksamheter krävs relevanta resultat- och prestationsmått. Statskontoret konstaterar att registren under året utvecklat nya rapportformat. Det är angeläget att registren fortsätter detta arbete under 2012. Dessa rapporter kan vara ett stöd för verksamheterna i arbetet med att systematisera arbetssätt.

Personalen ute i verksamheterna är ofta ovana statistikanvändare. Detta ställer särskilda krav på att materialet ska vara användarvänligt. Vid våra besök och intervjuer har det framkommit att användarna ibland har svårt att ta till sig registrens funktioner och statistikrapporter. Det gäller särskilt Senior alert.

Senior alert och Svenska Palliativregistret samverkar inte sinsemellan eller med övriga register inom äldreområdet när utdatafunktioner eller statistikrapporter utformas. Registren har skilda syften och det är därför naturligt att de har olika lösningar. Det är dock angeläget att registren så långt som möjligt eftersträvar enhetlighet, särskilt med tanke på användarna.

Ansvarsfördelning mellan olika stödfunktioner är oklar

En förutsättning för att registrering i kvalitetsregistren ska leda till ett systematiskt förbättringsarbete är att verksamheten regelbundet tar ut och tolkar resultaten. I dag saknar framförallt många mindre kommuner egna stödfunktioner. Coachers och fältarbetare som har anställts av registren och utvecklingsledarna är ett stöd i detta sammanhang.

I första delrapporten konstaterades att utvecklingsledarnas roll inte var tydligt definierad. Deras roll behövde bland annat förtydligas gentemot coacherna och fältarbetarna. Så är fortfarande fallet. Årets uppföljning visar bland annat att samordningen mellan registrens stödfunktioner och utvecklingsledarna stundtals inte fungerar. För vårdpersonalen står det inte alltid klart vilka uppgifter de olika stödfunktionerna har och vem som gör vad.

Det är angeläget att det finns ett stöd för verksamheterna. I takt med att registrens särskilda coacher och fältarbetare avvecklas bör därför utvecklingsledarna ha en roll i att stödja verksamheterna med att återföra resultat från registren och förändra sitt arbetssätt.

Kvalitetssäkringen av registrerade uppgifter brister fortfarande

Med hjälp av kvalitetsregistren ska vårdens resultat synliggöras. Vidare ska verksamheter kunna jämföra sig med varandra. Detta förutsätter att de uppgifter som vårdenheter rapporterar är korrekta. Den prestationsbaserade ersättningen medför särskilda risker för felrapportering. Att ersättning kopplas till registrering kan skapa oönskade drivkrafter hos vårdgivarna. I årets överenskommelse slås fast att parterna har ett ansvar för kvalitetssäkringen.

I första delrapporten framhöll Statskontoret att det behövdes en mer sammanhållen och systemtematisk kvalitetssäkring för att säkerställa att inrapporterade uppgifter är korrekta. Årets uppföljning visar att detta behov kvarstår. Några valideringsinsatser har inte genomförts i något av de två registren under året. Detta är inte något specifikt för just dessa register. De ansvariga för kvalitetsregistren saknar generellt förutsättningar att ensamma hålla i kvalitetssäkringen. Det krävs därför ett tydligt nationellt ansvar för tillsynen av de inrapporterade uppgifterna.

7.3 Prestationsersättningens utformning

Dags att utveckla prestationsersättningen

För närvarande är prestationsersättningen för Senior alert enbart kopplad till det samlade antalet registreringar hos en huvudman. Det saknar alltså betydelse hur många av kommunens eller landstingets enheter som registrerar. Statskontoret menar att det bör övervägas om ersätt-

ningen för Senior Alert precis som för Svenska palliativregistret ska kopplas till täckningsgrad. Det är angeläget att stimulera en ökad täckningsgrad även i Senior Alert.

Det är svårare att finna ett mått för täckningsgrad för Senior Alert än för Svenska Palliativregistret. Senior Alert utgår från vårdenheter och inte individer. Individer flyttar mellan enheter. Sjuka äldre är en grupp som ofta omfattas av flera vårdformer och vårdgivare, vilket kan göra det svårt att fastställa hur många som under en viss tid bor på en vård-enhet. Enligt vår mening torde detta inte vara något oöverstigligt hinder, utan det borde vara möjligt finna ett mått som fungerar.

I takt med att täckningsgraden i båda registren ökar bör tyngdpunkten successivt flyttas över till uppnådda resultat. Det skulle till exempel kunna handla om andelen genomförda brytpunktssamtal eller minskat antal trycksår.

Delvis oklart hur privata utförare omfattas av satsningen

Andelen privata utförare ökar. I dag drivs närmare en femtedel av de kommunala vård- och omsorgsboendena för äldre i privat regi. Hur dessa utförare ska behandlas i underlaget för ersättning har inte varit klarlagt under satsningens två första år.

De privata utförarna arbetar på uppdrag av huvudmännen. Därmed kan det hävdas att det är upp till huvudmännen att avgöra på vilket sätt de vill involvera sina utförare i satsningen. Det finns dock oklarheter. Vår uppföljning visar till exempel att det varit oklart huruvida enskilda utförare ska räknas till huvudmännens relevanta enheter. Sent i processen kom besked om att enskilda utförare ska sluta egna avtal med registret. Det är angeläget att reda ut vad som ska gälla för denna växande del av vården och omsorgen om äldre.

7.4 SKL:s samordning av satsningen

I och med att SKL har ingått en överenskommelse ställs nya krav på organisationen. SKL har ett ansvar för att samordna och följa upp arbetet. SKL ska även samordna arbetet med överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Statskontorets övergripande slutsatser om den samlade samordningen lämnas i vår parallella

rapport. Nedan lämnas endast våra synpunkter på samordningen inom äldreområdet.

Inom äldreområdet har SKL en delvis annorlunda roll än för övriga områden inom socialtjänsten. Den prestationsersättning som SKL har att administrera ställer särskilda krav på organisationen.

Satsningen är känd hos huvudmännen

Statskontoret bedömer att satsningen är känd i landets kommuner och landsting. SKL har genomfört konferenser och regelbundna nätverks-träffar för bland annat utvecklingsledare. Dessa träffar främjar erfarenhetsutbyte och bidrar till att sprida information om satsningen. SKL har dock inte samlat redogjort för sina insatser och dess resultat.

Bristande rutiner för utbetalning

Vi bedömer att SKL ännu inte utarbetat väl fungerande rutiner för att administrera utbetalningarna av prestationsersättningen. Det saknas ett sammanhållet ansvar för att beräkna beloppens storlek, sammanställa underlag för ersättning samt betala ut och följa upp.

SKL har inte tagit ett samlat grepp över utbetalningarna, utan har överlåtit åt en av registerhållarna att beräkna och sammanställa underlagen för ersättning. Det är viktigt för legitimiteten i systemet att utbetalningarna är korrekta. För att SKL ska kunna fullgöra sitt uppdrag är det viktigt att organisationen bygger upp en kompetens inom detta område.

Oklara grunder för prestationsersättningen

Av överenskommelsen framgår att samtliga relevanta enheter hos kommunen eller landstingen ska registrera för att ersättning ska kunna betalas ut. Det finns ännu inte någon enhetlig definition av relevanta enheter. Vidare kan Statskontoret konstatera att villkoret för utbetalning i praktiken har frångåtts. Det räcker i dag att huvudmannen rapporterar in sina enheter för att ersättning ska kunna betalas ut.

SKL är beroende av vilka uppgifter som går att ta fram i registren. Det innebär att registerhållarna i praktiken får ett stort inflytande. SKL har dock som administratör av utbetalningarna det yttersta ansvaret för på vilka grunder ersättningen betalas ut.

7.5 Vägen till ett ändrat arbetssätt

Under året har spridningen av de två registren ökat. Våra beräkningar visar att påbörjad registrering i Senior Alert ofta också leder till ett aktivt användande av registret. I takt med att fler enheter ansluter sig och använder registren är det angeläget att registreringen även leder till ett förändrat arbetssätt. Det handlar bland annat om att på ett strukturerat sätt förebygga skador och vårdrelaterade infektioner.

Statskontoret har i kapitel 6 identifierat faktorer som påverkar om satsningen i förlängningen också kan leda till ett mer strukturerat arbetssätt. Många av faktorerna kan hänföras till huvudmännen och verksamhetsledningarna. Det handlar bland annat om att få till en gemensam vårdplanering, organisera arbetet i tvärprofessionella arbetslag och följa upp enheternas resultat.

En del av faktorerna kan dock aktörerna på nationell nivå påverka. I en framtid där register och journaler i allt högre grad sammankopplas ställs till exempel krav på enhetlig terminologi. Vidare kan utformningen av prestationersättningen förstärka eller försvaga verksamheternas incitament att ändra arbetssätt. Om ersättningen till exempel är ensidigt kopplad till gjorda riskbedömningar saknas drivkrafter för verksamheterna att gå vidare till att vidta åtgärder och följa upp resultat. Även registrens utformning och uppbyggnad påverkar verksamheternas möjligheter att systematisera sitt arbetssätt. Användarvänliga in- och utdatafunktioner är exempelvis viktiga förutsättningar för en ofta IT-ovan vårdpersonal.

7.6 Förslag

Statskontoret uppföljning visar att det är angeläget att nu stimulera en ökad täckningsgrad även i Senior alert. Vi bedömer att det är möjligt att ta fram ett sådant mått. Kopplingen till påbörjad registrering för samtliga relevanta enheter bör dock inte helt tas bort då många av vårdenheter som är anslutna till registret ännu inte registrerar aktivt. Vår uppföljning har också visat att det delvis är oklart hur privata utförare ska omfattas av satsningen. Vidare har vi funnit att utveck-

lingsledarnas roll bör förtydligas, speciellt när kvalitetsregistrens stödfunktioner successivt avvecklas.

Statskontoret föreslår därför att regeringen inför nästa års överenskomelse överväger att:

- delvis koppla prestationsersättningen för Senior Alert till täckningsgrad,
- klargöra hur privata utförare ska behandlas i satsningen, till exempel när det gäller prestationsersättningen,
- inrikta utvecklingsledarnas uppdrag mot att stödja återföring av resultat och implementering av ett nytt arbetssätt i verksamheterna.

Vidare efterlyser Statskontoret ett tydligt nationellt ansvar för tillsynen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregister. Denna nationella och övergripande tillsyn bör gälla för samtliga nationella kvalitetsregister. Det bör göras återkommande stickprov av inrapporterade uppgifter. Statskontoret har framfört dessa synpunkter i vårt yttrande över över synen av nationella kvalitetsregister.⁴⁵

⁴⁵ Statskontorets remissvar på Guldgruvan i hälso- och sjukvården: Förslag till gemensam satsning 2011-2015.

Referenser

Lagar

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Socialtjänstlagen (2001:453).

Offentligt tryck

Bilaga till protokoll III:4 vid regeringssammanträde 2009-12-10

Program för en god äldreomsorg.

Proposition 2009/10:1 *Budgetproposition för 2010.*

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

Promemoria Socialdepartementet 2011-06-22, *Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas.*

Protokoll III:4 vid regeringssammanträde 2010-02-04

Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Protokoll II:6 vid regeringssammanträde 2011-06-16

Uppdrag om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Protokoll II:8 vid regeringssammanträde 2011-06-16

Uppdrag om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Protokoll I:14 vid regeringssammanträde 2010-12-16

Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om patientsäkerhetssatsning 2011.

Protokoll II:1 vid regeringssammanträde 2011-05-26

Medel till prestationsbaserade insatser för äldre.

Utdrag ur protokoll I:14 vid regeringssammanträde 2010-12-16

Patientsäkerhetssatsning 2011 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om förbättrad patientsäkerhet.

Överenskommelse mellan staten och SKL – om utvecklingen och finansieringen av Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.

Rapporter och material från myndigheter och organisationer

Senior alert, *Avstämningsrapport period 6 2011-06-15 – 2011-09-15.*

Senior alert, *Årsrapport 2010.*

SKL (2011), *Genomförandeplan – prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre m.m.*, 2011-04-26, dnr. 09/5304.

Socialstyrelsen (2011), *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.*

Socialstyrelsen (2011), *De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen.*

Statistiska centralbyrån (2008), *Sveriges framtida befolkning 2008–2050.*

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.*

Statskontoret 2010:22, *Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.*

Statskontoret 2011:22, *Tänk efter före – om viss styrning av kommuner och landsting.*

Statskontoret 2011:30 Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten

Statskontorets remissvar på Guldgruvan i hälso- och sjukvården: Förslag till gemensam satsning 2011–2015.

Svenska palliativregistret, *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2010.*

Översyn av de nationella kvalitetsregistren, Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till en gemensam satsning 2011–2015.

Regeringsuppdraget



Socialdepartementet

Regeringsbeslut

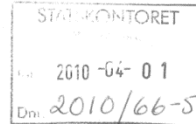
III:7

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

Postadress
103 33 Stockholm
Besöksadress
Fredsgatan 8

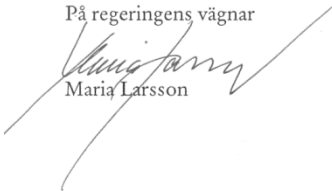
Telefonväxel
08-405 10 00
Telefax
08-723 11 91

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 prestationsersättning. 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

Blankett riskbedömning och förebyggande åtgärder (Senior alert)



Datum	Tid	Personnummer:
Enhet:		Namn:
Inskliven i hemsjukvård (Noteras av primärvård/hemsjukvård) ☐ Ja ☐ Nej		☐ har erhållit information om registrering i kvalitetsregister

Modificerad Nortonskala	Short Form Mini Nutritional Assessment (SF MNA)	Downton Fall Risk Index (DFRI)
A. Psyisk status Helt orienrerad till tid och rum 4 Stundtals förvirrad 3 Svårt ej adekvat på tilltal 2 Ej kontaktbar 1	A. Har födoätagat minskat de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem? Ja, minskat avsevärt 0 Ja, minskat något 1 Nej 2	A. Tidigare kända fallolyckor Nej 0 Ja 1
B. Fysisk status Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen (hela dagen) 2 Sängliggande 1	B. Viktförlust under de senaste tre månaderna? Ja, mer än 3 kg 1 Vet ej 1 1-3 kg 2 Nej 3	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. Rörelseförmåga Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1	C. Rörlighet 1 Sängliggande eller rullstolsburen 0 Tar sig ur säng/rullstol men går inte ut 0 Går ut med eller utan hjälpmedel 2	C. Sensorisk funktionsnedsättning Ingen 0 Synnedsättning 1 Hörselnedsättning 1 Nedsatt motorik (tecken på förlämnig) 1
D. Födoätag Normal portion 4 ¾ portion 3 Halv portion 2 Mindre än halv portion 1	D. Psyisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna? Ja 0 Nej 2	D. Kognitiv funktionsnedsättning Orienterad 0 Ej orienterad 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	E. Neuropsykologiska problem? Svår förvirring/demens eller depression 0 Lätt förvirring/demens 1 Inga neuropsykologiska problem 2	E. Gångförmåga Säker med eller utan hjälpmedel 0 Osäker gång 0 Ingen gångförmåga 1
F. Inkontinens Nej 4 Tillfälligt (annars vanlig kontinent) 3 Urin- eller tarmkontinent (KAD) 2 Urin- och tarmkontinent 1	F. BMI Längd: Vikt: BMI:	
G. Allmäntillstånd Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1	BMI under 19 0 BMI 19 till mindre än 21 1 BMI 21 till mindre än 23 2 BMI 23 eller mer 3	
Summa:	Summa:	Summa:
20 poäng eller mindre = risk för trycksår	8-11 poäng = risk för undernäring 0-7 poäng = undernäring	3 poäng eller mer = risk för fall
Bedömningen gjord av:	Bedömningen gjord av:	Bedömningen gjord av:

Ankomststatus																				
Kryssa i och ange placering och kategori (1-4) på trycksår vid ankomst: <table border="0"> <tr> <td>☐ Häl höger</td> <td>☐ Skuldtra höger</td> <td>☐ Sättesmuskel höger</td> </tr> <tr> <td>☐ Häl vänster</td> <td>☐ Skuldtra vänster</td> <td>☐ Sättesmuskel vänster</td> </tr> <tr> <td>☐ Höft höger</td> <td>☐ Ärm höger</td> <td>☐ Öra höger</td> </tr> <tr> <td>☐ Höft vänster</td> <td>☐ Ärm vänster</td> <td>☐ Öra vänster</td> </tr> <tr> <td>☐ Ryggslut</td> <td>☐ Övrigt</td> <td>☐ Underben höger</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ Underben vänster</td> </tr> </table>		☐ Häl höger	☐ Skuldtra höger	☐ Sättesmuskel höger	☐ Häl vänster	☐ Skuldtra vänster	☐ Sättesmuskel vänster	☐ Höft höger	☐ Ärm höger	☐ Öra höger	☐ Höft vänster	☐ Ärm vänster	☐ Öra vänster	☐ Ryggslut	☐ Övrigt	☐ Underben höger			☐ Underben vänster	Kategori: 1. Rodnad som ej blesnar vid tryck 2. Skador på över huden (ex blåsor) 3. Skada genom hela huden 4. Skada på underliggande vävnad (muskler, vävnad och ben)
☐ Häl höger	☐ Skuldtra höger	☐ Sättesmuskel höger																		
☐ Häl vänster	☐ Skuldtra vänster	☐ Sättesmuskel vänster																		
☐ Höft höger	☐ Ärm höger	☐ Öra höger																		
☐ Höft vänster	☐ Ärm vänster	☐ Öra vänster																		
☐ Ryggslut	☐ Övrigt	☐ Underben höger																		
		☐ Underben vänster																		
Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____		Bakomliggande orsak till risk: ☐ Ja ☐ Nej (om ja se separat blankett "Bakomliggande orsak")																		

