



Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL

Delrapport 3





MISSIV

DATUM

2012-10-29

ERT DATUM

2012-01-19

DIARIENR

2010/66-5

ER BETECKNING

S2010/2667/FST
(delvis)

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Uppföljning av överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Statskontoret fick i januari 2012 i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Detta uppdrag har ersatt det uppdrag som Statskontoret fick av regeringen i mars 2010 att följa upp överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.

Statskontoret ska mellan åren 2012–2014 årligen lämna en delrapport senast den 1 november. En slutrapport ska lämnas senast den 1 september 2015. Statskontoret lämnade en första delrapport den 1 november 2010 och en andra delrapport den 1 november 2011.

Statskontoret överlämnar härmed den tredje delrapporten *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL (2012:35)*.

Generaldirektör Yvonne Gustafsson har beslutat i detta ärende. Utredningschef Anna Pauloff 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	16
2 Överenskommelsens uppbyggnad och delar	21
2.1 Målgrupp	21
2.2 Översikt över överenskommelsen	22
2.3 Ökad användning av kvalitetsregister och förändrat arbetssätt	24
2.4 Stöd till långsiktigt förbättringsarbete	25
2.5 Prestations- och resultatbaserad ersättning inom nya områden	27
2.6 Nationell samordning av satsningen	28
2.7 Övriga delar	28
2.8 Överenskommelsens effektkedja	28
3 Arbetet med överenskommelsen	31
3.1 Arbetet på nationell nivå	31
3.2 SKL:s ansvarsområden	32
3.3 SKL:s utbetalning av medel	33
3.4 Socialstyrelsens uppgifter inom området	37
3.5 Arbetet på regional nivå	39
3.6 Sammanfattande iakttagelser	46
4 Kvalitetsregistren – spridning och kvalitetssäkring	51
4.1 De nationella kvalitetsregistrens utveckling	51
4.2 Svenska palliativregistret	53
4.3 Senior alert	56
4.4 Svenska demensregistret	57
4.5 BPSD-registret	59
4.6 Sammanfattande iakttagelser	60

5	Användning av kvalitetsregister i vården och omsorgen	63
5.1	Modell för analys	63
5.2	Kvalitetsregistrens relevans	64
5.3	Att komma igång med registrering	65
5.4	Huvudmännens styrning av arbetet	69
5.5	Från registrering till förbättrat arbetssätt	71
5.6	Sammanfattande iakttagelser	74
6	Överenskommelsens indikatorer	77
6.1	Allmänt om indikatorer	78
6.2	Indikatorer i överenskommelsen	81
6.3	Sammanfattande iakttagelser	93
7	Slutsatser	97
7.1	Satsningen som helhet	97
7.2	Prestations- och resultatbaserade indikatorer	100
7.3	Användning av kvalitetsregister	101
7.4	Den nationella styrningen	106
7.5	Dags gå från steg ett till steg två	107
	Referenser	111

Bilagor

1	Regeringsuppdraget	113
2	Enkätundersökning om kvalitetsregiser	119
3	Intervjuundersökning om användande av kvalitetsregister	125
4	Beskrivning av de fyra kvalitetsregistren	127

Sammanfattning

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har ingått en överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Statskontoret har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen. Detta är den tredje delrapporten i en serie av sex rapporter som lämnas med ett års mellanrum. Statskontoret lämnar en slutrapport 2015.

Sedan 2010 har regeringen och SKL slutit årliga överenskommelser inom äldreområdet. År 2012 breddades överenskommelsens inriktning. Det övergripande syftet är bland annat att stärka ett systematiskt och strukturerat arbetssätt i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

För 2012 har närmare 1,2 miljarder kronor avsatts för satsningen. Merparten av dessa medel är kopplade till prestations- och resultatbaserade mål. Det handlar bland annat om att stimulera registrering i fyra nationella kvalitetsregister. Nytt för i år är att indikatorer har utarbetats inom läkemedelsområdet samt för återinläggningar på sjukhus och slutenvård som kan undvikas. Utöver den prestationsbaserade ersättningen ges även stöd till långsiktigt förbättringsarbete. Exempelvis finansieras särskilda utvecklingsledare i varje län.

Strukturer för samverkan om mest sjuka äldre håller på att etableras

Statskontoret kan konstatera att överenskommelsen är känd i kommuner, landsting och regioner. Arbetet med överenskommelsen har resulterat i ett stort antal möten, konferenser och utbildningstillfällen där representanter för såväl huvudmän som olika professioner och utförare deltagit. Vi tolkar detta som ett tecken på att SKL i sin samordnarroll lyckats nå ut och sprida information om satsningen och relaterade aktiviteter. Det är dock stundtals svårt att utifrån SKL:s dokumentation utläsa hur medlen har fördelats mellan olika projekt, vilket försvårar en närmare analys över användning och utfall av insatta resurser.

Vi kan också konstatera att satsningens inriktning i form av valda mål och indikatorer uppfattas som relevant och viktig av de berörda. De frågor som lyfts fram i överenskommelsen betraktas som angelägna att arbeta vidare med. Det är dock viktigt att vara vaksam på de risker för suboptimering och nedprioritering av andra angelägna insatser som en prestations- och resultatbaserad ersättning kan medföra. Exempelvis ingår inte delar av den sociala omsorgen och innehållet i den äldres vardag i satsningen.

För tidigt att bedöma insatser för samverkan

Överenskommelsen syftar bland annat till att åstadkomma en bättre samverkan mellan huvudmännen. Flera av insatserna tar också sikte på detta. Många av de aktiviteter som har inletts handlar om att företrädare för olika verksamheter ska kunna mötas. Vid våra länsbesök framhålls att nödvändiga samtal över professions- och huvudmannagränserna har utvecklats. Det går dock inte att härleda i vilken omfattning insatserna har bidragit till en eventuellt ökad samverkan mellan huvudmännen. Statskontoret menar att det är viktigt att beakta att de samverkansaktiviteter som skett också har en kostnad, för såväl staten, huvudmännen som verksamheterna. Framöver blir det därför viktigt att följa upp om dessa möten också leder till en mer sammanhållen vård och omsorg och, i ett längre perspektiv, till ett bättre resultat för den enskilde.

De nya indikatorerna har ännu inte fått genomslag

Statskontoret konstaterar att genomslaget för de fem nya indikatorerna som ingår i 2012 års överenskommelse hittills har varit begränsat. En förklaring kan vara att det är svårt för huvudmännen att finna relevanta tillvägagångssätt och instrument för att påverka indikatorernas utfall. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att detta är första året i en flerårig satsning som dessa indikatorer prövas.

Indikatorn undvikbar slutenvård fungerar inte som styrmedel

När det gäller indikatorn undvikbar slutenvård är det oklart för huvudmännen och verksamheterna hur de ska gå till väga för att nå målet. Därmed fungerar inte indikatorn som styrmedel.

Inom ramen för överenskommelsen avsätts medel för lokalt analysarbete av undvikbar slutenvård. Några närmare riktlinjer för detta analysarbete ges inte i överenskommelsen. Enligt vår mening kan det ifrågasättas om nödvändig kunskap bäst uppnås genom att varje län analyserar eventuella samband. Statskontoret bedömer att det finns behov av ett systematiskt analysarbete som utförs samlat på nationell nivå. I detta arbete är det viktigt att tillvarata de erfarenheter som görs lokalt och regionalt.

De privata utförarna omfattas inte i samma utsträckning

Vår uppföljning indikerar att privata utförare inte i samma utsträckning omfattas av satsningen. De privata utförarna riskerar därmed att inte få tillräckligt stöd till systematiskt förbättringsarbete. Vår enkätundersökning visar till exempel att privata utförare inte i samma utsträckning känner till detta stöd. Det kan till exempel handla om hjälp att tolka och använda resultat från kvalitetsregistren. Vidare är det ovanligt att prestationsersättningen för registrering i kvalitetsregister går tillbaka till de privata utförarna. Ersättningen stannar ofta kvar hos huvudmännen, vilket minskar drivkrafterna för privata utförare att registrera.

Kvalitetsregistren är relevanta och täcker viktiga områden...

Under 2012 har spridningen av samtliga fyra kvalitetsregister ökat, även om nivån är lägre för de två demensregistren som introducerats senare. Den enkätundersökning till ansvariga inom vården och omsorgen som vi genomfört visar att kvalitetsregistren anses vara relevanta och täcka in viktiga områden. Vidare menar de svarande i enkäten och vård- och omsorgspersonal som vi intervjuat att ett användande av registren kan bidra till en förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

...men resultaten används inte i förbättringsarbetet

Syftet med kvalitetsregistren är att verksamheterna ska följa upp sina resultat och i förlängningen få ett mer strukturerat arbetssätt. Vår uppföljning visar dock att kvalitetsregistren ännu inte i någon större utsträckning används till att löpande och mer systematiskt följa upp vård- och omsorgenhetens resultat. Därmed är även steget till att använd-

ningen av kvalitetsregister också ska leda till ett förändrat arbetssätt förhållandevis långt.

Många av de faktorer som påverkar om registreringen i kvalitetsregister också leder till ett ändrat arbetssätt, kan hänföras till huvudmännen och verksamheterna. Exempelvis har enhetschefer en viktig roll i att efterfråga information om resultat från verksamheterna. Ett sätt att sätta tryck på enheternas förbättringsarbete kan vara att ansvarig nämnd regelbundet efterfrågar resultat från registren.

Även aktörer på nationell nivå kan påverka användningen av kvalitetsregistren. För att resultaten från registren ska kunna användas i förbättringsarbetet bör utdatafunktionerna vara så lättillgängliga som möjligt. Vår uppföljning visar att flera av registrens utdatafunktioner behöver förbättras. Även samordningen mellan registren behöver i vissa avseenden förbättras. Vidare kan utformningen av prestationersättningen förstärka eller försvaga verksamheternas incitament att ändra arbetssätt. Om ersättningen främst är kopplad till registrering saknas drivkrafter för verksamheterna att gå vidare till att vidta åtgärder och följa upp resultat. Enligt vår mening bör ersättningen ta sikte på användning av kvalitetsregistren och om möjligt även kopplas till resultat.

Kvalitetssäkringen av data behöver stärkas

I båda våra tidigare delrapporter har vi konstaterat att kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren har brustit. Några valideringsinsatser av inrapporterade uppgifter hade inte gjorts. Inrättandet av Registerservice på Socialstyrelsen kan ge bättre förutsättningar för kvalitetssäkring av registren. Statskontoret anser att det är viktigt att denna funktion på sikt får tillgång till samtliga uppgifter som behövs för att kunna genomföra relevanta kvalitetsgranskningar av samtliga nationella kvalitetsregister. Även om de fyra kvalitetsregistren i viss mån genomför eller planerar egna valideringsstudier anser Statskontoret att kvalitetssäkringen av data inte prioriteras tillräckligt högt. Registerhållarna uppger också själva att de borde vidta fler åtgärder för att följa upp och kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter.

Formerna för att ta fram överenskommelsen behöver förbättras

Vår uppföljning visar att formerna för att ta fram överenskommelsen behöver utvecklas. Överenskommelsen innehåller många indikatorer och parterna har efter att överenskommelsen slutits preciserat och förtydligat dessa i olika avseenden. Dessa förtydliganden har skett under partsgemensamma möten. Det saknas dokumentation från dessa möten. För Socialstyrelsens del har oklarheter i villkor och brist på dokumentation av eventuella förändringar fördröjt arbetet med att bedöma krav och resultat inom ramen för överenskommelsen.

En fördel med överenskommelsen är att den möjliggör flexibilitet i arbetet med att stimulera utveckling inom ett politiskt prioriterat område. Huvudmännen och verksamheterna som ska förverkliga målen i överenskommelsen har emellertid fått snäva tidsramar för att förbereda sina insatser. Vid våra länsbesök framhåller huvudmän och verksamheter att arbetet skulle underlättas om planeringsförutsättningarna var bättre.

Förslag

Statskontoret föreslår att regeringen inför nästa års överenskommelse överväger att:

- för Senior alert och Svenska Palliativregistret minska den prestationsbaserade ersättningens koppling till registrering och i stället fokusera på användningen av registren eller om möjligt koppla ersättningen till uppnådda resultat,
- fortsätta ge prestationsersättning för registrering i de två demensregistren,
- ställa krav på att kvalitetsregistren utnyttjar de möjligheter till kvalitetssäkring som Registerservice ger samt prioriterar egna valideringsstudier,
- lyfta ut indikatorn undvikbar slutenvård ur ersättningssystemet, och i stället prioritera ett vetenskapligt baserat analysarbete på nationell nivå för att förtydliga hur huvudmännen kan gå tillväga för att kunna uppnå målen,

- klargöra hur de privata utförarna på ett bättre sätt kan involveras i satsningen.

1 Utgångspunkter och genomförande

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har ingått en treårig överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Nästan 1,2 miljarder kronor har avsatts under 2012. Bakgrunden är att äldre med omfattande och sammansatta behov är en växande grupp. Antalet personer som är 80 år eller äldre beräknas öka med 60 procent under kommande två decennier.

Merparten av medlen är kopplade till prestations- och resultatbaserade mål. Det handlar bland annat om att minska de äldres användning av olämpliga läkemedel och minska risken för att vården och omsorgen om äldre inte är sammanhållen.

Årets satsning är i stora delar en fortsättning på en överenskommelse som regeringen och SKL ingick 2010 om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Syftet med denna tidigare överenskommelse var att stärka ett systematiskt arbetssätt genom att stimulera registrering i de två kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret. Satsningen har nu utökats med ytterligare två kvalitetsregister: Svenska demensregistret (Svedem) och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret). Nytt för årets satsning är att indikatorer har utarbetas inom läkemedelsområdet samt för återinläggningar på sjukhus och för slutenvård som kan undvikas.

Utöver den prestations- och resultatbaserade ersättningen ges även stöd till långsiktigt förbättringsarbete inom ramen för överenskommelsen. Exempelvis finansieras särskilda utvecklingsledare i varje län.

1.1 Uppdraget till Statskontoret

Regeringen gav våren 2010 Statskontoret i uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen mellan staten och SKL om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Detta uppdrag har ersatts av ett nytt regeringsbeslut. Statskontoret har nu i stället i uppdrag att följa

upp den mer omfattande överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Statskontoret ska följa upp och utvärdera stödet till ett långsiktigt förbättringsarbete, prestations- och resultatersättningen samt de grundläggande kraven för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Denna uppföljning ska ta sin utgångspunkt i de syften, mål och intentioner som framgår av överenskommelsen. Det handlar bland annat om att bedöma varaktigheten i förbättringarna efter 2014 när den treåriga överenskommelsen upphör. I uppdraget ingår inte att följa upp de delar av överenskommelsen som handlar om försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg eller de uppdrag som Socialstyrelsen har fått om att utveckla patient- och brukarmedverkan.

Statskontoret ska mellan åren 2012–2014 årligen lämna en delrapport senast den 1 november. En slutrapport ska lämnas senast den 1 september 2015. Statskontoret lämnade en första delrapport den 1 november 2010 och en andra delrapport den 1 november 2011. Denna rapport utgör den tredje delrapporten.

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

Statskontoret följer löpande upp överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Satsningen på kvalitetsregister har vi nu följt i två års tid. Det innebär att vår uppföljning av dessa delar blir mer fördjupad.

Vartefter arbetet med överenskommelsen fortskrider justeras även inriktningen på vår uppföljning. För de nya delarna i årets överenskommelse handlar det till en början mest om att analysera förutsättningarna för verksamheten och hur arbetet har kommit igång. I ett senare skede handlar det om att följa upp de mål som satts upp inom ramen för överenskommelsen. Slutligen ska vi bedöma om eventuella förbättringar är varaktiga.

Delrapport 1 (år 2010) – Prestationsbaserat statsbidrag

I den första delrapporten om överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag låg vårt fokus på satsningens förutsättningar. Av rapporten framgick att satsningen på de två kvalitetsregistren kunde medföra ett mer strukturerat sätt att utveckla vården och omsorgen om äldre. Vi konstaterade dock att när de lokalt utarbetade registren skulle föras ut i hela landet måste styrningen och kontrollen systematiseras på ett annat sätt. Vi rekommenderade att kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter skulle stärkas och att målet med det systematiska förbättringsarbetet borde preciseras.

Delrapport 2 (år 2011) – Prestationsbaserat statsbidrag

I den andra delrapporten konstaterade vi att anslutnings- och täckningsgraden i Senior alert och Svenska palliativregistret hade ökat men att användningen av registren behövde vidareutvecklas. Vidare konstaterade vi att bristerna i kvalitetssäkringen kvarstod. Statskontoret efterlyste ett tydligt nationellt ansvar för kontrollen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregister. Vi identifierade även faktorer för att satsningen i förlängningen skulle kunna leda till ett strukturerat arbetssätt.

Delrapport 3 (år 2012) – Sammanhållen vård och omsorg

I denna tredje delrapport, som omfattar en mer omfattande överenskommelse än tidigare, ger vi en beskrivning av hur arbetet har kommit igång. Vi gör en bred genomgång av satsningens alla delar. Vi analyserar överenskommelsens styrlogik och de mål och indikatorer som den innehåller. Vidare redogör vi för hur arbetet med att införa strukturer för samverkan mellan huvudmännen har kommit igång. När det gäller satsningen på kvalitetsregister bygger vi bland annat vidare på iakttagelserna från de två första rapporterna. Vi följer upp kvalitetsregistrens arbete och spridningen av registren. Vidare undersöker vi hur vård- och omsorgspersonal uppfattar att registrering i kvalitetsregister påverkar arbetssättet.

Delrapport 4 och 5 (åren 2013 och 2014) – Sammanhållen vård och omsorg

I kommande delrapporter följer vi upp utvecklingen för de mål som satts upp inom satsningen. Vi kommer att närma oss satsningens resultat genom att exempelvis följa upp utfallsvariabler i kvalitetsregistren och öppna jämförelser. Det blir även aktuellt att så långt som möjligt

undersöka om ett eventuellt ändrat arbetssätt via kvalitetsregister även leder till en förbättrad vård- och omsorgskvalitet.

Slutrapport (år 2015) – Sammanhållen vård och omsorg

I uppdraget ingår att bedöma om eventuella förbättringar är varaktiga när den treåriga överenskommelsen upphör. Även om det finns anledning att analysera denna utveckling vartefter är det i slutrapporten som vi kan göra en mer ingående bedömning av varaktigheten. I slutrapporten blir det också aktuellt att så långt som möjligt utvärdera och göra bedömningar av om satsningen har lett till att vården och omsorgen blivit bättre för de mest sjuka äldre.

1.3 Genomförande

Denna uppföljning tar sikte på överenskommelsens fyra huvudsakliga delar:

- Indikatorer i överenskommelsen
- Ökad användning av kvalitetsregister
- Systematiskt förbättringsarbete
- Nationell samordning av satsningen

1.3.1 Indikatorer i överenskommelsen

I den här delrapporten har vi gjort en övergripande analys av överenskommelsens styrlogik och hur överenskommelsens mål och indikatorer förhåller sig till varandra. Vi klassificerar också de olika typerna av indikatorer som finns i överenskommelsen. Vidare har vi analyserat indikatorernas robusthet och reliabilitet, dvs. hur pass pålitliga och tillförlitliga indikatorerna är. För att sätta in överenskommelsen och dess indikatorer i ett sammanhang redogör vi för olika typer av indikatorer samt drivkrafter och risker med prestations- och resultatbaserad ersättning. Inom ramen för detta arbete har vi intervjuat bland annat tjänstemän vid SKL och Socialstyrelsen.

För att ta reda på hur arbetet med överenskommelsens insatsområden fortlöper i kommuner och landsting har vi besökt tre län – Halland, Örebro och Västernorrland. Dessa län har vi inte tidigare besökt inom ramen för detta uppdrag. I våra besök har vi intervjuat såväl chefer inom vården och omsorgen som företrädare för region- eller kommunförbund eller motsvarande. Vid dessa länsbesök har sammanlagt cirka

35-40 personer intervjuats. Förutom att ta reda på hur arbetet fortlöper har vi även frågat vilken relevans och träffsäkerhet de intervjuade anser att indikatorerna har.

Samverkan mellan kommuner och landsting pekas ut som en nyckelfaktor för att de mest sjuka äldre ska få en sammanhållen vård och omsorg. Därför har vi valt att besöka län som har en utvecklad samverkan. Det har även varit angeläget att få med län där man under en längre tid arbetat med att minska de äldres läkemedelsanvändning. De utvalda länen utgör således inte ett tvärsnitt av alla län, utan vi har snarare valt län som har tidigare erfarenheter av att arbeta med något av de områden som satsningen tar sikte på. Vi tror att ett sådant angreppssätt är mest fruktbart då kännedomen om arbetets utmaningar och möjligheter troligen är som störst i de län där man har längre erfarenhet av att ha arbetat med frågorna.

1.3.2 Ökad användning av kvalitetsregister

I delrapport 1 (2010) och delrapport 2 (2011) identifierade vi centrala hinder och möjligheter för att nå en ökad spridning av de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert. Detta gjorde vi med hjälp av intervjuer i utvalda kommuner och landsting. För att kunna dra mer generella slutsatser om hinder och möjligheter med deltagande i kvalitetsregister har vi denna gång genomfört en bredare enkätundersökning. Genom enkätundersökningen har vi även undersökt hur den ersättning som har betalats ut har använts. Enkäterna har skickats till landets samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna (svarsfrekvens 88 procent), äldreomsorgschefer (81 procent), hälso- och sjukvårdsdirektörer (81 procent) samt verksamhetschefer på geriatriska (68 procent) och medicinska (59 procent) kliniker. Vidare har enkäter skickats till 18 verkställande direktörer (72 procent) och 23 medicinskt ansvariga sjuksköterskor (83 procent) hos privata vårdgivare. Vi redovisar metod och tillvägagångssätt närmare i bilaga 2.

Vi har dessutom gjort en standardiserad intervjuundersökning med 90 anställda vid vård- och omsorgsenheter som är aktiva användare av Senior alert eller har registrerat en längre tid i Svenska palliativregistret. Syftet var att studera hur personer i vården och omsorgen uppfattar

att registrering i kvalitetsregister påverkar arbetssättet. Vi redovisar metod och tillvägagångssätt närmare i bilaga 3.

För att undersöka kvalitetsregistrens arbete med spridning och kvalitetssäkring har vi intervjuat registerhållare för alla fyra kvalitetsregistren. Vi har även studerat registerhållarnas rapportering till SKL, liksom kvalitetsregistrens årsrapporter och annan löpande rapportering. Vidare har vi intervjuat företrädare för SKL, Socialstyrelsen, Famna¹ och Vårdföretagarna² med anledning av satsningen på kvalitetsregister.

1.3.3 Systematiskt förbättringsarbete

Vid våra länsbesök har vi intervjuat utvecklingsledare för äldre. Dessa personer ska i respektive län stödja systematiskt förbättringsarbete.

Vi har också intervjuat utvecklingsledare i Vårdföretagarna och Famna om deras arbete att stödja sina medlemmar i förbättringsarbete, liksom personer vid SKL som är ansvariga för att följa upp resultaten av utvecklingsledarnas arbete och satsningen på Ledningskraft.³ Vi har även deltagit vid en av de nationella konferenserna för Ledningskraft.

För att undersöka hur huvudmännen och privata vårdgivare uppfattar stödet till förbättringsarbete har vi ställt frågor om utvecklingsledarnas arbete i enkätundersökningen om kvalitetsregistren.

1.3.4 Nationell samordning av satsningen

SKL fungerar i stora delar som samordnare av det praktiska arbetet med överenskommelsen. Tidpunkten för SKL:s årliga rapportering till regeringen infaller efter att vi har lämnat den här rapporten. Vi har därför kartlagt SKL:s insatser bland annat utifrån deras genomförandeplan, kvartalsrapporter och övrig rapportering till SKL:s styrelse som berör överenskommelsen. Dessutom har vi intervjuat nyckelpersoner vid SKL.

¹ Branschorganisation för idéburen vård och social omsorg.

² Branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi.

³ Ledningskraft vänder sig till chefer i kommunal omsorg, primärvård och på sjukhus. Syftet är bland annat att omsätta de handlingsplaner som tagits fram inom respektive län i praktisk handling.

Vid våra länsbesök har vi även frågat hur de berörda uppfattar SKL:s arbete och på vilket sätt de nås av SKL:s information.

Socialstyrelsen ska bedöma om kommuner och landsting har uppnått de krav och resultat som framgår av överenskommelsen. Vi har intervjuat ansvariga vid myndigheten.

1.3.5 Projektgrupp och kvalitetssäkring

Parallellt med överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre har Statskontoret också i uppdrag att följa upp överenskommelsen om evidensbaserad praktik i socialtjänsten. De två överenskommelserna har 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 i relevanta delar samordnat vårt arbete med dessa två uppdrag.

Statskontorets arbete har utförts av utredarna Hanna André, Jan Boström (projektledare), Linn Sandberg (juni–augusti) och Ulrika Vintmyr. En intern referensgrupp har varit knuten till projektet.

Statskontoret har anlitat två konsulter som stöd i arbetet med uppdraget. Mapsec AB har utgjort stöd i analysen av överenskommelsens styrlogik och indikatorernas reliabilitet och robusthet. Vidare har vi anlitat Rådhusgruppen city AB som stöd i analysen av kvalitetsregistrens arbete och spridning av registren. Rådhusgruppen har också genomfört intervjuerna av personal i vård- och omsorgsenheter som aktivt använder Senior alert eller har registrerat länge i Svenska palliativregistret.

Anders Anell, professor på Ekonomihögskolan vid Lunds universitet, har varit extern referensperson.

Underlaget har i relevanta delar faktagranskats av SKL och registerhållarna för kvalitetsregistren.

2 Överenskommelsens uppbyggnad och delar

År 2012 omfattar överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 1,161 miljarder kronor. Enligt överenskommelsen uppmärksammas inte de mest sjuka äldres behov av en sammanhållen vård och omsorg tillräckligt. Utmaningen för kommuner och landsting är att både tillsammans och var och en för sig bidra till en vård och omsorg med ett helhetsperspektiv och hög kvalitet.

2.1 Målgrupp

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram en definition av gruppen mest sjuka äldre, bland annat för att överenskommelsens satsningar ska kunna följas upp på ett enhetligt sätt. Den definition av de mest sjuka äldre som Socialstyrelsen föreslagit och som används i överenskommelsen är följande:

Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

I överenskommelsen ges närmare preciseringar av vad som avses med att personen har en omfattande nedsättning i sitt funktionstillstånd. År 2010 utgjorde den grupp som omfattas av definitionen 18 procent av befolkningen som är 65 år eller äldre och uppgick till 297 000 personer. Flera av områdena i satsningen berör emellertid i praktiken fler äldre än just denna grupp. Även vid våra länsbesök har det framkommit att huvudmännen inte gör någon skarp avgränsning av vilka äldre som ska omfattas av satsningen.

2.2 Översikt över överenskommelsen

Det övergripande målet för hela satsningen är att den äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Målen för satsningen 2011–2014 är indelade i följande åtta rubriker:

1. Skapa samverkan och samordning
2. God hälsa, vård och omsorg
3. God och säker läkemedelsbehandling
4. God vård i livets slutskede
5. God vård vid demenssjukdom
6. Bättre ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter
7. Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens
8. Uppföljning och utvärdering

Under varje rubrik finns ett antal mål angivna, totalt 31 stycken. Flera av dessa mål är till stora delar redan lagbundna eller har klara likheter med formuleringar i lagtext. Exempelvis motsvaras målet om att personer med insatser från båda huvudmännen ska ha en individuell vårdplan delvis av bestämmelser i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen.⁴ Även målet om att chefer i kommunernas vård och omsorg ska ha adekvat kompetens motsvaras av liknande bestämmelse i Socialtjänstlagen.⁵

De olika delarna i överenskommelsen och fördelningen av medel framgår av tabell 2.1. De fält som är markerade i grått utgör de delar som Statskontoret har i uppdrag att följa upp.

⁴ 2 kap. 7 § Socialtjänstlag (2001:453) och 3 f § Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Dessa bestämmelser är dock inte helt tvingande. Planer ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att de behövs och om den enskilde samtycker.

⁵ 3 kap. 3 § Socialtjänstlag (2001:453). ”För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet”.

Tabell 2.1 Överenskommelsens insatsområden 2012, kronor

	2012
Ökad användning av kvalitetsregistren Senior alert, Svenska palliativregistret, BPSD och Svedem, varav:	240 000 000
- Prestationsersättning för registrering	170 000 000
- Genomförande av brytpunktssamtal	20 000 000
- Stöd till Senior alert	12 000 000
- Genomförande av riskbedömning i Senior alert	20 000 000
- Stöd till Svenska palliativregistret	7 000 000
- Stöd till BPSD och Svedem	8 000 000
- Samordning och genomförande inom Famna	1 000 000
- Samordning och genomförande inom Vårdföretagarna	1 000 000
- Samordning och genomförande SKL	1 000 000
Prestationsersättning för god läkemedelsanvändning	325 000 000
Prestationsersättning för sammanhållen vård och omsorg	325 000 000
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	70 000 000
- Varav samordning genom SKL	1 000 000
Stöd till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre, varav:	191 000 000
- Kvalitetssäkrad välfärd	12 000 000
- Stöd till utvecklingsledare	66 000 000
- Ledningskraft	23 000 000
- Samordning för idéburna aktörer (Famna)	2 000 000
- Samordning för privat drivna aktörer (Vårdföretagarna)	3 000 000
- Sammanhållen vård och omsorg, medel för lokalt analysarbete	85 000 000
Nationell samordning av insatserna genom SKL, varav:	10 000 000
- Löner inkl. OH-kostnader (projektchef, 2 projektledare, kommunikationsstrateg, administratör)	5 300 000
- Konferenser och seminarier	1 300 000
- Resor och logi	900 000
- Material	700 000
- Konsulter	1 800 000
Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	
Summa	1 161 000 000

Källa: Uppgifter i överenskommelsen och SKL:s genomförandeplan.

I det följande beskriver vi sambanden mellan målen och insatserna i överenskommelsen såsom Statskontoret har tolkat dem.

2.3 Ökad användning av kvalitetsregister och förändrat arbetssätt

Sedan 2010 har regeringen avsatt medel för att utveckla de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert. I juni 2011 fick ytterligare två kvalitetsregister utvecklingsstöd, Svenska demensregistret (Svedem) och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret). Utvecklingen av de fyra kvalitetsregistren har av regeringen och SKL bedömts som viktiga för att främja ett systematiskt förändringsarbete. Syftet är att ökad registrering i kvalitetsregister ska leda till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen om äldre. Via registren ska kunskap om vården och omsorgen om äldre synliggöras. Registren kan även utgöra underlag för olika typer av jämförelser mellan verksamheter.

Under 2012 betalas 30 miljoner kronor till de fyra kvalitetsregistren och SKL. Vidare utbetalas 210 miljoner kronor i form av prestationsersättning till kommuner och landsting.

Figur 2.1 Mål i överenskommelsen

Prestationsersättning och mål 2012

Svenska palliativregistret

- 50 miljoner kronor till kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform sammantaget registrerar 70 procent eller fler av dödsfallen.
- De kommuner och landsting som uppnått 70 procents täckningsgrad får dela på ytterligare 20 miljoner kronor om de i 60 procent eller fler av dödsfallen genomfört ett så kallat brytpunktssamtal (Detta samtal markerar för patienten och anhöriga att fokus i vården härnäst ligger på symptomlindring och livskvalitet).

Senior alert

- 50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting där samtliga relevanta verksamheter, oavsett driftsform, har påbörjat registrering.
- 20 miljoner kronor fördelas till kommuner där 90 procent eller fler av äldre som bor i särskilt boende, oavsett driftsform, har erhållit en riskbedömning.

Svedem

- 50 miljoner kronor fördelas till landsting i förhållande till antal personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit utredning med registrering i Svedem via primärvården.

BPSD-registret

- 20 miljoner fördelas till de kommuner vars utförare oavsett driftsform har infört ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symptom och registrerar i BPSD-registret. Ersättning utbetalas i relation till antal utförda nyregistreringar i BPSD-registret.

Mål 2013–2014

- Täckningsgraden i Svenska palliativregistret och Senior alert ska 2013 vara så hög att registren därefter kan användas som resultatindikator som kan målsättas.
- Rapportering till relevanta kvalitetsregister ska ha hög nationell täckningsgrad.
- Det finns relevanta kvalitetsindikatorer för äldre i Öppna jämförelser som redovisas årligen.
- Preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert används i alla relevanta verksamheter.
- Svenska palliativregistret används i alla berörda verksamheter.
- Svenska vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens nationella riktlinjer och vägledning för palliativ vård och omsorg ska vara implementerade i alla berörda verksamheter.
- Svedem och BPSD används i alla berörda verksamheter.
- Nationella riktlinjer för personer med demens ska vara implementerade i alla berörda verksamheter.

2.4 Stöd till långsiktigt förbättringsarbete

Inom ramen för överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag 2010 inleddes en treårig satsning för att stödja kommuner, landsting och enskilda utförare i att få till stånd ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre. Arbetet sker genom att staten finansierar särskilda utvecklingsledare som är gemensamma för kommuner och landsting i ett län.

Under de två första åren har utvecklingsledarnas uppgift till stor del varit att stödja personalen som inför och använder kvalitetsregister. I 2012 års överenskommelse fastslås att utvecklingsledarna ska fokusera mer på att stödja personalen i analyser och resultatåterkopplingar utifrån statistik från kvalitetsregistren. Förbättringsarbetet ska inriktas på de områden som lagts fast i handlingsplanerna som tagits fram i varje län.

Som ett led i SKL:s nationella samordning av stödet till ett långsiktigt förbättringsarbete erbjuds verksamhetschefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård att delta i så kallade nationella mötesplatser som syftar till att stärka chefernas kompetens i förbättringsarbetet. Denna del av satsningen går under benämningen Ledningskraft och syftet är att handlingsplanerna ska omsättas i praktisk handling.

Sammantaget avsätts 71 miljoner kronor för att anställa mellan tre till fem utvecklingsledare per län. Famna och Vårdföretagarna har fått medel för att anställa utvecklingsledare som ska stödja förbättrings- och kvalitetsarbete bland sina respektive medlemmar. För Ledningskraft avsätts 23 miljoner kronor.

Figur 2.2 Mål i överenskommelsen

Mål 2012

För att kvalificera sig för de medel som avsatts inom ramen för 2012 års överenskommelse måste kommuner och landsting uppfylla vissa förutsättningar. Det ska i länet finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorgsprocess för de mest sjuka äldre. Kommuner och landsting ska dessutom ha fattat beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Mål 2013-2014

- Struktur för ledning och styrning i samverkan finns i alla län.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns i alla verksamheter.
- Höjd kompetens för baspersonalen inom äldreomsorgen.
- Chefer i kommunernas vård och omsorg har adekvat ledarkompetens.

2.5 Prestations- och resultatbaserad ersättning inom nya områden

Utöver den prestationsersättning som ges inom ramen för satsningen på kvalitetsregister ges även prestations- och resultatbaserad ersättning till andra områden. Det handlar om att minska olämplig läkemedelsanvändning och att minska indikatorer som anses vara tecken på bristande samverkan mellan kommun och landsting. Syftet med denna del av satsningen är att genom ekonomiska incitament uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera resursanvändningen så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det ska till exempel ske genom att antalet akuta inläggningar av äldre på sjukhus minskar.

Sammanlagt avsätts 750 miljoner kronor för denna del av överenskommen.

Figur 2.3 Mål i överenskommelsen

Prestations- och resultatbaserad ersättning och mål 2012

- För att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre ges ett stöd om sammanlagt 325 miljoner kronor till kommuner och landsting som minskar de tre indikatorerna *Olämpliga läkemedel*, *Olämpliga läkemedelskombinationer* och *Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre*, sammanvägt som ett medelvärde, med minst 10 procent i september 2012 jämfört med nivån i september 2011. I de län som uppnått målet utbetalas 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstinget. För att medlen ska betalas ut krävs att minst fem län når målet. I det fall det är färre än fem län får de som når målet dela på 200 miljoner kronor.
- 325 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorerna *Undvikbar slutenvård* och *Återinläggningar inom 30 dagar* med 10 procent den 1 september 2012 jämfört med den 1 september 2011. Indikatorerna mäts länsvis. Medel utbetalas till de län som uppfyller uppsatta mål för indikatorerna sammanvägt i ett index. I de län som uppnått målet utbetalas 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstinget. För att medlen ska betalas ut krävs att minst fem län når målet. I det fall det är färre än fem län får de som når målet dela på 200 miljoner kronor.

Mål 2013-2014

- Ersättningssystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan är utvecklade.

- Samordningsinsatser för äldre finns tillgängliga för personer i målgruppen.
- Personer med insatser från båda huvudmännen har en individuell plan.
- Alla personer i målgruppen har en fast vårdkontakt.
- Det finns ett tydligt definierat uppdrag för primärvården för de mest sjuka äldre.
- Läkemedelsbehandling ska följa Socialstyrelsens indikationer för God läkemedelsterapi för äldre.
- Antalet äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade problem ska minimeras.

2.6 Nationell samordning av satsningen

SKL ansvarar för nationell samordning av arbetet med att sprida kvalitetsregistren. SKL ska sprida erfarenheter och goda exempel genom seminarier, nationella konferenser, rapporter och webbplatsen. Organisationerna har också ett ansvar för att redovisa och sammanställa resultaten från förändringsarbetet. SKL får 9 miljoner i statligt stöd för denna samordning.

Figur 2.4 Mål i överenskommelsen

Mål 2012

- Skapa goda förutsättningar för en tydlig kommunikation.
- Ett effektivt utnyttjande av resurser.
- Tydlig struktur för samordning på nationell nivå.

2.7 Övriga delar

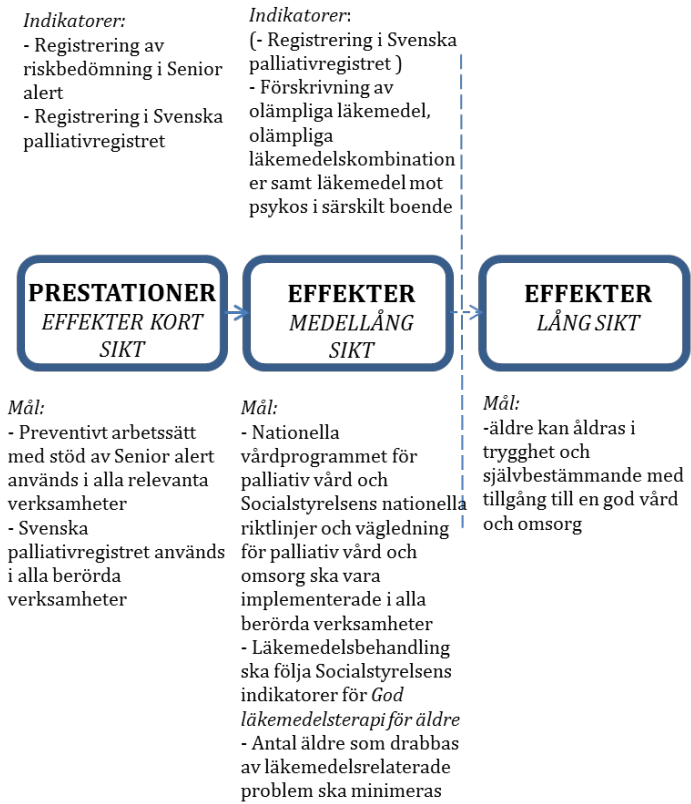
I överenskommelsen finns även avsnitt om patient- och brukarperspektiv och öppna jämförelser för äldre. Inga särskilda medel har avdelats för dessa områden inom ramen för överenskommelsen.

2.8 Överenskommelsens effektkedja

Målet med alla insatserna är i slutändan att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. De olika delmålen och indikatorerna inom överenskommelsen kan tolkas som mål på vägen till detta slutmål. Vi illustrerar den tänkta

effektkedjan i nedanstående figur. Överenskommelsen innehåller i första hand mål och indikatorer som befinner sig i steg 1 (prestationer) och steg 2 (effekter på medellång sikt) i effektkedjan. Däremot saknas det mål och indikatorer för det tredje och sista steget (effekter på lång sikt).

Figur 2.5 Överenskommelsens effektkedja – Exempel på indikatorer och mål



3 Arbetet med överenskommelsen

I detta kapitel ligger fokus på det praktiska arbetet med överenskommelsen. Till stora delar handlar detta arbete om att få till stånd ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. Kapitlet beskriver först arbetet på nationell nivå och därefter arbetet på regional nivå. Analysen utgår från dokument som utarbetats inom länen och av SKL samt den enkätundersökning till ansvariga inom vården och omsorgen som Statskontoret har genomfört.⁶ Ytterligare en källa är de tre länsbesök som Statskontoret genomfört.

3.1 Arbetet på nationell nivå

Regeringen och SKL har ett gemensamt ansvar för att styra och följa upp överenskommelsen. SKL ansvarar för det praktiska genomförandet av de olika initiativ som ingår i överenskommelsen. Ansvaret för det faktiska genomförandet av en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre ligger på huvudmännen och verksamheterna, oavsett i vilken regi vården och omsorgen bedrivs. Socialstyrelsen har ett ansvar för att bedöma om huvudmännen uppnått de krav och resultat som berättigar till ersättning.

Beslut om överenskommelsen fattas i förhandlingar mellan parterna SKL och Socialdepartementet. En så kallad högnivågrupp leder arbetet. Gruppen består av regeringens nationella äldresamordnare, statssekreterare, sektionschefer och avdelningschefer från SKL samt Socialstyrelsens generaldirektör. Gruppen diskuterar vid behov preciseringar och förtydliganden av överenskommelsen. Gruppen lämnar ingen dokumentation från sina möten. Dessutom leder äldresamordnaren en arbetsgrupp med deltagare från Socialdepartementet, SKL och Socialstyrelsen.

⁶ En närmare beskrivning av denna enkätundersökning finns i kapitel 5 och bilaga 2.

3.2 SKL:s ansvarsområden

SKL ansvarar för följande områden inom ramen för överenskommelsen:

- *Utbetalning och uppföljning av medel* till stöd för ett långsiktigt förbättringsarbete samt uppföljning av utvecklingsledarnas,⁷ Famnas och Vårdföretagarnas arbete. SKL ansvarar även för att samla in underlag inför utbetalning av medel för de grundläggande krav som ställs på kommuner och landsting för att kunna delta i tilldelningen av medel.
- *Sammanhållen vård och omsorg*. SKL ansvarar för att ta fram underlag för indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar samt för utbetalning av medel för lokalt analysarbete.
- *Egna insatser som SKL ansvarar för*. De insatsområden som SKL svarar för är kvalitetssäkrad välfärd, ledningskraft och nationell samordning.⁸

För varje insats som SKL ansvarar för ska en redovisning av vilka aktiviteter och verksamheter som har genomförts återspeglas till Socialdepartementet. Slutredovisningen ska ske senast den 1 mars 2013. Statskontoret har följt upp de medel som SKL fördelar eller själv får för sina egna insatser. Vår analys och redovisningen bygger på tillgänglig dokumentation. I möjligaste mån har vi försökt redovisa medelsfördelningen för respektive insats, men i vissa fall har det varit svårt att helt klargöra vilka summor som kan bokföras på vilken insats. Från SKL:s sida är arbetet medvetet inriktat på att samla de olika insatserna i överenskommelsen genom samverkan i team.

I tabell 3.1 redovisas de medel inom överenskommelsen som har betalats ut till SKL. Det gäller såväl medel som SKL fördelar vidare som medel som går till SKL.

⁷ Se avsnitt 3.5.3 för en närmare beskrivning av utvecklingsledarnas arbete.

⁸ Se avsnitt 3.3.5 för en närmare beskrivning av de olika insatserna.

Tabell 3.1 Medel som betalas ut till SKL

	2012
Medel som fördelas via SKL, varav:	254 000 000
- Utvecklingsarbete och utvecklingsledare	66 000 000
- Famna	2 000 000
- Vårdföretagarna	3 000 000
- Försöksverksamheter	69 000 000
- Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister	29 000 000
- Sammanhållen vård och omsorg, medel för lokalt analysarbete	85 000 000
Medel till SKL, varav:	47 000 000
- Kvalitetssäkrad välfärd	12 000 000
- Ledningskraft	23 000 000
- Nationell samordning	9 000 000
- Medel för samordning av arbetet med kvalitetsregister på nationell nivå	1 000 000
- Medel för omkostnader i samband med försöksverksamheterna	1 000 000
- Stöd i arbetet med att ta fram underlag för indikatorerna <i>Sammanhållen vård och omsorg</i>	1 000 000
Summa	301 000 000

3.3 SKL:s utbetalning av medel

Som framgår av tabell 3.1, fördelar SKL vidare sammanlagt 254 miljoner kronor inom ramen för överenskommelsen.

3.3.1 Utvecklingsledare

SKL betalar ut medel till kommuner och landsting för utvecklingsarbete och tillsättande av så kallade utvecklingsledare i länen. Organisationen betalar även ut medel till Famna och Vårdföretagarna för detta ändamål. SKL ansvarar för att följa upp utvecklingsledarnas arbete samt användningen av medlen.

3.3.2 Försöksverksamheter

SKL ansvarar för att betala ut medel till försöksverksamheter samt för uppföljning. Totalt 70 miljoner betalas ut under 2012, varav SKL får använda 1 miljon för omkostnader. Projekten lämnar en slutrapport till SKL den 1 september 2013. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera försöksverksamheterna.

3.3.3 Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister

Sammanlagt har 30 miljoner avsatts för stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister. Till de fyra registren betalas 27 miljoner ut och 1 miljon går vardera till Famna och Vårdföretagarna. SKL får 1 miljon för samordning av arbetet med kvalitetsregister på nationell nivå.

SKL begär in avstämningsrapporter från kvalitetsregistren. I dessa rapporter redovisar registren bland annat genomförda aktiviteter och hur spridningen av registret utvecklas.

3.3.4 SKL:s arbete med resultatindikatorer

SKL står för utbetalning av medel (85 miljoner kronor) till kommuner och landsting för att de ska utveckla ett lokalt och gemensamt analysarbete kring undvikbar slutenvård. I överenskommelsen anges att analyserna ska kunna besvara frågor om varför och när patienter i målgruppen har behandlats i slutenvård, vilka diagnosgrupper som har varit aktuella samt på vilket sätt slutenvård hade kunnat undvikas i de enskilda fallen.

Ett webbaserat uppföljningsverktyg för återinläggningar har tagits fram och SKL har genomfört två utbildningsdagar kring detta. SKL skriver i sin lägesrapport att analysarbetet innefattar datainsamling och sammanställning av uppgifter om undvikbar slutenvård och återinläggningar på sjukhus inom 30 dagar, men även analysarbete som sker i olika grupperingar på SKL. Organisationen anger också att analysarbetet har inneburit att statistiker från landstingen har inlett dialoger med personer som arbetar med verksamhetsutveckling. I samma rapport konstaterar SKL att analysarbetet ännu är i sin linda och att det därför bara i begränsad utsträckning bidragit till konkreta resultat under 2012.

SKL ansvarar även för att ta fram ett sammanvägt ingångsvärde per län för september 2011 och avstämningsvärden varannan månad för indikatorerna inom Sammanhållen vård och omsorg. SKL får 1 miljon kronor som stöd i arbetet med att ta fram underlag för indikatorerna. Organisationen har med stöd av Svenska palliativregistret utvecklat en utdataportal där det går att följa länens utveckling.

3.3.5 Egna insatser som SKL svarar för

Som framgår av tabell 3.1 får SKL 47 miljoner kronor för de insatsområden som organisationen själv ansvarar för i årets överenskommelse.

Kvalitetssäkrad välfärd

SKL har tilldelats 12 miljoner kronor för satsningen kvalitetssäkrad välfärd. Målet med satsningen är att etablera uppföljningar och kontroller som en del av lednings- och styrsystemen i kommuner och landsting. SKL anger i sin genomförandeplan att ett antal utbildningspaket kommer att erbjudas till kommuner och landsting. I överenskommelsen anges att fyra nätverksledare, en projektledare och en assistent ska engageras, liksom expertis inom olika sakområden. Enligt SKL är detta arbete ännu i en uppstartsfas, så Statskontoret analyserar därför inte insatserna närmare i denna rapport. Framöver är det dock aktuellt att följa upp arbetet.

Ledningskraft

SKL har tilldelats 23 miljoner kronor för satsningen på ledningskraft, som riktar sig till chefer i kommunal omsorg, primärvård och vid sjukhus. Satsningen innebär att verksamhetschefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård erbjuds att delta i så kallade nationella mötesplatser för att stärka chefers kompetens i förbättringsarbete. Syftet är också att länens handlingsplaner ska omsättas i praktisk handling. Genom satsningen ska cheferna ”rustas för fortsatt kapacitetsbyggnad” i kommuner, landsting och hos enskilda utförare.⁹ På programmet har föreläsningar i plenum, grupparbeten och gemensamma diskussionstillfällen varvats. SKL har arrangerat två nationella konferenser och fem parallella regionala konferenser. SKL har också erbjudit stöd genom så kallade utvecklingsnoder inom ramen för satsningen.¹⁰ Organisationen erbjuder även stöd via telefon vid tre tillfällen där verksamhetscheferna får information och uppdateringar om satsningen.

I genomförandeplanen anges inte några närmare kriterier för hur SKL:s återrapportering till Socialdepartementet ska utformas. Satsningen ledningskraft följs däremot av forskare vid Karolinska Institutet.

⁹ Överenskommelsen, s 7f.

¹⁰ Utvecklingsnoderna innebär att SKL har träffat avtal med regionala enheter med erfarenhet av att stödja chefer och ledare i utvecklingsarbete. Genom avtalet ska utvecklingsnoderna sprida detta stöd till övriga delar av landet.

Nationell samordning av insatserna genom SKL

SKL får 9 miljoner kronor för den nationella samordningen av de pågående satsningarna och för att vidareutveckla dessa. Syftet med denna samordning är att skapa goda förutsättningar för en tydlig kommunikation, ett effektivt utnyttjande av resurser samt en tydlig struktur för samordning på den nationella nivån.

Inom ramen för det nationella samordningsansvaret stödjer SKL även de fyra kvalitetsregister som ingår i satsningen (se även avsnitt 3.3.3). SKL erhåller 1 miljon för att samordna arbetet. Därmed får SKL 10 miljoner för olika insatser som rör nationell samordning. I tabell 3.2 redovisas hur SKL fördelar dessa 10 miljoner kronor.

Tabell 3.2 SKL:s budget för den nationella samordningen 2012

	2012
Löner inkl. OH-kostnader (projektchef, 2 projektledare, kommunikationsstrateg och administratör)	5 300 000
Konferenser och seminarier	1 300 000
Resor och logi	900 000
Material	700 000
Konsulter	1 800 000
Summa	10 000 000

Områden där SKL bedriver nationell samordning

SKL har anordnat flera konferenser och seminarier om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Den årliga konferensen Äldreriksdag handlade i år om ett bättre liv för sjuka äldre och den aktuella överenskommelsen. Även vid flera andra konferenser har SKL:s arbete med mest sjuka äldre presenterats, däribland konferenser som har riktats till medicinskt ansvariga sjuksköterskor och läkare.

Bättre liv för sjuka äldre

Enligt SKL är utvecklingsarbetet nära sammankopplat med organisationens egen satsning Bättre liv för sjuka äldre, som har varit en prioriterad fråga för organisationen under två år. Satsningen har haft och har delvis även i år en bredare ansats än överenskommelsen.

Utvecklingsledare

Utvecklingsledarnas roll är att stötta ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre.¹¹ SKL erbjuder utvecklingsledarna forum för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling samt stöd i genomförandet av länens aktivitetsplaner, i form av så kallade nationella mötesplatser. SKL har även genomfört gemensamma träffar med utvecklingsledare från andra satsningar inom närliggande områden.

Kvalitetsregister

SKL arrangerar möten för registerhållarna där gemensamma satsningar och utvecklingsfrågor diskuteras. I samarbete med kvalitetsregistren har SKL genomfört två utbildningsdagar om kvalitetsregister och prestationsersättning, som bland annat har riktat sig till primärvårdschefer. Enligt SKL är insamling och automatisk överföring av data, kvalitetssäkring, förbättringsarbete och juridiska frågor områden som diskuteras med andra aktörer.

Övriga aktiviteter

I arbetet med att sprida goda exempel och erfarenheter har SKL bland annat utarbetat en katalog som innehåller exempel på utvecklingsarbete. SKL sprider även information via nyhetsbrev och webb. Vidare har SKL anlitat en journalist som ska beskriva eventuellt förbättringsarbete som bedrivs ute i verksamheterna med anledning av satsningen.

SKL har vidare genomfört en uppföljning av multisjuka äldre och publicerat resultatet. Enligt SKL:s genomförandeplan ges även medlemsstöd inom ramen för den nationella samordningen. Det kan handla om att SKL deltar vid föredragningar av olika slag.

3.4 Socialstyrelsens uppgifter inom området

Som ett led i satsningen på samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre har regeringen gett Socialstyrelsen olika uppdrag med bäring på arbetet med överenskommelsen.

¹¹ Se avsnitt 3.3.3 för en närmare beskrivning av utvecklingsledarnas arbete.

- *Göra en bedömning mot uppställda krav*
Socialstyrelsen ska genomföra en bedömning av om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat som regeringen beslutat lämna ersättning för enligt överenskommelsen.
- *Utveckla öppna jämförelser för äldre*
Socialstyrelsen ska i samråd med SKL utveckla nya indikatorer för att bland annat mäta kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen ska även utveckla brukarundersökningen om äldres uppfattningar om vård och omsorg så att resultat kan redovisas på enhetsnivå.
- *Kartlägga primärvårdens ansvar och insatser*
Socialstyrelsen ska fortsätta arbetet med att kartlägga och analysera primärvårdens uppdrag och insatser samt korttidsboende och andra vård- och omsorgsformer i gränslandet mellan akutsjukvård och permanenta insatser från kommunal vård och omsorg.
- *Arbeta med kunskapsutveckling*
Socialstyrelsen ska tydliggöra de mest sjuka äldres specifika förutsättningar och behov i olika nationella riktlinjer. Socialstyrelsen ska utreda förutsättningarna för att kunna prioritera och ge rekommendationer kring åtgärder vid specifika tillstånd för de mest sjuka äldre.
- *Genomföra registeranalyser*
Socialstyrelsen ska fördjupa sina epidemiologiska studier och genomföra registeranalyser av de mest sjuka äldre. Inriktningen ska vara att identifiera effektivitets- och samordningsbrister i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.
- *Utveckla statistiken*
Socialstyrelsen ska i samråd med SKL utveckla den personnummerbaserade statistiken över äldres vård och omsorg. Socialstyrelsen ska även vidareutveckla patientregistret med avseende på innehåll, kvalitet och aktualitet.
- *Förbättra läkemedelsanvändningen för äldre*
Socialstyrelsen ska slutföra arbetet med ett nytt kapitel i Läkemedelshanteringsföreskriften om läkemedelsgenomgångar för äldre samt ta fram en vägledning till denna föreskrift. Socialstyrelsen ska även färdigställa en webbaserad utbildning för läkare och vårdpersonal.

- *Förbättra rättssäkerheten*

Socialstyrelsen ska utveckla vägledningen till kommuner och enskilda verksamheter för att förbättra rättssäkerheten för personer inom äldreomsorgen och särskilt uppmärksamma situationen för de mest sjuka äldre.

Socialstyrelsens mer direkta roll i överenskommelsen rör främst uppdraget att bedöma uppfyllelsen av de grundläggande krav och resultatkrav som ställts på huvudmännen i samband med överenskommelsen. Myndigheten uppfattar sitt uppdrag som revisionellt till sin karaktär så till vida att det handlar om att granska arbetet utifrån en given mall, som motsvaras av överenskommelsen.

Företrädare för Socialstyrelsen menar att denna roll kan vara problematisk, eftersom myndigheten begränsas av de ramar som deras bedömning ska göras utifrån, samtidigt som myndigheten har principiella synpunkter på utgångspunkterna. Myndigheten bedömer till exempel att några av de indikatorer som ingår i överenskommelsen kan innebära olika risker för vården och omsorgen. Samtidigt menar företrädare för myndigheten att tolkningsutrymmet är stort för huvudmännen när det gäller rapporteringen av de indikatorer som ingår i överenskommelsen. Detta uppges försvåra den bedömning som Socialstyrelsen ska göra. Detta har inneburit att myndigheten behövt vända sig till parterna för att få olika typer av förtydliganden. Företrädare för myndigheten menar att den bristfälliga dokumentationen från parternas möten under arbetets gång gör det svårt för Socialstyrelsen att tolka överenskommelsen och klargöra de eventuella modifieringar som gjorts efter hand.

3.5 Arbetet på regional nivå

Arbetet med överenskommelsens prioriteringar på regional nivå handlar huvudsakligen om att stödja utvecklandet av ett långsiktigt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Arbetet ska åstadkomma både en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg för målgruppen.

I flera län har det även tidigare pågått olika insatser för att förbättra samverkan mellan huvudmännen kring vården och omsorgen om äldre. Exempelvis har huvudmännen i Region Halland tillsammans arbetat

med rehabilitering av äldre och läkemedelsgenomgångar. Sedan 2003 finns länsgemensamma riktlinjer för samordnad vårdplanering och 2009 infördes ett IT-system som ska stödja samordnad vårdplanering mellan huvudmän. Även i Örebro län finns sedan en tid tillbaka en formaliserad samverkan mellan huvudmännen på såväl politisk nivå som chefsnivå.

3.5.1 Länens handlingsplaner

För att landsting och kommuner ska kunna få ta del av medlen i årets överenskommelse ska det bland annat finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan. Vidare ska det i varje län finnas ett politiskt förankrat beslut om en handlingsplan. Denna gemensamma handlingsplan ska innehålla en beskrivning av förbättringsområden utifrån lokala förutsättningar, konkreta och mätbara mål, planerade aktiviteter samt en beskrivning av hur uppföljningen ska gå till och hur resultaten ska redovisas.

Samtliga 21 län har lämnat handlingsplaner till SKL. Vi har gått igenom dessa planer. Inom princip alla län har mål satts upp för hur samverkan ska utformas på lednings- och styrningsnivå. Få av de målsättningar som beskrivs i planerna är dock konkreta eller mätbara. Det är också ovanligt att det beskrivs hur målen ska följas upp och resultaten ska redovisas.

När det gäller kravet på en struktur för ledning och styrning i samverkan, har länen kommit olika långt. För de allra flesta län beskrivs strukturer för ledning och styrning i samverkan, medan det i några av länen ännu inte har utarbetats någon sådan struktur.

Vår genomgång visar att enstaka handlingsplaner lever upp till alla uppställda krav. En del av handlingsplanerna innehåller snarare en nulägesbeskrivning än en plan för den fortsatta utvecklingen. I flertalet län har tänkbara förbättringsområden definierats.

3.5.2 Länens aktivitetsplaner

Under året har aktivitetsplaner utarbetats för det systematiska förbättringsarbetet inom respektive län. Vi har gått igenom dessa planer. Planerna skiljer sig åt, men ofta sorteras aktiviteterna in efter mål,

aktivitet, målgrupp, ansvarig för aktiviteten, period då aktiviteten ska genomföras samt uppföljning.

Några av aktivitetsplanerna är mer att likna vid en nulägesbeskrivning och summering av vad som har gjorts hittills än en plan över planerade framtida aktiviteter och insatser.

Aktiviteter som planeras i ett eller flera län är bland annat:

- nätverksträffar för användare av kvalitetsregister i syfte att stötta registrering och ibland även ett gemensamt arbetssätt inom verksamheterna,
- riktad information till olika målgrupper, till exempel enhetschefer, sjuksköterskor eller undersköterskor,
- information om relevant statistik, till exempel temadag för läkare om antalet brytpunktssamtal¹² i länet.

I flertalet planer är aktiviteterna tidssatta. För flera av aktiviteterna är det också angivet hur de ska följas upp. Det handlar främst om att kontrollera att aktiviteten är genomförd i tid. Det förekommer dock att jämförelser görs av hur registreringen i kvalitetsregistren har utvecklats före och efter planerade aktiviteter.

Några av planerna innehåller reflektioner över och planering för hur de verksamheter som drivs i privat regi ska inbegripas i satsningen. I de flesta fall saknas emellertid sådana diskussioner.¹³

3.5.3 Utvecklingsledarnas roll och uppgifter

I varje län finns mellan tre till fem utvecklingsledare. Medel har avdelats för dessa sedan 2010. Även Famna och Vårdföretagarna får medel för att anställa utvecklingsledare. Syftet är att stödja kommuner, landsting och privata utförare i att utveckla ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre.

¹² Detta samtal markerar för patienten och anhöriga att fokus i vården härnäst ligger på symtomlindring och livskvalitet.

¹³ Privata utförare kan dock ingå i målgrupper som nämns i planerna utan att de explicit pekas ut.

För att utröna hur huvudmännen och de privata vårdgivarna uppfattar detta stöd har vi i vår enkätundersökning ställt frågor till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i kommunerna samt verksamhetschefer på geriatriska och medicinska kliniker om utvecklingsledarnas arbete. Vi har även ställt motsvarande frågor till medicinskt ansvariga sjuksköterskor i privat bedriven verksamhet. Deras svar redovisas främst i den mån de skiljer sig från den generella bilden.

Tabell 3.3 visar att ansvariga inom den offentligt drivna vården och omsorgen om äldre har förhållandevis hög kännedom om de utvecklingsledare som finns inom respektive län. Däremot är kännedomen lägre inom privat bedriven verksamhet. Där är det undantagsvis som den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har full kännedom om utvecklingsledarna.

Tabell 3.3 Kännedom om vilka utvecklingsledarna är (procent)

	Ja, samtliga	Ja, några	Nej, inga
MAS i kommun	50	46	4
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	17	66	17
Verksamhetschef, medicinsk klinik	30	38	32

Fråga: Känner du till vilka som är utvecklingsledare i ert län?

Utvecklingsledarna har sedan starten haft till uppgift att påskynda spridningen av kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret. Av tabell 3.4 framgår att kommunerna i relativt stor utsträckning har fått ett sådant stöd. Även de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna inom privat bedriven verksamhet uppger att de fått ett stöd från antingen länens eller intresseorganisationernas utvecklingsledare. Däremot har sjukhusklinikerna enligt de svarande inte fått stöd i samma utsträckning.

Tabell 3.4 I vilken utsträckning kommunen eller kliniken har fått stöd att införa Senior alert och Svenska palliativregistret (procent)

	Mycket stor	Ganska stor	Varken eller	Ganska liten	Mycket liten
MAS i kommun	29	37	23	6	5
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	0	26	30	27	17
Verksamhetschef, medicinsk klinik	7	36	20	13	24

Fråga: Har kommunen/kliniken fått stöd av utvecklingsledarna i processen att införa Senior Alert och Svenska palliativregistret?

I årets överenskommelse betonas att utvecklingsledarnas roll ska förändras i takt med att utvecklingsarbetet fortskrider. Efterhand som spridningen av registren ökar ställs krav på att analysera resultaten och utifrån dessa initiera ett systematiskt förbättringsarbete. Parterna betonar därför att utvecklingsledarna nu bör fokusera på att fungera som stöd i detta arbete.

Av tabell 3.5 framgår att utvecklingsledarnas arbete har haft tonvikt på att praktiskt stödja vård- och omsorgsenheterna att påbörja registrering i de två kvalitetsregistren. Vidare anser ungefär två tredjedelar av de svarande att de har fått hjälp att ta ut och tolka statistik. Däremot är det färre som fått stöd i allmänt förbättringsarbete. Ungefär hälften av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna menar att utvecklingsledarna ger sådant stöd. Bland verksamhetscheferna för geriatriska kliniker anger drygt var tionde att utvecklingsledarna bidragit till förbättringsarbete.

Tabell 3.5 Stöd som utvecklingsledarna bidragit med (Flera alternativ får anges, procent)

	Tekniskt stöd	Praktisk handledning i att börja registrera	Hjälp att ta ut och tolka statistik	Allmänt förbättringsarbete
MAS i kommun	27	80	69	51
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	13	88	63	13
Verksamhetschef, medicinsk klinik	21	79	63	32

Fråga: Vilket stöd har utvecklingsledarna bidragit med?

Kommentar: Frågan har ställts till dem som har angett att kommunen/kliniken i stor eller ganska stor utsträckning har fått stöd att införa Senior alert och Svenska palliativregistret.

För privat bedriven verksamhet är bilden en annan. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna uppger visserligen att deras verksamheter har fått handledning i att börja registrera av antingen länets eller intresseorganisationens utvecklingsledare, men enbart en fjärdedel menar att verksamheterna har fått hjälp att ta ut och tolka statistik.

De svarande i samtliga grupper som uppgett att kommunen eller kliniken i liten utsträckning har fått stöd från utvecklingsledarna har även fått uppge eventuell orsak till detta. De orsaker som främst anges är:

- de har inte känt till utvecklingsledarna
- de har inte blivit kontaktade av utvecklingsledarna (detta framförs framför allt av verksamhetschefer på medicinska kliniker)
- de har inte behövt stöd eftersom registrering i kvalitetsregister redan var igång

Det är förhållandevis få svarande som menar att verksamheterna redan har tillräckligt stöd från egen analysenhet och därför inte behöver stöd från utvecklingsledarna.

Vid våra tre länsbesök framhåller huvudmännen att utvecklingsledarna har anordnat olika former av utbildningar och drivit på verksamheterna att börja registrera i kvalitetsregistren. Vidare framförs att utvecklingsledarna i vissa fall har varit ett stöd för vård- och omsorgschefer att börja efterfråga resultat från kvalitetsregistren.

3.5.4 Ledningskrafts betydelse för att få samman landsting och kommuner i länen

Satsningen på ledningskraft riktas till chefer från olika delar av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Vid våra länsbesök framkommer att det inledningsvis fanns en skepsis hos huvudmännen och verksamhetsledningarna till denna satsning. Syftet uppfattades som oklart, liksom innehållet i satsningen. Dessa frågor klarnade emellertid efter hand och mervärdet med satsningen blev mer tydligt. Det fanns en poäng att tvingas sitta vid samma bord som företrädare från andra verksamheter, professioner och huvudmän. Aktiviteterna uppges ha bidragit till att det utvecklades en slags ledningsgrupp för äldre i länen. Föreläsningmomenten under konferenserna som arrangerades uppfattas inte som lika avgörande. Det som lyfts fram vid våra länsbesök är i stället att ansvariga ledningsfunktioner i länet fått tillfälle att samarbeta för de mest sjuka äldre inom länet. Någon berättar att "...sen så skulle programpunkterna fortsätta, men då var vi så upptagna så vi fortsatte själva".

Inom ramen för denna satsning har SKL träffat avtal med några regionala enheter för att stödja chefer i utvecklingsarbete, så kallade noder. Noderna erbjöds sedan som ett stöd till de regionala chefsgrupperna i hela landet. I de län vi har besökt anser de intervjuade att dessa insatser hamnade fel. Det uppfattades som att SKL tog på sig en slags lärarroll i relation till verksamhetscheferna, vilket ansågs överflödigt.

SKL anser att det ännu är för tidigt att bedöma effekten av ledningskraft, och hänvisar till den följeforskning som bedrivs av Karolinska institutet.

3.5.5 Faktorer på nationell nivå som anses försvåra samverkan

Oavsett effektiviteten och nyttan med olika utvecklingssatsningar, så kan det finnas grundläggande förutsättningar som på ett eller annat sätt påverkar möjligheterna till samverkan kring vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Vid våra länsbesök lyfter huvudmännen fram vissa sådana strukturella hinder för samverkan.

Skillnaderna mellan hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen anses vara ett sådant strukturellt hinder. Att olika sjukdomsområden

regleras av olika lagar med skilda utgångspunkter påverkar verksamheternas prioriteringar och personalens arbetssätt. Detta kan enligt huvudmännen försvåra enhetliga lösningar som passar både vården och omsorgen och ytterst de som behöver insatser från båda sektorerna.

En annan fråga som lyfts vid våra länsbesök handlar om överenskommelsens sammanhang. I länen finns en bild av att det är många initiativ från regeringen och SKL som den regionala och kommunala nivån har ansvar för att vidareutveckla. Detta kan försvåra kommunernas och landstingens egen planering. Vidare ställer dessa initiativ krav på till exempel region- eller kommunförbund att sammanställa, koordinera och kommunicera initiativen på ett samlat och begripligt sätt till huvudmännen och verksamheterna, som i sin tur ska precisera initiativen för sin egen styrning.

3.6 Sammanfattande iakttagelser

3.6.1 SKL har genomfört planerade insatser, men det är svårt att följa pengarna

Vår genomgång visar att SKL i stort har genomfört planerade insatser och riktat information till specifika målgrupper. Det är viktigt att pengarna går att följa och att insatserna följs upp på ett tillfredsställande sätt. De medel som riksdag och regering har valt att avsätta för områdena i överenskommelsen bör kunna prövas mot alternativa användningsområden för staten. För detta krävs att fördelning, utfall och eventuella effekter av de resurser som avsatts för olika ändamål går att överblicka.

Det är emellertid stundtals svårt utläsa hur SKL har fördelat medlen mellan sina olika projekt. Det är oklart hur de olika delarna förhåller sig till varandra. Det går till exempel inte alltid utifrån SKL:s dokumentation att avgöra vad som går till det nationella samordningsansvaret och vad som går till andra delområden. Inte heller går det att helt utläsa i vilka fall SKL går in med egna medel för bredare satsningar än de som anges i överenskommelsen.

3.6.2 Kriterier saknas för delar av SKL:s uppföljning

Tidpunkten för SKL:s årliga rapportering till regeringen infaller efter att vi har rapporterat. Statskontoret uttalar sig därför om förutsätt-

ningarna för SKL:s uppföljning av de egna insatserna. För merparten av insatserna anger SKL inte närmare hur uppföljningen ska ske. Inte heller redovisas några närmare kriterier för uppföljningen.

3.6.3 Länens planer varierar till form och innehåll

Vår genomgång visar att länens handlingsplaner varierar till form och innehåll. Få av handlingsplanerna lever upp till samtliga krav som ställts upp i årets överenskommelse. Det framgår förhållandevis sällan hur genomförda insatser och aktiviteter ska följas upp. Därmed kan det framöver bli svårt att göra en samlad bedömning av resultatet för respektive län.

Även länens aktivitetsplaner skiljer sig åt. I flera län konkretiseras dock arbetet i ett antal uppföljningsbara och tidssatta aktiviteter. I dessa fall har också ansvaret för olika insatser klargjorts och formerna för uppföljning angetts. Dessa aktivitetsplaner kan med fördel användas som goda exempel för de län som inte är lika konkreta i sina aktivitetsplaner.

3.6.4 Utvecklingsledarna bidrar till ökad registrering, men är inte samma stöd för förbättringsarbete

I vår förra delrapport konstaterades att utvecklingsledarna hade olika fokusområden beroende på länstillhörighet. Vi föreslog att utvecklingsledarnas roll framöver borde inriktas på att stödja verksamheterna i att återföra resultat från kvalitetsregistren och förändra sitt arbetssätt. Även i årets överenskommelse betonas att utvecklingsledarna ska ta en sådan roll.

Årets uppföljning visar att utvecklingsledarna är ett stöd när vård- och omsorgsenheter ska komma igång att registrera i kvalitetsregistren. Det framgår av såväl våra länsbesök som vår enkätundersökning. Av enkätundersökningen framgår vidare att de offentligt drivna verksamheterna till viss del får stöd i att tolka statistik. Däremot är det inte lika vanligt att utvecklingsledarna är ett stöd vid allmänt förbättringsarbete i verksamheterna.

I våra tidigare delrapporter har konstaterats att det har varit svårare att motivera många av sjukhusklinikerna att delta i satsningen. Vidare saknade utvecklingsledarna ofta tydliga ingångar till landstingen. Enkät-

svaren från verksamhetschefer för sjukhusklinikerna indikerar att så fortfarande är fallet. Dessa verksamhetschefer känner i lägre utsträckning till utvecklingsledarna och uppger i lägre utsträckning att de har fått stöd av utvecklingsledarna.

3.6.5 Risk för att privata utförare inte får samma stöd till förbättringsarbete

Statskontoret har tidigare konstaterat att det är osäkert i vilken utsträckning stödet till förbättringsarbete kommer privata utförare till del. Vår genomgång av länens aktivitetsplaner och svaren från vår enkätundersökning till ansvariga i vården och omsorgen indikerar att så fortfarande är fallet. Det är ovanligt att planerna innehåller aktiviteter för hur de privata utförarna ska inkluderas. Vidare har medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom privat bedriven verksamhet förhållandevis låga kunskaper om vilket stöd som finns för förbättringsarbete. Stödets räckvidd och genomslag tycks generellt sett vara bättre i offentligt driven verksamhet. Av enkätsvaren framgår att det finns behov av bredare och mer upparbetade kontaktytor mellan den regionala nivån som ansvarar för utvecklingsarbetet och de privata utförarna.

3.6.6 Rollerna på den nationella nivån har förtydligats

I den tidigare överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag var det SKL som ansvarade för att bedöma om kommunerna och landsingen hade uppfyllt kraven för ersättning. I Statskontorets tidigare delrapporter konstaterade vi att det i vissa fall var oklart på vilka grunder som ersättningen betalades ut. Det är positivt att det numera är en myndighet som ansvarar för denna uppföljning, jämfört med tidigare då bedömningen gjordes av en aktör som också representerar bidragsmottagarnas – huvudmännens – intressen.

Förändringen kan ses som ett sätt att förtydliga de olika aktörernas roller. Socialstyrelsens roll blir mer renodlat revisionell, medan SKL har utvecklande och drivande uppgifter i överenskommelsen. Samtidigt uttrycker Socialstyrelsen att de risker som man sett i överenskommelsens uppbyggnad och innehåll, bland annat kring valet av indikatorer, inte uppmärksammats tillräckligt av regeringen och SKL.

3.6.7 Stora investeringar i ökad samverkan

Många av de konkreta aktiviteter som ingår i arbetet på regional nivå, däribland ledningskraft, utvecklingsledarnas uppgifter samt framtagandet av länsvisa handlings- och aktivitetsplaner, syftar till att genom möten åstadkomma ökad samverkan mellan kommuner och landsting.

Av våra länsbesök framgår att satsningen på mest sjuka äldre samt överenskommelsens innehåll och prioriterade områden är väl kända i verksamheterna. Insatser som ledningskraft har stimulerat till möten och samtal mellan huvudmännen om gemensamma utmaningar. Enligt uppgifter vid våra länsbesök har denna insats lett till att nödvändiga samtal över professions- och huvudmannagränser kommit igång.

Samtidigt är de olika möten och aktiviteter som arrangeras i samband med överenskommelsen förenade med kostnader. Kostnaden för den nationella samordningen är endast en del av den totala kostnaden. Även landstingen och kommunerna har kostnader, bland annat för den tid som verksamheter och ledningsnivåer lägger ned. Ledningskraft bygger exempelvis på att ett antal verksamhetschefer från slutenvården, äldreomsorgen och primärvården i varje län avsätter arbetstid i samband med de konferenser som arrangeras. Utöver detta innebär huvuddelen av de insatser som listas i länsens aktivitetsplaner att personal i verksamheterna avsätter tid för möten, utbildning och samverkan i olika former.

3.6.8 Skillnader i lagstiftning och splittrad statlig styrning försvårar samverkan

De intervjuade på länsnivå lyfter särskilt fram två frågor som riskerar att försvåra samverkan mellan kommuner och landsting och där ansvaret för en eventuell förändring ligger på nationell nivå:

- Skillnader i lagstiftning mellan vård och omsorg kan påverka huvudmännens prioriteringar och personalens arbetssätt på ett sådant sätt att enhetliga lösningar som passar såväl vården som omsorgen försvåras.
- Mängden initiativ från regeringen och SKL, till exempel i form av olika överenskommelser, ställer stora krav på mottagarkapaciteten i länen. Region- och kommunförbund eller annan regional aktör

ska kommunicera dessa initiativ vidare till huvudmännen och verksamheterna, som i sin tur ska precisera initiativen i sin ledning och styrning.

4 Kvalitetsregistren – spridning och kvalitetssäkring

Inom ramen för överenskommelsen avsätts 30 miljoner kronor för att utveckla fyra nationella kvalitetsregister. Dessa register bedöms som viktiga för att främja ett förändringsarbete och nytt arbetssätt inom vården och omsorgen om mest sjuka äldre. Detta kapitel inleds med en redogörelse för den nationella organisationen kring nationella kvalitetsregister generellt. Därefter beskriver vi de fyra kvalitetsregistren var för sig, bland annat behandlas registrens spridning, hur ansvariga för registren arbetar för att öka täckningsgraden och hur de kvalitetssäkrar uppgifterna i registren. En mer ingående beskrivning av kvalitetsregistren finns i bilaga 4.

4.1 De nationella kvalitetsregistrens utveckling

Uppbyggnad och användningsområden

De nationella kvalitetsregistren består av individbaserade data med observationer, riskbedömningar, diagnoser, åtgärder och behandlingsresultat. Genom att kvalitetsregistren baseras på kunskap och evidens ska de fånga upp data som kan tolkas och användas i det dagliga förbättringsarbetet. Detta ska leda till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen som kan komma patienterna och brukarna till del. Kvalitetsregistren är även en viktig informationskälla för de öppna jämförelserna inom vården och omsorgen. Dessa register är fördelade på olika sjukvårdshuvudmän, men varje register har ett nationellt uppdrag. För närvarande finns cirka 100 register.

Kvalitetsregistrens övergripande syfte och funktion har förändrats med tiden. Inledningsvis var de i huvudsak ett redskap för verksamhetsutveckling inom det egna området, genom systematisk dokumentation. Spridningen var inte lika stor och i huvudsak fokuserad till en profes-

sion eller en organisatorisk nivå. På senare tid har registrens användningsområden breddats. De används i dag både som underlag för förbättringsarbete och för jämförelser nationellt. De används också för forskning och studier samt för diskussion och samverkan mellan olika professioner och huvudmän.

Organisation och finansiering

Såväl sjukvårdshuvudmännen som staten bidrar till finansieringen. För 2012 ger parterna inom Dagmaröverenskommelsen 90 miljoner kronor till kvalitetsregistren. SKL ansvarar sedan 2007 för medelstilldelning och hanteringen av medelsansökningar från de nationella kvalitetsregistren.

Våren 2011 tillsatte regeringen en samordnare för utvecklingen av kvalitetsregistren. Samordnaren skulle bland annat utveckla de förslag som en översyn av de nationella kvalitetsregistren lämnade hösten 2010.¹⁴ Med utgångspunkt i samordnarens arbete har regeringen och SKL ingått en överenskommelse för kvalitetsregistren 2012–2016.¹⁵ Under år 2012 avsattes 260 miljoner kronor till registren, varav landstingen står för 80 miljoner och staten för 180 miljoner. Därefter ska 320 miljoner kronor avsättas årligen, varav landstingen ska stå för 100 miljoner och staten för 220 miljoner. Vidare innebär överenskommelsen en delvis ny organisering av kvalitetsregistren. Bland annat har en nationell registerservicefunktion inrättats vid Socialstyrelsen. Denna funktion är fortlöpande under utveckling, men riktar sig bland annat till kvalitetsregistren som stöd för bättre datakvalitet. Funktionen ska enligt regeringsuppdraget

- erbjuda ett centralt informationsstöd till forskare i användningen av data ur de olika kvalitetsregistren och andra register av relevans för vård- och omsorgsområdet
- upprätta och hålla en aktuell förteckning över alla nationella kvalitetsregister och deras variabelförteckningar

¹⁴ Översyn av de nationella kvalitetsregistren, *Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till en gemensam satsning 2011–2015*.

¹⁵ Överenskommelse mellan staten och SKL – om utvecklingen och finansieringen av Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.

- erbjuda stöd och service till kvalitetsregistren för att arbeta med datakvalitet, exempelvis genom sambearbetning för täckningsgradsanalyser
- erbjuda metodstöd till kvalitetsregistren och registercentren inom områden som biostatistik och epidemiologi, såsom till exempel justering för patientsammansättning
- erbjuda stöd för utveckling av kvalitetsindikatorer, särskilt sådana som baseras på sambearbetningar av data ur kvalitetsregistren och hälsodataregistren
- till varje huvudman informera om rapporteringsgrad till hälsodataregister och de nationella kvalitetsregistren där sådana data finns tillgänglig.

Verksamheten inleddes under början av 2012, och en erbjudan om samkörning mot andra register har skickats ut till samtliga register. Registerservice erbjuder också bakgrundsstatistik som kan användas som underlag för jämförelser av materialet.

Bland de fyra register som omfattas av överenskommelsen har enbart Svenska palliativregistret samkörts med andra register, för kontroller av att alla avlidna registreras. För övriga register fanns inte tillräckligt jämförbara data för att möjliggöra samkörning. För Svenska palliativregistret gjordes dessutom en kartläggning av datakällor för registret i samband med framtagandet av nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård.¹⁶

4.2 Svenska palliativregistret

Syftet med Svenska palliativregistret är att stegvis åstadkomma förbättringar av vården i livets slutskede. Inrapportering sker genom en särskild dödsfallsenkät, som ska fyllas i av personalen på den enhet där personen avled. Enkäten ska spegla vårdinnehållet vid livets slutskede.

Inom ramen för årets överenskommelse ges ersättning till kommuner och landsting vars utförare sammantaget registrerar 70 procent av

¹⁶ Detta stöd fokuserar på palliativ vård i livets slutskede och innehåller vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer i ett gemensamt dokument. Stödet ska bland annat stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården och underlätta uppföljningar av vården. (Socialstyrelsen 2012, *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård*).

dödsfallen. De kommuner och landsting som uppnått 70 procents täckningsgrad får ytterligare ersättning om de i 60 procent eller fler av dödsfallen har genomfört så kallade brytpunktssamtal.¹⁷

Täcknings- och anslutningsgrad

I början av oktober hade 164 kommuner en täckningsgrad över 70 procent, vilket är en ökning med 36 procent jämfört med förra året. I 14 av dessa kommuner har det även genomförts brytpunktssamtal vid minst 60 procent av dödsfallen.

Vid samma mättillfälle hade 15 av 31 landsting eller regiondelar en täckningsgrad över 70 procent, vilket är en ökning med 87 procent jämfört med förra året. Inget av dessa landsting eller regiondelar når upp till tröskelvärdet att brytpunktssamtal har genomförts vid minst 60 procent av dödsfallen.

Arbetet med att sprida registret

De så kallade fältarbetare som är knutna till registret ska sprida hur man använder resultaten för lokalt förbättringsarbete. Detta görs bland annat genom att inventera behovet och hitta praktiska lösningar för att sprida kunskaper om registrets statistikfunktioner. Dessa fältarbetare och utvecklingsledarna i länen utbildas gemensamt.

Registerhållaren ger regelbundet kurser om hur man kan använda utdata från registret till verksamhetsuppföljning, men också till förbättring och utveckling av verksamheten.

Ansvariga för registret arrangerar varje år en konferens som besökts av verksamhetsföreträdare. År 2012 riktades konferensen mer än tidigare till målgruppen beslutsfattare. Dessutom anordnar företrädare för registret konferenser tillsammans med regionala cancercentrum (RCC) för att presentera och diskutera resultat med vårdgivarna.

Vilka resultatdata kan man se i registret?

Med hjälp av statistikportalen kan uppdaterade rapporter skapas när de efterfrågas. Medicinskt ansvarig sjuksköterska eller verksamhetschef kan få en överordnad inloggning som ger behörighet till att ta ut statistik för samtliga enheter inom ett verksamhetsområde. Aggregerade av-

¹⁷ Detta samtal markerar för patienten och anhöriga att fokus i vården hädanefter enbart ligger på symtomlindring och livskvalitet.

identifierade rapporter på verksamhetsnivå kräver ingen inloggning utan finns tillgängliga för alla.

Registerhållaren har tagit fram en rapport riktad till beslutsfattare. Beslutsfattare kan också följa aktuell täckningsgrad, andelen väntade dödsfall, fördelning mellan vårdenhets typer samt diagram direkt från registret. Användaren kan också göra egna urval och ta ut uppgifter fördelade på län, kommun, tidsperiod, diagnosgrupp, kön, ålder samt dödsplats.

Inloggning

Övergång till säker inloggning via SITHS-kort¹⁸ påbörjades 2011 och fortsätter under 2012.

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Inkomna registreringar kontrolleras genom att endast en patientenkät per personnummer kan skickas in och att samtliga frågor måste vara besvarade.

Under 2010 gjordes en uppföljning där företrädare för registret jämförde avlidna patienters journaler med registreringarna i kvalitetsregistret. Denna uppföljning visade att dokumentationen många gånger var bristfällig. Hösten 2012 startades en ny uppföljning med avsikt att validera en procent av alla dödsfall. Fältarbetarna ska granska allt som finns dokumenterat om patienten. Utifrån befintliga dokument ska de själva fylla i en dödsfallsenkät, som sedan ska jämföras med den enkät som personalen har fyllt i. Uppskattningsvis kan valideringen vara klar tidigast i mars 2013.

Ansvariga för registret har dessutom gjort en intervjuundersökning med företrädare för åtta kommuner som uppnått hög täckningsgrad och åtta kommuner med låg täckningsgrad, för att identifiera framgångsfaktorer respektive hinder för registrering.

I samarbete med landstinget i Östergötland har journalmallar tagits fram för den sista tiden i livet. Dessa mallar fångar bland annat samma slags information som registret mäter i sina dödsfallsenkäter. Samma mallar testas nu i Kalmar läns landsting. När spridningen och använ-

¹⁸ Säker IT-användning i hälso- och sjukvården.

dandet av dessa mallar är tillräckligt god finns förhoppningar om att journaldata ska kunna filtreras fram direkt och överföras till registret.

4.3 Senior alert

Syftet med Senior alert är att införa ett vårdpreventivt arbetssätt genom att skapa en systematik för det förebyggande arbetet. Genom en gemensam databas skapas en enhetlig norm för arbetet, som ska möjliggöra jämförelser av olika enheters arbete med att förebygga skador.

Inom ramen för årets överenskommelse ges ersättning till kommuner och landsting där samtliga relevanta enheter har påbörjat registrering. Vidare ges ersättning till kommuner där 90 procent eller fler av äldre som bor i särskilt boende har erhållit en riskbedömning.

Täcknings- och anslutningsgrad

Enligt uppgifter i slutet av september 2012 är alla landsting och 279 av 290 kommuner anslutna till registret. I 65 kommuner har 90 procent eller fler av de äldre som bor i särskilt boende erhållit en riskbedömning. Närmare hälften av de knappt 11 000 anslutna enheterna har gjort minst 10 riskbedömningar. Antalet registreringar har mer än fördubblats sedan år 2011.

Arbetet med att sprida registret

Företrädare för Senior alert erbjuder teambaserade förbättringsprogram kopplade till införande och användning av registret. Exempel på annan utbildning som Senior alert erbjuder är webbutbildning i munhälsa.

Vilka resultatdata kan man se i registret?

Rapporter finns online för användare av registret. Det finns ett drygt 10-tal standardrapporter med möjlighet till urval på kön, ålder, risk och verksamhetstyp. Varje individ kan följas över tid. Enheterna kan välja att ta ut online-rapporter för den egna verksamheten. Det finns webbmoduler som gör det möjligt för enheterna att jämföra sina utdata med dels andra enheter, dels riksgenomsnittet.

Inloggning

Möjligheten till säkra inloggningar med SITHS-kort har införts.

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

I registret görs automatiska kontroller mot ologiska inmatningar, såsom orimliga vikt- och längdangivelser. Vidare har ansvariga för registret tagit fram en mall för jämförelse med journal. Det finns behov av fler validitetsstudier av indata och ansvariga för registret uppger att ett arbete med detta har inletts. Enligt registerhållaren är det en utmaning att få fram tillförlitliga datakällor som man kan jämföra med. Det pågår en uppdatering av registret för att få termerna mer standardiserade baserat på KVÅ.¹⁹ Tillsammans med kvalitetsregistret Rikssår²⁰ görs en mindre valideringsstudie och jämförelse bland kommuner i Blekinge län. I en studie kommer uppgifter från patientregistret att jämföras med uppgifter i Senior alert.

Att ny statistikkompetens har knutits till registret och nya dataapplikationer har tagits fram ger enligt registrets företrädare bättre förutsättningar för analyser och jämförelser. Detta uppges i sin tur ha gjort det lättare att identifiera systematiska felkällor i registret.

Att registrets data kan komma att användas för forskningsändamål i ökad utsträckning, ställer ökade krav på definitioner och systematik. För registrets del innebär detta nya arbetsinsatser. För närvarande utarbetas ett förslag för att kunna koppla Senior Alert till patientjournalerna. Arbetet är tidskrävande och kräver anpassningar både av registret och av patientjournalerna under hela 2013, vartefter lösningen ska testas.

4.4 Svenska demensregistret

Syftet med registret är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att tillgodose behovet av uppgifter om utredning, behandling och uppföljning av patienter med demenssjukdomar.

¹⁹ Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Det är obligatoriskt att rapportera in KVÅ-koder till Socialstyrelsens. Källa: Socialstyrelsens hemsida.

²⁰ Nationellt kvalitetsregister för diagnos, behandling och uppföljning av svårläkta ben-, fot- och trycksår.

Inom ramen för årets överenskommelse ges ersättning till landsting i förhållande till antal personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit utredning med registrering i registret via primärvården.

Täcknings- och anslutningsgrad:

Under perioden 1 oktober 2011–30 september 2012 har 6 626 personer 65 år och äldre registrerats i registret. I slutet av september 2012 var 780 enheter anslutna till registret, varav cirka 620 är primärvårdsenheter. Inom specialistklinikerna är anslutningsgraden 93 procent och huvuddelen av patienterna registreras. Inom primärvården är anslutningsgraden drygt 50 procent, men ungefär hälften av dessa registrerar ännu inte sina patienter.

Arbetet med att sprida registret

I flera landsting har de regionala koordinatorena för registret ett samarbete med utvecklingsledarna, som ordnar träffpunkter där någon av registrets åtta nationella koordinatörer informerar och utbildar. De regionala koordinatorena fungerar också som ett stöd till användarna.

Företrädare för registret ger daglig support via telefon och e-post. Vidare anordnade företrädare för registret under hösten 2012 en halvdagsutbildning inom demensdiagnostik för primärvårdsläkare. Varje år arrangeras även ett möte för cirka 100 användare från olika professioner.

Vilka resultatdata kan man se i registret?

Registrerande enheter har tillgång till sina data direkt via online-rapporter som uppdateras varje natt. I samtliga rapporter kan man jämföra data från sin egen enhet med länet och riket.

Inloggning

Möjligheten till säkra inloggningar med SITHS-kort har införts.

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Landskoordinatören har granskat 70 procent av specialistklinikerna. Tio patientjournaler per enhet har följts upp, vilket utgör cirka fyra procent av registrerade journaler.²¹ Enligt ansvariga för registret har systema-

²¹ Därutöver har årliga uppföljningar av 31 variabler granskats på fem av patienterna på de enheter som gjort uppföljningar.

tiska fel och misstolkningar uppdagats via denna monitorering. Vidare uppger ansvariga för registret att man har infört vissa rutiner för att avhjälpa andra felregistreringar.

4.5 BPSD-registret

Syftet med BPSD-registret är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande över hela landet. Syftet är även att minska användningen av neuroleptika och istället använda omvårdnadsåtgärder. Det ska man uppnå genom att erbjuda ett stöd för personalen som är verksam i den dagliga omvårdnaden.

Inom ramen för årets överenskommelse ges ersättning till de kommuner vars utförare har infört ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symtom och registrerar i BPSD-registret. Ersättning utbetalas i relation till antal utförda nyregistreringar i registret.

Täcknings- och anslutningsgrad

I slutet av september 2012 var 122 kommuner och drygt 700 enheter anslutna till registret. Täckningsgraden uppskattas till 5 procent.

Till och med augusti 2012 hade 1 317 nyregistreringar utförts under året. Under perioden september 2011 till augusti 2012 gjordes 1 567 kompletta bedömningar i BPSD-registret.

Arbetet med att sprida registret

I samband med att en enhet ansluter sig till registret erbjuds enhetschef, ansvarig sjuksköterska och registrerande undersköterska utbildning. Under 2012 har hittills 1 400 personer utbildats. I drygt 100 kommuner finns nu så kallade BPSD-administratörer. I november 2011 hade registret sitt första årliga möte för anslutna enheter.

Idag finns drygt 50 certifierade utbildare. Full täckning av certifierade utbildare finns i åtta län. Anvariga för registret uppger att man har regelbunden kontakt med utbildarna, som också har ett eget webbforum. Vidare finns en webbutbildning tillgänglig på hemsidan för registret.

Ansvariga för registret ger stöd till användarna via webbplatsen och i kontakterna med BPSD-administratörer. Företrädare för registret anser

att många av synpunkterna fångas upp i kontakterna med administratörerna och utbildarna.

Vilka resultatdata kan man se i registret?

De deltagande enheterna kan få ut en rapport med aktuella symtom, analys, åtgärd och läkemedelsbehandling för varje individ. Individens data kan också följas över tid. Det är möjligt att jämföra mellan olika enheter i landet.

Såväl skattning av brukaren, vidtagna vårdåtgärder och läkemedelskonsumtion registreras. I skattningen ingår förekomsten och allvarighetsgraden av ett 10-tal olika symtom, som graderas enligt en NPI-skala (Neuro Psychiatric Inventory). Skattningarna kan följas löpande på individnivå.

Uppgifterna om genomsnittliga värden för enheten presenteras en gång i månaden, inte löpande. Enligt ansvariga för registret pågår ett arbete för att förbättra tillgången på utdata.

Inloggning

Möjligheten till säkra inloggningar med SITHS-kort har införts.

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Företrädare för BPSD-registret framhåller att i takt med att anslutningen till registret tilltar växer behovet av att följa upp och kvalitetssäkra data. Ansvariga för registret genomför en viss kvalitetssäkring genom att administratörerna vid enheter monitoreras. Företrädare för registret uppger besöka enheter och kontrollera att de data som matas in i registret överensstämmer med de data som finns i journalen. Av de anslutna enheterna har mindre än tio procent granskats. Ansvariga för registret uppger att större insatser behövs för att följa upp och kvalitetssäkra data.

4.6 Sammanfattande iakttagelser

4.6.1 Likartade strategier för spridning

Genomgången visar att de fyra kvalitetsregistren har likartade strategier för spridning. Utbildningssatsningar och samverkan med länens utvecklingsledare kombineras med kontinuerligt stöd via webb, telefon

och e-post. Strategin tycks framgångsrik i det avseendet att spridningen av registren har ökat. Däremot finns det tecken på att insatserna för ökad spridning och för att främja registrering har överskuggat insatser för kvalitetssäkring och analyser av datakvalitet.

4.6.2 Spridningen har ökat

Under året har spridningen ökat för samtliga fyra kvalitetsregister. Totalt 279 av 290 kommuner är anslutna till Senior alert. I 65 av dessa kommuner har 90 procent eller fler av de äldre som bor i särskilt boende erhållit en riskbedömning. Vidare har täckningsgraden för Svenska palliativregistret ökat; 164 kommuner och 15 av 31 län eller regiondelar har uppnått en täckningsgrad i registret på minst 70 procent och når därmed de målnivåer som krävs för ersättning. Målet om genomförda brytpunktssamtal nås i 14 kommuner. Inga landsting eller regioner klarar detta mål.

För de två nya registren i satsningen har också registreringen ökat, men från en låg nivå. Registreringen ligger under de i överenskommelsen formulerade förhoppningarna om 8–10 000 registreringar för Svedem respektive 20 000 registreringar för BPSD-registret.

4.6.3 Utdata möjliggör jämförelser av olika slag

I registren går det att ta ut olika slags data och att göra jämförelser av olika slag, till exempel mellan olika enheter. I våra tidigare delrapporter konstaterades att användning av kvalitetsregister kan förbättra möjligheterna för verksamheter att följa upp sina verksamheter. Speciellt små kommuner saknar ofta egna uppföljningsinstrument.

För att registren ska kunna användas för ett aktivt förbättringsarbete bör verksamheterna få snabb återkoppling. I tre av registren har uppgifterna hög aktualitet och ger verksamheterna goda möjligheter att följa upp sitt arbete. Inom BPSD-registren finns däremot ännu inte någon löpande återkoppling att tillgå. Därmed försämras möjligheterna för vård- och omsorgsenheterna att använda registret för att kontinuerligt utveckla sin verksamhet.

4.6.4 Kvalitetsregistrens användningsområden breddas

De fyra registren är föremål för nya användningsområden såsom forskning, öppna jämförelser och används också som underlag för styrning och prioritering. Detta ställer andra krav på systematik, kvalitetssäkring, samordning och tekniska lösningar som underlättar för olika användare och användningsområden. Frågor som datakvalitet, tillförlitlighet och samordnings- och samkörningsmöjligheter blir allt mer kritiska.

4.6.5 Svaga rutiner för systematisk kvalitetssäkring

Statskontoret har i tidigare rapporter konstaterat att den prestationsbaserade ersättningen medför särskilda risker för felrapportering, eftersom ersättning kopplad till registrering kan skapa oönskade drivkrafter hos vårdgivarna. Det är således angeläget att det finns en systematisk kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter.

Av vår uppföljning framgår dock att rutinerna för kvalitetssäkring är svaga. En förklaring till dessa svaga rutiner kan vara att den starka fokuseringen på att sprida registren har överskuggat kvalitetssäkringsarbetet. En annan förklaring kan vara de tekniska och juridiska svårigheter som finns för att samköra information från olika källor. Det dock finns exempel på metoder som är relativt enkla och som ändå kan ge indikationer på sådant som datakvalitet och tillförlitlighet.

Inrättandet av Registerservice vid Socialstyrelsen är ett sätt att skapa bättre förutsättningar för kvalitetssäkring av registren, bland annat genom samkörningar. På grund av bristande tillgänglighet på jämförbara data, är det dock bara ett av fyra kvalitetsregister som genomfört en sådan samkörning.

5 **Användning av kvalitetsregister i vården och omsorgen**

I detta kapitel beskrivs hur arbetet med kvalitetsregister bedrivs i verksamheterna och hur registren uppfattas av chefer och personal i vården och omsorgen. Vi har i tidigare delrapporter intervjuat företrädare för vården och omsorgen om äldre. Utifrån våra intervjuer har vi identifierat ett antal faktorer som utgör hinder för att registrera och använda kvalitetsregister. För att kunna dra mer generella slutsatser har vi denna gång genomfört en bredare enkätundersökning. Enkäter har riktats till landets samtliga (svarsfrekvens inom parentes):

- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna (svarsfrekvens 88 procent)
- Äldreomsorgschefer i kommunerna (81 procent)
- Hälso-och sjukvårdsdirektörer (81 procent)
- Verksamhetschefer vid geriatriska kliniker (68 procent)
- Verksamhetschefer vid medicinska kliniker (59 procent)

Dessutom har en enkätundersökning riktats till verkställande direktörer (72 procent) och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (83 procent) hos privata vårdgivare inom äldreomsorgen. För att studera hur personal inom vård- och omsorgen uppfattar att registrering i kvalitetsregister påverkar deras arbetssätt har vi även genomfört en intervjuundersökning med 90 anställda vid vård- och omsorgsenheter som är aktiva användare av Senior alert eller har registrerat en längre tid i Svenska palliativregistret. Intervjuerna har genomförts utifrån en standardiserad intervjuguide.

5.1 Modell för analys

Varje avsnitt inleds i regel med en redovisning av resultaten från enkätundersökningen. Vid tolkning av analysen bör det beaktas att det

i landet finns relativt få hälso- och sjukvårdsdirektörer respektive verksamhetschefer på geriatriska kliniker. Vi har trots detta valt att i vissa tabeller redovisa resultaten även från dessa grupper. Procentandelarna för dessa grupper bör följaktigen tolkas med viss försiktighet eftersom antalet svarande är relativt få. Resultaten från enkätundersökningen som rikas till de privata utförarna redovisas i den mån de skiljer sig från den bild som redovisas för de offentligt anställda.

Vi har undersökt om svaren skiljer mellan små och stora kommuner. Generellt sett är det inga större skillnader.

I förekommande fall avslutas avsittet med uppgifter från intervjuundersökningen med vård- och omsorgspersonal på enheter som under längre tid registrerat i kvalitetsregister. I några fall redovisas även iakttagelser från våra tre länsbesök.

Metod och tillvägagångsätt redovisas närmare i bilaga 2 och 3.

5.2 Kvalitetsregistrens relevans

Resultaten visar att så gott som samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor uppger att kommunen infört eller har beslutat att införa Senior alert och Svenska palliativregistret. Även nästan alla verkställande direktörer anger att deras företag har fattat ett övergripande beslut om att deras enheter ska registrera i registren. Även en förhållandevis hög andel av klinikcheferna anger att kliniken har infört dessa register.

Alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor och klinikchefer har blivit tillfrågade om de anser att respektive kvalitetsregister täcker in relevanta delar i vården och omsorgen. Det gäller oavsett om kliniken eller kommunen registrerar i registret eller inte. Av tabell 5.1 framgår att Svenska palliativregistret anses vara relevant. Senior alert får höga värden av kommunföreträdarna, men något lägre värden av landstingsföreträdarna. Det är få svarande som har någon uppfattning om de två demensregistren. Detta beror troligen på att dessa register är förhållandevis nya och ännu inte är särskilt spridda inom vården och omsorgen.

Tabell 5.1 Täckar kvalitetsregistren in relevanta delar? (andel som svarat i mycket eller ganska stor utsträckning, procent)

	Senior alert	Svenska palliativregistret
MAS i kommun	88	95
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	55	73
Verksamhetschef, medicinsk klinik	52	81

Fråga: I vilken utsträckning anser du att "Senior alert täcker in relevanta delar i den vårdpreventiva processen" respektive "Svenska Palliativregistret täcker in relevanta delar av vården och omsorgen i livets slutskede"?

5.3 Att komma igång med registrering

5.3.1 Skäl för att delta i kvalitetsregister

I överenskommelsen och andra styrdokument anges flera skäl till varför vård- och omsorgsenheter bör delta i kvalitetsregistren. Vi har frågat de ansvariga i vården och omsorgen i vilken utsträckning dessa tänkta fördelar också varit skäl för dem att delta i kvalitetsregistren. I kommuner och landsting där ett eller flera kvalitetsregister införts, menar förträdarna generellt att kvalitetssäkra vården och omsorgen, säkerställa att evidensbaserade metoder används, ökade förutsättningar för ett strukturerat arbetssätt och att följa upp resultat är faktorer som haft stor eller ganska stor betydelse vid införandet. Resultaten framgår av tabell 5.2.

Tabell 5.2 Faktorer har haft betydelse för införandet av kvalitetsregister (andel som svarat i mycket eller ganska stor utsträckning, procent)

	Kvalitetssäkra vården och omsorgen	Säkerställa att evidensbaserade metoder används	Ökade förutsättningar för ett strukturerat arbetssätt	Användas för att följa upp resultat
Äldreomsorgschef	97	90	96	93
MAS i kommun	96	93	96	94
Hälso- och sjukvårddirektör	94	87	88	100
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	83	74	90	78
Verksamhetschef, medicinsk klinik	83	76	81	81

Fråga: Vilken betydelse anser du att följande hade för införandet i din kommun/landsting/klinik?

5.3.2 Hinder för att införa kvalitetsregister

I enkätundersökningen har vi ställt frågor om vilka eventuella hinder som finns för att införa kvalitetsregister. Resultaten visar att de allra flesta registrerar i något av registren, men det är ovanligt att man registrerar i fler än två av registren. Därför har det varit relevant att ställa dessa frågor till samtliga tillfrågade.

Av tabell 5.3 framgår att de svarande, oavsett grupp, inte i någon större utsträckning anser att tillgången på datorer hindrar ett införande av kvalitetsregister. Däremot är det en högre andel som anser att bemanningssituationen är ett hinder. Det är särskilt klinikcheferna som betonar bemanningssituationen.

Tabell 5.3 Hinder för att införa kvalitetsregister (andel som svarat i mycket eller ganska stor utsträckning, procent)

	Det saknas tillräcklig tillgång till datorer och IT-lösningar i kommunen/landstinget	Det saknas tillräcklig bemanning inom äldreomsorgen
Äldreomsorgschef	15	33
MAS i kommun	15	40
Hälso- och sjukvårddirektör	25	37
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	20	70
Verksamhetschef, medicinsk klinik	21	71

Inom ramen för vårt arbete med tidigare delrapporter har det framförts att beslutsgången inom kommunen eller landstingen kan försena införandet av kvalitetsregister. Av tabell 5.4 framgår att ungefär var fjärde medicinsk sjuksköterska menar att beslutsgången kan vara ett hinder för införande av kvalitetsregister, andelen är lägre bland klinikcheferna.

Patientjournaler och uppgifter som registreras i avvikelsesystem är inte synkroniserade med kvalitetsregister. Det innebär ett visst merarbete för personalen. Av tabell 5.4 framgår också att detta uppfattas av många som ett hinder för att börja registrera i kvalitetsregister.

Tabell 5.4 Hinder för att införa kvalitetsregister (andel som svarat i mycket eller ganska stor utsträckning, procent)

	Beslutsgången försenar införande	Patientjournaler och uppgifter i avvikelssystem är inte synkroniserade med kvalitetsregistren
MAS i kommun	24	70
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	13	87
Verksamhetschef, medicinsk klinik	17	83

Av vår intervjuundersökning framgår att vård- och omsorgspersonal som under längre tid registrerat i kvalitetsregister inte upplever den bristande synkroniseringen som ett lika stort problem. Bland dem som arbetar på enheter som registrerar i Senior alert anser hälften att det är ett problem att patientjournalerna inte är synkroniserade med registret. Bland dem som arbetar på enheter som registrerar i Svenska palliativregistret anser 40 procent att detta är ett problem. Men det finns även de som hävdar motsatsen. De menar att det är värdefullt att teamet vid ett dödsfall samlas och diskuterar insatserna och vad som har hänt i samband med att man fyller i enkäten, och ser en risk för att sådana diskussioner skulle utebli om rapporteringen skulle göras direkt i journalen.

5.3.3 Hinder för att registrera i kvalitetsregistren

I våra tidigare delrapporter har vi redovisat tänkbara hinder för att registrera i kvalitetsregister. Redovisningen byggde till stora delar på vad som hade framkommit vid våra besök och intervjuer. Av tabell 5.5 framgår att flera av dessa hinder fortfarande är aktuella. Särskilt landstingsföreträdarna anser att det är ett problem att en huvudman inte kan hämta uppgifter från en annan huvudman. När man inte kan följa individen genom hela vårdkedjan kan incitamenten att registrera minska. Vidare uppfattar särskilt de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna att oklarheter kring hur de beslutsoförmögnas samtycke till registrering ska hanteras är ett hinder. Inom gruppen mest sjuka äldre utgör beslutsoförmögna ett betydande andel.

Tabell 5.5 Hinder för att registrera i kvalitetsregister (andel som svarat i mycket eller ganska stor utsträckning, procent)

	En huvudman kan inte hämta uppgifter från en annan huvudman	Det är oklart hur beslutsoförmögnas samtycke ska hanteras	Kommunen/landstinget kan inte fullt ut påverka ersättnings storlek
Äldreomsorgschef	44	40	48
MAS i kommun	49	59	52
Hälso- och sjukvårddirektör	56	37	13
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	65	48	43
Verksamhetschef, medicinsk klinik	58	41	43

Vid våra besök och intervjuer inom ramen för våra tidigare delrapporter har en ofta framförd synpunkt varit att kommunen och landstingen inte fullt ut kan påverka ersättnings storlek.²² Ungefär hälften av de kommunala företrädarna framhåller detta som ett hinder, andelen är lägre bland landstingsföreträdarna.

Inom landstingen är kvalitetsregister generellt sett vanligare. Vissa kliniker rapporterar till något enstaka register, medan andra registrerar i upp till 10-15 register. Tröskeln för att rapportera i nya register kan därför vara hög. Över 80 procent av verksamhetscheferna vid medicinska kliniker uppger också detta som ett hinder för registrering. Bland verksamhetscheferna vid geriatriska kliniker är det drygt hälften som menar att antalet kvalitetsregister kan vara ett hinder.

Tabell 5.6 visar att det generellt sett är relativt få som anser att bristande kunskaper hos personalen om förbättringsarbete och IT skulle vara ett hinder för registrering. Undantaget är de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna där 45 procent anser att bristande kunskaper hos personalen om förbättringsarbete är ett hinder. Inom ramen för vårt tidigare arbete har enheter som inte registrerar framfört att de redan använder

²² Det har till exempel förekommit att den totala andelen registreringar i Svenska palliativregistret i länet inte kommer upp till målvärdet trots aktiv registrering på kommunala boenden.

sig av de instrument som registren bygger på. Det är dock en minoritet av de svarande som menar att det skulle vara ett hinder att registren bygger på redan etablerade instrument.

Tabell 5.6 Hinder för att registrera i kvalitetsregister (andel som svarat i mycket eller ganska stor utsträckning, procent)

	Personalen saknar tillräcklig utbildning i förändringsarbete	Personalen saknar tillräckliga IT-kuskaper	Vissa register bygger på instrument som redan används i många verksamheter
Äldreomsorgschef	30	26	24
MAS i kommun	45	30	33
Hälso- och sjukvårddirektör	24	12	18
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	20	24	37
Verksamhetschef, medicinsk klinik	17	11	15

Vi har vidare frågat klinikcheferna och de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna om det kan vara ett hinder att registrering tar tid från vården och omsorgen. Närmare hälften (48 procent) av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna anser att detta är ett hinder. Bland verksamhetscheferna är det vanligare att man menar att tiden det tar att registrera utgör ett hinder: 78 procent av cheferna vid geriatriska kliniker och 89 procent av cheferna vid medicinska kliniker anser det.

5.4 Huvudmännens styrning av arbetet

5.4.1 Prestationsersättningens fördelning och användning

Prestationsersättningen för registrering i kvalitetsregister går till de kommunala och landstingskommunala huvudmännen. Det står huvudmännen fritt att bestämma över medlens användning. Det innebär att det inte finns några garantier för att utbetalda medel når de registrerande enheterna. Av knappt hälften av de svarande på enkätundersökningen upplevs denna osäkerhet utgöra ett hinder för registrering i kvalitetsregister. Andelen är något lägre bland kommunföreträdarna. Av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna är det 44 procent som menar att detta kan vara ett hinder för registrering.

Av tabell 5.7 framgår att prestationsersättningen främst går till utbildningsinsatser, men även till inköp av hjälpmedel. Som framgår är andelen som svarat "annat" relativt hög. Av de som väljer att specificera sitt svar är det flera som uppger att de ännu inte använt medlen eller att medlen gått in i huvudmannens generella budget. Men de allra flesta anger insatser som egentligen ryms i de fasta svarsalternativen.

Tabell 5.7 Vad används prestationsersättning till? (flera alternativ får anges, procent)

	Utbildningsinsatser	Inköp av hjälpmedel för förebyggande arbete	Inköp av teknisk utrustning	Anställt specialistkompetens	Annat
MAS i kommun	73	21	12	5	33
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	57	36	21	0	42
Verksamhetschef, medicinsk klinik	75	40	16	0	32

Om prestationsersättningen eventuellt ska fördelas vidare till de privata utförarna är upp till huvudmannen att bestämma. Närmare hälften av de verkställande direktörerna uppger i vår undersökning att prestationsersättningen inte har fördelats till någon av företagets registrerade enheter. Ungefär 10 procent av direktörerna uppger att ersättningen har fördelats vidare till företagets samtliga registrerade enheter.

5.4.2 Krav och incitament

Vi har även frågat om huvudmännen i sina egna ersättningssystem ger vård- och omsorgsenheterna en bonus om de registrerar i kvalitetsregistren. Av tabell 5.8 framgår att detta är relativt vanligt, särskilt hos landstinget. Vidare utgår i ett av landstingen vite om enheterna inte registrerar i enlighet med landstingets målnivåer.

Tabell 5.8 Bonus från kommun/landsting till vård- och omsorgsenheter för registrering (procent)

	Senior alert	Svenska palliativregistret	BPSD-registret	Svenska demensregistret	Ingen bonus alls
Kommun	39	35	9	1	59
landsting	75	63	19	38	19

Kommentar: Uppgift från äldreomsorgschef respektive hälso- och sjukvårdsdirektör

I enkätundersökningen har vi även ställt frågor om vilka krav på registrering som huvudmännen ställer i sina avtal med privata utförare. Det är till stor del via avtalen som huvudmännen styr sina utförare. Så gott som samtliga svarande hälso- och sjukvårdsdirektörer uppger att landstinget i avtalen med privata utförare ställer krav på registrering i kvalitetsregister. Bland de kommuner som har upphandlat privata utförare inom äldreomsorgen ställer knappt hälften motsvarande krav i avtalen.

5.5 Från registrering till förbättrat arbetssätt

5.5.1 Möjlighet att få ut och tolka data

Som tidigare framgått går det att löpande ta ut data ur Senior alert, Svenska palliativregistret och Svenska demensregistret. Detta är en viktig förutsättning för att kunna använda resultaten för att följa upp verksamheten. En annan förutsättning är att uppgifterna går lätt att tolka och förstå. Vår intervjuundersökning visar att bland personal som arbetar på enheter som registrerar i Svenska palliativregistret anser en knapp fjärdedel att utdataportalen inte fungerar tillfredsställande. Några kommentarer är att registret inte är användarvänligt, det tar för lång tid att lära sig att ta ut rapporter eller att gränssnittet är tråkigt. Vanliga svar är att man inte har känt till möjligheterna, det har inte funnits tid eller man har inte upplevt sig ha haft behov av portalen. På sjukhusavdelningar är man mer van att registrera i kvalitetsregister och att "det tar två år innan vi ser resultaten", vilket innebär att det finns en ovana att ta till sig löpande resultatinformation.

Bland användarna av Senior alert uppger en femtedel att in- och utdatafunktionerna inte fungerar tillfredsställande. Även vid våra länsbe-

sök har det framkommit att speciellt utdatafunktionen kan vara svår att förstå för personalen.

I vår förra delrapport konstaterades att det är angeläget att ansvariga för kvalitetsregistren så långt som möjligt eftersträvar enhetlighet, särskilt med tanke på att vård- och omsorgspersonalen ofta är ovana statistikanvändare. Genom den utdataportal som i år har skapats för att följa länens utveckling inom överenskommelsen olika målområden sker en viss samordning av data från de fyra registren. Vid våra länsbesök framkommer dock att det finns ett behov hos huvudmännen av ytterligare samordning mellan registren.

5.5.2 Användning av resultaten

Utvecklingen av kvalitetsregister syftar till att främja ett systematiskt förbättringsarbete, bland annat genom att stimulera till ett förändrat arbetssätt genom att resultaten regelbundet följs upp. Som tidigare framgått anger också ansvariga inom vården och omsorgen möjligheterna att följa upp resultat som ett viktigt skäl för att införa kvalitetsregistren.

Enligt äldreomsorgschefer är det dock relativt ovanligt att kommunledningen använder uppgifterna från kvalitetsregistren: fem procent av cheferna menar att kommunledningen i stor utsträckning använder dessa uppgifter. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har en nyckelroll i att följa upp verksamheterna. En tredjedel av dessa uppger dock att de inte i större utsträckning använder uppgifter från kvalitetsregister för att följa upp kvaliteten. Resultaten framgår av tabell 5.9.

Tabell 5.9 Används uppgifter från de aktuella kvalitetsregistren för att följa upp kvaliteten i vården och omsorgen? (procent)

	Ja, i stor utsträckning	Ja, i ganska stor utsträckning	Varken stor eller liten utsträckning	Nej, i ganska liten utsträckning	Nej, inte alls
Äldreomsorgschef	5	29	30	18	16
MAS i kommun	28	38	23	8	3
Hälso- och sjukvårddirektör	23	65	6	6	0
Verksamhetschef, geriatrisk klinik	13	48	23	16	0
Verksamhetschef, medicinsk klinik	25	32	28	13	2

Fråga: Använder kommunledningen/MAS/landstingsledningen/kliniken uppgifter från de aktuella kvalitetsregistren för att följa upp kvaliteten i vården?

Vi har även ställt följdfrågor till de som svarat att registren används i liten utsträckning för uppföljning. Merparten av dessa svaranden anser att det generellt finns utrymme för att förbättra kvalitetsuppföljningen. Merparten av de som använder kvalitetsregistren i liten utsträckning anser inte heller att de har andra uppföljningsinstrument som helt kan ersätta användning av kvalitetsregistrens uppgifter.

Vår intervjuundersökning med personal som arbetar vid vård- och omsorgsenheter visar att resultaten från kvalitetsregistren inte används i någon större utsträckning. Exempelvis uppger hälften av personalen på vård- och omsorgsenheter som sedan länge registrerar i Svenska palliativregistrets att registrets utdataportal och rapporterna som finns där är okända för dem. Ungefär 40 procent av de intervjuade menar att resultaten tas upp på möten och arbetsplatsträffar, men att det i många fall inte sker regelbundet. Vidare förekommer det att de intervjuade aldrig varit med om att man följt upp resultaten i registret. De som arbetar på särskilda palliativenheter säger dock att de har regelbundna möten där personalen går igenom resultaten.

Även bland personal som arbetar på vård- och omsorgsenheter som definieras som aktiva användare av Senior alert är det relativt få som använder sig av de rapporter som kan hämtas i utdataportalen. Anledningen är att de inte känner till dessa möjligheter. En del av de inter-

vjuade ser frågan om resultat som underordnad, bara det att man faktiskt fyller i enkäten ger möjlighet till eftertanke.

Också vid våra länsbesök har flera framfört att användningen av registren och registerdata ofta hamnar i skymundan av annat arbete. Vid länsbesöken betonas vikten av cheferna efterfrågar utdata och att uppföljning av resultat uppmuntras för en mer aktiv användning av kvalitetsregistren.

5.5.3 Påverkan på arbetssättet

Av intervjuundersökningen framgår att kvalitetsregistren kan ha stimulerat visst förbättringsarbete. Exempelvis menar en tredjedel av de som arbetar på enheter som registrerar i Svenska palliativregistret att registreringen kan ha lett till förbättringar av informationen till anhöriga om att döden är nära och att döende inte ska behöva dö ensamma. Bilden är dock splittrad. Ungefär en lika hög andel menar att detta förbättringsarbete troligen hade skett ändå. Mindre än hälften av de som arbetar på enheter som definieras som aktiva användare i Senior Alert menar att arbetssättet på ett tydligt sätt har förbättrats. De som menar att arbetssättet har förbättrats framhåller främst möjligheterna att arbeta förebyggande och att rutinerna blivit säkrare.

5.6 Sammanfattande iakttagelser

5.6.1 Stora behov av mer samordnad infrastruktur

Även om det finns en samstämmig bild att effekterna av registrering är positiv, pekar resultaten på att det kan finnas hinder och svårigheter både med att komma igång med att registrera och att använda resultaten från registren. Bland de svårigheter som lyfts fram och faktorer som försvårar registrering syns behoven av en mer systematiserad samordning av de informationssystem som används i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Förhållandevis många av de svarande anser att det är problematiskt att uppgifter från ett register inte kan föras över till ett annat och att samordningen mellan register och journaler fortfarande är svag. Statskontoret noterar att det inom detta område pågår ett utvecklingsarbete. Detta är problem som kan antas minska om infrastrukturen systematiseras, exempelvis upplever många att registreringen tar för mycket tid. Ett annat skäl att utveckla en mer samordnad

infrastruktur är att detta underlättar validering och kvalitetssäkring av data.

5.6.2 Kvalitetsregistren är relevanta

Sammantaget visar resultaten av de undersökningar Statskontoret genomfört att registren har stort stöd hos både huvudmän, verksamhetsledningarna och ute i verksamheterna. De svarande uppfattar frågorna och upplägget i registren som relevanta. Det finns en spridd uppfattning om att registrering i kvalitetsregistren faktiskt kan bidra till förbättringar i verksamheterna.

5.6.3 Löpande resultatinformation används i liten utsträckning i verksamheterna

När frågor ställs om den konkreta användningen och om på vilket sätt registren bidrar till förbättringar, framträder resultat som pekar på att det finns områden att utveckla. Resultaten visar att även om många ser nytta med kvalitetsregister och uppfattar dem som ett stöd i vardagen, så har resultatinformationen inte kommit att bli ett instrument för förbättringsarbete i verksamheterna på längre sikt. Detta eftersom resultatdata inte används som en löpande del av verksamheten.

Den bristande kännedomen om resultatinformationen indikerar att man i verksamheterna inte alltid ser kopplingen mellan registrering och användning. I detta sammanhang är det intressant att regeringen och SKL identifierat chefsnivån som en strategisk nivå som kan och bör efterfråga resultatinformation och som också kan sätta tryck i det arbetet, bland annat genom att bidra med återkoppling och feedback till personalen på den egna enheten.

Öppna jämförelser och idén om resultatjämförelser generellt, bygger på tanken att jämförelse av det egna resultatet i relation till andra, kan skapa tryck för förändring. På detta sätt är resultatinformationen en viktig komponent i förbättringsarbetet. Det är således viktigt att hitta sätt att stimulera användningen av registren.

5.6.4 Viktigt att prestationsmedlen återförs

Från regeringens och SKL:s sida anges att syftet med den prestationsbaserade ersättning som kopplas till kvalitetsregistren, i första hand är

att få till stånd ett förändrat arbetssätt. Någon utvecklad diskussion om hur medelsfördelningen ska ske eller hur pengarna ska fördelas efter genomförd prestation förs inte. I stället anges att det är varje huvudmans ansvar att bedöma hur prestationsmedlen ska fördelas. Resultaten av Statskontorets enkätundersökning visar att frågan om vilka enheter som får del av prestationsmedel i slutändan har stor betydelse för motivationen att registrera i kvalitetsregister. Frågan är av betydelse även för de privata utförarna av vård och omsorg om äldre. Här finns risk för att incitamenten att registrera minskar om belöningen uteblir. Detta bekräftas av Statskontorets tidigare delrapporter.

Med den utformning som överenskommelsen har menar Statskontoret att det ligger ett stort ansvar på huvudmännen att återföra ersättningen till de verksamheter som bidragit till överenskommelsens prestationsmål, oavsett i vilken regi verksamheten bedrivs.

5.6.5 Privata utförare omfattas inte på samma sätt

Resultaten pekar på att de privata utförarnas uppfattningar om att registrera i kvalitetsregistren inte skiljer sig från offentliga utförare. Resultaten visar också att prestationsersättningen sällan kommer de privata utförarna till del, medlen stannar hos huvudmannen.

Undersökningarna visar också att i mindre än hälften av kommunerna ställs det krav i avtalen med privata huvudmän att de ska registrera i kvalitetsregistren. Statskontoret har tidigare pekat på vikten av att det finns ett krav på registrering i avtalet med utföraren som en kritisk faktor för att komma igång med registrering. Huvudmännens huvudsakliga styrning av de privata utförarna sker via avtal.

6 Överenskommelsens indikatorer

I detta kapitel redogör vi närmare för överenskommelsens styrlogik och de indikatorer som överenskommelsen till stora delar bygger på. I överenskommelsen betonar parterna att statliga stimulansbidrag inom äldreområdet framför allt ska kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Syftet är att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka samverkan mellan kommuner och landsting. Ungefär tre fjärdedelar av satsningen består av prestations- eller resultatbaserade medel.

Delar av de prestationsbaserade medlen är en fortsättning på satsningar på deltagande i kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert i tidigare överenskommelser. I år har två ytterligare kvalitetsregister inom äldreområdet tillkommit.

Årets överenskommelse innehåller även fem indikatorer som tar sikte på nya områden jämfört med tidigare års överenskommelser:

- *Olämpliga läkemedel, Olämpliga läkemedelskombinationer och Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre* (sammanvägt som ett medelvärde).
- *Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar* (sammanvägt i ett index).

Ersättningen utifrån läkemedelsindikatorerna syftar till att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. I överenskommelsen framhålls att äldre använder läkemedel alltmer och att detta innebär påtagliga risker för biverkningar och olämpliga läkemedelsinteraktioner. Ersättningen utifrån indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar syftar till att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg som utgår från den äldres behov.

6.1 Allmänt om indikatorer²³

Innan vi närmare beskriver indikatorerna i överenskommelsen, ger vi en allmän beskrivning av prestations- och resultatbaserad ersättning och indikatorer i stort.

6.1.1 Drivkrafter och risker med prestations- och resultatbaserad ersättning

Att koppla en särskild ersättning till vissa resultat bygger på antagandet att man via ekonomisk belöning kan förmå aktörer att agera på ett annat sätt än vad de annars skulle ha gjort. Vissa problem ska uppmärksammas och ges högre prioritet än vad som varit fallet dessförinnan.

Det kan dock finnas risk för att en sådan omprioritering går för långt och leder till att andra viktiga mål åsidosätts. Sådana icke avsedda effekter kan uppkomma om den ekonomiska ersättningen till exempel tränger ut professionella normer i vården och omsorgen.

Det är inte heller alltid säkert att en resultatersättning får avsedd effekt. Den kan till exempel stå i konflikt med andra ekonomiska incitament. Vidare kan en ersättning som inte ger en tillräcklig kompensation för de uppoffringar som krävs leda till att effekten uteblir.

6.1.2 Olika typer av indikatorer

Inom forskningen brukar det göras åtskillnad på om indikatorerna tar sikte på struktur-, process- eller resultatkvalitet:

- *Strukturkvalitet* handlar om förutsättningarna för att bedriva en vård och omsorg av god kvalitet. Det kan till exempel gälla personalens kompetens eller utrustningens säkerhet.

²³ Avsnittet bygger till stora delar på Anell, A (2012), *Uppföljning av en ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC) – Delrapport 2: Erfarenheter och förutsättningar för fortsatt utveckling*, 2012-05-30; Anell, A (2010), *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7 samt Ryan A M, et al (2009), *The relationship between Medicare's process of care quality measures and mortality*, Inquiry, vol. 46, 274-290.

- *Processkvalitet* syftar på de åtgärder och prestationer som genomförs för att åstadkomma en god vård och omsorg, till exempel riskbedömningar för fall och undernäring.
- *Resultatkvalitet* tar sikte på utfallet på vårdtagarnas och brukarnas hälsotillstånd av de åtgärder som görs i processen, bland annat i termer av förbättrad funktionsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet och överlevnad.

Struktur- och processindikatorer

Att använda struktur- och processindikatorer skapar incitament för att förändra vårdens och omsorgens organisation eller vidta utpekade åtgärder. Dessa indikatorer kan därför vara lämpliga om syftet i första hand är att föra ut evidensbaserad kunskap i större skala.

Då dessa indikatorer framförallt syftar till att implementera enhetliga strukturer och standardiserade åtgärder är de lämpliga när lokala processer och strukturer varierar och det finns utrymme för att nå förbättringar. I takt med att de brister som först identifierades åtgärdas, kan det finnas skäl att revidera eller byta ut dessa indikatorer.

Resultatindikatorer

När resultatindikatorer används läggs fokus på *vad* som ska uppnås och utförarna ges ökade frihetsgrader när det gäller *hur* målen ska nås. Dessa indikatorer är lämpliga när man vill stimulera lokalt förbättringsarbete eller då de insatser som krävs för att nå resultat varierar mellan olika patienter. Resultatindikatorer är lämpliga när det är oklart vilka metoder som är bäst eller när tillgänglig evidens om åtgärder på struktur- och processnivå redan tillämpas.

Till skillnad från struktur- och processmål kan resultatmål användas för styrning på längre sikt. Därför finns inte heller samma behov av att revidera indikatorerna efter hand. Verksamheter som redan uppnår goda resultat kan hela tiden förbättra nyttan för brukare och patienter ytterligare.

Sett ur vårdtagarens eller brukarens perspektiv är patientnyttan eller nyttan för brukarna, dvs. livskvalitet och överlevnad, de viktigaste resultatmålen. Sådana önskade mål kan emellertid ta lång tid att uppnå. Då kan det finnas anledning att på kortare sikt i stället följa upp vissa

intermediära (mellanliggande) resultatmål. Det kan till exempel handla om kliniska värden eller undvikande av vårdskador.

Risker med indikatorerna

Det finns också olika risker förknippade med respektive indikator.

När struktur- och processindikatorer används är den främsta risken att kopplingen mellan de åtgärder som vidtas och den förväntade nyttan för brukare och patienter är svag. Det kan ibland vara svårt att påvisa att det finns ett kausalt samband mellan utvalda indikatorer och vårdens eller omsorgens resultat.

En risk med resultatindikatorer är att hänsyn inte alltid tas till skillnader i patient- eller brukarsammansättning mellan olika utförare. Det kan få till följd att de utförare som tar sig an sjukare patienter och brukare "straffas" då dessa utförare får svårare att nå målen. Denna risk är större för utförare med ett litet underlag än för de som tar emot många patienter och brukare där olika nivåer av sjuklighet tar ut varandra. Risken ökar således ju lägre nivåer inom vård- och omsorgssystemet som tillämpar ett ersättningssystem baserat på resultatindikatorer. Vidare kan det vara resurskrävande att följa upp resultat hos patienter och brukare. För process- och strukturindikatorer handlar det däremot ofta om att bocka av olika åtgärder som ska ha genomförts.

För resultatindikatorer gäller även att insatta åtgärder inte alltid leder till förväntat resultat. Så kan bli fallet om det är oklart för utförarna hur de ska gå tillväga för att kunna förändra utfallet.

Risken för manipulation av data och att utförare försöker hitta genvägar gäller oavsett vilken typ av indikatorer som används. Riskerna för manipulation minskas om utförarna själva använder de data som registreras, till exempel för uppföljning av sina enheter.

Drivkrafter och risker – En sammanfattning

I tabell 6.1 redovisas de huvudsakliga drivkrafterna och riskerna för de olika typerna av indikatorer.

Tabell 6.1 Drivkrafter och risker

Typ av indikator	Exempel	Incitament	Risker
<i>Struktur</i>	Förekomst av fast kontakt i vården och omsorgen	Införa utpekade åtgärder, förändra organisation på det sätt som avses.	Svag koppling mellan indikator och nytta för brukare och patienter Protokollstyrd vård och omsorg
<i>Process</i>	Samordnad planering	Se ovan	Se ovan
<i>Intermediärt resultat</i>	Andel äldre med trycksår	Förbättrat resultat genom att införa evidensbaserade strukturer, åtgärder och processer genom eget förbättringsarbete.	Tar inte hänsyn till skillnader i patient- och brukar-sammansättning. Insatta åtgärder avspeglas inte alltid i förbättrat resultat.
<i>Resultat</i>	Livslängd och livskvalitet	Se ovan	Se ovan

Mängden indikatorer

För att beakta alla aspekter av vård- och omsorgskvalitet kan det krävas många indikatorer. Det är emellertid svårt att styra med alla dessa indikatorer. Därför behöver indikatorer ofta vägas ihop till ett mått. Ett mått riskerar dock att bli dock trubbigare ju fler indikatorer som vägs samman. Om antalet indikatorer däremot är få ökar risken för undanträngning av viktiga kvalitetsaspekter. Risken är då större att verksamheterna i första hand väljer att fokusera på de aspekter (indikatorer) som ger pengar.

Om det finns indikatorer som naturligen samvarierar, dvs. att indikatorerna förändras i samma riktning, kan det vara möjligt att skära ned antalet indikatorer. Då kan en eller några indikatorer fungera som närmvärde för ett flertal indikatorer. En risk är dock utförarna snarare fokuserar på dessa närmvärden än på verkliga förändringar.

6.2 Indikatorer i överenskommelsen

I överenskommelsen anges som mål att äldre kan "åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg." Det sak-

nas dock indikatorer som relaterar till detta mål, dvs. indikatorer som tar sikte på kvaliteten på vården och omsorgen för målgruppen. I vissa fall sammanfaller indikatorerna med satsningens delmål, i andra fall är kopplingen mer indirekt. Majoriteten av indikatorerna i överenskommelsen tar sikte på struktur- och processkvalitet.

I det följande redogör vi för respektive indikator i överenskommelsen. De indikatorer som rör registrering och användning av kvalitetsregister behandlas kortfattat. En mer utförlig beskrivning av dessa indikatorer finns i kapitel 4 och 5.

6.2.1 Strukturindikatorer

Registrering i Svenska palliativregistret

Koppling till mål för satsningen:

Kopplad till målet att Svenska palliativregistret ska användas i alla berörda verksamheter.

Konstruktion:

Samtliga inkomna dödsfallsenkäter delat med Skatteverkets dödsfallsaviseringar.

Tröskelvärde:

70 procent täckningsgrad.

Fördelningsmekanism:

Fördelas till kommuner och landsting som kvalificerat sig för ersättning i relation till antalet folkbokförda personer 65 år och äldre i respektive kommun och landsting vid ingången av år 2012.

Eventuella undanträngningseffekter:

Själva registreringen kan möjligen ta tid från vården av patienterna.

Mätperiod:

1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Något tydligt formulerat problem som bakgrund till indikatorn finns inte dokumenterat i överenskommelsen eller bilagan till den. Syftet med Svenska palliativregistret är dock att stegvis åstadkomma förbättringar av vården i livets slutskede.

Registret kompletterar den kunskapsstyrning som finns inom området.²⁴ Registreringen i registret sätter fokus på vissa aspekter av den palliativa vården och en central tanke är att registrering i sig ska leda till förbättringar inom de områden som behandlas i registret. Vidare förväntas jämförelser skapa ett förändringstryck som ska leda till förbättringar.

Indikatorn mäter direkt det man vill uppnå med stödet och är svår att manipulera.

Flera av egenskaperna delar denna indikator med de andra indikatorerna som rör registrering i kvalitetsregister, nämligen:

- Ersättningen för registreringen går till huvudmännen. Det finns ingen garanti för att ersättningen kommer de registrerande enheterna till del. Detta kan försvaga incitamenten att registrera. I de kommuner och landsting där medel fördelas vidare ut till enheterna är tillskottet förhållandevis begränsat om det slås ut på varje registrering. Kommun- och landstingsledningarna får därmed en viktig roll när det gäller att stimulera sina enheter att registrera.
- Vid våra länsbesök har personalen generellt framfört att de fyra kvalitetsregistren täcker relevanta och angeläga förbättringsområden inom vården och omsorgen. Vidare visar vår enkätundersökning att ansvariga i vården och omsorgen om äldre uppfattar registren som relevanta.

En redogörelse av årets utfall har getts i kapitel 4.

²⁴ Nuvarande normer för hur palliativ vård bör bedrivas är samlad i ett Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014. Detta program kompletteras av Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer (Socialstyrelsen).

Registrering i Senior alert

Koppling till målen för satsningen:

Kopplad till delmålet ”preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert används i alla relevanta verksamheter”.

Konstruktion:

Andel relevanta verksamheter, oavsett driftsform, som har påbörjat registrering i Senior Alert.

Tröskelvärde:

Indikatorn har inget tröskelvärde.

Fördelningsmekanism:

Medel fördelas i proportion till antalet registreringar.

Eventuella undanträngningseffekter:

Själva registreringen kan möjligen ta tid från vården av patienterna.

Mätperiod:

1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Av överenskommelsen framgår att förekomsten av trycksår, undernäring, fallskador och dålig munhälsa bland sjuka äldre är större än den skulle behöva vara. Systematisk och regelbunden riskbedömning som registreras i Senior alert förväntas leda till att preventiva åtgärder vidtas i större utsträckning och att förekomsten av trycksår, undernäring, fallskador och dålig munhälsa därigenom minskar.

För att få ersättning ska alla relevanta enheter delta i Senior alert. I praktiken krävs endast att dessa enheter har anslutits till registret. I tidigare delrapporter har vi påpekat att det saknas en entydig definition av relevanta enheter. Inte heller i år finns en helt tydlig definition. Detta medför att det finns viss risk för manipulation.

En redogörelse av årets utfall har getts i kapitel 4.

Registrering i Svenska demensregistret

Koppling till målen för satsningen:

Kopplad till målet om ”god demensvård” och delmålet att ”Svenskt demensregister och Svenskt register för beteendestörningar och psykiska symptom vid demens används i alla berörda verksamheter.”

Konstruktion:

Antalet personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit utredning med registrering i Svedem via primärvården oavsett driftsform.

Tröskelvärde:

Indikatorn har inget tröskelvärde.

Fördelningsmekanism:

Fördelas till landsting i relation till antalet utförda registreringar av personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit demensutredning i primärvården.

Eventuella undanträngningseffekter:

Själva registreringen kan möjligen ta tid från vården av patienterna.

Mätperiod:

1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Av överenskommelsen framgår att nuvarande behandling av patienter med demenssjukdomar inte bedöms vara likvärdig och optimerad. För att öka täckningsgraden i primärvården ges stöd till landstingen i direkt proportion till antalet registreringar.

Det finns inga tröskeffekter för indikatorn, vilket innebär att det finansiella incitamentet i princip är detsamma för varje patient som landstinget registrerar.

Indikatorn mäter direkt det man avser stimulera, vilket gör att den är svår att manipulera.

En redogörelse av årets utfall har getts i kapitel 4.

Registrering i BPSD-registret

Koppling till målen för satsningen:

Kopplad till målet om ”god demensvård” och delmålet att ”Svenskt demensregister och Svenskt register för beteendestörningar och psykiska symptom vid demens används i alla berörda verksamheter.”

Konstruktion:

Antalet utförda registreringar i BPSD-registret.

Tröskelvärde:

Indikatorn har inget tröskelvärde.

Fördelningsmekanism:

Till kommunerna i relation till antalet utförda registreringar i BPSD-registret.

Eventuella undanträngningseffekter:

Själva registreringen kan möjligen ta tid från vården av patienterna.

Mätperiod:

1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Av överenskommelsen framgår att nuvarande behandling av patienter med demenssjukdomar inte bedöms vara likvärdig. Syftet med BPSD-registret är att införa ny kunskap om hur omvårdnad vid demenssjukdom kan förbättra livskvaliteten för demenssjuka personer och minska inslagen av tvång. Med hjälp av registret förväntas nya arbetssätt kunna införas i vården och omsorgen. Registret är relativt nytt och man önskar stödja dess införande i verksamheterna.

Indikatorn mäter direkt det man avser stimulera, vilket gör att den är svårt att manipulera.

En redogörelse av årets utfall har getts i kapitel 4.

6.2.2 Processindikatorer

Registrering av brytpunktssamtal i Svenska palliativregistret

Koppling till målen för satsningen:

Indirekt kopplad till det övergripande målet om god vård i livets slutskede.

Konstruktion:

Andelen av förväntade dödsfall där brytpunktssamtal har genomförts.

Summan av:

1) de dödsfall där patientens förmåga att delta i medicinska beslut angivits till veckor eller mindre före dödsfallet och där information har getts till patienten av läkare, 2) de dödsfall där patientens förmåga att delta i medicinska beslut angivits till en månad eller mer före dödsfallet och där information har getts till närstående av läkare samt 3) de dödsfall där patientens förmåga att delta i medicinska beslut angivits till en månad eller mer före dödsfallet och det saknas närstående,

Delas med:

samtliga av sjukvården väntade dödsfall.

Tröskelvärde:

60 procent av förväntade dödsfall.

Fördelningsmekanism:

Kommuner och landsting som klarat kvalificeringskraven (70 procent täckningsgrad i Palliativregistret och brytpunktssamtal vid minst 60 procent av förväntade dödsfall) i relation till antalet folkbokförda personer 65 år och äldre i respektive kommun och landsting vid ingången av år 2012.

Eventuella undanträngningseffekter:

Själva registreringen kan möjligen ta tid från vården.

Mätperiod:

1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Det förs ingen diskussion i överenskommelsen eller bilagan om valet att koppla medel till brytpunktssamtal framför andra åtgärder. Riktlinjerna i vårdprogram och kunskapsstöd påverkar också förekomsten av brytpunktssamtal. Det är svårt att bedöma i vilken utsträckning det är riktlinjerna eller registreringen i registret som har störst effekt.

Indikatorn mäter direkt det man avser stimulera. Inskränkningen till förväntade dödsfall, som i sig är logisk, påverkar emellertid indikatorns reliabilitet och manipulerbarhet. Förmågan att bedöma förväntade dödsfall skiljer sig mellan vårdenheter.

Flera av egenskaperna delar denna indikator med den indikator som rör riskbedömning i Senior alert, nämligen:

- Indikatorn är enkel att mäta och svår att missförstå för den som ska registrera. Även om personalens professionalitet och etik ofta borgar för att rätt uppgift rapporteras till registren, kan dock inte risken för felaktig rapportering uteslutas.
- Indikatorn är på samma sätt som indikatorerna som rör registrering i registren i hög grad beroende av att kommun- respektive lands- tingsledningarna ställer krav på sina enheter.

En redogörelse av årets utfall har getts i kapitel 4.

Riskbedömning i Senior alert

Koppling till målen för satsningen:

Kopplad till delmål inom området God hälsa, vård och omsorg: "Preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert används i alla relevanta verksamheter".

Konstruktion:

Andel av boende i särskilt boende (SÄBO) för vilka en i Senior alert registrerad riskbedömning gjorts under det senaste året.

Tröskelvärde och fördelningsmekanism:

För 90 procent av boende i SÄBO ska en riskbedömning med registrering i Senior alert ha gjorts under det senaste året.

Eventuella undanträngningseffekter:

Själva registreringen kan möjligen ta tid från vården.

Mätperiod:

1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Syftet med Senior alert är att införa ett vårdpreventivt arbetssätt i vården och omsorgen om den äldre. Registret är uppbyggt kring två övergripande delar: riskbedömning och förebyggande åtgärder. Denna indikator tar således sikte på det första ledet i registret, dvs. bedömningen av vilka risker vårdtagaren löper för fall, trycksår, undernäring och bristande munhälsa.

Indikatorn mäter direkt det man avser stimulera.

En redogörelse av årets utfall har getts i kapitel 4.

Olämpliga läkemedel, Läkemedelskombinationer och Läkemedel mot psykos i särskilt boende

Koppling till målen för satsningen:

Indirekt kopplad till delmålen att läkemedelsbehandling ska följa Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi för äldre och att antalet äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade problem ska minimeras.

Konstruktion av indikator:

1. Olämpliga läkemedel

Antalet patienter till vilka särskilt utpekade läkemedel har förskrivits delas med samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

2. Läkemedelskombinationer

Andelen 80 år och äldre som använder läkemedel med risk för D-interaktioner. Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas ha använt minst en läkemedelskombination med risk för D-interaktioner delas med samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

3. Läkemedel mot psykos i särskilt boende

Via ApoDos²⁵ expedierade antipsykotiska läkemedel.

Sammansatt indikator:

Ersättning fördelas till de län eller regioner som uppnår en genomsnittlig minskning av indikatorerna med 10 procent eller mer. Indikatorerna vägs samman med lika vikter.

Fördelningsmekanism och tröskelvärde:

325 miljoner kronor fördelas till de län som uppnår en minskning på 10 procent. Till kommunerna utbetalas 70 procent av medlen och 30 procent utbetalas till landstinget i länet. För att medlen ska betalas ut krävs att minst fem län klarar det uppsatta målet. Är det färre än fem län som når målet får de som klarar det uppsatta målet dela på 200 miljoner kronor.

Eventuella undanträngningseffekter:

Eftersom indexet tar sikte på tre indikatorer finns risk för att andra indikatorer som Socialstyrelsen identifierat trängs undan. Hur stor denna effekt kan vara går dock inte att närmare uppskatta.

Mätperiod:

Nivån i september 2012 jämförs med nivån i september 2011.

Förskrivningen av läkemedel till personer som är 75 år och äldre har ökat med nära 70 procent de senaste 20 åren. Socialstyrelsen har redovisat de problem som felaktig läkemedelsanvändning orsakar.²⁶

²⁵ Apotekets dosexpedierade läkemedel.

²⁶ Socialstyrelsen, Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

Läkemedelskombinationer leder till vårdskador och onödiga kostnader för vården.

Problemet med förskrivningen av olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer och läkemedel mot psykos till äldre är till stor del en kunskapsfråga. Socialstyrelsens nationella riktlinjer tar sikte på att förbättra kunskaperna inom området. Även nationella och regionala vårdprogram är viktiga komponenter i kunskapsstyrningen.

Den förskrivande läkaren påverkas inte direkt av ersättningen. För att stimulansmedlen ska få genomslag krävs att landsting och kommuner försöker påverka förskrivningsrutinerna. Detta kan ske genom informations spridning, utbildning, riktlinjer, eller möjligen genom utformningen av huvudmännens egna ersättningssystem.

Indikatorn är uppbyggd av tre delindikatorer. Detta medför att indikatorn blir trubbigare i ett styrningsperspektiv. Det är till exempel möjligt att uppnå målvärdet genom att endast en delindikator utvecklas starkt. Vidare utgör de två indikatorerna olämpliga läkemedel och olämpliga läkemedelskombinationer en liten delmängd av de totalt 35 indikatorer som definierats av Socialstyrelsen. Indikatorn Läkemedel mot psykos i särskilt boende saknas helt i Socialstyrelsens sammanställning.²⁷

För samtliga delindikatorer hämtas data från Läkemedelsregistret. Data i detta register är svåra att manipulera. Däremot föreligger ett visst reliabilitetsproblem då registret inte innehåller data om förskrivning i slutenvården eller dosdispenserade läkemedel. I dagsläget torde detta i huvudsak vara ett problem när det gäller antipsykotiska läkemedel i särskilt boende.

Teoretiskt skulle de indikatorer som valts ut kunna användas för att bedöma om utvecklingen går i rätt riktning. För det krävs att man kan göra för troligt att de olika indikatorerna samvarierar, dvs. om de utvalda indikatorerna minskar så rör sig även de andra indikatorerna i rätt riktning. Detta blir dock svårt att bedöma då endast en begränsad del av Socialstyrelsens 35 indikatorer går att följa upp.

Det tar tid för evidens att slå igenom i den kliniska vardagen. Samtidigt är det rimligt att anta att nya rutiner är varaktiga när de väl implemen-

²⁷ Socialstyrelsen, God läkemedelsterapi för äldre.

terats. Därför är det inte sannolikt att förskrivningen skulle falla tillbaka i gamla mönster den dag stimulansmedlen upphör. Det är dock viktigt att ha i åtanke att läkares drivkrafter ytterst vilar på yrkesetik och en strävan om att tillhandahålla vård av god kvalitet.

Vid våra länsbesök har det framförts att indexet tar sikte på ett relevant och viktigt område.

Vid tidpunkten för datainsamlingen för vår rapport hade årets utfall för indikatorn ännu inte redovisats. Det kan dock konstateras att indexet minskat något, sett över hela landet. Inget län eller regiondel hade vid mitten av september 2012 uppnått detta värde. Enligt SKL är det dock två län som kommer att nå målnivån.

6.2.3 Resultatindikatorer

Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar

Koppling till målet för satsningen:

Kopplad till målet om att skapa samverkan och samordning.

Konstruktion:

1. Återinläggningar inom 30 dagar

Antal oplanerade och planerade återinskrivningar, oavsett diagnos och klinik, inom 1–30 dagar delat med totalt antal vårdtillfällen för aktuell mätperiod.

2. Undvikbar slutenvård

Antal vårdtillfällen med slutenvård delat med totalt antal vårdtillfällen. Måttet innefattar vårdtillfällen orsakade av tretton utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården.

Sammansatt indikator:

Nivån i september 2012 jämförs med nivån i september 2011 för de två indikatorerna. De procentuella förändringarna vägs samman med lika vikter.

Tröskelvärde och fördelningsmekanism:

325 miljoner kronor fördelas till de län som uppnår en minskning på 10 procent av indexet. 70 procent av medlen utbetalas till kommunerna och 30 procent till landstinget i länet. Det krävs att minst fem län klarar det uppsatta målet att minska det sammanvägda indexet med 10 procent. Är det färre får de som klarar det uppsatta målet dela på 200 miljoner kronor.

Undanträngningseffekter:

Betoningen på en delmängd diagnoser skulle kunna få negativa effekter på ansträngningarna att undvika slutenvård för andra diagnoser. Hur stor denna effekt kan vara går dock inte att närmare uppskatta.

Mätperiod:

Nivån i september 2012 jämförs med nivån i september 2011.

I överenskommelsen redovisas inte uttryckligen något bakomliggande problem, men det handlar om att undvika slutenvården genom bättre insatser inom till exempelvis öppenvården och den kommunala omsorgen. En sådan utveckling förväntas ge en lägre samlad kostnad och förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.

Trots att landstingen redan har starka ekonomiska incitament att minska undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar och även förfogar över en del åtgärder som kan vidtas har utvecklingen hittills inte gått i rätt riktning. Kommunernas ursprungliga ekonomiska inci-

tament att verka för minskade återinläggningar och undvikbar slutenvård är däremot svagare.

Förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och sättet att diagnostisera kan variera mellan landstingen. Givet att sättet att diagnostisera inte förändras sig över tid inom ett landsting innebär inte en sådan variation något problem.

Det är svårt att definiera vad som är möjliga och eftersträvarvärda nivåer för undvikbar slutenvård respektive återinläggningar. Förutsatt att man med rimlig säkerhet kan säga att det är medicinskt försvarbart att minska antalet slutenvårdstillfällen är det även motiverat att på lämpligt sätt söka åstadkomma en sådan minskning. Förr eller senare inträder dock frågan vad som är att betrakta som en rimlig nivå.

Vid våra länsbesök har det framförts att indikatorerna kring undvikbar slutenvård och återinläggningar skulle kunna driva fram nödvändig samverkan mellan kommun och landsting. Det har dock framkommit att det är oklart för huvudmännen och verksamheterna vilka insatser som krävs för att nå resultaten.

Till skillnad från övriga indikatorer måste värden för denna indikator sammanställas utifrån landstingens journalsystem. Det medför en eftersläpning i presentationen av utfallet. Vid tidpunkten för datainsamlingen för vår rapport hade årets utfall för indikatorn ännu inte redovisats. Det är svårt att bedöma om och i sådana fall hur många län som kommer att nå målvärdet. Flera av de berörda som vi under arbetets gång har varit i kontakt med bedömer dock att det inte är troligt att målnivåerna kommer att nås i någon större utsträckning.

6.3 Sammanfattande iakttagelser

6.3.1 Indikatorerna omfattar relevanta områden

Statskontorets besök och intervjuer visar att många som arbetar med vård och omsorg om äldre anser att indikatorerna täcker in angelägna och relevanta områden. Det gäller såväl kvalitetsregistren, läkemedelsindikatorerna som indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg. Vid våra länsbesök har det framförts att indikatorerna kring undvikbar

slutenvård och återinläggningar skulle kunna driva fram nödvändig samverkan mellan kommun och landsting.

Med en prestations- och resultatbaserad ersättning finns alltid en risk för suboptimering och nedprioritering av andra viktiga insatser. Utöver det faktum att indikatorn kring slutenvården kan vara förknippad med vissa undanträngningsrisker, har vi under detta första år av vår uppföljning inte fått några direkta indikationer på risker för uppenbara undanträngningseffekter. Det är dock viktigt att hela tiden vara vaksam för sådana risker. Exempelvis berörs inte delar av den sociala omsorgen och innehållet i den äldres vardag av indikatorerna.

6.3.2 Mest struktur- och processindikatorer, få resultatindikatorer

Satsningen består mest av olika struktur- och processindikatorer, till exempel registrering i kvalitetsregister. Sådana indikatorer är lämpliga när enhetliga strukturer och standardiserade åtgärder eftersträvas. Statskontoret har i tidigare delrapporter konstaterat att en sådan satsning kan medföra ett mer strukturerat sätt att utveckla vården och omsorgen om mest sjuka äldre.

Det är få indikatorer i satsningen som tar sikte på resultat. Ingen indikator fångar heller det övergripande målet för satsningen: att äldre kan "åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg". Även om det är svårt och förenat med många avvägningar är det viktigt att successivt arbeta fram mål och indikatorer som även tar sikte på effekter på längre sikt och som rör den faktiska vårdens och omsorgens resultat.

Det gemensamma indexet för återinläggningar och undvikbar slutenvård visar att det kan vara svårt att utforma lämpliga resultatindikatorer. En risk med sådana indikatorer är att insatta åtgärder inte alltid avspeglas i förbättrat resultat. Vidare bör huvudmän och verksamheter förfoga över sådan kunskap att de vet hur de ska gå tillväga för att förändra ett utfall. Så är dock inte fallet när det gäller undvikbar slutenvård. Det är oklart för huvudmännen och verksamheterna vilka åtgärder som krävs för att nå det uppsatta målet.

6.3.3 Litet genomslag för de nya indikatorerna första året

I år innehåller satsningen fem nya indikatorer: undvikbar slutenvård, återinläggningar inom 30 dagar, olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer och läkemedel mot psykos i äldreboende. Måluppfyllelsen hittills har varit begränsad. Även vid våra länsbesök har det framkommit att framförallt inom den delen som rör undvikbar slutenvård uppfattas utformningen av indikatorn som problematisk och i vissa delar svår att förstå.

En förklaring till det begränsade utfallet är att det är svårt för huvudmännen att finna relevanta tillvägagångssätt och instrument för att uppnå bättre samordning. I överenskommelsen saknas en närmare analys kring vilka institutionella hinder som kan finnas för samverkan och samordning mellan huvudmännen. För att kunna göra stödet mer träffsäkert är det således viktigt att framöver tydligare identifiera och minska de institutionella hindren för samverkan. Samtidigt är det viktigt att ha åtanke att det tar tid för huvudmännen att utveckla sina processer.

Däremot har kvalitetsregistrens spridning ökat. Statskontoret har i kapitel 4 gjort en närmare analys av satsningens utfall i dessa delar.

7 Slutsatser

I detta kapitel analyserar vi och drar slutsatser om genomförandet av överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Vi lämnar också förslag som kan utgöra ett underlag för 2013 års överenskommelse. Eftersom arbetet med de nya delarna i denna utvidgade överenskommelse fortfarande är i ett tidigt skede, analyserar vi främst förutsättningarna när det gäller de nya prestations- och resultatbaserade indikatorerna och överenskommelsens styrlogik. Den del av satsningen som tar sikte på ökad användning av kvalitetsregister har pågått längre. I dessa delar bedömer vi även i vilken grad kvalitetregistren används och om användningen kan leda till ett förändrat arbetssätt i vården och omsorgen.

7.1 Satsningen som helhet

Satsningen är känd och täcker in relevanta områden

Statskontorets uppföljning visar att satsningen är känd hos huvudmännen. Av våra besök och intervjuer framgår att många som arbetar inom vården och omsorgen om äldre anser att indikatorerna täcker in relevanta och angelägna områden. Det gäller såväl kvalitetsregistren, läkemedelsindikatorerna som indikatorerna om återläggningar inom 30 dagar och undvikbar slutenvård.

Utöver att indikatorn om undvikbar slutenvård kan vara förknippad med vissa undanträngningseffekter har vi under detta år inte sett direkta tecken på att andra angelägna områden som rör vården och omsorgen om de mest sjuka äldre skulle prioriteras ner. Med detta sagt är det under alla omständigheter viktigt att vara vaksam på de risker för suboptimering och nedprioritering av andra angelägna insatser som en prestations- och resultatbaserad ersättning kan medföra. Exempelvis ingår inte delar av den sociala omsorgen och innehållet i den äldres vardag i satsningen.

I förra delrapporten framhöll vi att det var angeläget att så långt som möjligt hålla samman olika satsningar inom äldreområdet. I annat fall blir det svårt för huvudmännen och verksamheterna att ta till sig dem. Statskontoret ser därför positivt på att många av insatserna inom äldreområdet har samlats i denna överenskommelse. Exempelvis ingår numera även de två demensregistren i överenskommelsen. Tillsammans med Senior alert och Svenska palliativregistret kan dessa register komma att representera stora delar av vårdkedjan för de mest sjuka äldre.

För tidigt att bedöma insatser för samverkan

Bakgrunden till överenskommelsen är att de mest sjuka äldres behov av en sammanhållen vård och omsorg inte har uppmärksamats tillräckligt. I överenskommelsen framhålls att det ställer stora krav att kunna hantera en skör livssituation i ett vård- och omsorgssystem som traditionellt är organiserat efter diagnoser och mindre anpassat till de mest sjuka äldres behov. Utmaningen för kommuner och landsting är att såväl tillsammans som var och en för sig bidra till en vård och omsorg med ett helhetsperspektiv. Överenskommelsen syftar bland annat till att åstadkomma en bättre samverkan mellan huvudmännen.

Statskontoret konstaterar att flera av insatserna också tar sikte på aktiviteter som syftar till samverkan, till exempel genom konferenser och andra typer av mötesplatser. En av dessa insatser är Ledningskraft, där företrädare från olika verksamheter möts regelbundet för att diskutera gemensamma frågor i överenskommelsen, i syfte att stärka chefers kompetens i förbättringsarbetet. Vid våra länsbesök framhålls att denna form av samtal lett till att diskussioner över huvudmanna-, områdes-, och verksamhetsgränser har utvecklats. Det går dock inte att härleda i vilken omfattning denna insats har bidragit till en eventuellt ökad samverkan mellan huvudmännen.

Statskontoret menar att det framöver är viktigt att följa upp om dessa möten också leder till en mer sammanhållen vård och omsorg, och i ett längre perspektiv till ett bättre resultat för den enskilde. Vi konstaterar att det inom ramen för överenskommelsen saknas en närmare analys kring vilka institutionella hinder som kan finnas för samverkan mellan huvudmännen. För att kunna göra stödet mer träffsäkert framöver är det därför viktigt att identifiera de institutionella hinder som finns och

hitta strategier för hur de kan överbryggas. Några av de hinder som vi tagit upp i denna rapport rör skillnader i lagstiftningen mellan socialtjänstområdet och hälso- och sjukvårdsområdet samt svårigheter att överföra information mellan kommuner och landsting.

Flera av målen i satsningen är redan reglerade i lag

Flera av de mål och underliggande delmål som ställs upp i överenskommelsen är redan reglerade i lag. Lagar och föreskrifter utgör grunden i vården och omsorgen om äldre, och det är en självklarhet att alla lagar ska följas. Intentionen med överenskommelsen är enligt Statskontorets bedömning inte att säkerställa att lagar följs, utan snarare att verksamheterna ska utvecklas och förbättras med utgångspunkt i de grundläggande lagkraven.

Enligt Statskontoret riskerar tvetydiga signaler sändas ut när parterna i överenskommelsen sätter mål som redan är lagbundna. Med ett särskilt belöningssystem för vissa lagkrav kan det finnas en risk för att annan lagstiftning prioriteras ned.

Privata utförare omfattas inte i samma utsträckning av satsningen

Med en ökad andel privata utförare i vården och omsorgen är det angeläget att även dessa omfattas av satsningen. Vår uppföljning visar att de privata utförarna riskerar att inte få samma stöd till systematiskt förbättringsarbete. Det kan till exempel handla om hjälp att tolka och använda resultat från kvalitetsregistren. Vår enkät visar till exempel att de privata utförarna inte i samma utsträckning känner till detta stöd.

Vidare är det ovanligt att prestationsersättningen går tillbaka till de privata utförare som registrerar i kvalitetsregistren. Istället stannar ersättningen hos huvudmännen, vilket minskar incitamenten för privata utförare att börja registrera. Vår uppföljning visar också att mindre än hälften av kommunerna ställer krav på att utförarna ska använda dessa kvalitetsregister. Dessa avtal styr till stor del utförarnas arbete.

7.2 Prestations- och resultatbaserade indikatorer

Ungefär tre fjärdedelar av satsningen, eller omkring 900 miljoner kronor, består av prestationsbaserade medel. Det är få av indikatorerna som tar sikte på resultat på längre sikt. Inget av målen eller indikatorerna har direkt bäring på det övergripande målet med satsningen, att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Även om vi är medvetna om att det är svårt och förenat med många avvägningar, är det viktigt att successivt arbeta fram mål och indikatorer som även tar sikte på effekter på längre sikt och som rör den faktiska vårdens och omsorgens resultat. I detta sammanhang är uppdraget till Socialstyrelsen att utveckla den nationella brukarundersökningen viktigt.

De nya indikatorerna har ännu inte fått genomslag

Statskontoret konstaterar att genomslaget för de fem nya indikatorerna hittills har varit begränsat, så till vida att det är inom få län som huvudmännen når upp till de krav som ställs för att få ersättning. Det innebär inte att aktiviteten är låg i länen. Av våra länsbesök framgår tvärtom att mycket arbete pågår. En förklaring till det begränsade utfallet kan i stället vara att det är svårt för huvudmännen att finna relevanta tillvägagångssätt och instrument. Det är också viktigt att ha i åtanke att det tar tid för huvudmännen och verksamheterna att utveckla sina processer. Statskontoret menar därför att förväntningarna på att indikatorerna ska ha fått genomslag inte bör vara alltför högt ställda under detta första år i den fleråriga satsningen.

Huvudmännen behöver vägledning i hur indikatorn undvikbar slutenvård ska nås

Vår uppföljning visar att indexet för undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar kan vara problematiskt. Det är svårt att definiera vad som är eftersträvensvärda nivåer för undvikbar slutenvård respektive återinläggningar inom 30 dagar. Inledningsvis kanske det inte finns några större risker förknippade med att färre äldre får slutenvård eller att det blir färre återläggningar på sjukhus. Om det däremot sker en fortlöpande minskning inträder förr eller senare frågan vad som är att betrakta som en rimlig nivå.

Även själva indikatorerna i indexet är behäftade med problem. Det gäller framför allt indikatorn undvikbar slutenvård. Vid våra besök och intervjuer framkommer att de som arbetar med vård och omsorg om äldre anser att denna indikator rör ett angeläget och relevant område. Om de vårdtillfällen som orsakas av de utpekade sjukdomstillstånden minskas kan vården och omsorgen bli bättre för den äldre. Vidare menar företrädare för huvudmännen att besparingar kan uppnås för såväl landstingen som kommunerna. Det är dock oklart för huvudmännen vilka insatser som krävs för att nå resultat. Vår uppföljning visar att det är svårt för de inblandade att urskilja vilka orsakssamband som finns.

I detta sammanhang menar Statskontoret att det är rimligt att investera i analysarbete och kunskapssammanställningar för att öka kännedomen om sådana samband. Det har också skett inom ramen för överenskommelsen, där 85 miljoner kronor avsatts för lokalt analysarbete av undvikbar slutenvård. Några närmare riktlinjer för hur detta arbete ska gå till finns inte i överenskommelsen. Eftersom SKL beskriver att analysarbetet fortfarande befinner sig i sin linda, är det svårt att uttala sig om vilka effekter detta arbete kommer att få. Statskontoret ifrågasätter dock om nödvändig kunskap bäst uppnås genom att varje län analyserar eventuella samband. Statskontoret noterar att det rör sig om komplicerade och svårtolkade samband mellan många olika faktorer. Att koppla pengar till ett resultatmål förutsätter att huvudmännen har kunskap och instrument för att förändra ett utfall. För indikatorn undvikbar slutenvård gäller inte dessa förutsättningar ännu, och därmed fungerar den inte heller som styrmedel.

Troligen krävs ett vetenskapligt baserat arbete för att kunna urskilja vilka samband som finns och vilka faktorer som påverkar indikatorn. Statskontoret bedömer därför att ett systematiskt analysarbete behöver komma till stånd på nationell nivå innan indikatorn kan tillämpas i praktiken. Arbetet behöver ske i samspel med vetenskapssamhället och praktikinära forskning. I detta arbete är det viktigt att samla in och dra nytta av de erfarenheter som görs regionalt och lokalt.

7.3 Användning av kvalitetsregister

För att kunna dra mer generella slutsatser om hinder och möjligheter om deltagande i kvalitetsregister har Statskontoret genomfört en breda-

re enkätundersökning till ansvariga inom vården och omsorgen. För att studera hur vård- och omsorgspersonal uppfattar att registrering i kvalitetsregister påverkar arbetssättet har även en standardiserad intervjuundersökning genomförts med anställda som under längre tid använt Senior alert eller Svenska palliativregistret.

Registren är relevanta och täcker in viktiga områden

Våra enkät- och intervjuundersökningar visar att de fyra kvalitetsregister som ingår i satsningen har stöd såväl hos huvudmännen, verksamhetsledningarna som vård- och omsorgspersonalen. Registren anses så gott som enhälligt vara relevanta och täcka in viktiga områden. Vidare menar berörda, bland annat inom verksamheterna och inom kommun- och landstingsledningar, att ett användande av registren kan bidra till att vården och omsorgen om äldre förbättras.

Spridningen har ökat

Under året har spridningen ökat för samtliga fyra kvalitetsregister. Numera är 279 av 290 kommuner anslutna till Senior alert. Vidare har täckningsgraden ökat i Svenska Palliativregistret – 164 kommuner och 15 av 31 regiondelar når målet om en täckningsgrad på minst 70 procent. Även registreringen i de två demensregistren har ökat. Ökningen har skett från en låg nivå eftersom dessa register är förhållandevis nya. Ökningen för de två nya registren ligger under den förväntade i överenskommen.

Faktorer som kan hindra enheter från att registrera

Även om spridningen av kvalitetsregistren har ökat finns flera faktorer som kan hindra vård- och omsorgsenheter från att börja registrera. I våra två tidigare delrapporter har vi identifierat sådana möjliga hinder. I den enkätundersökning som vi genomfört i år har ansvariga inom vården och omsorgen ombetts ta ställning till hur pass stora dessa hinder är. Av enkätsvaren framgår att de största hindren handlar om bristande möjligheter att överföra information från journal till register och att det tar tid att registrera. Exempelvis framhåller merparten av de ansvariga inom vården och omsorgen att den bristande synkroniseringen mellan olika inrapporteringssystem är ett hinder. Även det faktum att en huvudman inte kan hämta uppgifter om en patient från en annan

huvudman upplevs som ett hinder. Ett av syftena med registren är just att hela vårdkedjan ska täckas in. Vidare menar förhållandevis många att utformningen av prestationsersättningen kan minska stimulans-effekten, blanda annat eftersom det inte finns några garantier för att ersättningen går tillbaka till den registrerande enheten.

Kvalitetsregistren används sällan till förbättringsarbete

Vår uppföljning visar att kvalitetsregistren ännu inte i någon större utsträckning används till att löpande och mer systematiskt följa upp vård- och omsorgsenheters resultat. Endast en dryg tredjedel av äldre-omsorgscheferna uppger att kommunledningen i någon större utsträckning använder uppgifter från registren för att följa upp kvaliteten i vården och omsorgen. Vidare uppger hälften av vård- och omsorgspersonal på enheter som en längre tid har registrerat i Svenska palliativregistret att registrets utdataportal är okänd för dem. Därmed är även steget till att användningen av kvalitetsregister också ska leda till ett förändrat arbetssätt förhållandevis långt.

Svaren på våra enkät- och intervjuundersökningar indikerar att de ansvariga cheferna och personalen inte fullt ut ser sambanden i praktiken mellan registrering och de möjligheter till förbättringsarbete som kvalitetsregistren ger. De utvecklingsledare som finns i varje län ska bland annat stödja återföring av resultat och implementering av ett nytt arbetssätt i verksamheterna. Även om de svarande i vår enkät anser att de har fått visst stöd i det allmänna förbättringsarbetet av dessa utvecklingsledare, visar intervjuer med personal på enheter som använt registren under en längre tid att det behövs ytterligare stöd för att användningen av kvalitetsregister också ska leda till ett förbättrat arbetssätt.

Vägen till ett ändrat arbetssätt

I förra delrapporten identifierade vi olika faktorer som påverkar om satsningen på kvalitetsregister i förlängningen också kan leda till ett mer systematiskt arbetssätt. Det handlar bland annat om att på ett strukturerat sätt förebygga vårdrelaterade skador. Våra enkät- och intervjuundersökningar samt länsbesök bekräftar till stora delar förra årets redovisning. Frågorna omfattar såväl huvudmännens som de nationella aktörernas ansvarsområden.

Huvudmännen måste efterfråga resultat

För att registreringen i kvalitetsregister också ska leda till ett ändrat arbetssätt behöver huvudmännen och verksamheterna bland annat åstadkomma en gemensam vårdplanering och följa upp enheternas resultat. Statskontoret menar att ett sätt att sporra enheternas förbättringsarbete kan vara att ansvarig nämnd regelbundet efterfrågar resultat från registren. Vidare har enhetschefer en viktig roll i att efterfråga resultatinformation från verksamheterna. Vår uppföljning visar att så sällan är fallet. De intervjuer som Statskontoret genomfört visar dock att det finns ett utbrett arbetssätt på särskilda palliativa enheter, där resultatinformation både efterfrågas av chefer och används frekvent. Detta arbetssätt borde enligt Statskontoret gå att överföra även till andra områden inom vården och omsorgen om äldre.

Kvalitetsregistrens utdatafunktioner bör utvecklas för att bättre stödja förändringsarbete

En del av faktorerna som påverkar användningen av register kan också aktörer på nationell nivå påverka. För att resultaten från registren ska kunna användas i förbättringsarbetet bör utdatafunktionerna vara så lättillgängliga som möjligt. Eftersom personalen ofta är ovana statistik-användare ställs särskilda krav på att materialet ska vara användarvänligt.

Vår uppföljning visar att flera av registrens utdatafunktioner behöver förbättras. Även samordningen mellan registren behöver i vissa avseenden utvecklas. Registren har skilda syften och det är därför naturligt att de till viss del har olika lösningar. Det är dock angeläget att ansvariga för registren så långt som möjligt eftersträvar enhetlighet, särskilt med tanke på de ovana användarna.

Vid våra besök och intervjuer betonar verksamhetsföreträdarna vikten av snabb återkoppling. Det går också att löpande hämta uppgifter ur tre av registren. Detta är dock ännu inte möjligt för ett av demensregistren.

Prestationsersättningen bör ta sikte på användning av kvalitetsregistren

Utformningen av prestationsersättningen kan förstärka eller försvaga verksamheternas incitament att ändra arbetssätt. Om ersättningen

främst är kopplad till registrering saknas drivkrafter för verksamheterna att gå vidare till nästa steg, nämligen att vidta åtgärder och följa upp resultat. Enligt vår bedömning är det nu läge för att ersättningen för Svenska Palliativregistret och Senior alert i större utsträckning tar sikte på användning av registren eller om möjligt kopplas till uppnådda resultat. För de två demensregistren som introducerades senare är täckningsgraden fortfarande låg. I ett första skede är det angeläget att spridningen av dessa register ökar.

Viss validering av data genomförs, men kvalitetssäkring brister fortfarande

Med hjälp av kvalitetsregistren ska vårdens resultat synliggöras. Detta förutsätter att de uppgifter som vårdenheterna rapporterar är korrekta. Den prestationsbaserade ersättningen medför särskilda risker för felrapportering. I båda våra tidigare delrapporter har vi konstaterat att kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter brustit. Statskontoret efterlyste en nationell och systematisk kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren. En sådan nationell och övergripande granskning bör gälla för samtliga nationella kvalitetsregister.

Statskontoret konstaterar att inrättandet av Registerservice på Socialstyrelsen kan ge bättre förutsättningar för kvalitetssäkring av registren. Av de fyra registren som omfattas av satsningen är det idag enbart Svenska Palliativregistret som har samkörts med andra register. För övriga register bedöms tillgången till jämförbara data fortsatt vara alltför liten. Statskontoret anser att det är viktigt att Socialstyrelsen och Registerservice på sikt får tillgång till samtliga uppgifter som behövs för att kunna genomföra relevanta kvalitetsgranskningar av samtliga nationella kvalitetsregister. Även om de fyra kvalitetsregistren i viss mån genomför eller planerar egna valideringsstudier anser Statskontoret att kvalitetssäkring av data inte prioriteras tillräckligt högt. Registerhållarna uppger också själva att de borde vidta fler åtgärder för att följa upp och kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter.

7.4 Den nationella styrningen

Formerna för att ta fram överenskommelsen behöver utvecklas

I den tidigare överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag var det SKL som ansvarade för att bedöma om kommunerna och lands-tingen hade uppfyllt kraven för ersättning. I Statskontorets tidigare del-rapporter konstaterade vi att det i vissa fall var oklart på vilka grunder som ersättningen hade betalats ut. I årets överenskommelse har i stället Socialstyrelsen fått i uppdrag att göra bedömningen om huvudmännen har uppnått de krav och resultat som berättigar till ersättning. Statskon-toret ser positivt på att det nu är en aktör som inte är part i överens-kommelsen som ansvarar för denna uppföljning.

Formerna för att ta fram överenskommelsen behöver dock utvecklas. Överenskommelsen innehåller många indikatorer och parterna har efter att överenskommelsen slutits varit tvungna att vartefter göra precise-ringar och förtydliganden. En så kallad högnivågrupp med represen-tanter för parterna har beslutat om sådana förtydliganden. Det saknas dokumentation från dessa möten. Oklarheter om eventuella föränd-ringar och bristen på dokumentation har försvårat Socialstyrelsens arbete med att bedöma huvudmännens resultat. Myndigheten är i sitt arbete beroende av olika typer av förtydliganden av innehållet i överenskommelsen.

En fördel med överenskommelsen är att den möjliggör flexibilitet i arbetet med att stimulera utveckling inom ett politiskt prioriterat om-råde. Huvudmännen och verksamheterna som ska förverkliga målen i överenskommelsen har emellertid fått alltför snäva tidsramar. Vid våra länsbesök framhåller företrädare för huvudmän och verksamheter att arbetet skulle underlättas om planeringsförutsättningarna var bättre.

SKL har främjat erfarenhetsutbyte, men oklart hur medlen har fördelats

SKL ansvarar för stora delar av den nationella samordningen av sats-ningen. SKL ska bland annat sprida erfarenheter och goda exempel. Vår uppföljning visar att SKL i stort har genomfört planerade insatser och riktat information till specifika målgrupper. SKL har erfarenhet av

att stödja sina medlemmar i utvecklingsarbete och tillhandahålla mötesplatser för erfarenhetsutbyte.

Statskontoret har inga invändningar mot SKL:s strävan efter att integrera de olika satsningarna i överenskommelsen. Däremot är det viktigt att statens medel går att spåra och att insatserna följs upp på ett tillfredsställande sätt. De medel som riksdag och regering valt att avsätta från statsbudgeten för att satsa på områdena i överenskommelsen bör i princip alltid kunna prövas mot alternativa användningsområden. Statskontoret kan dock konstatera att det stundtals är svårt att utifrån SKL:s dokumentation utläsa hur medlen har fördelats mellan olika projekt. Vidare saknas kriterier för delar av SKL:s uppföljning av satsningen. Därmed försvåraras en närmare analys över fördelning, användning och utfall av insatta resurser.

7.5 Dags gå från steg ett till steg två

Arbetet med att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre förutsätter en utveckling inom många olika områden och kompetenser. Det handlar om att utveckla såväl arbetssätt som samverkan mellan olika huvudmän för att de mest sjuka äldre ska kunna erbjudas bästa möjliga vård och omsorg. Denna process kan delas in i tre steg, där syftet är att successivt närma sig ett bättre resultat för den enskilde patienten eller brukaren.

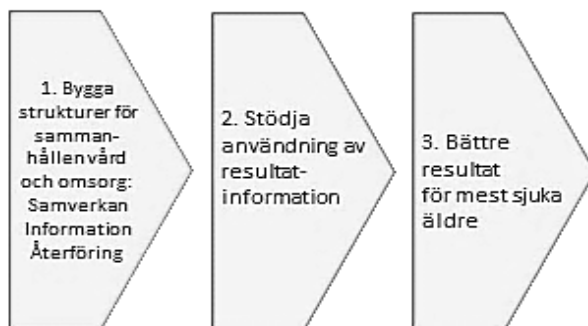
I det första steget handlar det om att skapa förutsättningar för mer sammanhållen vård och omsorg. Det kan bland annat åstadkommas genom att öka möjligheterna till samverkan mellan berörda aktörer och bygga informationssystem som möjliggör resultatåterföring till verksamheterna.

I nästa steg handlar det om att också använda resultaten i verksamheterna. Känner man inte till de resultat som den egna verksamheten åstadkommer, är det svårare att se vad man kan förbättra. Användningen av resultatinformation är med andra ord en grundförutsättning för steg tre – att åstadkomma ett förbättrat resultat. Arbetet inom de tre stegen sker i praktiken delvis parallellt.

I denna delrapport kan vi konstatera att arbetet med överenskommelsen hittills i huvudsak har befunnit sig i det första steget. Vi ser tecken på

att såväl huvudmän som verksamhetsföreträdare efterfrågar en utveckling mot steg två.

Utvecklingssteg i arbetet för en sammanhållen vård och omsorg för mest sjuka äldre



7.5.1 Statskontorets förslag

Statskontoret föreslår att regeringen inför nästa års överenskommelse överväger att:

- för Senior alert och Svenska palliativregistret minska den prestationsbaserade ersättningens koppling till registrering och i stället fokusera på användningen av registren eller om möjligt koppla ersättningen till uppnådda resultat,
- fortsätta ge prestationsersättning för registrering i de två demensregistren,
- ställa krav på att kvalitetsregistren utnyttjar de möjligheter till kvalitetssäkring som Registerservice ger samt prioriterar egna valideringsstudier,
- lyfta ut indikatorn undvikbar slutenvård ur ersättningssystemet, och i stället prioritera ett vetenskapligt baserat analysarbete på

nationell nivå för att förtydliga hur huvudmännen kan gå tillväga för att kunna uppnå målen,

- klargöra hur de privata utförarna på ett bättre sätt ska kunna involveras i satsningen.

Referenser

Lagar

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Socialtjänstlagen (2001:453)

Offentligt tryck

Protokoll II:4 vid regeringssammanträde 2011-12-15

Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, dnr S2011/11027/FST

Protokoll I:5 vid regeringssammanträde 2011-09-29

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

Översyn av de nationella kvalitetsregistren, Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till en gemensam satsning 2011–2015.
Socialdepartementet och SKL 2010

Socialstyrelsen (2010), *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.*

Socialstyrelsen (2012), *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014.*

Socialstyrelsen (2012), *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer från Socialstyrelsen.*

Dokument från SKL:

Dokument om sammanhållen vård och omsorg om mest sjuka äldre, urval:

- *Genomförandeplan: sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012*. Bilaga till regeringsbeslut 2012-02-09 nr II:7. SKL:s dnr 09/5304.
- SKL:s månadsrapporter för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.
- Material från olika nätverksträffar.

Material från regional nivå:

- Handlingsplaner för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, framtagna våren 2012, samtliga län.
- Aktivitetsplaner för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, samtliga län.
- Material från besökta län (Örebro, Halland, Västernorrland), till exempel *Annas Led. För en trygg och säker demensvård i Halland* (2012-04-13) och *Regionalt program för social välfärd i Örebro-regionen 2012–2015*

Övrig litteratur

Anell, A (2012), *Uppföljning av en ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC) – Delrapport 2: Erfarenheter och förutsättningar för fortsatt utveckling*, 2012-05-30;

Anell, A (2010), *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7

Ryan A M, et al (2009), *The relationship between Medicare's process of care quality measures and mortality*, *Inquiry*, vol. 46

Regeringsuppdraget



Socialdepartementet

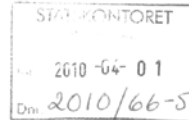
Regeringsbeslut

III:7

2010-03-25

S2010/2667/ST
(delvis)

Statskontoret
Box 8110
104 20 Stockholm



Enhet 3/4

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

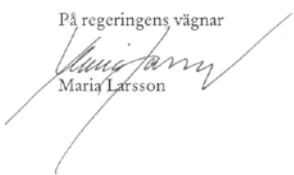
Telefonväxel
08-405 10 00
Telefax
08-723 11 91

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
Värd företagarna



Socialdepartementet



Regeringsbeslut

II:2

2012-01-19

S2010/2667/FST
(delvis)

Statskontoret
Box 8110
104 20 Stockholm

Uppdrag att följa upp utvärdera en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Regeringens beslut

Regeringen ger Statskontoret i uppdrag att följa upp och utvärdera den treåriga överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (dnr S2011/11027/FST). Statskontoret ska följa upp och utvärdera stödet till ett långsiktigt förbättringsarbete, prestations- och resultat-ersättningen samt grundläggande krav för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Allt i förhållande till de syften, mål och intentioner som framgår av överenskommelsen. Det handlar bland annat om att bedöma varaktigheten i förbättringarna efter 2014 då den treåriga överenskommelsen upphör. Statskontoret ska dock inte följa upp och utvärdera de delar av överenskommelsen som handlar om försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg eller insatserna under avsnittet patient- och brukarperspektiv.

Arbetet ska ske i samråd med Socialdepartementet. Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna samt företrädare för aktuella kvalitetsregister bistår med den information som behövs för att Statskontoret ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

För genomförande av utvärderingen får Statskontoret förutom egna förvaltningsmedel använda 450 000 kronor under 2012. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, anslagsposten 20 Sammanhållen vård och omsorg om äldre. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvisitionen ska hänvisa till det diarienummer som uppdragsbeslutet har. Medel som inte förbrukats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2013.

Postadress
103 33 Stockholm
Besöksadress
Frestagatan 8

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

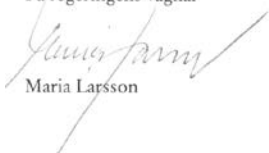
E-post: registrator@social.ministry.se

Statskontoret ska till Regeringskansliet (Socialdepartementet) lämna en delrapport senast den 1 november 2012, den 1 november 2013 och den 1 november 2014. En slutrapport ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 september 2015. Detta beslut ersätter tidigare regeringsbeslut av den 25 mars 2010 om att följa upp och utvärdera den treåriga överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.

Ärendet

Regeringen har den 25 mars 2010 gett Statskontoret i uppdrag att följa upp och utvärdera en treårig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre (dnr S2010/1130/FST). För 2012 ingår denna överenskommelse i en större mer omfattande överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Enligt denna bredare överenskommelse för 2012 ska sammanlagt 1 161 000 000 kronor användas dels till att stödja ett långsiktigt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre, dels fördelas till de landsting och kommuner som uppfyller de grundläggande krav och uppsatta mål enligt vissa indikatorer som framgår av överenskommelsen. I Budgetpropositionen för 2012 (prop. 2011/12:1, utg.omr. 9) har angivits att regeringen, under förutsättning att riksdagen beviljar medel, avser att under perioden 2011–2014 avsätta 3 750 000 000 kronor i syfte att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Beloppet motsvarar 1 300 000 000 kronor per år 2013 och 2014.

På regeringens vägnar



Maria Larsson



Gert Knutsson

Kopia till

Finansdepartementet/Budgetavdelningen
Socialutskottet
Socialstyrelsen
Famna
Senior Alert
Sveriges Kommuner och Landsting
Svenska Palliativregistret
Svenskt Demensregister
Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid
Demens (BPSD)
Vårdföretagarna

Enkätundersökning om kvalitetsregister

I Statskontorets uppdrag ingår att följa de insatser som genomförs inom ramen för överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Sedan 2010 har regeringen avsatt medel för att nå ett ökat deltagande i nationella kvalitetsregister med de mest sjuka äldre som målgrupp.

I delrapport 1 (2010) och delrapport 2 (2011) identifierade vi utifrån intervjuer i strategiskt utvalda kommuner och landsting centrala hinder och möjligheter för att nå en ökad spridning av de två i överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag utpekade kvalitetsregistren, Svenska palliativregistret och Senior alert.

I denna delrapport har vår ambition varit att kunna dra mer generella slutsatser om hinder och möjligheter med deltagande i kvalitetsregister genom en enkätundersökning. Enkätundersökningen har genomförts som tre delstudier med två olika enkäter riktade till centrala aktörer i kommuner och landsting i såväl egenregi som privat regi. Man bör samtidigt hålla i åtanke att en enkät inte fångar in faktiska hinder utan endast ger en bild av hur olika hinder uppfattas av befattningshavare och verksam personal i kommuner och landsting. Emellertid är det rimligt att anta att något som upplevs som ett hinder sannolikt får till följd att enheter deltar i mindre utsträckning eller helt avstår från att delta. I linje med detta resonemang är ett upplevt hinder också en indikator på processer och system som inte fungerar optimalt eller på avsett sätt.

Medan en enkät kan ge ökade möjligheter att teckna en generell bild av ett fenomen har undersökningsformen även begränsningar. Det som ofta brukar anföras som en sådan begränsning är att enkätformen kan riskera att styra hur respondenterna svarar bland annat eftersom svarsalternativen är på förhand givna. Ett annat förbehåll är att en enkätundersökning endast ger svar på de frågor som enkäten faktiskt rymmer. Det innebär att det finns en risk att faktorer som kan bidra till att förklara eller till och med bättre förklarar ett fenomen inte blir belysta.

Vi anser att det senare inte utgör en betydande risk i denna enkätundersökning. Utifrån tidigare intervjustudier har vi redan ett underlag för att urskilja de hinder som framförallt verksam personal möter i samband med deltagande i kvalitetsregister.

Syftet med enkätundersökningen i denna delrapport har varit att pröva vilka hinder som upplevs vara större respektive mindre genom att olika personalkategorier på tjänstemannanivå och i verksamheterna har ombetts ta ställning till hinder och möjligheter med deltagande i satsningen på kvalitetsregister.

Det material och sammanställningen av resultat som vi kan presentera har inte varit känt tidigare. Ett sådant tidigare outrett område som vi har velat belysa särskilt är i vilken utsträckning den prestationsersättning som finns kopplad till deltagande i kvalitetsregister fördelas vidare till registrerande enheter och vad ersättningen har använts till.

Population

Då det saknas tidigare studier på området har det inte heller funnits någon naturlig referens för att bestämma undersökningens population. Denna enkätundersökning består av tre delstudier med sammantaget sju separata enkätutskick. En enkät riktar sig till tjänstemän i ledande befattningar, en annan till funktioner närmare den operativa verksamheten medan den tredje delstudien utgörs av ett urval företrädare för privata och ideella vårdgivare. De två första delstudierna är totalundersökningar och således har inget urval behövt göras. De frågor som ställs i enkäterna är delvis desamma medan vissa frågor är särskilt riktade till verksamhetsledningen respektive funktioner närmare den operativa verksamheten.

En förutsättning för att kunna beskriva respondenternas uppfattningar var att enkäten kunde ställas direkt till de befattningshavare och personalkategorier som undersökningen omfattar. Detta förutsatte att personliga e-postadresser till varje respondent fanns att tillgå. Därmed tvingades vi på ett tidigt stadium utesluta vissa grupper från att omfattas av enkätundersökningen. Två grupper som vi bedömde att det skulle vara mycket svårt att dels samla in kontaktuppgifter till och sedan nå var enhetschefer vid kommunala särskilda boenden och korttidsboenden samt vård- och omsorgspersonal vid dessa boenden. Dessa

personalkategorier har istället omfattats av en strukturerad intervjuundersökning. (se bilaga 3 för en beskrivning av denna undersökning.)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Vi har valt att skicka enkäten till de funktioner inom kommuner och landsting som har det operativa ansvaret för att bland annat säkerställa att verksamheten följer krav i lagstiftning och föreskrifter samt fastställer riktlinjer. I kommunerna har den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) det övergripande ansvaret för dessa frågor. I varje kommun finns åtminstone en MAS. Vissa kommuner kan dock ha två eller fler medicinskt ansvariga sjuksköterskor. I storstäderna är det vanligt att varje stadsdel har en egen MAS, som mest har vi funnit att en kommun kan ha elva MAS:ar. Det går således inte att på förhand fastställa hur stor populationen borde vara. I vår undersökning ingår 313 medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Kontaktuppgifter har inhämtats genom att en förfrågan skickats till kommunernas registrator via Statskontorets enkätverktyg. I drygt tio kommuner har kontaktuppgifter inte varit möjliga att ta fram eller så har de uppgifter som lämnats varit felaktiga.

Verksamhetschefer vid geriatriska och medicinska kliniker

I landstingen saknas motsvarande funktion. Vid vissa, men långt ifrån alla, sjukhus, finns särskilda funktioner med ansvar för kvalitetsutveckling. Den funktion vi ansåg vara den närmaste motsvarigheten och som finns vid samtliga sjukhus är verksamhetschefen vid en klinik. En verksamhetschef har ansvar för personal, ekonomi och den kliniska verksamheten. Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

I överenskommelsen anges att prestationsersättningen ska utgå till de kommuner och landsting som oavsett driftsform registrerar i de fyra kvalitetsregistren Senior alert, Svenska palliativregistret, Svedem och BPSD-registret. I SKL:s genomförandeplan definieras vilka de relevanta enheterna är. När det gäller Svenska palliativregistret omfattas äldreboende, hemsjukvård, korttidsboende och sjukhus och med relevanta enheter som deltar i Senior alert avses äldreboende, korttidsboende, hemsjukvård och sjukhusvård på medicin, kirurgi, ortopedi, geriatrik och infektionsklinik. Avseende Svedem utgår prestations-

ersättning till landsting där primärvården deltar medan deltagande i BPSD-registret omfattar kommunala verksamheter.

Av de kliniker inom landstinget som anges har vi valt ut geriatriska och medicinska kliniker. Skälet till detta urval är att dessa kliniker med regelbundenhet mottar vårdtagare i patientgruppen mest sjuka äldre och därmed sannolikt i högre utsträckning känner till och har påbörjat registrering i något av de fyra kvalitetsregistren än vid andra kliniker.

Liksom i fallet med medicinskt ansvariga sjuksköterskor varierar antalet verksamhetschefer stort mellan landsting. Det saknas därtill en enhetlig definition av medicinska kliniker, i vissa landsting omfattar verksamheten även rehabilitering och geriatrik medan verksamheten i andra landsting är uppdelad i flera underkliniker. Det har inte heller varit möjligt att få tag på en fullständig förteckning över samtliga geriatriska respektive medicinska kliniker i landet. För att identifiera dessa har vi utnyttjat de förteckningar som Svensk geriatrisk förening respektive Svensk internmedicinisk förening tagit fram. Dessa förteckningar har sedan kompletterats av sökningar på varje sjukhus hemsida i samtliga landsting och slutligen har kontaktuppgifter till verksamhetscheferna inhämtats via landstingets eller sjukhusens telefonväxlar. Totalt 152 verksamhetschefer har på detta sätt identifierats.

Äldreomsorgschef och hälso- och sjukvårdsdirektör

Vi har även velat att högre tjänstemän inom kommuner och landsting med ansvar för vård- och omsorgsfrågor skulle besvara enkäten. I landstingen utgörs denna funktion av hälso- och sjukvårdsdirektör eller hälso- och sjukvårdschefen. I mindre landsting saknas ibland denna funktion. I dessa fall har enkäten riktats till landstingsdirektören. I kommunerna är det oftast en äldreomsorgschef som har ansvaret för dessa frågor. I mindre kommuner ligger ansvaret på socialchefen. I storstäderna finns vanligen en äldreomsorgschef i varje stadsdel. Totalt ingår 300 äldreomsorgs-/socialchefer i undersökningen. I drygt tio kommuner har kontaktuppgifter inte varit möjliga att ta fram eller så har de uppgifter som lämnats varit felaktiga.

Privata och ideella vårdgivare

För att också fånga in synpunkter från företrädare för privata vård- och omsorgsproducenter inom äldreområdet, har vi vänt oss till de fyra största producenterna på området. Vi har skickat enkäter till dessa

verkställande direktörer och samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Därutöver har vi bött Famna och Vårdföretagarna om kontaktuppgifter till medicinskt ansvariga sjuksköterskor och verkställande direktörer för mindre företag inom äldre vården. Enkäter har skickats till sammanlagt 18 verkställande direktörer (svarsfrekvens 72 procent) och 23 medicinskt ansvariga sjuksköterskor (83 procent) hos privata vårdgivare.

Population i samtliga grupper

Av tabellen nedan framgår populationen i samtliga grupper taget för sig.

Tabell 1 Population efter funktion (antal)

		Kommun	Landsting
Hälso- och sjukvårdsdirektör			21
Äldreomsorgs-/socialchef		300	
Medicinskt ansvarig sjuksköterska		313	
Verksamhetschef geriatrik			57
Verksamhetschef medicin			95
VD privat driven verksamhet	18		
MAS privat driven verksamhet	23		
Totalt	41	613	173

En adresslista med relevant bakgrundsinformation har upprättats för samtliga grupper. Eftersom det rör sig om en strukturerad sammanställning har det varit nödvändigt att inhämta samtycke från deltagande personer enligt personuppgiftslagen (1998:204). Erforderlig anmälan har gjorts till Statskontorets personuppgiftsombud.

Undersökningens genomförande

Formen för enkätundersökningen som valdes var en webbenkät. Det första enkätutskicket gjordes den 29 maj 2012. Slutdatum för ifyllande av enkäten var den 21 juni 2012 (31 augusti 2012 för privata vårdgivare). Däremellan har sammantaget tre påminnelser utgått med jämna intervall.

Svarsfrekvens

Svarsfrekvensen varierar mellan olika funktioner. Svarsbenägenheten var generellt något högre i kommunerna och allra störst var svarsfrekvensen bland de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (88 procent) följt av äldreomsorgs-/socialchefer (81 procent). Detta får sammantaget betraktas som en mycket god svarsfrekvens i kommunerna.

Inom landstinget är variationen större. Högst svarsbenägenhet finner vi bland hälso- och sjukvårdsdirektörerna där 17 av 21 hälso- och sjukvårdsdirektörer (81 procent) har besvarat enkäten. Lägst är svarsfrekvensen bland verksamhetschefer vid medicinska kliniker (59 procent).

I den enkätundersökning som omfattar de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna var det interna bortfallet i genomsnitt 8 personer per fråga (knappt 3 procent). Även i enkätundersökningen riktad till verksamhetschefer vid geriatriska och medicinska kliniker fanns ett visst internt bortfall, detta omfattade i genomsnitt 15 personer per fråga (cirka 10 procent). Då vi saknar förhandsinformation om nyckelfaktorer som kön, ålder, erfarenhet för respektive personalkategori går det inte att göra någon djupgående bortfallsanalys. Däremot torde ett rimligt antagande vara att de som valt att avstå från att besvara enkäten inte upplever att de berörs av frågorna eller saknar kännedom om de aktuella registren.

Sammantaget bedömer vi att materialet ger ett tillräckligt underlag för att göra enklare jämförelser mellan grupper.

Intervjuundersökning om användande av kvalitetsregister

Syfte

För att kunna bedöma överenskommelsens satsning på de fyra nationella kvalitetsregistren, bedömde vi att en fördjupad bild av arbetet behövde tas fram. Ett led i detta arbete består i den enkätundersökning som beskrivs närmare i bilaga 2, och som riktats till en bred grupp aktörer i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Därutöver bedömde vi att det fanns skäl att undersöka uppfattningar om arbetet med registreringen mer fördjupat i verksamheterna, för att undersöka hur kvalitetsregistren används i arbetet. Studien kan ge oss en bild över hur arbetet med registret uppfattas, vilka som är hindren respektive möjligheterna med registrering och även hur personer i vården och omsorgen uppfattar att registreringen fungerar som förbättringsredskap i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Tillvägagångssätt

I hela landet finns många vård- och omsorgsenheter som registrerar i Svenska palliativregistret och Senior alert. Fokus för den telefonintervju som genomförts har varit enheter som under lång tid har registrerat i registren. Vi har gjort bedömningen att en sådan avgränsning skulle ge en bättre bild av arbetet, eftersom de som arbetat länge med registreringen troligen har en mer fördjupad bild av registren; hur det fungerar att registrera, hur de används och vilka övriga frågor eller funktioner som relaterar till arbetet med registren.

Genom att lista 15–20 vård- och omsorgsenheter som under lång tid registrerat i Svenska palliativregistret och från var och en av dessa kontakta tre anställda, har 45 personer från ca 15 enheter intervjuats. Vi har gått till väga på samma sätt när det gäller vård- och omsorgsenheter som definieras som aktiva användare i Senior alert.²⁸ Samman-

²⁸ Vi har utgått från den definition på aktiva användare som ansvariga för Senior alert använder.

lagt har 90 intervjuer genomförts. Intervjuerna har genomförts utifrån ett standardiserat frågeformulär. Personerna valdes först ut slumpvis men har i vissa fall på grund av frånvaro ersatts av andra tillgängliga. De flesta av de utvalda fick först del av frågeformuläret och blev där-
efter intervjuade på telefon.

Statskontoret bedömde att en intervjustudie skulle komma att vara tids- och resurskrävande och samtidigt kunna ske med hög grad av standardisering. Intervjustudien har därför genomförts av Rådhusgruppen city AB under perioden juni–september 2012.

Beskrivning av de fyra kvalitetsregistren

I detta kapitel beskrivs de fyra nationella kvalitetsregistren Svenska palliativregistret, Senior alert, Svenskt demensregister (Svedem) samt Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret).

Svenska palliativregistret och Senior alert har redan i tidigare rapporter från Statskontoret beskrivits utförligt.²⁹ För en beskrivning av den ersättningsmodell som gäller för registrering i respektive register, se kapitel 6.

Svenska palliativregistret

Överenskommelsen innebär att Svenska palliativregistret för 2012 fått sju miljoner kronor för fortsatt utveckling av registret. Medlen har använts till att dels utöka driften av registret, dels för uppbyggnad av ett kansli för telefon- och mejlservice, utveckling av hemsidan, fördjupad analys och utveckling samt anställning av viss specialistkompetens. Dessutom fortsätter de åtta fältarbetarna med palliativmedicinskt kunnande att på halvtid sprida och stötta arbetet.

Registrets syfte

Syftet med Svenska palliativregistret är att stegvis åstadkomma förbättringar av vården i livets slutskede.³⁰ Behovet är stort då årligen cirka 80 procent av de som dör har palliativa vårdbehov under en kortare eller längre tid före döden, oavsett var man vårdas. Då människor i livets slutskede vårdas i samtliga vårdformer, har strävan varit att hitta mätbara men samtidigt tydliga, enkla och allmängiltiga process- och resultatmått.

En svårighet är att flertalet i livets slutskede drabbas av såväl autonomiförlust som förlust av kommunikativ förmåga. Enligt ansvariga för

²⁹ Se t.ex. Statskontoret 2010:22, *Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag, delrapport 1*.

registret kommer därför processmåttan fortsatt förbli de mest valida. Av det skälet har ett utvecklingsarbete bedrivits för att ta fram en modul eller ett frågeformulär som patienten fyller i tidigare i sjukdomsförloppet. Formuläret började användas i mindre skala under hösten 2012.

Registrets utformning

Inrapportering till registret sker genom en särskild dödsfallsenkät. Enkäten ska spegla vårdinnehållet vid livets slutskede. Enkäten är webbaserad och ska fyllas i av personalen på enheten där personen avled. Nuvarande enkät togs i bruk 2011 och hade då med utgångspunkt i ett valideringsarbete omarbetats och förtydligats. En fråga som tillkommit i april 2012 är om läkaren gjort en bedömning och dokumentation om patientens tillstånd innan samtalet med patient och anhöriga om brytpunkt hålls.

Senior alert

Överenskommelsen innebär att Senior alert har fått 12 miljoner kronor för arbetet med registret under 2012. Personalkostnader för projektledning och coacher är den största posten. Allt eftersom spridningsmålen nås är tanken att coachkonceptet ska avvecklas och mer resurser läggs på vidareutveckling av registret. Det avser främst tekniska lösningar som gör uppgifterna mer dynamiska och tillgängliga samt utveckling av kopplingar till patientjournalen.

Registrets syfte

Senior alert är ett processregister med fokus på att införa ett vårdpreventivt arbetssätt, genom en infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet. Syftet med registret är också att det ska underlätta utvecklandet av nya arbetssätt, genom att öka möjligheten för bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den. Idén är vidare att en nationell och gemensam databas skapar förutsättningar för att inom dessa områden värdera en vårdtagares vård utifrån en enhetlig norm, samt att möjliggöra jämförelser av olika enheters arbete med att förebygga skador.

Registrets utformning

Senior alert är uppbyggt kring två övergripande aktiviteter: riskbedömning och förebyggande åtgärder. Vårdtagare registreras med riskbe-

dömning, åtgärdsplan, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Frågan om att lyfta in urininkontinens har rests, som en femte faktor att registrera. Riskbedömningen sker på grundval av objektiva observationer. Observationerna noteras ofta i ett formulär på papper. Detta förs senare in i en databas.

Ankomstsamtal och riskbedömning noteras.

Svenska demensregistret

Registret startade i maj 2007. Minnesmottagningar, primärvårdsenheter och kommuner är anslutna till registret. Överenskommelsen innebär att Svedem och BPSD-registret tillsammans tilldelades 8 miljoner kronor. För Svedem:s del går pengarna mestadels åt att täcka personalkostnader. Det handlar om projektledare, administratörer och åtta regionala koordinatörer ute i landet som arbetar med implementering av registret inom framför allt primärvården. Därutöver täcks vissa kostnader för resor och IT.

Registrets syfte

Svedem ska bidra till att tillgodose behovet av uppgifter om utredning, behandling och uppföljning av patienter med demenssjukdomar inom demensområdet. Syftet med registret är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data för att kunna följa upp förändringar hos patienterna, diagnoser och behandling vid demenssjukdomar. Målet är att uppnå likvärdig, optimerad vård och behandling av patienter med demenssjukdom.

Registrets utformning

I Svedem registreras patienten in i en grundregistrering av den enhet som utreder patienten och ställer diagnosen. Därefter sker årliga uppföljningar automatiskt i systemet. Ansvar för uppföljningen kan ligga hos en specialklinik, primärvård eller kommun.

Svedem följer den demenssjuke, som har en diagnos, genom hela vårdkedjan. Har personen ingen dokumenterad diagnos kan registrering i Svedem inte göras. Detta innebär att personer med demenssjukdom, men utan fastställd diagnos, sannolikt inte följs upp på samma strukturerade sätt som följer av registrering i Svedem. Personer med demenssjukdom i särskilt boende (SÄBO), där demenssjukdom inte

tidigare diagnosticerats, kan efter diagnossättning nyregistreras i Svedem för att sedan följas upp i en särskild SÄBO-modul som introducerades i januari 2012.

Inom kommunala enheter har en sjuksköterska ansvar för registreringen i samarbete med kontaktpersonen och ansvarig läkare.

Registret är webbaserat med rapporter som uppdateras dagligen och visar statistik på enhetsnivå över alla uppgifter som har registrerats. Jämförelser kan göras mellan enheter, särskilda boenden, kommun- och länsnivå och riket som helhet. Varje år publiceras en rapport från registret. I registret finns också uppgifter om patientens status och vilka stödinsatser som patienten erhållit sedan sist.

I januari 2012 startades en ny uppföljning för särskilt boende. Den innehåller mestadels omvårdnadsindikatorer och följer de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Inom särskilt boende ansvarar en sjuksköterska för registreringen i samarbete med kontaktperson och ansvarig läkare.

BPSD-registret

Det svenska registret för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD-registret) startade den 1 november 2010. De medel man tilldelats inom ramen för årets överenskommelse används främst till löner för personal, som landskoordinator, utbildare och administratörer. Utbildningen som följer med anslutningen till registret är en annan större kostnadspost.

Registrets syfte

Syftet med BPSD-registret är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande över hela landet. Registret syftar även till att minska användningen av neuroleptika vid BPSD och att istället öka användningen av omvårdnadsåtgärder som till exempel utevistelse, aktivering och massage. Sedan våren 2010 finns nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

BPSD-registret ska fungera som ett stöd för personalen i den dagliga omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

Registrets utformning

BPSD-registrets utformning utgår från kunskapen om att förekomsten av BPSD kan minskas om man skapar en tydlig struktur i vården. Strukturen som BPSD-registret bygger på utgår från följande fyra steg:

1. Kartläggning av BPSD med hjälp av skattning enligt NPI (Neuro Psychiatric Inventory)
2. Analys av orsaken till BPSD
3. Åtgärder enligt de nationella riktlinjerna för att minska BPSD
4. Utvärdering av åtgärderna genom kontinuerliga NPI-skattningar

I registret dokumenteras de tänkbara orsaker som anses vara mätbara, exempel på sådana är blodtryck och smärta. Likaså registreras vidtagna åtgärder. I nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom anges några metoder som anses evidensbaserade, som massage, utevistelse, aktivering, lugn ljudmiljö och musik. Dessa dokumenteras i registret. Det finns också utrymme att i fri text beskriva andra vårdåtgärder. Detta är ett led i att i framtiden evidensbasera ytterligare vårdåtgärder. I registret finns dessutom uppgifter om hur stor andel av individerna som har en upprättad bemötandeplan.

I BPSD-registret ska uppgifter om demensdiagnos registreras. Det finns även möjlighet att registrera "demensdiagnos saknas". Personer med kognitiva svårigheter vårdas många gånger på särskilda boenden utan att ha en demensdiagnos. En stor andel av dessa individer får BPSD och kan registreras i registret. År 2011 var det 17 procent av de registrerade individerna som saknade demensdiagnos. Enligt företrädare för BPSD-registret innebär detta inget för registrets kvalitet.