



Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL

Delrapport 4





MISSIV

DATUM

2013-10-25

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, en andra delrapport den 1 november 2011 och en tredje delrapport den 1 november 2012.

Statskontoret överlämnar härmed den fjärde delrapporten *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL* (2013:16).

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	11
1.1	Statskontorets uppdrag	12
1.2	Inriktningen på Statskontorets rapporter	13
1.3	Genomförande	15
2	Överenskommelsens uppbyggnad och delar	19
2.1	Målgrupp	19
2.2	Översikt över överenskommelsen	19
2.3	Ökad användning av kvalitetsregister	22
2.4	Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete	22
2.5	Prestations- och resultatbaserad ersättning	23
2.6	Nationell samordning	23
2.7	Överenskommelsens effektkedja	24
3	Arbetet med överenskommelsen	27
3.1	Överenskommelsens ledning	27
3.2	Socialstyrelsens uppgifter och arbete	27
3.3	SKL:s insatser	28
3.4	Arbetet på regional nivå	32
3.5	Sammanfattande iakttagelser	38
4	Kvalitetsregistren – spridning, användning och kvalitetssäkring	41
4.1	Nationella kvalitetsregister	41
4.2	Kvalitetsregistren i överenskommelsen	42
4.3	Insatser i länen för att öka användningen	46
4.4	Sammanfattande iakttagelser	47
5	Överenskommelsens indikatorer	49
5.1	Indikatorer i överenskommelsen	49
5.2	Informationskällor om indikatorernas utveckling	57
5.3	Sammanfattande iakttagelser	59

6	Slutsatser	61
6.1	Satsningen som helhet	61
6.2	Prestations- och resultatbaserad ersättning	64
6.3	Användning av kvalitetsregister	65
6.4	Den nationella styrningen	67
6.5	Förslag	68
	Referenser	71

Bilagor

1	Uppdraget	73
2	Prestationsersättningen 2013	77

Sammanfattning

Statskontoret har regeringens uppdrag att under flera år följa upp överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) om sammanhållen vård och omsorg för mest sjuka äldre. Syftet med överenskommelsen är att stärka ett systematiskt arbetssätt i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. För 2013 har regeringen avsatt drygt en miljard kronor för denna satsning.

Denna rapport utgör Statskontorets fjärde delrapport. Statskontoret lämnar en slutrapport 2015.

Överenskommelsen har blivit tydligare

Statskontoret bedömer att indikatorerna för att mäta utvecklingen mot en bättre och mer sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre har varit tydligare definierade i överenskommelsen i år än tidigare. Även beräkningsmodellen för vissa av indikatorerna har utvecklats. Ersättningen för uppnådda resultat ska betalas ut först när en förbättring är uthållig.

Insatserna är inte helt träffsäkra

För att överenskommelsen ska vara träffsäker krävs att valda insatser täcker in de mål som satts upp i överenskommelsen. Statskontorets analys visar att insatserna också täcker in flertalet av målen. För en knapp tredjedel av målen saknas dock insatser. Det finns till exempel inga insatser som tar sikte på att utveckla personalens kompetens, trots att flera av målen i överenskommelsen handlar om det. Det är även oklart i vilken utsträckning satsningen når hela målgruppen mest sjuka äldre.

Vidare avsätts medel inom vissa områden utan att det ställs några preciserade krav på huvudmännen. Det medför en risk för att huvudmännen inte arbetar aktivt med dessa delar av förändringsarbetet. Det

handlar bland annat om satsningen på äldres psykiska hälsa, där det saknas krav på hur SKLs insatser ska omsättas i praktiken.

Långsiktigheten är inte säkerställd

Hittills finns inga tecken på att långsiktigheten i huvudmännens arbete är säkerställd. Detta trots att överenskommelsen syftar till att utveckla just ett långsiktigt förbättringsarbete. Enligt Statskontoret kan upplägget i den nedtrappningsplan för det statliga stödet och de krav som ställts på huvudmännen inom överenskommelsen om en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten tjäna som inspiration för att främja långsiktighet även i arbetet för mest sjuka äldre.

Privata utförare omfattas inte i samma utsträckning

I förra delrapporten konstaterade Statskontoret att de privata utförarna riskerade att inte få samma stöd till systematiskt förbättringsarbete. Det kunde till exempel handla om hjälp att tolka och använda resultat från kvalitetsregister. Årets uppföljning visar att denna risk kvarstår. Det är ovanligt att planerna i länen innehåller aktiviteter för hur de privata utförarna ska inkluderas.

Indikatorn undvikbar slutenvård fungerar inte som styrmedel

I förra delrapporten konstaterade Statskontoret att det var oklart för huvudmännen vilka insatser som krävdes för att nå resultaten för indikatorn undvikbar slutenvård. Årets uppföljning visar att problemen kvarstår. Enligt Statskontoret bör parterna istället inrikta sig på att finna struktur- eller processindikatorer som belyser förbättringar i arbetet för en sammanhållen vård och omsorg. Först när man har kunskap om orsakssambanden kan det bli aktuellt med resultatindikatorer.

Statskontoret bedömer också att det lokala analysarbetet som bedrivs för bland annat undvikbar slutenvård inte har gett huvudmännen tillräcklig vägledning. Enligt vår mening kan det ifrågasättas om nödvändig kunskap bäst nås genom att varje län analyserar sambanden mellan insatser och resultat. Statskontorets bedömning är att det krävs ett vetenskapligt baserat arbete på nationell nivå för att kunna urskilja vilka samband som finns och vilka faktorer som påverkar indikatorn innan den kan användas i en prestationsbaserad ersättningsmodell.

Resultatbaserad ersättning fungerar väl för kvalitetsregistren

Statskontoret konstaterar att resultatbaserad ersättning fungerar väl för kvalitetsregistren. Enligt Statskontorets bedömning bör tyngdpunkten ytterligare förflyttas mot uppnådda resultat för de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert. Också för de två demensregistren, där ersättningen hittills enbart varit kopplad till registrering, bör regeringen pröva att även ersätta användning av registren eller uppnådda resultat. Det gäller dock att vara vaksam på risker för olika typer av glidningar eller felaktigheter i rapporteringen.

I takt med att allt fler vårdcentraler ansluter sig till Svenska demensregistret finns också skäl att överväga att även premiera registrering i kommunal verksamhet.

Kvalitetssäkringen av data behöver stärkas

Statskontoret har i tidigare delrapporter påpekat att kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren har brustit. I år har kvalitetssäkringen förbättrats, men rutinerna är ännu förhållandevis svaga. Urvalet av de uppgifter som granskas är sällan systematiskt och sker inte utifrån någon riskanalys.

Statskontoret menar också att kvalitetssäkringen av uppgifterna i den utdataportal som har skapats för att följa indikatorernas utfall behöver stärkas. I portalen förekommer till exempel olika tolkningar och definitioner av centrala termer, vilket minskar jämförbarheten. Dessa brister riskerar i förlängningen att undergräva legitimiteten för satsningen. Vidare är databasen sårbar då den till vissa delar sköts av en person.

Förslag

Statskontoret föreslår att regeringen inför nästa överenskommelse:

- inför en nedtrappningsplan för det statliga stödet och ställer krav på att huvudmännen utformar handlingsplaner som säkerställer att befintliga strukturer för förbättringsarbete i länen bibehålls,
- säkerställer att kretsen personer som har kompetens att administrera utdatabasen utökas och att en funktion som regelbundet kvalitetssäkrar uppgifterna inrättas,

- lyfter ut indikatorn undvikbar slutenvård ur ersättningssystemet och istället inriktar sig på att finna struktur- eller processindikatorer som belyser förbättringar i arbetet mot en mer sammanhållen vård och omsorg,
- fasar ut medlen till lokalt analysarbete och istället ger medel för analyser som genomförs på nationell nivå,
- villkorar ersättningen till kvalitetsregistren med att registerhållarna lämnar in en plan för hur de under året ska arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter,
- för Senior alert och Svenska palliativregistret kopplar ersättningen ytterligare mot uppnådda resultat,
- för de båda demensregistren överväger att koppla ersättningen tydligare till användningen av registren eller om möjligt till uppnådda resultat,
- även premierar ersättning i Svenska demensregistret i de delar som rör kommunal verksamhet.

1 Utgångspunkter och genomförande

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) ingick inför 2012 en treårig överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Under 2013 har drygt 1,1 miljarder kronor avsatts för denna satsning. Merparten av medlen är kopplade till prestations- och resultatbaserade mål. Det handlar bland annat om att minska de äldres användning av olämpliga läkemedel och öka sammanhållningen i vården och omsorgen om äldre genom ökad samverkan mellan kommun och landsting.

Överenskommelsen 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 utökades 2012 med två kvalitetsregister: Svenska demensregistret (Svedem) och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret). Vidare har regeringen och SKL utarbetat indikatorer inom läkemedelsområdet samt för återinläggningar på sjukhus och för slutenvård som kan undvikas.¹

Utöver den prestations- och resultatbaserade ersättningen ges även stöd till så kallat långsiktigt förbättringsarbete inom ramen för överenskommelsen. Exempelvis finansieras särskilda utvecklingsledare i varje län genom denna del av satsningen.²

¹ Indikatorn undvikbar slutenvård mäter förekomsten av patienter i slutenvård med sådana diagnoser som med en optimalt fungerande öppenvård och primärvård inte hade behövt slutenvårdas.

² Utvecklingsledare är benämningen på personer med särskilt utpekat ansvar för att stödja utvecklingsarbetet på regional nivå.

Bakgrunden till överenskommelsen 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 de kommande två decennierna. Totalt sett kommer en fjärdedel av befolkningen att vara 65 år eller äldre år 2050. Under samma period förväntas kostnaderna för äldreomsorgen stiga med 70 procent och kostnaderna för hälso- och sjukvård med knappt 30 procent. För äldre vården skulle det innebära en kostnadsökning på mellan 37 och 41 miljarder kronor fram till 2050.³

1.1 Statskontorets uppdrag

Regeringen gav våren 2010 Statskontoret i uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen mellan regeringen och SKL om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Detta uppdrag ersattes i januari 2012 av ett nytt regeringsuppdrag. Statskontoret har nu ett utökat 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 under 2010–2014 årligen lämna en delrapport senast den 1 november. En slutrapport ska lämnas senast den 1 september 2015. Denna rapport utgör den fjärde delrapporten.

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL ska omförhandlas varje år. Statskontorets delrapporter ska kunna användas av regeringen och SKL när de utformar kommande års överenskommelser.

³ Socialdepartementet (2010) *Den ljusnande framtid är vård*.

1.2 Inriktningen på Statskontorets rapporter

Statskontoret följer löpande upp överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Satsningen på kvalitetsregister har vi nu följt i tre års tid. För de andra delarna i satsningen har det hittills mest handlat 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 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 utvecklas. 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 den tredje delrapporten gjordes en bred genomgång av satsningens alla delar. Vi konstaterade att strukturer för samverkan mellan kommuner och lansting var på väg att etableras, men att det var för tidigt att bedöma om samverkan också i praktiken ökade. Vi konstaterade också att berörda aktörer anser att kvalitetsregistren är relevanta. Dock kunde vi visa att kvalitetsregistren inte i någon större utsträckning användes till att mer systematiskt följa upp vård- och omsorgsenhetens resultat. Vi noterade också att kvalitetssäkringen av inrapporterade

uppgifter behövde stärkas. Vidare pekade vi på att det var svårt för huvudmännen att finna relevanta tillvägagångssätt för att påverka utfallet för indikatorn undvikbar slutenvård, som vi därför föreslog skulle tas bort.

Delrapport 4 (år 2013) – Sammanhållen vård och omsorg

I denna fjärde delrapport följer vi upp registrering och användning av kvalitetsregistren. Vidare bedömer vi de förändringar som skett i de indikatorer som ligger till grund för ersättning, samt den nya beräkningsmodell som gäller för flera av indikatorerna. Vi följer särskilt upp indikatorn undvikbar slutenvård och undersöker om huvudmännen fortfarande har svårt att finna relevanta tillvägagångssätt och instrument för att påverka indikatorns utfall. Vi bedömer även det systematiska förbättringsarbetet i länen och SKL:s samordning av detta arbete. Eftersom vi bedömer att mer långsiktiga resultat av satsningen inte kan utvärderas förrän om ytterligare något år, har årets delrapport inriktas på att i möjligaste mån uppdatera lägesbilden från 2012.

Delrapport 5 (år 2014) – Sammanhållen vård och omsorg

I den femte delrapporten följer vi upp utvecklingen för de mål som satts upp inom satsningen. Vi kommer att närma oss satsningens resultat genom att följa upp utfallsvariabler i exempelvis 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 överenskommelsen

För att ta reda på hur arbetet med överenskommelsen har fortlöpt i kommuner och landsting besökte vi förra året tre län – Halland, Örebro och Västernorrland. Eftersom samverkan mellan kommuner och landsting pekas ut som en nyckelfaktor i överenskommelsen valde vi län som hade en upparbetad samverkan. Det var även angeläget att få med län där man under en längre tid arbetat med att minska de äldres läkemedelsanvändning. De utvalda länen utgjorde alltså inte ett tvärsnitt av alla län. Vi valde detta angreppssätt eftersom kännedomen om arbetets utmaningar troligen är störst i de län där man har längre erfarenhet av att ha arbetat med frågorna.

I år har vi genom telefonintervjuer följt upp hur arbetet i dessa län har fortlöpt. I samtliga tre län har vi intervjuat utvecklingsledare och företrädare för region- eller kommunförbund. Sammanlagt 11 representanter från länen har intervjuats. I intervjuunderlaget ingår liksom tidigare även socialchef, primärvårdschef och utvecklare inom socialtjänsten.

Indikatorer i överenskommelsen

I förra delrapporten gjorde vi en övergripande analys av överenskommelsens styrlogik och hur överenskommelsens mål och indikatorer förhåller sig till varandra. Vi klassificerade också de olika typerna av indikatorer som finns i överenskommelsen. För att sätta in överenskommelsen och dess indikatorer i ett sammanhang redogjorde vi för olika typer av indikatorer samt drivkrafter och risker med prestations- och resultatbaserad ersättning. I årets delrapport bygger vi vidare på denna klassificering. Vi har även gjort en sammanställning över vilken koppling som finns mellan överenskommelsens mål och indikatorer.

För att kunna följa länens utveckling inom överenskommelsens olika målområden har en så kallad utdatabas skapats. Även en gemensam analysdatabas är under uppbyggnad. Vi har tagit reda på hur utdatabasen är uppbyggd och hur ansvarsförhållandena för bearbetning, inrapportering och kvalitetssäkring är utformade. Det huvudsakliga arbetet med att skapa och administrera utdatabasen utförs av SKL. För att ta reda på hur arbetet fortskrider har vi intervjuat ansvariga vid SKL. Vid våra länsintervjuer har vi även frågat om deras erfarenheter av databasen. Vi har också intervjuat representanter för den gemensamma analysgrupp som är kopplad till analysdatabasen.

Vi har analyserat hur ersättningarna definieras i SKL:s genomförandeplan och om parterna har behövt göra några ytterligare preciseringar och förtydliganden av överenskommelsens indikatorer eller villkor för ersättning.

Vid våra länsintervjuer har vi särskilt behandlat indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg. Vi har även deltagit vid en konferens för analytiker och utvecklingsledare i länen om sammanhållen vård och omsorg.

Vi har även ställt frågor kring det lokala arbetet med indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg i samband med det parallella uppdrag Statskontoret har att följa upp en överenskommelse om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Dessa frågor har ställts vid intervjuer med personer med ansvar för utvecklingen av arbetet med evidensbaserad praktik i Dalarna, Jönköping, Halland, Stockholm, Uppsala och Västerbotten.⁴ De två överenskommelser som Statskontoret har i uppdrag att följa upp har klara beröringspunkter med varandra. Exempelvis ska de utvecklingsledare som arbetar med systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre ingå i en gemensam regional stödstruktur för hela socialtjänsten i länet.

Användning av kvalitetsregister

För att reda på hur anslutningen till kvalitetsregistren har utvecklats och om kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter har förbättrats har vi analyserat registerhållarnas rapportering till SKL och annan

⁴ Statskontoret, Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Delrapport 3

löpande rapportering från kvalitetsregistren. Vidare har vi intervjuat respektive registerhållare, varav två per telefon. Vi har även tagit del av olika statistiska uppgifter kring användandet av kvalitetsregistren.

Vid våra länsintervjuer har vi frågat efter vilka insatser som görs i länet för att kvalitetsregistren i större utsträckning ska användas till att systematiskt följa upp vård- och omsorgsenheters resultat. Vidare har vi intervjuat företrädare för SKL, Socialstyrelsen, Famna⁵ och Vårdföretagarna⁶ med anledning av satsningen på kvalitetsregister.

Systematiskt förbättringsarbete

För att följa upp det systematiska förbättringsarbetet har vi tagit del av SKL:s genomförandeplan samt deras kvartalsrapportering och nyhetsbrev. Vi har även vid våra länsintervjuer frågat om hur detta förbättringsarbete har utvecklats. Det handlar bland annat om utvecklingsledarnas arbete och satsningen på Ledningskraft som riktar sig till chefer i kommunal omsorg, primärvård och vid sjukhus.⁷

Förbättringsarbetet ska inriktas på de områden som lagts fast i handlingsplanerna som beslutats i varje län. Vi har gått igenom samtliga planer som SKL har godkänt till och med den 26 september (17 stycken) och bland annat studerat planerna för förbättringsarbetet. Vi har även gått igenom ett urval av de särskilda aktivitetsplaner för förbättringsarbetet som har utarbetats inom länen. Vid denna genomgång har vi studerat vilken typ av förbättringsarbete som bedrivs och på vilket sätt privata utförare omfattas av de planerade aktiviteterna.

Inom ramen för vår parallella uppföljning av överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten har vi även ställt frågor om utvecklingsledarnas roll och funktion för äldre i intervjuer med ansvariga för de regionala stödstrukturerna i Dalarna, Jönköping, Halland, Stockholm, Uppsala och Västerbotten.

⁵ Branschorganisation för idéburen vård och social omsorg.

⁶ Branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi.

⁷ Ledningskraft är en satsning på chefer i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, med syftet att stärka kompetensen i utvecklingsarbetet, bland annat genom återkommande konferenser.

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 denna delrapport. 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.

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 för att ta reda på hur myndigheten genomfört sitt uppdrag.

Projektgrupp och kvalitetssäkring

Statskontorets arbete har utförts av utredarna Hanna André, Jan Boström (projektledare) och Max Bohlin Roberts. Anders Anell, professor vid Ekonomihögskolan vid Lunds universitet, har varit extern referensperson. Även en intern referensgrupp har varit knuten till projektet.

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

2 Överenskommelsens uppbyggnad och delar

I detta kapitel beskriver vi överenskommelsens syfte, innehåll och delar. Vi beskriver också ansvarsfördelningen för de olika delarna i överenskommelsen. Slutligen beskriver vi hur överenskommelsens mål relaterar till valda insatser och överenskommelsens tänkta effektkedja.

2.1 Målgrupp

I överenskommelsen definieras mest sjuka äldre som personer som är 65 år eller äldre och som har omfattande nedsättningar i sitt funktions-tillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Parterna har enats om att gruppen omfattar samtliga personer 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. I överenskommelsen ges närmare preciseringar av vad som avses med behov av omfattande sjukvård respektive omfattande omsorg. År 2011 utgjorde denna grupp 17 procent av befolkningen 65 år och äldre och uppgick till omkring 305 000 personer.

2.2 Översikt över överenskommelsen

Det övergripande målet för hela satsningen är att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg. Målet är även att genom ekonomiska incitament uppmuntra och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting samt att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad utgår ifrån de mest sjuka äldres behov. Intentionen är att innehållet i satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet.

Målen för satsningen 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 även ett antal mer preciserade mål angivna. De uppgår totalt till 31 stycken. Flera av dessa mål är redan till stora delar lagbundna eller har klara likheter med formuleringar i lagtext.

År 2013 omfattar överenskommelsen 1 115 500 000 kronor. I tabell 2.1 redovisas överenskommelsens olika insatsområden och de medel som kopplas till områdena.

Tabell 2.1 Överenskommelsens insatsområden 2013, kronor.

	2013
Ökad användning av kvalitetsregistren Senior alert, Svenska palliativregistret, BPSD och Svedem, varav:	318 000 000
- Prestationsersättning för registrering	290 000 000
- Stöd till Senior alert	10 000 000
- Stöd till Svenska palliativregistret	7 000 000
- Stöd till Svedem	4 000 000
- Stöd till BPSD	4 000 000
- Samordning och genomförande Famna	1 000 000
- Samordning och genomförande Vårdföretagarna	1 000 000
- Samordning och genomförande SKL	1 000 000
Prestationsersättning för god läkemedelsbehandling för äldre	300 000 000
Prestationsersättning för sammanhållen vård och omsorg	325 000 000
Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre, varav:	151 000 000
- Stöd till utvecklingsledare kommuner och landsting	66 000 000
- Stöd till utvecklingsledare Famna	3 000 000
- Stöd till utvecklingsledare Vårdföretagarna	3 000 000
- Ledningskraft	19 000 000
- Kvalitetssäkrad välfärd	8 000 000
- Stöd till SKL:s arbete med äldres psykiska ohälsa	3 000 000
- Sammanhållen vård och omsorg, medel för lokalt analysarbete	49 000 000
Nationell samordning av insatser genom SKL, varav:	10 000 000
- Personal	3 550 000
- OH-kostnader	850 000
- Resor och logi	500 000
- Konsulter	1 000 000
- Konferenser och seminarier	2 100 000
- Material (skrifter och filmer)	800 000
- Övrigt	1 200 000
SKL:s arbete med NPÖ	6 500 000
Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	5 000 000
Summa	1 115 500 000

Källa: Uppgifter i överenskommelsen och SKL:s genomförandeplan.

2.3 Ökad användning av kvalitetsregister

Sedan 2010 har regeringen avsatt medel i överenskommelsen för att utveckla de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert. Sedan 2011 har regeringen även avsatt medel till Svenska demensregistret (Svedem) och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). Syftet är att registreringar i kvalitetsregistren ska leda till ett förändrat arbetssätt som leder till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vård och omsorg om sjuka äldre. Registren kan även användas som underlag för olika typer av jämförelser mellan verksamheter.

Under 2013 utbetalas sammanlagt 28 miljoner kronor till de olika registren, SKL samt till företrädare för privata och idéburna utförare. Vidare utbetalas 290 miljoner kronor i form av prestationsersättning till kommuner och landsting.

2.4 Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete

Sedan 2010 bedriver SKL ett arbete för att stödja kommuner, landsting och enskilda utförare i att utveckla ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Staten finansierar bland annat särskilda utvecklingsledare som är gemensamma för kommuner och landsting i ett län. Utvecklingsledarna ska stödja förbättringsarbetet inom de områden som lagts fast i respektive läns beslutade handlingsplan. Under 2013 har parterna slagit fast att utvecklingsledarna särskilt bör fokusera på att stödja personalen med att analysera och använda resultaten från kvalitetsregistren till förbättringsarbeten.

Vidare erbjuder SKL verksamhetschefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård att delta i konferenser som syftar till att stärka chefernas kompetens i förbättringsarbetet och omsätta länens handlingsplaner till praktisk handling. Insatsen benämns Ledningskraft.

Sedan år 2012 har även kommuner fått stöd i arbetet med att etablera uppföljningar och kontroll som en del av lednings- och styrsystemet. Stödet består bland annat av erfarenhetsutbyte och utbildningar. Denna insats benämns Kvalitetssäkrad välfärd.

Sammanlagt avsätts 72 miljoner kronor för utvecklingsledare i länen. För Ledningskraft och Kvalitetssäkrad välfärd avsätts 19 miljoner respektive 8 miljoner kronor.

2.5 Prestations- och resultatbaserad ersättning

Liksom i förra årets överenskommelse fördelas även prestations- och resultatbaserad ersättning inom områdena god läkemedelsbehandling för äldre och sammanhållen vård och omsorg. Ersättningen inom dessa områden syftar till att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre genom att minska användningen av olämpliga läkemedel och åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg som förebygger onödig inläggning i slutenvård.

Sammanlagt avsätts 650 miljoner kronor för denna del av överenskommelsen. I bilaga 2 finns en mer fördjupad redovisning av prestationsmedlens utformning.

För att kvalificera sig för de prestationsbaserade medel som avsatts för 2013 måste kommuner och landsting uppfylla vissa grundläggande krav. Kraven redovisas i kapitel 3.

2.6 Nationell samordning

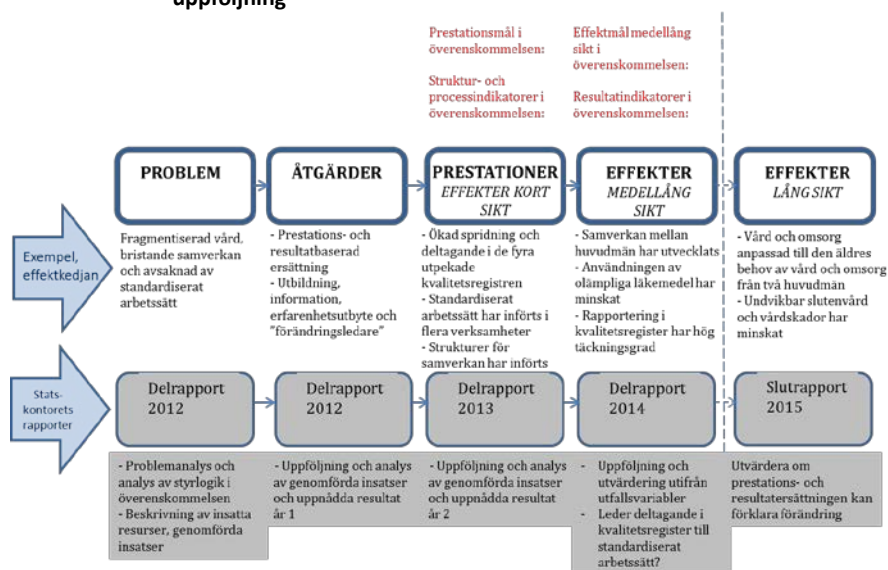
SKL ansvarar för den nationella samordningen av insatserna. SKL ska även samordna satsningens insatser med andra relevanta överenskommelser. Vidare ansvarar SKL för driften av den gemensamma utdataportalen. SKL får 10 miljoner kronor för den nationella samordningen.

SKL ska också upphandla en ny version av Nationell patientöversikt (NPÖ) i samverkan med Socialstyrelsen. NPÖ gör det möjligt för vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som har registrerats hos andra vårdgivare. SKL ska även utarbeta en vägledning till kommunerna. SKL får 6,5 miljoner för vägledning och upphandling av NPÖ.

2.7 Överenskommelsens effektkedja

De olika delmålen och indikatorer inom överenskommelsen kan tolkas som mål på vägen det övergripande och slutgiltiga målet: att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Den tänkta effektkedjan och Statskontorets utvärderingsinsatser illustreras i nedanstående figur. Överenskommelsen innehåller främst mål och indikatorer som befinner sig i steg 1 (prestationer) och steg 2 (effekter på medellång sikt) i effektkedjan. Däremot saknar överenskommelsen indikatorer för det tredje och sista steget (effekter på lång sikt).

Figur 2.1 Illustration över överenskommelsens effektkedja och Statskontorets uppföljning



För att de tänkta effekterna ska kunna nås krävs att överenskommelsens insatser täcker in de mål som sätts upp. I tabell 2.2 redovisar vi vilken koppling de 31 målen har till de insatser överenskommelsen hittills har bestått av.

Tabell 2.2. Redovisning av koppling mellan insatser och mål i överenskommelsen.

<i>Mål</i>	<i>Koppling till insats</i>	<i>Indirekt koppling</i>	<i>Ingen koppling</i>
Struktur för ledning och styrning i samverkan finns i alla län	X		
En gemensam handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre finns i varje län			X
Ersättningssystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan är utvecklade	X		
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns i alla verksamheter	X		
Samordningsinsatser för äldre finns tillgängliga för personer i målgruppen	X		
Lokala värdighetsgarantier finns i en majoritet av landets kommuner			X
Personer med insatser från båda huvudmännen har en individuell plan			X
Alla personer i målgruppen har en fast vårdkontakt			X
Preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert används i alla relevanta verksamheter	X		
Tydligt definierat uppdrag för primärvården för de mest sjuka äldre		X	
Läkemedelsbehandling ska följa Socialstyrelsens indikatorer för God läkemedelsterapi för äldre		X	
Antal äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade problem ska minimeras	X		
Nationella vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård ska vara implementerade i alla berörda verksamheter		X	
Svenska palliativregistret används i alla berörda verksamheter	X		
Nationella riktlinjer för personer med demens ska vara implementerade i alla berörda verksamheter		X	
Svenskt Demensregister och Svenskt register för Beteendestörningar och Psykiska Symptom vid Demens används i alla berörda verksamheter	X		
Med hjälp av nationella och internationella undersökningar följs de äldres bedömningar av vården och omsorgen regelbundet upp		X	
Nytt instrument för att bättre följa de äldres synpunkter utvecklas	X		
Underlag tas fram för att värdera metoder för anhörig- och brukarrevision		X	
Underlag tas fram för att värdera effekten av förebyggande hälsosamtal för äldre			X

<i>(forts)</i> Mål	Koppling till insats	Indirekt koppling	Ingen koppling
Rapporteringen till relevanta kvalitetsregister har hög nationell täckningsgrad	X		
Relevanta indikatorer för kvalitetsuppföljning i Öppna jämförelser för äldre presenteras årligen	X		
Höjd kompetens för baspersonalen inom äldreomsorgen			X
En ökad andel av personalen har eftergymnasial vård- eller omsorgsutbildning			X
Personalen har utbildning i värdegrundsarbete			X
Chefer i kommunernas vård och omsorg har adekvat ledarkompetens		X	
Utbildning av relevant personal i geriatrik, gerontologi och gerodontologi ökar		X	
Satsning inom äldreforskning			X
Uppföljning och utvärdering av oberoende part	X		
Årlig utvärdering	X		
Utvärdering av projektet 2014	X		

Kommentar Statskontorets bedömning utgår från de insatser som anges i överenskommelsen. I de fall insatserna endast täcker delar av målet bedöms de ha indirekt koppling.

Av tabellen framgår att flertalet av målen har direkt eller indirekt koppling till insatser i överenskommelsen. För en knapp tredjedel av målen saknas däremot insatser som kan antas bidra till att respektive mål uppfylls. Överenskommelsens insatser är därmed inte helt träffsäkra. Exempelvis saknas insatser för målen om att utveckla personalens kompetens, bland annat att personalen ska ha eftergymnasial utbildning. Inte heller finns det ännu några insatser som tar sikte på målet om att satsa på äldreforskning.

3 Arbetet med överenskommelsen

I detta kapitel beskrivs det praktiska arbetet med överenskommelsen. Först beskriver vi arbetet på nationell nivå och därefter arbetet på regional nivå. Vår analys utgår bland annat från en genomgång av handlings- och aktivitetsplaner i länen, tre länsintervjuer och SKL:s genomförandeplan.

3.1 Överenskommelsens ledning

Överenskommelsen har godkänts genom regeringsbeslut och beslut i SKL:s styrelse.

En så kallad högnivågrupp leder arbetet med överenskommelsen, men är ingen formell beslutsgrupp. Gruppen hanterar löpande frågor, bland annat om behov av preciseringar och tolkning av enskilda prestationsmål. Gruppen består av regeringens nationella äldresamordnare, ansvarig statssekreterare, sektionschefer och avdelningschefer från SKL samt Socialstyrelsens generaldirektör. Enligt uppgift förs minnesanteckningar vid mötena.

Därutöver leder äldresamordnaren en arbetsgrupp med deltagare från Socialdepartementet, SKL och Socialstyrelsen.

3.2 Socialstyrelsens uppgifter och arbete

Socialstyrelsen har ett flertal uppdrag som berör arbetet med att samordna vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Regeringen har i regleringsbrevet för 2013 avsatt 76 miljoner kronor för Socialstyrelsens olika insatser inom äldreområdet. Socialstyrelsen har bland annat i uppdrag att bedöma om kommuner och landsting uppfyller de grundläggande krav som ställs i överenskommelsen och om de uppnår de resultat som krävs för att få ersättning. Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att ta fram en mall för dokumentation av ledningssystem för

kvalitet i kommuner och landsting. Vidare ska Socialstyrelsen utvärdera försöksverksamheter för mest sjuka äldre.

I tidigare rapporter har Statskonoret ansett att Socialstyrelsens roll i arbetet med överenskommelsen behöver förtydligas. Det har till exempel gällt vilken roll Socialstyrelsen ska ha gentemot respektive part i överenskommelsen. Vidare har vi betonat att myndighetsledningen bör analysera hur man på bästa sätt ska kunna vara ett stöd i arbetet med överenskommelser.

Vid årets intervjuer menar ansvariga på Socialstyrelsen att det finns ett fortsatt behov av att förtydliga rollen. De menar att Socialstyrelsens huvudsakliga fokus bör ligga på att stödja regeringen i förberedelsearbete inför överenskommelsen. Socialstyrelsen har också varit ett stöd vid framtagandet av läkemedelsindikatorer inför årets överenskommelse. Däremot menar de ansvariga att Socialstyrelsen inte bör vara med vid förhandlingsarbetet, eftersom myndigheten inte är part i överenskommelsen. Företrädare för myndigheten uppger i intervjuer att de ombetts att bistå i själva formuleringen av överenskommelsens krav som sådana, men först efter det att parterna enats på principiell nivå. Enligt de ansvariga på Socialstyrelsen får myndigheten därmed i praktiken ansvar för en uppgörelse som ingåtts av två andra parter.

3.3 SKL:s insatser

Inom ramen för överenskommelsen betalas sammanlagt 195,5 miljoner kronor ut till SKL. Av dessa ska 48,5 miljoner kronor gå till insatser som SKL själv ansvarar för, medan de ska fördela resterande 147 miljoner kronor vidare till andra aktörer.

Kraven på att användningen av medlen ska redovisas har skärpts edan förra året. För varje insats ska SKL rapportera till Socialdepartementet om vilka aktiviteter som genomförts, hur arbetet har utvecklats utifrån uppsatta mål samt eventuella orsaker till varför uppsatta mål inte uppnåtts. En prognos över bidragsförbrukning och en delredovisning ska lämnas senast den 10 oktober 2013 och en slutredovisning ska lämnas senast den 31 mars 2014. I de dokument vi tagit del av går SKL:s fördelning av medel tydligt att härleda till de olika insatserna. SKL anger

inte närmare i sin genomförandeplan hur de har tänkt att följa upp insatserna och de redovisar heller inga kriterier för uppföljningen.

Medel som SKL fördelar vidare

SKL fördelar medel till följande insatser:

- *Utvecklingsledare (72 miljoner kr)*
Medlen går i huvudsak till kommuner och landsting för att de ska bedriva länsgemensamt utvecklingsarbete och tillsätta utvecklingsledare. Även Famna och Vårdföretagarna får medel för detta ändamål. SKL ansvarar för att följa upp utvecklingsledarnas arbete och hur medlen har använts.
- *Stöd till ändrat arbetssätt via kvalitetsregister (28 miljoner kr)*
Medlen går i huvudsak till de fyra kvalitetsregistren. SKL begär in avstämningsrapporter där registerhållarna redovisar genomförda aktiviteter och hur spridningen av registren har utvecklats. Vidare får Famna och Vårdföretagarna medel för att samordna sina medlemmar och hjälpa dem med analysarbete.
- *Medel för lokalt analysarbete (48 miljoner kr)*
Medlen går till kommuner och landsting för analysarbete kring indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar. Analyserna ska omfatta frågor om vilka diagnosgrupper som varit aktuella samt på vilket sätt slutenvård hade kunnat undvikas när patienter behandlats i slutenvård. Såväl kommunernas som landstingens ansvarsområden ska omfattas. De lokala analysgrupperna ska återföra resultaten från sitt arbete till en nationell analysgrupp.⁸

SKL betalar även ut prestationsersättningen till respektive huvudman efter att ha begärt hela summan från Kammarkollegiet.

⁸ Gruppen består av experter från Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL.

Insatser som SKL ansvarar för

SKL får medel för följande insatser som de själva ansvarar för:

Ledningskraft (19 miljoner kr)

Chefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård erbjuds att delta i nationella konferenser för att stärka sin kompetens i förbättringsarbetet och omsätta länens handlingsplaner till praktisk handling. Enligt SKL:s genomförandeplan ska en stor del av arbetet fokusera på indikatorerna återinläggningar inom 30 dagar och undvikbar slutenvård.

Kvalitetssäkrad välfärd (8 miljoner kr)

Satsningen är frivillig för kommuner och landsting att delta i och syftar till att etablera uppföljning och kontroll av välfärdstjänster som en naturlig del i kommunernas och landstingens lednings- och styrsystem. Kommuner och landsting ska utveckla rutiner och arbetssätt som möjliggör kvalitetssäkring av tjänster oberoende av vem som är leverantör. Stödet består av tillhandahållande av nätverk, praktiskt processtöd och utbildningar.

Nationell Patientöversikt (6,5 miljoner kr)

SKL ska i samverkan med Socialstyrelsen upphandla en ny version av Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt under året utarbeta och sprida en vägledning till kommunerna. NPÖ syftar till att förbättra informationsöverföringen inom vården och omsorgen, men tillämpas ännu inte på kommunal nivå. Arbetet med NPÖ är en del av eHälsa. I Statskontorets uppföljning av överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten redogör vi för SKL:s arbete med eHälsa.⁹

Äldres psykiska ohälsa (3 miljoner kr)

SKL ska utgå från vägledningen "Första hjälpen till psykisk hälsa" och anpassa den till äldre personers livssituation. SKL ska även börja sprida detta anpassade material och genomföra kurser för personer som i sin tur ska utbilda personal i frågan. Eftersom detta arbete är under uppbyggnad i år, analyserar vi inte insatserna i årets rapport.

⁹ Statskontoret (2013), *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 3.*

Skrift om försöksverksamheter

SKL ska utarbeta en skrift som presenterar de försöksverksamheter kring mest sjuka äldre som pågått inom ramen för överenskommelsen. Inga särskilda medel har avsatts för detta.

Nationell samordning genom SKL

SKL är nationell samordnare av de olika satsningarna. Syftet är att skapa goda förutsättningar för en tydlig kommunikation, ett effektivt utnyttjande av resurser samt en tydlig struktur för samordning på det nationella planet. SKL ska även samordna satsningens insatser med andra relevanta överenskommelser. SKL får 10 miljoner kronor för denna samordning.

Konkret innebär samordningsansvaret bland annat ett ansvar för följande aktiviteter:

Mötesplatser för arbetet mot onödiga sjukhusvistelser

SKL betonar i sin genomförandeplan att under året läggs särskilt fokus på indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg. SKL har bland annat anordnat konferenser och seminarier på temat ”inga onödiga sjukhusvistelser”.

Uppföljningsverktyg för patienter som blivit återinskrivna

SKL tog under 2012 fram ett webbaserat intervjuformulär för personer som blivit återinskrivna i slutenvård (Webbkollen). I år har verktyget utvecklats och omfattar fler personer. Enligt SKL kan resultaten användas för att identifiera orsaker till återinskrivning och områden där verksamheter kan förbättra sitt arbetssätt. Resultaten kan redovisas på lokal, regional eller nationell nivå och möjliggör därmed även jämförelser med andra.

Utdataportal och analysdatabas

För att kunna redovisa utfallet av de olika indikatorerna i överenskommelsen ansvarar SKL för en utdataportal. SKL utvecklar även en analysdatabas för att möjliggöra analyser kring sammanhållen vård och omsorg. Båda dessa informationskällor utarbetas i samarbete med registerhållaren för Svenska palliativregistret.

Övriga aktiviteter

SKL betonar i sin genomförandeplan att en av deras viktigare uppgifter är att sprida information om överenskommelsens delar och aktiviteter till alla inblandade. Detta sker bland annat genom uppdateringar av webbsidan, spridning av rapporter och nyhetsbrev, men också genom medlemsbesök och nätverk för utvecklingsledare.

Utöver det nationella samordningsansvaret ansvarar SKL även för samordningen inom specifika områden:

Samordning av arbetet med kvalitetsregister (1 miljon kr)

SKL arrangerar möten för registerhållarna där de diskuterar gemensamma utvecklingsfrågor. SKL stödjer också registerhållarna i arbetet med att föra över data från patientjournalerna till registren.

Nationell samordning av det lokala analysarbetet (1 miljon kr)

SKL anordnar mötesplatser för dem som ansvarar för det lokala analysarbetet kring indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar. Vidare ska SKL sammanställa vilka indikatorer som är lämpliga att följa upp på olika nivåer. Därutöver har SKL publicerat en rapport med resultaten från de lokala analysarbeten som genomfördes under 2012.¹⁰

3.4 Arbetet på regional nivå

På regional nivå handlar arbetet med överenskommelsen i huvudsak om att stärka förutsättningarna för en långsiktigt förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre. På många håll har arbetet med att åstadkomma detta pågått under lång tid, även innan överenskommelsen kom till stånd.

Länens handlingsplaner och huvudmännens dokumentation av förändringsarbetet

En förutsättning för att få del av medlen är att kommuner och landsting uppfyller vissa grundläggande krav.

¹⁰ SKL (2013) *Bättre liv för sjuka äldre. Analysrapport 2013. Sammanhållen vård och omsorg.*

Ett av kraven är att det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Särskilt fokus ska ligga på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre. Handlingsplanen ska innehålla en beskrivning av lokala förbättringsområden, mätbara mål och en beskrivning av hur uppföljningen ska gå till och hur resultaten ska redovisas. Handlingsplanen ska även beskriva utvecklingsledarnas roll och mandat med utgångspunkt i både det nationellt satta uppdraget och de lokala förutsättningarna.

Kommuner och landsting ska även dokumentera hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering enligt 5 kap. SOSFS 2011:9 ska bedrivas när det kommer till vård och omsorg om äldre.¹¹

Redan idag ställs i lag och tillhörande föreskrifter krav på att huvudmännen har dokumenterade riskhanteringssystem. I förra delrapporten konstaterade vi att det finns en risk för tvetydiga signaler i att belöna mål som redan är lagbundna. Företrädare för Socialstyrelsen ser också en sådan risk, men menar samtidigt att kraven i överenskommelsen bland annat har medfört att arbetet med dokumenterade riskhanteringssystem har tagit fart.

Statskontoret har tagit del av samtliga handlingsplaner som fanns tillgängliga den 26 september 2013 (17 stycken). Flertalet handlingsplaner inrymmer planerade aktiviteter för året, ibland under benämningen aktivitetsplan. I kommande avsnitt sammanfattas det huvudsakliga innehållet i handlingsplanerna.

I flertalet handlingsplaner beskrivs:

- förbättringsområden,
- konkreta och mätbara mål,
- planerade aktiviteter och
- utvecklingsledarnas roll.

¹¹ Kravet omfattar delar av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Ofta anges också tidpunkter för när olika insatser ska följas upp. Däremot är det mer sällsynt att det beskrivs hur resultatet och effekterna av arbetet ska redovisas.

I handlingsplanerna saknas ibland den lokala och regionala dimensionen av arbetet, utan de utgår nästan helt från de nationella prioriteringarna. Det förs inte heller några diskussioner om hur de verksamheter som drivs i privat regi ska inbegripas i satsningen. Vidare behandlas sällan hur långsiktigheten i satsningen ska kunna säkras och vilka förutsättningar som finns för att arbetet ska kunna fortsätta efter att överenskommelsen löpt ut.

Huvudmännen ska enligt en mall dokumentera hur de ska arbeta med riskanalys, egenkontroll och avvikelserapportering. För att få en översiktlig bild av detta arbete har Statskontoret gått igenom dokumentationen från några kommuner och landsting. Vår genomgång visar att dokumenten genomgående har ett liknande innehåll. Vissa formuleringar återkommer till och med ordagrant i underlagen från de olika kommunerna och landstingen. SKL förklarar detta med att de erbjudit exempel på skrivningar via sin hemsida.

Utvecklingsledarnas uppgifter

För att utveckla ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete får varje län sedan 2010 ekonomiskt stöd för tre till fem utvecklingsledare. Utvecklingsledarna är en del av de regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling i socialtjänsten som har byggts upp inom ramen för överenskommelsen om evidensbaserad praktik.¹² Utvecklingsledarnas roll är att stödja kommuner, landsting samt privata och idéburna utförare i detta arbete.

Inledningsvis var utvecklingsledarnas främsta uppgift att påskynda spridningen av kvalitetsregister till vårdgivare inom landsting och kommuner. I årets överenskommelse anges att utvecklingsledarna i ökad utsträckning ska stödja arbetet med att analysera resultat och utifrån det dra slutsatser samt initiera förbättringar.

¹² *Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-06-17 nr III:8.*

I förra årets delrapport konstaterade Statskontoret att utvecklingsledarna var relativt kända i landstingen och kommunerna. Det framkom också att deras roll primärt var inriktad på att praktiskt stödja registrering i kvalitetsregister och att tolka och ta ut statistik. I det allmänna förbättringsarbetet däremot var utvecklingsledarna inte ett lika starkt stöd. Vidare hade utvecklingsledarna svaga kontakter med landstingen och framförallt primärvården.

I årets handlingsplaner beskrivs utvecklingsledarna som en resurs och ett stöd för samverkansarbetet kring äldre i hela länet. Följande ansvarsområden pekas ut för utvecklingsledarna:

- bidra i arbetet med att öka registreringen i kvalitetsregister,
- stödja resultatanalys och initiera systematiskt förbättringsarbete,
- initiera och samordna länsgemensamma aktiviteter och nätverksmöten m.m,
- arbeta nära regionala plattformsledare, övriga utvecklingsledare och projektledare inom den regionala stödstrukturen för evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.

Karolinska Institutet, som på SKL:s uppdrag följer satsningen på mest sjuka äldre, har genomfört en enkät till utvecklingsledarna i februari 2013. Nästan alla utvecklingsledare besvarade enkäten och 20 av 21 län var representerade bland de svarande.¹³ Av enkätsvaren framgår att utvecklingsledarna har sämre möjligheter att nå landstingen och primärvården än kommunerna. Karolinska institutet har även intervjuat representanter för ledningskraftsteamerna i samtliga län. I drygt hälften av länen anses utvecklingsledarna fylla en viktig funktion i ledningskraftsarbetet.¹⁴

Av våra länsintervjuer framgår att en stor del av utvecklingsledarnas arbete är att fortsatt stödja registrering i kvalitetsregister. Även om utvecklingsledarnas roll i någon mån har utvecklas mot att stödja ana-

¹³ Medical Management Centre, Institutionen LIME, Karolinska institutet (2013), *Enkät till utvecklingsledare i Bättre liv för sjuka äldre*.

¹⁴ Medical Management Centre, Institutionen LIME, Karolinska institutet (2013) *Ledningskraftssatsningen inom Bättre liv för sjuka äldre – en intervjustudie av länsrepresentanternas syn på och erfarenheter av satsningen t.o.m. våren 2013*.

lys och diskussion kring resultat, ligger huvudsakligt fokus fortfarande på att främja registrering i kvalitetsregister. Denna bild bekräftas också av de intervjuer med ansvariga för de regionala stödstrukturerna som vi har gjort inom ramen för uppföljningen av överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.

Huvudmännens arbete med ledningskraft

Satsningen på ledningskraft syftar till att chefer i olika delar av vården och omsorgen om de äldre genom gemsama konferenser ska få bättre förutsättningar för att leda förbättringsarbetet. I årets arbete står indikatorerna återinläggningar inom 30 dagar och undvikbar slutenvård i fokus. Liksom förra året inriktas arbetet på tre konferenser, då chefer i slutenvård, äldreomsorg och primärvård ska få möjlighet att höja sin kompetens i förbättringsarbete och öka samverkan sinsemellan.

Enligt uppgifter vid våra länsbesök förra året hade dessa konferenser lett till att nödvändiga samtal över professions- och huvudmannagränser kommit igång. I årets länsintervjuer lyfts ledningskrafts mötesplatser fram som ett sätt att inleda samverkan mellan olika huvudmän, även om huvudmännens separata budgetar styr och till viss del begränsar möjligheterna till samverkan. I Karolinska institutets studie lyfter intervjuade i flertalet län fram konferenserna som en av de viktigaste delarna för att stödja förändringsarbetet.

Liksom 2012 är ett regionalt chefstöd (så kallade noder) kopplat till satsningen. SKL har träffat avtal med några regionala enheter för att stödja cheferna i utvecklingsarbetet. I Statskontorets förra delrapport framkom att länsrepresentanterna ansåg att dessa insatser var överflödiga. I studien från Karolinska institutet uppger intervjuade i drygt hälften av länen (11 av 20) att de haft ganska lite eller inget stöd från moderna. Stödet anses heller inte vara anpassat efter länens situation.

I vår förra delrapport konstaterade vi att de privata utförarna inte tog del av aktiviteter som ledningskraft anordnade i samma utsträckning som de offentliga utförarna. Enligt företrädare för de privata utförarna har de i år i större utsträckning bjudits in till möten och konferenser.

Huvudmännens arbete med kvalitetssäkrad välfärd

Satsningen på kvalitetssäkrad välfärd syftar till att etablera uppföljning och kontroll av välfärdstjänster som en naturlig del i kommunernas och landstingens ledningssystem. Det är frivilligt för kommuner och landsting att delta i detta arbete. I år avsätts 8 miljoner kronor i överenskommelsen för detta ändamål. Förra året avsattes 12 miljoner kronor.

Under förra året var detta arbete enligt SKL fortfarande under uppbyggnad. I våra intervjuer med representanter för länen har det framkommit att den är relativt okänd både till innehåll och syfte. I början av oktober 2013 deltar cirka 110 kommuner på olika sätt i denna satsning. Totalt deltar 54 kommuner i sex nätverk. SKL har också etablerat kontakt med 3 regionförbund, som tillsammans representerar 28 kommuner. Enligt uppgift har SKL även bistått med stöd till ett 30-tal kommuner via mejl, telefon eller besök. SKL erbjuder även utbildningar och har lanserat en webbsida om uppföljning och kontroll.

På landstingsnivå har SKL:s nätverk för finansiärer eller uppdragsgivare inom vårdval kartlagt arbetet med uppföljning och kontroll av primärvården. En arbetsgrupp med representanter från 10 landsting eller regioner arbetar med att ta fram en basmodell för uppföljning. Modellen, som inte är specifikt riktad mot äldreområdet utan mer generell, beräknas vara färdig i slutet av året.

Lokalt analysarbete

Inom ramen för överenskommelsen får kommuner och landsting medel till utveckling av lokalt analysarbete kring indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar. Analyserna ska ge svar på frågor om varför och när mest sjuka äldre behandlas i slutenvård, vilka diagnosgrupper och patienter som har varit aktuella samt på vilket sätt slutenvård hade kunnat undvikas i de enskilda fallen. I år avsätts 49 miljoner kronor för detta ändamål. Förra året avsattes 85 miljoner kronor.

I förra delrapporten konstaterade vi att huvudmännen fortfarande inte visste hur de skulle gå till väga för att påverka indikatorerna, trots det lokala analysarbetet. Då man inte visste vilka eventuella samband som skulle analyseras, blev det också svårt att bedriva ett strukturerat ana-

lylsarbete. Statskontoret ifrågasatte nyttan med analysinsatser i samtliga län, då merparten av utmaningarna och de avgörande faktorerna för indikatorerna antagligen är gemensamma för hela landet.

SKL sammanställde i februari 2013 erfarenheter och slutsatser som dragits från det lokala analysarbetet. Även där framgår att det varit svårt att inom det lokala analysarbetet identifiera vilka förändringar som krävs för att indikatorerna ska påverkas.

Statskontoret har i år följt hur det lokala analysarbetet har utvecklats. Uppföljningen visar att analysarbetet på regional och lokal nivå ser olika ut i länen. Några gemensamma nämnare finns dock:

- Det är svårt att hitta lämplig kompetens för det lokala analysarbetet. Flera län har i arbetet varit beroende av konsultstöd. Särskilt ett företag har anlåtats.
- Även om faktorer har identifierats som eventuellt skulle kunna ha betydelse för indikatorernas utfall, märks inga påtagliga skillnader i utfallen hittills. Någon tydlig samvariation mellan insatser och resultat har inte kunnat identifieras.

Denna bild bekräftas också av de intervjuer med ansvariga för de regionala stödstrukturerna som vi har gjort inom ramen för uppföljningen av överenskommelsen om evidensbaserad praktik. En närmare redovisning av de två indikatorernas utveckling ges i avsnitt 5.

3.5 Sammanfattande iakttagelser

Det har blivit lättare att följa upp SKL:s pengar

I vår förra delrapport konstaterade vi att det stundtals var svårt att följa upp hur SKL hade fördelat medlen mellan olika projekt. I år är det tydligare hur SKL har fördelat sina medel mellan de olika insatserna. Därmed finns bättre förutsättningar att följa upp respektive insats.

SKL beskriver inte hur målen ska följas upp

Åtterrappporteringskraven på SKL har förtydligats i årets överenskommelse. Numera ska SKL bland annat redogöra för hur arbetet har ut-

vecklats utifrån uppsatta mål och eventuella orsaker till varför målen inte nåtts.

SKL har ännu inte lämnat denna redovisning, varför någon slutlig bedömning av uppföljningen inte kan göras. Vi kan dock konstatera att SKL i sin genomförandeplan inte beskriver hur de ska följa upp sina insatser. Inte heller redovisas några kriterier för uppföljningen.

Svag styrning och låga krav inom vissa områden

Kraven på SKL och huvudmän för att få del av överenskommelsens medel är låga inom några av överenskommelsens områden. SKL har inte heller i sin projektledning och styrning av satsningen preciserat kraven. Exempelvis bygger kvalitetssäkrad välfärd helt på frivillighet från huvudmännens sida. Vidare ställs det inom satsningen på äldres psykiska hälsa inga krav på att vägledningen ska omsättas i praktiskt arbete eller i vilken utsträckning den ska spridas till verksamheterna. Inte heller ställs krav på i vilken utsträckning SKL:s vägledning av NPÖ ska spridas.

Utvecklingsledarnas roll har inte förändrats

I årets överenskommelse betonas att utvecklingsledarna i större utsträckning bör stödja arbetet med att analysera och dra slutsatser av resultat.

Vår uppföljning visar dock att utvecklingsledarnas roll i stort sett är densamma som tidigare år. Det finns visserligen vissa tecken på att utvecklingsledarna ägnar något mer av sin tid till diskussioner kring resultat, men en stor del av deras tid ägnas fortfarande åt att främja registrering i kvalitetsregister.

Det lokala analysarbetet ger inte nödvändig kunskap

I förra delrapporten konstaterade vi att det var rimligt att investera i analysarbete kring behoven av sammanhållen vård och omsorg. Vi ifrågasatte dock om nödvändig kunskap bäst uppnåddes genom att varje län analyserar eventuella samband. Vi menade att huvuddelen av de problem kommuner och landsting möter kring sammanhållen vård och omsorg är gemensamma.

Årets uppföljning visar att det lokala analysarbetet ännu inte haft någon nämnvärd effekt. Det är få identifierade faktorer som säkert kan sägas påverka utfallet. Vidare har det varit svårt att finna relevant lokal kompetens i analysarbetet.

Fortsatt risk för att privata utförare inte får samma stöd till förbättringsarbete

I överenskommelsen betonas att stödet ska komma samtliga utförare till del, oavsett driftsform. I våra tidigare delrapporter har vi konstaterat att privata utförare trots denna ambition inte omfattas av satsningen i samma utsträckning.

Även i år finns tecken på att så är fallet. Visserligen finns det indikationer på att privata utförare oftare inbjuds till möten inom ramen för Ledningskraft, men vår genomgång av länens handlingsplaner visar att det fortfarande finns risk för att privata utförare inte får samma stöd till förbättringsarbete. Det är ovanligt att planerna innehåller aktiviteter för hur de privata utförarna ska inkluderas.

4 Kvalitetsregistren – spridning, användning och kvalitetssäkring

I detta kapitel beskriver vi inledningsvis den nationella organisationen för och finansieringen av de nationella kvalitetsregistren samt den generella kvalitetssäkringen av registren. Därefter redogör vi för de fyra kvalitetsregister som ingår i överenskommelsen. Slutligen beskriver vi huvudmännens insatser för att öka användningen av registren.

4.1 Nationella kvalitetsregister

Organisation och finansiering

De nationella kvalitetsregistren samlar individbaserade data om diagnoser, åtgärder och behandlingsresultat. Staten och SKL har ingått en överenskommelse för kvalitetsregistren 2012–2016.¹⁵ För år 2013 avsattes 320 miljoner kronor till registren, varav landstingen står för 100 miljoner och staten för 220 miljoner. 320 miljoner kronor kommer därefter att avsättas årligen fram till och med 2016.

Kvalitetsregistren leds av en registerhållare och en styrgrupp. Registerorganisationerna ansvarar för registrens utveckling och drift, samt kvalitetsregistrens innehåll och tolkning av data. På nationell nivå finns tre olika grupper med olika roller, men med gemensamt syfte att stärka utvecklingen av kvalitetsregistren.

Generell kvalitetssäkring

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla och driva en nationell registerservice. Denna ska bidra till ökad kvalitet på data i kvalitetsregistren så att de blir mer användbara för verksamhetsutveckling, uppföljning

¹⁵ *Överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten – om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Protokoll I:5 vid regeringssammanträde 2011-09-29.*

och forskning.¹⁶ Vid Registerservice samkörs kontinuerligt register, bland annat mot Patientregistret, för att kvalitetssäkra data.

Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att utveckla den personnummer-baserade statistiken över äldres vård och omsorg samt att vidareutveckla patientregistret med avseende på innehåll, kvalitet och aktualitet. Myndigheten har även fått i uppdrag att identifiera vilka registeruppgifter som vore önskvärda att ha för att kunna identifiera och följa utvecklingen för de mest sjuka äldre och deras anhöriga.¹⁷

Även Kansliet för nationella kvalitetsregister som är knutet till SKL bedriver insatser för att öka kvaliteten på data. Kvalitetsregister kan till exempel söka särskilda medel för valideringsinsatser. Det gäller dock inte de fyra kvalitetsregistren inom äldreområdet eftersom de bedöms få medel för detta inom ramen för överenskommelsen.

4.2 Kvalitetsregistren i överenskommelsen

Sedan 2010 har medel avsatts för att utveckla de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert. Sedan 2011 har även Svenska demensregistret och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret) erhållit medel genom överenskommelsen. Sammanlagt avsätts 28 miljoner kronor till SKL som i sin tur fördelar 25 miljoner kronor till de fyra kvalitetsregistren inom ramen för överenskommelsen.

Registren kontrolleras genom monitorering

Samtliga register ägnar sig åt monitorering, det vill säga kontrollinsatser för att säkerställa kvaliteten på data, ofta i form av olika slags stickprov och jämförelser med journal. Andelen uppgifter som granskas på detta sätt skiljer sig mellan registren, från omkring 1 procent till drygt 6 procent av de registreringar som görs. Journaler och andra uppgifter som ska granskas väljs ut på olika sätt. Ett register granskar de enheter som ändå besöks av andra skäl, till exempel i samband med utbild-

¹⁶ Uppdrag att utveckla och driva en nationell registerservice samt utbetalning av medel, Regeringsbeslut I:7, dnr S2011/894/FS (delvis).

¹⁷ Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Socialstyrelsen. Regeringsbeslut I:1, dnr S2012/8855/SAM (delvis).

ningar, för att säkerställa att de registreringar som granskas speglar de registreringar och utredningar som görs idag. Ett annat register granskar de senast inkomna registreringarna. Bara Svenska palliativregistret har en systematisk metod för att säkerställa bredd i urvalet av de registeruppgifter som granskas. Inget av registren har ett riskbaserat angreppssätt i sitt urval för monitorering.

Företrädare för registren betonar att inte heller journalerna alltid speglar den verkliga situationen. Exempelvis uppger företrädare för Senior alert att det kan vara så få som 10–20 procent av alla befintliga trycksår som faktiskt registreras i journalen. Därför har de valt att också kontrollera registeruppgifter mot journal och befintliga trycksår hos patienten.

I samband med att kvalitetsregistren används för forskningsändamål sker en samkörning mot andra uppgifter, något som också kan innebära en kvalitetsgranskning av uppgifterna. I en studie har till exempel trycksårsdata från Senior alert i en kommun jämförts med register över trycksår. I en annan studie har en samkörning gjorts mellan Svenska demensregistret och Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Idag pågår utvecklingsarbeten inom flera register, med syftet att koppla registren direkt till journalen.

Registrens målgrupper

Registren har delvis olika målgrupper. Senior alert omfattar den isärklass största målgruppen, eftersom registret är relevant för alla i gruppen mest sjuka äldre, det vill säga 305 000 personer. Därefter kommer Svenska palliativregistret med 76 000 förväntade dödsfall per år. De två demensregistren riktar in sig på färre personer: 24 000 (Svenska demensregistrets primärvårdsdel) respektive 5 000 personer (BPSD-registret). Samma individer kan återfinnas i flera register. Det gäller särskilt Svenska demensregistret och BPSD-registret där såväl registrens syfte som målgrupp har tydliga beröringspunkter.

I tabell 4.1 redovisas en översikt över registren.

Tabell 4.1 Översikt över registren

	Syfte	Bidrag mkr	Monitorering i procent	Målgrupp (årigen)
Svenska palliativregistret	Bättre vård i livets slutskede	7	1	95 000 varav 76 000 är väntade
Senior alert	Systematiskt förebyggande arbetssätt i vård och omsorg av äldre	10	4	200 000 ¹⁸
Svedem	Likvärdig och förbättrad demensvård	4	10	24 000
BPSD	Kvalitetssäkrad, standardiserad och likvärd vård av personer med demens, samt minskad användning av neuroleptika	4	1	5000

Kommentar: Uppgifterna om monitorering och målgrupp är Statskontorets bearbetning av uppgifter från kvalitetsregistren.

Samkörning mot andra register

När det gäller de fyra registren i överenskommelsen har registerservice vid Socialstyrelsen hittills enbart kunnat genomföra samkörningar av Svenska palliativregistret, eftersom jämförbara data för övriga tre register saknats. I år planerar de dock att även samköra Svenska demensregistret mot dem som har registrerats med demensdiagnos i patientregistret för öppen specialiserad vård. Socialstyrelsen har också genomfört en datagenomgång av Svenska palliativregistret i samband med utarbetandet av nationella riktlinjer för palliativ vård.

Arbetet med spridning och användning av registren

Registren arbetar, liksom föregående år, på liknande sätt med att öka täckningsgraden. Alla register utom BPSD-registret, har anställda

¹⁸ Registret gör ingen bortfallsanalys över de som inte registreras. I år har omkring 200 000 individer registrerats. Men målgruppen kan också relateras till Socialstyrelsens definition av Mest sjuka äldre, som innefattar 305 000 personer.

koordinatorer på regional och lokal nivå. Dessa samverkar med utvecklingsledare för att sprida registret. Det handlar bland annat om utbildningar och informationsträffar för verksamheterna.

Generellt är efterfrågan på grundläggande utbildningar fortsatt stort för samtliga register. Företrädare för BPSD-registret har utbildat certifierade utbildare, ofta demenssjuksköterskor i kommunerna, som i sin tur håller utbildningar lokalt och regionalt. I början av september hade enligt uppgift 110 utbildare certifierats, varav 88 var aktiva.

Hantering av beslutsförmögnas samtycke

I förra delrapporten framkom att det var oklart hur de beslutsförmögnas samtycke skulle hanteras och att detta kunde hindra vård- och omsorgsenheterna från att överhuvudtaget registrera i kvalitetsregistren. Detta problem kan delvis lösas av lagändringar som träder i kraft till sommaren 2014. Statskontoret har tillstyrkt förslagen i det utredningsbetänkande som har lämnats till regeringen. Statskontoret menar att förslaget innebär en rimlig avvägning mellan de olika behoven av att kunna behandla personuppgifter respektive värna den enskildes personliga integritet.¹⁹

För att hantera nuvarande ordning kan kommuner under vissa villkor numera lämna uppgifter om beslutsförmögna till registren utan att dessa personer registreras i registren. Dessa uppgifter ingår sedan i beräkningen när prestationsersättningen ska fördelas. För de berörda registren gäller att bedömningarna måste vara dokumenterade i journalen. Av våra länsintervjuer framgår att huvudmännen anser att denna lösning fungerar förhållandevis väl.

Samordning av kvalitetsregistren

I tidigare delrapporter har vi redogjort för olika hinder för att registrera och använda kvalitetsregistren. Det har till exempel framkommit att personalen på vård- och omsorgsenheter menar att mängden uppgifter som ska fyllas i kan vara ett hinder. Ofta ska även samma uppgifter lämnas flera gånger. I årets uppföljning anger såväl länsföreträdare som registeransvariga att möjligheterna till automatisk överföring av

¹⁹ Statskontoret (2013), *Yttrande över Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga* (SOU 2013:45).

uppgifter mellan journal och kvalitetsregister är en fortsatt viktig faktor för att såväl täckningsgrad som användning ska öka. Vården och omsorgen anses fortsatt vara belastad med de administrativa uppgifter som är kopplade till de olika registren. Särskilt stora anses problemen vara inom primärvården, som är den del av vården som tar emot allra störst spektrum av olika patienter och diagnoser.

En synpunkt som framkommit vid våra länsintervjuer är att det vore önskvärt att framöver inrätta ett samlat äldreregister, där uppgifter från samtliga fyra kvalitetsregister skulle kunna samlas. Även företrädare för Registerservice välkomnar ytterligare samordning mellan de fyra äldreregistren. I dag måste till exempel jämförelser mellan de två demensregistren göras inom ramen för ett forskningsprojekt och efter särskild ansökan hos personuppgiftsombud. Detta trots att BPSD-registret skulle kunna ses som en underpopulation till Svenska demensregistret. Företrädare för Registerservice påpekar att olika register inom hjärtsjukvården har samordnats.

4.3 Insatser i länen för att öka användningen

Ett viktigt skäl till att införa kvalitetsregister som verksamheterna själva anger, är möjligheterna att följa upp sina resultat. I förra årets delrapport konstaterade vi att kvalitetsregistren ännu inte i någon större utsträckning användes till att löpande och mer systematiskt följa upp resultaten i vården och omsorgen. Vi konstaterade att huvudmännens och enhetschefernas efterfrågan troligen påverkade användningen av kvalitetsregistren. Förra året kunde vi också visa att det var relativt ovanligt att kommunledningarna använde uppgifter från kvalitetsregistren.

Årets länsintervjuer indikerar att kvalitetsregistren inte fullt ut används i förbättringsarbetet. I intervjuerna betonas återigen vikten av att den politiska ledningen efterfrågar resultat från verksamheterna. Det gäller såväl för att vård- och omsorgsenheter ska börja registrera som för att enheterna ska använda resultaten i sitt förbättringsarbete. Länsrepresentanterna betonar även i år enhetschefernas betydelse.

Som framgår av kapitel 3 är avsikten i årets överenskommelse att utvecklingsledarnas roll ska inriktats mer mot användning och analys av resultat och mindre på stöd till registrering. Det finns visserligen vissa tecken på att utvecklingsledarna ägnar sig något mer åt diskussioner kring analyser och resultat, men en stor del av deras tid går fortfarande åt till att främja registrering i kvalitetsregister. Därmed får inte heller vård- och omsorgsenheterna det tilltänkta stödet i sitt förändringsarbete.

4.4 Sammanfattande iakttagelser

Kvalitetsregistren är relevanta, men används inte fullt ut

Vi har tidigare pekat på att även om det finns en samsyn om att effekterna av registrering är positiv, så finns det ett antal faktorer som hindrar eller försvårar registrering och användning. Ett problem som framkommit vid våra intervjuer är att registreringen i kvalitetsregistren i längden leder till en ökad arbetsbörda för vård- och omsorgspersonal. Problematiken hänger ofta ihop med att man samtidigt som man för in informationen i journalen även måste registrera.

Fortsatta behov av samkörning

Ett sätt att säkerställa kvaliteten i inrapporterade uppgifter är att testa dem mot andra register genom samkörning. Statskontoret har tidigare konstaterat att inrättandet av Registerservice vid Socialstyrelsen kan ses som ett sätt att skapa förutsättningar för en ökad kvalitetssäkring bland annat genom samkörningar av registren.

Möjligheterna till samkörning med andra register är relativt små i dag för de register som ingår i överenskommelsen, eftersom Socialstyrelsen saknar jämförbara data att samköra mot. Varken i överenskommelsen eller i genomförandeplanen uttrycker parterna någon ambition om utökad samkörning av register. Vår uppföljning visar dock att det finns fortsatt behov av samkörning och att registerhållarna arbetar med att utveckla sådana möjligheter.

Valideringsinsatser görs, men ingen riskanalys

Utan goda möjligheter till samkörning blir monitorering en viktig insats för att säkerställa att uppgifterna i registren är korrekta. Samtliga

fyra kvalitetsregister arbetar också med monitorering. Insatser sker också för att koppla registren direkt till journalen.

För flera av registren utgör dock denna monitorering en relativt liten andel av de registrerade uppgifterna. Inom BPSD-registret och Svenska palliativregistret granskas 1 procent av uppgifterna. Vidare väljs journaler och andra uppgifter som ska granskas ofta slumpmässigt. Registerhållarna gör ingen närmare riskanalys.

5 Överenskommelsens indikatorer

I detta kapitel redogörs närmare för de indikatorer som överenskommelsen till stora delar bygger på. I denna delrapport fokuserar vi på det som är nytt för i år och indikatorn undvikbar slutenvård som vi förra året konstaterade inte fungerade som styrmedel.

5.1 Indikatorer i överenskommelsen

Precis som tidigare fördelas huvuddelen av medlen i 2013 års överenskommelse till prestationsbaserade mål och resultat. Syftet är att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka samverkan mellan kommuner och landsting. De prestationsbaserade medlen är kopplade till indikatorer som fokuserar på deltagande i kvalitetsregister samt områdena god läkemedelsbehandling för äldre och sammanhållen vård och omsorg.

Mätperioderna för indikatorerna sträcker sig till den 30 september 2013. Det krävs viss bearbetning i den utdataportal som används innan definitivt utfall kan redovisas. Därför kan endast preliminära utfall redovisas i denna rapport.

Ny beräkningsmodell

I år har beräkningsmodellen för indikatorerna inom god läkemedelsanvändning och sammanhållen vård och omsorg förändrats. Numera utgår ersättning om den genomsnittliga nivån i länet per indikator under minst fyra av sex månader understiger nivån för motsvarande månader föregående år. Syftet är ställa krav som utgår från utgångsläget i respektive län och stödja lönsamma och icke slumpvisa förbättringar. Vid våra länsintervjuer har det framkommit att huvudmännen anser att modellen är bättre än tidigare, bland annat eftersom den anses behandla länen mer rättvist i relation till utgångsläget i respektive län. Modellen betraktas också som mer stabil och mindre sårbar för tillfälliga förändringar.

Koppling till målgruppen mest sjuka äldre

Gruppen mest sjuka äldre omfattar enligt Socialstyrelsens definition omkring 305 000 individer. Överenskommelsen riktar sig till gruppen som helhet. Prestationsersättningen däremot är riktad mot insatser som täcker delar av denna grupp i flera fall.

Nedan sammanfattar vi hur överenskommelsens prestationsmedel förmår att nå målgruppen i sin helhet. Vår sammanställning bygger på hur stor andel av hela målgruppen som täcks av var och en av de olika ersättningsarna. Samma person kan förekomma i flera av de grupper som omfattas av prestationsersättning.

Vår genomgång visar att de flesta indikatorer bara omfattar en mindre del av målgruppen i sin helhet. Senior alert är dock ett register som kan anses relevant för hela målgruppen. I vissa fall omfattas även andra individer än målgruppen av indikatorerna.

Tabell 5.1 Indikatorernas målgrupper.

Insatsområde	Målgrupp	Antal personer som berörs	Täcker insatsen målgruppen?
Svenska palliativ-registret	Samtliga dödsfall i Sverige	95 000, varav 76 000 är väntade	31 procent
Senior alert	Samtliga över 65 år som vistas på relevanta enheter ²⁰	200 000 ²¹	Troligen huvuddelen, eventuellt fler/andra än målgruppen
Svedem	Nyinsjuknade i demens, oavsett ålder, som är föremål för vård i primärvården	24 000	Knappt 8 procent, kan inbegripa andra än målgruppen (ålder har ingen betydelse)
BPSD	Insjuknade i demens som får problem med beteendemässiga eller psykiska symptom	5 000	Drygt 1 procent
Olämpliga läkemedel²²	Alla över 75 år (användning av valda läkemedel)	74 000	Knappt 25 procent
Läkemedel mot psykos	Alla 65 år eller äldre som har dessa läkemedel i dosdispenserad form	16 000	Omkring 5 procent
Antiinflammatoriska läkemedel	Alla över 75 år (användning av valda läkemedel)	26 000	Drygt 8 procent
Undvikbar slutenvård	Patienter i slutenvården som valda diagnoser (diagnoser som hade kunnat undvikas), 65 år och äldre	Statskontoret har inte kunnat bedöma hur många som berörts av insatserna eller täckningsgraden	
Återinläggningar inom 30 dagar	Patienter 65 år och äldre som återinläggs inom 30 dagar		

²⁰ Inskrivna eller ankomna till sjukhus, särskilt boende, korttidsverksamhet, hemsjukvård, hemtjänst etc.

²¹ I år har omkring 200 000 individer registrerats. Men målgruppen kan också relateras till Socialstyrelsens definition av Mest sjuka äldre, som innefattar 305 000 personer. Registret gör ingen bortfallsanalys över de som inte registreras.

²² Uppgifterna om målgruppen för samtliga läkemedelsindikatorer är hämtade från läkemedelsregistrets uppgifter från 20121231.

Strukturindikatorer

Det är färre strukturindikatorer i årets överenskommelse. Strukturindikatorer är mått på förutsättningarna för olika verksamheter, till exempel personalens kompetens eller utrustningens säkerhet. Dessa indikatorer kan utvecklas på kort sikt. Förra året fanns det strukturindikatorer för alla fyra kvalitetsregistren. I år finns sådana indikatorer endast för de två demensregistren.

Registrering i BPSD-registret (50 miljoner kr) respektive Svenska demensregistret (50 miljoner kr)

Ersättningen ska uppmuntra verksamheter att börja använda kvalitetsregistren. Indikatorn för registrering i BPSD-registret är densamma som förra året.

Till skillnad från förra året är indikatorn som rör Svenska demensregistret numera kopplad till registreringar där patienten har erhållit utredning och diagnos i primärvården. Vidare har det tillkommit en delindikator som ger ersättning för genomförda uppföljningar i Svenska demensregistret.

Ersättning för Svenska demensregistret ges enbart för personer som får vård inom primärvården. Någon ersättning utgår inte för de personer som kommunen har hand om. Företrädare för registret ställer sig frågande till denna avgränsning, i synnerhet med hänsyn till att överenskommelsen syftar till ökad samverkan mellan kommuner och landsting i frågor som gäller mest sjuka äldre.

Dessa indikatorer delar flera av egenskaperna med övriga indikatorer inom kvalitetsregistren:

- Vår enkätundersökning från förra året visade att ansvariga inom vården och omsorgen om de äldre uppfattar de fyra kvalitetsregistren som relevanta. Även vid årets länsintervjuer har det framförts att registren täcker relevanta och angelägna förbättringsområden inom vården och omsorgen.
- Indikatorerna är relativt lätta att mäta och stimulerar det man vill uppnå med stödet.

- Prestationsersättningen för registrering går till huvudmännen. Därmed finns det ingen garanti för att ersättningen går tillbaka till de verksamheter som utför registreringarna. Detta kan försvaga incitamenten för att registrera. Ledningarna i kommuner och landsting får därmed en viktig roll i att stimulera eller ställa krav på sina enheter att registrera.
- Mätperioden startade innan överenskommelsen hade beslutats (1 oktober 2012). Vid våra länsintervjuer har framförts att detta kan försvåra planeringen för huvudmännen.

Preliminärt utfall:

Den 4 oktober 2013 var 263 kommuner och 2686 enheter anslutna till BPSD-registret, att jämföra med förra årets 122 kommuner och 700 enheter. Registret bedömer att täckningsgraden är 50 procent.

Den 7 oktober var 797 vårdcentraler i primärvården anslutna till Svenska demensregistret, vilket motsvarar 67 procent av samtliga vårdcentraler.²³ Förra året vid samma tid var motsvarande siffra 620 vårdcentraler eller 50 procents täckningsgrad inom primärvården. Under mätperioden har 3 428 personer nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit demensutredning och diagnos i primärvården samt registrerats i registret och 3 295 personer har följts upp.

Processindikatorer

En processindikator belyser de åtgärder och prestationer som genomförs för att åstadkomma en god vård och omsorg, till exempel riskbedömningar för fall och undernäring. Dessa indikatorer kan utvecklas på kort sikt. I år har en processindikator tagits bort: Andelen av förväntade dödsfall där brytpunktssamtal har genomförts. Någon sådan indikator finns inte längre för Svenska palliativregistret, utan har istället ersatts med en resultatindikator.

Registrering i Senior alert (120 miljoner kr)

Syftet med Senior alert är att införa ett vårdpreventivt arbetssätt. Tidigare var ersättningen inom Senior alert kopplad till registrering och

²³ Att en enhet är ansluten innebär inte med automatik att enheten registrerar. Den 10 september i år var det exempelvis 84 procent (661 av 786 anslutna enheter) av de anslutna enheterna som också gjort minst en registrering.

genomförda riskbedömningar. I år tar de tre delindikatorerna sikte på genomförda bedömningar av risk och munhälsa, och en tar sikte på vidtagna åtgärder. Att koppla ersättningen till bedömning och åtgärder kan öka förutsättningarna för att styra verksamheternas arbetssätt tydligare och uppmuntra till användning av registren.

Preliminärt utfall:

Den 4 oktober 2013 hade alla landsting och 284 kommuner registrerat under mätperioden. Anslutningen liknar förra året, då samtliga landsting och 279 kommuner var anslutna till registret. I 67 kommuner hade riskbedömning och planering av förebyggande åtgärder skett för 90 procent eller fler av de äldre i särskilt boende, att jämföra med 65 kommuner förra året, då utan krav på planering av förebyggande åtgärder.

Indikatorer för god läkemedelsbehandling (300 miljoner kr)

Ersättningen ska främja en god läkemedelsbehandling. Förra årets delindikator olämpliga läkemedelskombinationer har i år ersatts med indikatorn användning av antiinflammatoriska läkemedel. De andra två indikatorerna är kvar: olämpliga läkemedel och adekvat användning av läkemedel mot psykos.

Förra året var ersättningen kopplad till den sammanlagda genomsnittliga minskningen av tre delindikatorer. Ur ett styrningsperspektiv kunde denna konstruktion vara relativt trubbig, då det var möjligt att uppnå målvärdet genom att endast en av delindikatorerna utvecklades starkt. I år är ersättningen istället uppdelad för respektive delindikator, vilket torde öka förutsättningarna för ökad träffsäkerhet. Enligt uppgift har Socialstyrelsen varit med vid framtagandet av årets läkemedelsindikatorer.

Förra året ifrågasatte Socialstyrelsen att man kan förvänta sig att nivån för läkemedelsindikatorerna ska kunna minska för varje år. De menade att en nivå till slut bör nås där förbättring inte är möjlig, och att det därför i framtiden kan bli aktuellt att istället ge ersättning för behållande av en låg nivå.²⁴

²⁴ Socialstyrelsen (2012), *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 – bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL*.

Vid våra länsintervjuer har det framförts att läkemedelsindikatorerna tar sikte på ett relevant och viktigt område. Vid intervjuerna har inga invändningar rests mot indikatorernas utformning.

Preliminärt utfall:

Med utgångspunkt från läget den 31 juli 2013 klarar samtliga län målnivån om olämpliga och antiinflammatoriska läkemedel. När det gäller målnivån för läkemedel mot psykos klarar tio län målnivån. Resultaten är fortfarande osäkra för åtta av länen, medan tre definitivt inte har klarat målnivån.

Resultatindikatorer

Resultatindikatorer tar sikte på utfall av olika åtgärder, till exempel vårdtagarnas och brukarnas hälsotillstånd. Dessa indikatorer kan utvecklas först på sikt. I årets överenskommelse har en resultatindikator tillkommit. I överenskommelsen anges att täckningsgraden och användningen av Svenska palliativregistret nu är hög och att fokus därför har flyttats till att förbättra resultaten.

Registrering i Svenska palliativregistret (70 miljoner kr)

Syftet med Svenska palliativregistret är att åstadkomma förbättringar av vården i livets slutskede. Årets indikator premierar en genomsnittlig förbättring i fyra av de totalt nio indikatorer som finns i Svenska palliativregistret. Att ersättningen nu är kopplad till uppnådda resultat inom verksamheterna kan öka förutsättningarna att förändra arbetssättet i verksamheterna.

Att den genomsnittliga förbättringen premieras gör indikatorn relativt trubbig ur ett styrningsperspektiv. Det är möjligt att nå målvärdet genom att endast en eller två delindikatorer utvecklas starkt.

Preliminärt utfall:

Den 4 oktober 2013 hade 179 kommuner en täckningsgrad på över 70 procent, att jämföra med 164 kommuner förra året. I 101 av kommunerna har indikatorerna för brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsläkemedel mot ångest förbättrats med minst fem procent. Det var 43 kommuner som nådde förbättringsmålet på över tio procent.

Vid samma mättillfälle hade 15 landsting en täckningsgrad på över 70 procent, vilket är samma antal som förra året. I nio landsting har indikatorerna för brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsläkemedel mot ångest förbättrats med minst 5 procent. Det var två landsting som nådde förbättringsmålet på över 10 procent.

Återinläggningar inom 30 dagar (200 miljoner kr) och undvikbar slutenvård (125 miljoner kr)

Nytt för i år är att indikatorerna för undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar nu ersätts separat istället för som tidigare via ett sammanvägt index.

Enligt överenskommelsen ska ersättningen för de två indikatorerna ses som ett sätt att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg. Detta ska i sin tur förebygga att den enskilde drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas. Ett bakomliggande problem är, enligt överenskommelsen, att äldre som läggs in i slutet hälso- och sjukvård utsätts för onödiga risker i form av exponering för infektioner, långa väntetider och risk för ökat förvirringstillstånd.

I vår förra delrapport konstaterade vi att det var svårt att definiera vad som är rimliga och eftersträvaransvärda nivåer för undvikbar slutenvård och återinläggningar. Även Socialstyrelsen drog liknande slutsatser. Socialstyrelsen menade att indikatorerna inte hade utarbetats för att användas för prestationersättning och att det inte finns en bestämd nivå för någon av indikatorerna som kan anses vara den rimliga eller rätta.²⁵

I vår förra delrapport framkom att det var oklart för huvudmännen och verksamheterna vilka insatser som skulle krävas för att nå målet för indikatorerna. Det gällde särskilt indikatorn undvikbar slutenvård. Liknande slutsatser drar även SKL i sin sammanställning av det regionala analysarbete som utförts angående indikatorerna. Denna analys visar att verksamheterna har svårt att veta vad man konkret ska göra ute i

²⁵ Socialstyrelsen (2012), *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 – Bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL*.

vården för att minska indikatorerna. Men den visar också att kopplingen mellan indikatorerna och de aktiviteter som behöver göras för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg är oklar.²⁶

Av årets länsintervjuer framgår att det fortfarande är oklart för huvudmännen hur de ska gå till väga för att nå målet inom indikatorn undvikbar slutenvård. Sambanden mellan insatser och utfall är fortsatt oklara. Denna bild bekräftas också av de intervjuer med ansvariga för de regionala stödstrukturerna som Statskontoret har gjort inom ramen för uppföljningen av överenskommelsen om evidensbaserad praktik. Vidare menar ansvariga på SKL att i län där huvudmännen har arbetat aktivt med denna indikator har man ändå inte nämnvärt lyckats påverka utfallet.

Preliminärt utfall:

Dessa indikatorer kräver ytterligare bearbetningar innan mer säkra utfall kan redovisas. Ytterst preliminära uppgifter den 4 oktober ger vid handen att ungefär en tredjedel av länen klarar målnivåerna, en tredjedel misslyckas, medan utfallet för den sista tredjedelen är oklart.

5.2 Informationskällor om indikatorernas utveckling

För att kunna redovisa utfallet för de olika indikatorerna ansvarar SKL för en utdataportal. Denna utdataportal utvecklas i samarbete med registerhållaren för Svenska palliativregistret.

SKL ansvarar även för att skapa ytterligare en informationskälla, den så kallade analysdatabasen. Denna databas är tänkt att möjliggöra analyser kring sammahållen vård och omsorg. Också denna utvecklas i samarbete med registerhållaren för Svenska palliativregistret. Socialstyrelsen har i uppdrag att delta i detta arbete.²⁷

²⁶ SKL (2013), *Bättre liv för sjuka äldre – Analysrapport 2013. Sammanhållen vård och omsorg*.

²⁷ *Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Socialstyrelsen*. Regeringsbeslut I:1, dnr S2012/8855/SAM (delvis).

Utdataportalen

I vår förra delrapport konstaterade vi att utdataportalen hade vissa brister i jämförbarhet och aktualitet. Vi konstaterade också att utdatafunktionen kunde vara svår att förstå och hantera för personalen i verksamheterna.

Årets uppföljning visar att det finns skillnader i definitionerna av centrala termer, såsom särskilt boende eller kommun. Detta medför i sin tur att utfallen kan skilja sig åt beroende på om det är den gemensamma utdatabasen eller ett enskilt kvalitetsregisters utdatabas som konsulteras. Enligt uppgift förekommer fortfarande eftersläpningar i portalen. De intervjuade pekar också på att en stor del av personalen i verksamheterna är ovana vid att arbeta med datorer.

Av våra länsintervjuer framgår att de delvis osäkra resultaten och eftersläpningarna försvårar huvudmännens arbete och planering av insatser. En synpunkt som har framförts är att det ibland kan uppfattas som mer tillförlitligt att gå direkt till de enskilda kvalitetsregistrens utdatabaser. Även om registerhållarna är positiva till den gemensamma portalen, anser flera av dem att kompetensen att hantera uppgifterna är störst inom respektive register.

Analysdatabasen

Tanken är att analysdatabasen ska innehålla slutenvårdsdata på individnivå från samtliga läns landsting. För tillfället består databasen av slutenvårdsdata från landsting i Gävleborg och Stockholm. Ansvariga för analysdatabasen anser att denna kommer att vara ett viktigt redskap för att förstå sambanden mellan utfallet på berörda indikatorer och de insatser som huvudmännen vidtar. Av våra länsintervjuer framgår att också huvudmännen ser positivt på uppbyggnaden av denna databas.

Vid våra länsintervjuer har det dock framförts vissa farhågor. Det handlar dels om vilken roll analysdatabasen kommer att få i relation till den utdataportal som redan är etablerad, dels om de rättsliga förutsättningarna att lämna ifrån sig individbaserade uppgifter till Svenska palliativregistret. Vidare menar ansvariga för databasen att det i dag finns brister i jämförbarhet och kvalitet i inrapporterade data. Enligt uppgift pågår ett arbete för att identifiera brister och felaktigheter.

5.3 Sammanfattande iakttagelser

Indikatorerna omfattar relevanta områden

I förra delrapporten konstaterade vi att satsningen var känd hos huvudmännen och att många som arbetar inom vården och omsorgen anser att indikatorerna täcker in viktiga och angelägna områden. Så är även fallet i år.

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

Få indikatorer täcker hela målgruppen

Målgruppen mest sjuka äldre är stor och växande. Vår genomgång av indikatorerna visar att de var för sig täcker delar av målgruppen mest sjuka äldre. De flesta indikatorer omfattar endast en mindre del av målgruppen. Det är oklart i vilken utsträckning hela målgruppen fångas av indikatorerna. Senior alert är dock ett register som kan anses vara relevant för hela målgruppen.

Den nya beräkningsmodellen är mer ändamålsenlig

Beräkningsmodellen för indikatorerna inom god läkemedelsanvändning och sammanhållen vård och omsorg har utvecklats. Ersättningen ska betalas ut först när en förbättring anses vara uthållig. Vid våra intervjuer har också framkommit att denna modell har acceptans i länen.

Mer fokus på åtgärder och resultat

I förra delrapporten konstaterade vi att det var läge för att ersättningen för Senior alert och Svenska palliativregistret i större utsträckning tar sikte på användningen av registren eller om möjligt kopplas till uppnådda resultat. Så har också skett. Numera ligger fokus för dessa register mer på åtgärder respektive resultat.

För de två demensregistren är siktet fortfarande inställt på att börja registrera och på så sätt sprida registren. Dessa register kom också

senare in i överenskommelsen, men anslutningsgraden har ökat för bägge registren. För Svenska demensregistret var avgränsningen till primärvårdregistreringar motiverad inledningsvis. Nu är merparten av vårdcentralerna anslutna till registret och skälen att enbart belöna registreringar inom primärvården är svagare. Vi har också noterat att de båda demensregistren har liknande syften och täcker delvis samma målgrupp, varför det borde finnas goda möjligheter att samordna registren mer än vad som görs idag.

Målen inom läkemedelsområdet kommer i stort att nås

Enligt preliminära uppgifter finns det goda möjligheter för samtliga län att uppnå målen för två av de tre läkemedelsindikatorerna. Därmed har läkemedelsbehandlingen för äldre minskat i de avseenden som parterna har strävat efter i år. Våra länsintervjuer indikerar också att dessa indikatorer har acceptans hos huvudmännen. Inga invändningar har rests mot hur de har utformats. Vi kan också konstatera att Socialstyrelsen med sin expertkunskap har varit ett stöd vid framtagandet av årets läkemedelsindikatorer.

Indikatorn undvikbar slutenvård fungerar inte som styrmedel

I förra delrapporten konstaterade vi att det var oklart för huvudmännen vilka insatser som krävs för att nå resultaten för indikatorn undvikbar slutenvård. Därför föreslog vi att denna indikator borde lyftas ur ersättningssystemet.

Årets uppföljning visar att problemen kvarstår. Det är fortfarande 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.

Kvaliteten i utdataportalen brister i vissa avseenden

Utdataportalen utgör grunden för att huvudmännen och parterna ska kunna följa hur indikatorerna utvecklas. Vår uppföljning visar att det finns brister i jämförbarheten i uppgifterna i databasen. I vissa fall saknas gemensamma begrepp och definitioner. Vidare förekommer eftersläpningar i flera av de inrapporterade uppgifterna.

6 Slutsatser

I detta kapitel analyserar vi och drar slutsatser om genomförandet av årets överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Vi lämnar förslag som kan utgöra ett underlag för 2014 års överenskommelse. Eftersom vi bedömer att det inte går att utvärdera mer långsiktiga resultat av satsningen förrän efter ytterligare något år, har årets delrapport inriktats på att i möjligaste mån uppdatera lägesbilden från förra året.

6.1 Satsningen som helhet

Vi har tidigare konstaterat att satsningen är känd hos huvudmännen. Av våra besök och intervjuer framkommer att de områden som prioriteras anses relevanta av både huvudmän och verksamhetsföreträdare samt täcker in angelägna områden. Det gäller såväl kvalitetstregistren, läkemedelsindikatorerna som indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg.

Överenskommelsen har blivit tydligare

Förra året var parterna tvungna att göra preciseringar och förtydliganden i överenskommelsen under arbetets gång. Så har inte varit fallet i år. I år har indikatorerna i överenskommelsen varit tydligare definierade. Även beräkningsmodellen för vissa av indikatorerna har utvecklats. Ersättningen ska betalas ut först när en förbättring är uthållig. Vid våra intervjuer har det också framkommit att denna modell har acceptans i länen.

Insatserna är inte helt träffsäkra

För att överenskommelsen ska vara träffsäker krävs att valda insatser täcker in de mål som satts upp i överenskommelsen. Vår analys visar att insatserna också täcker in flertalet av målen. För en knapp tredjedel av målen saknas dock insatser. I dessa fall finns alltså inget som talar

för att själva överenskommelsen skulle leda utvecklingen närmare målet. Det finns till exempel inga insatser som tar sikte på att utveckla personalens kompetens, trots att flera av målen i överenskommelsen handlar om det.

Vidare är det oklart i vilken utsträckning satsningen når hela målgruppen mest sjuka äldre. För vissa av indikatorerna är det oklart hur många som omfattas, och merparten av indikatorerna riktar sig enbart till mindre delar av målgruppen. Det är endast ersättningen för registrering i kvalitetsregistret Senior alert som tar sikte på hela målgruppen.

Vissa krav är för lågt ställda

Statskontoret konstaterar att huvudmännen och SKL kan ta del av avsatta medel inom vissa områden utan att det ställts några preciserade krav på insatser från deras sida. Inte heller har SKL i sin projektledning formulerat vad som ska uppnås inom dessa områden. Det handlar till exempel om insatserna för att uppföljning av välfärdstjänster ska bli en del av huvudmännens ledningssystem, kraven på att huvudmännen ska dokumentera hur de bedriver sitt systematiska förbättringsarbete och satsningen på äldres psykiska hälsa. Kraven inom dessa områden kan uppfyllas och medel betalas ut utan att verksamheterna egentligen ändras nämnvärt. Därmed finns en risk för att huvudmännen i praktiken inte arbetar aktivt med dessa delar av förändringsarbetet, trots att medel har betalats ut.

Långsiktigheten i förbättringsarbetet är inte säkerställd

Inom ramen för överenskommelsen ges stöd till kommuner och lands-ting för att få till stånd ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Staten finansierar bland annat utvecklingsledare i varje län och stöd till chefer så att de bättre ska kunna leda förändringsarbetet. Som med alla tillfälliga statliga stöd finns en risk för att arbetet stannar av när stödet upphör och att uppbyggda strukturer inte lever vidare.

Statskontoret kan konstatera att någon långsiktighet i huvudmännens arbete ännu inte är säkrad. Varken i årets överenskommelse eller i SKL:s genomförandeplan finns heller några konkreta krav om att skapa långsiktighet i det systematiska förbättringsarbetet. Denna sats-

ning har pågått under flera år. Vi menar att det nu är läge för att vidta åtgärder för att säkra långsiktigheten i satsningen.

I Statkontorets parallella uppföljning av överenskommelsen om evidensbaserad praktik har vi sett att den överenskommelsen innehåller krav som främjar långsiktighet. Där redovisas en nedtrappningsplan för det statliga stödet samtidigt som det ställs organisatoriska och finansiella krav på huvudmännen. Vidare åläggs huvudmännen att lämna in handlingsplaner för sin framtida finansiering. Det går ännu inte att göra någon slutlig bedömning av hur detta upplägg fungerat, men det finns indikationer på att det främjar långsiktigheten. Vi menar att en sådan utformning av överenskommelsen kan tjäna som inspiration för att främja långsiktigheten även i det förändringsarbete som bedrivs för mest sjuka äldre i länen.

Privata utförare omfattas inte i samma utsträckning

Med en ökad andel privata utförare i vården och omsorgen är det angeläget att satsningen omfattar även dem. I förra delrapporten konstaterade vi att de privata utförarna riskerade att inte få samma stöd till systematiskt förbättringsarbete. Det kunde till exempel handla om hjälp att tolka och använda resultat från kvalitetsregistren. Årets uppföljning visar att denna risk kvarstår. Det är ovanligt att planerna i länen innehåller aktiviteter för hur de privata utförarna ska inkluderas.

Av förra delrapporten framgick också att det var ovanligt att prestationsersättningen kom de privata utförare som registrerade i kvalitetsregistren till del. Istället stannade ersättningen hos huvudmännen, vilket minskade incitamenten för privata utförare att börja registrera. Vi kan konstatera att det fortfarande inte finns någon garanti för att de privata utförare som registrerar i kvalitetsregistren får del av prestationsersättningen. Huvudmännen får fritt bestämma hur de ska använda medlen.

6.2 Prestations- och resultatbaserad ersättning

Indikatorn undvikbar slutenvård fungerar inte som styrmedel

I förra delrapporten konstaterade vi att det var oklart för huvudmännen vilka insatser som krävdes för att nå resultaten för indikatorn undvikbar slutenvård. Därför föreslog vi att denna indikator skulle lyftas ur ersättningssystemet. Årets uppföljning visar att problemen kvarstår. Kunskapen om orsakssambanden är hittills alltför låg för att det ska vara lämpligt att ersätta efter uppnådda resultat. Vi föreslår att regeringen och SKL istället inriktar sig på att finna struktur- eller process-indikatorer som belyser förbättringar i arbetet med att göra vården och omsorgen mer sammanhållen för de mest sjuka äldre. Vi menar att det är först när man har kunskap om orsakssambanden som det kan bli aktuellt att använda sig av resultatindikatorer.

Analysarbetet är ineffektivt och kostsamt

Under de två senaste åren har sammanlagt 134 miljoner kronor avsatts för lokalt analysarbete kring indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg. Några närmare riktlinjer för hur detta arbete ska gå till finns inte i överenskommelsen. I förra delrapporten ifrågasatte vi om nödvändig kunskap bäst uppnås genom att varje län analyserar eventuella samband. Det rör sig om komplicerade och svårtolkade samband mellan många olika faktorer.

Årets uppföljning visar att det lokala analysarbetet ännu inte har gett huvudmännen tillräcklig vägledning i hur de ska gå tillväga för att undvika onödig slutenvård. Det krävs sannolikt ett vetenskapligt baserat arbete för att kunna urskilja vilka samband som finns och vilka faktorer som påverkar indikatorn. Vi anser att analysarbetet är ineffektivt och kostsamt. Svårigheterna att lokalisera och avvara lämplig kompetens inom länet har inneburit att flera län varit beroende av externt konsultstöd. En konsultfirma är särskilt frekvent anlita, något som förstärker Statskontorets bedömning att det lokala analysarbetet med fördel kan bedrivas mer samlat. Även i år vill vi ifrågasätta om nöd-

vändig kunskap bäst nås genom att varje län för sig analyserar sambanden mellan insatser och utfall för undvikbar slutenvård.

Vi föreslår därför att dessa analyser genomförs på nationell nivå och att medlen till det lokala arbetet successivt fasas ut. Vi bedömer att ett systematiskt analysarbete på nationell nivå skulle bli såväl effektivare som billigare. I detta arbete blir det viktigt att samla in och dra nytta av de lokala erfarenheterna.

Kvaliteten i utdataportalen behöver säkras

En utdataportal har skapats för att parterna och de ansvariga i länen ska kunna följa indikatorernas utfall. Statskontoret har dock noterat att det finns brister i uppgifterna i databasen. I vissa fall saknas gemensamma termer och definitioner. Exempelvis saknas en enhetlig definition av särskilt boende. Vidare finns det eftersläpningar i flera av uppgifterna. Dessa brister riskerar i förlängningen att undergräva legitimiteten för satsningen och att minska engagemanget i länen.

Utdatabasen administreras av registerhållaren för Svenska palliativregistret. Att det till vissa delar bara är en person som hanterar databasen är sårbart. Vi menar därför att kretsen personer som har kompetens att administrera databasen bör utökas och att en funktion bör inrättas som med jämna mellanrum kvalitetssäkrar uppgifterna.

6.3 Användning av kvalitetsregister

Spridningen har ökat, men resultaten används i liten utsträckning

Vi kan konstatera att spridningen har ökat under året för alla fyra kvalitetsregister. Ökningen har varit som störst i de två demensregistren. Det är också dessa register som senast tillkommit i överenskommelsen och vars täckningsgrad varit lägst.

Förra året genomförde Statskontoret en enkätundersökning till ansvariga inom vården och omsorgen. En intervjuundersökning genomfördes också med anställda som använt Senior alert eller Svenska palliativregistret. Här framkom att kvalitetsregistren ännu inte i någon större utsträckning användes till att mer systematiskt följa upp vård- och om-

sorgsenheters resultat. Årets länsintervjuer indikerar att så fortfarande är fallet. Det finns visserligen tecken på att utvecklingsledarna i år ägnar något mer av sin tid åt diskussioner kring resultat, men en stor del av deras tid används fortfarande för att främja registrering i kvalitetsregister.

Resultatbaserad ersättning fungerar väl för registren

Våra tidigare delrapporter har visat att de fyra kvalitetsregister som ingår i satsningen har stöd hos såväl huvudmännen, verksamhetsledningarna som hos vård- och omsorgspersonalen. Registren anses vara relevanta och täcka in viktiga områden. Vidare har berörda menat att användande av registren kan bidra till att vården och omsorgen om äldre förbättras. Denna bild har bekräftats vid årets länsintervjuer.

I förra delrapporten konstaterade vi att det var läge för att ersättningen för Svenska palliativregistret och Senior alert i större utsträckning tar sikte på användningen av registren eller om möjligt kopplas till uppnådda resultat. Så har också skett i årets överenskommelse. Enligt vår bedömning bör tyngdpunkten nästa år ytterligare förflyttas mot uppnådda resultat. Det kan till exempel handla om att styra ersättningen mot minskat antal fallskador och trycksår. Det gäller dock att vara vaksam på risker för olika typer av glidningar eller felaktigheter i rapporteringen. I dessa fall blir det än viktigare att följa upp verksamheten och kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter.

Även de två demensregistren som introducerades senare har nu fått en högre täckningsgrad. Därför bör regeringen även för dessa register pröva att rikta ersättningen mot användningen av registren eller registreringens resultat. För Svenska demensregistret finns också skäl att överväga att premiera registrering även i kommunal verksamhet, i takt med att alltfler vårdcentraler har anslutit sig.

Kvalitetssäkringen har förbättrats, men rutinerna är ännu förhållandevis svaga

Kvalitetsregistren ska hjälpa till att synliggöra vårdens resultat. Detta förutsätter att de uppgifter som vårdenheterna rapporterar är korrekta. Den prestationsbaserade ersättningen medför särskilda risker för felrapportering. I våra tre tidigare delrapporter har vi konstaterat att kva-

litetssäkringen av inrapporterade uppgifter har 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.

Den funktion för registerservice som nu finns hos Socialstyrelsen har små möjligheter att samköra dessa register med andra eftersom jämförbara data har saknats. Detta ställer krav på registrens egna valideringsinsatser. Årets uppföljning visar att kvalitetssäkringen av registren har förbättrats. Alla fyra kvalitetsregistren validerar inrapporterade uppgifter. Det handlar dock om en förhållandevis liten andel av uppgifterna i registren. Dessutom är urvalet sällan systematiskt och sker inte utifrån någon riskanalys. Vi kan därför konstatera att rutinerna för kvalitetssäkring ännu är förhållandevis svaga.

Vi menar att registerhållarna behöver utarbeta en plan för hur de ska arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter. I denna plan bör registerhållarna bland annat redogöra för metod och urvalsprinciper, vem som ska utföra kvalitetssäkringen, med vilken frekvens den ska göras och hur resultatet ska återföras.

6.4 Den nationella styrningen

SKL:s medel går att följa, men kriterier för uppföljning saknas

I förra delrapporten konstaterade vi att det stundtals var svårt att utläsa hur SKL fördelat medlen mellan olika projekt. I år är det lättare att följa pengarna. För merparten av insatserna anger dock SKL inte närmare hur uppföljningen ska ske. Inte heller redovisas några närmare kriterier för uppföljningen.

Två av tre huvudmän får inte stöd att följa upp välfärdstjänster

SKL ansvarar för den del av satsningen som benämns kvalitetssäkrad välfärd. Den syftar till att etablera uppföljning och kontroll av välfärdstjänster som en naturlig del i kommunernas och landstingens lednings- och styrsystem. Beställarrollen utgör en allt mer omfattande del av det kommunala åtagandet i dag. Samtliga kommuner och landsting bör

därför säkerställa att de har kompetens på området. Vidare har bland annat Upphandlingsstödsutredningen visat att huvudmännen behöver stärka sin kompetens i dessa frågor.²⁸ Statskontoret har också i tidigare delrapporter konstaterat att speciellt små kommuner ofta saknar egna uppföljningsinstrument.

Av våra länsintervjuer framgår att denna del av satsningen är relativt okänd. Vår uppföljning visar också att endast en tredjedel av kommunerna deltar i denna del av satsningen. Vi bedömer att denna andel är låg, utifrån de medel som hittills fördelats inom ramen för satsningen (20 miljoner kronor över två år) och de behov som finns i kommuner och landsting. Vi menar att SKL inte i tillräcklig utsträckning har nått ut med stödet.

Socialstyrelsen har tydligare funnit sin roll

I samband med förra årets överenskommelse fick Socialstyrelsen i uppdrag att istället för SKL göra bedömningen av om huvudmännen har uppnått de krav och resultat som berättigar till ersättning. Vi såg positivt på att det nu var en aktör som inte var part i överenskommelsen som ansvarade för denna uppföljning.

Vi har tidigare konstaterat att Socialstyrelsens roll vid överenskommelser varit otydlig. Även om det fortfarande finns oklarheter, har Socialstyrelsen tydligare funnit hur de på bästa sätt kan vara ett stöd i arbetet med denna överenskommelse. I samband med årets överenskommelse har Socialstyrelsen bidragit till framtagandet av läkemedelsindikatorer. Statskontoret menar att det är positivt att expertmyndigheten kan ge stöd vid utformningen av indikatorer. På så sätt ökar möjligheten att finna relevanta och pålitliga indikatorer.

6.5 Förslag

Vi föreslår att regeringen inför nästa överenskommelse:

- inför en nedtrappningsplan för det statliga stödet och ställer krav på att huvudmännen utformar handlingsplaner som säkerställer att befintliga strukturer för förbättringsarbete i länen bibehålls,

²⁸ *Upphandlingsstödet framtid* (SOU2012:32).

- säkerställer att kretsen personer som har kompetens att administrera utdatabasen utökas och att en funktion som regelbundet kvalitetssäkrar uppgifterna inrättas,
- lyfter ut indikatorn undvikbar slutenvård ur ersättningssystemet och istället inriktar sig på att finna struktur- eller processindikatorer som belyser förbättringar i arbetet mot en sammanhållen vård och omsorg,
- fasar ut medlen till lokalt analysarbete och istället avsätter medel för analyser som genomförs på nationell nivå,
- villkorar ersättningen till kvalitetsregistren med att registerhållarna lämnar in en plan för hur de under året ska arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter,
- för Senior alert och Svenska palliativregistret kopplar ersättningen ytterligare mot uppnådda resultat,
- för de båda demensregistren överväger att koppla ersättningen tydligare till användningen av registren eller om möjligt till uppnådda resultat, och
- även premierar ersättning för registrering i Svenska demensregistret i de delar som rör kommunal verksamhet.

Referenser

Offentligt tryck

Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-06-17 nr III:8

Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.

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.

Protokoll II:3 vid regeringssammanträde 2012-12-13

Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013, dnr S2012/8765/FST (delvis)

Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Socialstyrelsen.

Regeringsbeslut I:1, dnr S2012/8855/SAM (delvis)

Uppdrag att utveckla och driva en nationell registerservice samt utbetalning av medel. Regeringsbeslut I:7, dnr S2011/894/FS (delvis).

SOSFS 2011:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

SOU 2012:32, Upphandlingsstödet framtid.

Rapporter och material från myndigheter och organisationer

Medical Management Centre, Institutionen LIME, Karolinska institutet (2013), *Redovisning av enkät till utvecklingsledare i Bättre liv för sjuka äldre.*

Medical Management Centre, Institutionen LIME, Karolinska institutet (2013) *Ledningskraftssatsningen inom Bättre liv för sjuka äldre – en intervjustudie av länsrepresentanternas syn på och erfarenheter av satsningen t.o.m. våren 2013.*

Socialdepartementet (2010) *Den ljusnande framtiden är vård.*

Socialstyrelsen (2013), *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 – bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL.*

Statskontoret (2012) *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 2.*

Statskontoret (2013), *Yttrande över Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45).*

Dokument från SKL:

Genomförandeplan: sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013. Bilaga till regeringsbeslut 2013-03-27 nr II:1. SKL:s dnr 09/5304

SKL:s månadsrapporter för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

SKL (2013) *Bättre liv för sjuka äldre – Analysrapport 2013. Sammanhållen vård och omsorg.*

Material från regional nivå:

Handlingsplaner för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, 17 län.

Uppdraget



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
Fredsgatan 8

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

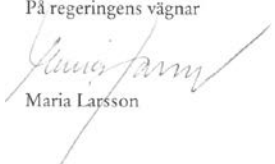
E-post: registrator@social.ministry.se

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

Prestationsersättningen 2013

I denna bilaga redogör vi för utformningen av den prestationsbaserade ersättningen för 2013.

Kvalitetsregister

Svenska palliativregistret

- 50 miljoner kronor fördelas till kommuner och landsting som registrerat minst 70 procent av dödsfallen och vars utförare oavsett driftsform i genomsnitt förbättrat de fyra indikatorerna som rör brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel med minst fem procent i förhållande till föregående mätperiod.
- De kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform har förbättrat de fyra indikatorerna med 10 procent eller mer får dela på ytterligare 20 miljoner kronor.

Senior alert

- 50 miljoner kronor fördelas till de kommuner som genomfört riskbedömningar med registrering i Senior alert för minst 90 procent av dem som bor i särskilda boenden och korttidsboenden för äldre, oavsett driftsform.
- 50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare, oavsett driftsform, genomfört riskbedömningar, planerat förebyggande åtgärder och gjort uppföljning med registrering i Senior alert.
- 20 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare, oavsett driftsform, utfört bedömning av munhälsa enligt Revised Oral Assessment Guide (ROAG) med registrering i Senior alert.

Svedem

- 25 miljoner kronor fördelas till landsting i förhållande till antalet personer som nyinsjuknat i demenssjukdom, erhållit utredning med registrering i Svedem och fått diagnos i primärvården, oavsett driftsform.
- 25 miljoner kronor fördelas till landsting i förhållande till antalet genomförda registreringar i Svedem av uppföljningar av personer med demenssjukdom i primärvården.

BPSD-registret

- 50 miljoner kronor till de kommuner vars utförare, oavsett driftsform, har infört ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symptom och registrerar i BPSD-registret. Ersättning betals ut i förhållande till antalet utförda registreringar i BPSD-registret.

Läkemedelsbehandling

För att förbättra läkemedelsbehandlingen för äldre ges ett resultatbaserat stöd om sammanlagt 300 miljoner kronor till kommuner och landsting som förbättrar de tre indikatorer som är kopplade till God läkemedelsbehandling. Till de län som minskar indikatorn *olämpliga läkemedel för dem som är 75 år och äldre* fördelas 100 miljoner kronor, 100 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorn *läkemedel mot psykos för dem som är 65 år och äldre och har dosdispensering* och 100 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorn *användningen av antiinflammatoriska läkemedel för dem som är 75 år och äldre*. Minskningen ska vara statistiskt säkerställd fram till och med september 2013. Ersättningen betalas ut om värdet på länsnivå under minst fyra månader under perioden 1 april till 30 september 2013 understiger värdet för samma indikator motsvarande period 2012. För de län som uppnår målen utbetalas 70 procent av medlen till kommunerna och 30 procent till landstinget i länet.

Sammanhållen vård och omsorg

- Till de län som kan uppvisa en statistiskt säkerställd förbättring av indikatorn *undvikbar slutenvård* fram till den 30 september 2013 fördelas 125 miljoner kronor, och 200 miljoner fördelas till de län som kan påvisa en statistiskt säkerställd förbättring av indikatorn

återinläggningar inom 30 dagar fram till den 30 september 2013. Ersättning kopplad till de båda indikatorerna betalas ut om värdet på länsnivå under fyra månader under perioden april till september 2013 understiger värdet för motsvarande månader 2012. I de län som uppnår målen utbetalas 70 procent av medlen till kommunerna och 30 procent till landstinget.