



Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL

Delrapport 5





MISSIV

DATUM

2014-10-27

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 till och med 2014 årligen lämna en delrapport senast den 1 november. En slutrapport ska lämnas senast den 1 september 2015.

Statskontoret överlämnar härmed den femte delrapporten *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*.

Generaldirektör Ingvar Mattson har beslutat i detta ärende. Utredningschef Anna Pauloff och utredare Jan Boström, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Ingvar Mattson

Jan Boström



Innehåll

	Sammanfattning	3
1	Utgångspunkter och genomförande	5
1.1	Bakgrund till Statskontorets uppdrag	5
1.2	Inriktningen på Statskontorets rapporter	5
1.3	Genomförande	7
2	Överenskommelsens utveckling över tid	9
2.1	Övergripande mål och ekonomisk ram	9
2.2	Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre (2010–2011)	10
2.3	Sammanhållen vård och omsorg (2012–2014)	12
2.4	Koppling mellan insatser och mål	15
2.5	Statskontorets slutsatser	17
3	Upplägg av slututvärderingen 2015	21
3.1	Vägen till en god vård och omsorg om äldre	21
3.2	Utvärdering av det långsiktiga förbättringsarbetet	22
3.3	Utvärdering av användningen av kvalitetsregister	23
3.4	Utvärdering av prestationsersättningen	25
3.5	Utvärdering av den nationella samordningen	28
3.6	Utvärdering av överenskommelsen som helhet	29
	 Bilaga Regeringsuppdraget	 31



STATSKONTORET

PM

2014-10-27

2 (33)

Sammanfattning

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) ingick 2010 en överenskommelse om insatser för de mest sjuka äldre. Satsningen omfattar drygt 3,8 miljarder kronor mellan åren 2010 och 2014. Medlen villkoras i stora delar med att vissa prestationer eller resultat ska uppnås i kommuner och landsting. Syftet är att stärka ett systematiskt arbetssätt i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Statskontoret har regeringens uppdrag att utvärdera överenskommelsen.

Överenskommelsens utveckling över tid

I denna femte delrapport redogör Statskontoret för hur överenskommelsen har utvecklats sedan starten. Delrapporten är ett underlag för regeringen och SKL inför framtida samarbete för att utveckla vården och omsorgen om sjuka äldre.

Statskontoret bedömer att överenskommelsen har blivit tydligare med åren. Generellt sett beskrivs sammanhangen mellan mål, krav och insatser tydligare år för år. Dessa förtydliganden har gett kommuner och landsting bättre förutsättningar att förverkliga överenskommelsens intentioner.

Statskontoret konstaterar att kraven och målen för de prestations- och resultatbaserade ersättningarna har skärpts successivt, vilket också var regeringens och SKL:s intention. De ursprungliga miniminivåerna har höjts och för flera indikatorer har parterna ställt krav på att förändringarna ska vara statistiskt säkerställda och bestående.

Enligt Statskontorets bedömning har kraven på kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter varit för låga, även om de har ökat under 2014. Vår analys av överenskommelsen visar också att målen för en del av insatserna har varit för lågt ställda. Huvudmännen och SKL har i vissa fall kunnat ta del av medel utan att det har ställts några preciserade krav. Det gäller till exempel insatserna för äldres psykiska hälsa.

Statskontorets slututvärdering 2015

I delrapporten redovisar Statskontoret också en plan för det fortsatta arbetet med att undersöka i vilken utsträckning överenskommelsen har bidragit till att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Statskontoret ska lämna en slutlig utvärdering av överenskommelsen till regeringen senast den 1 september 2015.



STATSKONTORET

PM

2014-10-27

4 (33)

1 Utgångspunkter och genomförande

1.1 Bakgrund till Statskontorets uppdrag

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) ingick inför 2012 en treårig överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. För 2014, det sista året som överenskommelsen löper, har regeringen avsatt drygt 1 miljard kronor. 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 förutsättningarna för en mer sammanhållen vård och omsorg om äldre genom ökad samverkan mellan kommuner 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 två kvalitetsregister. Senare har satsningen utökats med ytterligare tre kvalitetsregister, varav ett är nytt för i år. Vidare har regeringen och SKL utarbetat indikatorer inom läkemedelsområdet för att förbättra användningen av vissa läkemedel och undvika olämpliga läkemedelskombinationer samt för återinläggningar på sjukhus och för slutenvård som kan undvikas.

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

Regeringen gav våren 2010 Statskontoret i uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag. Detta uppdrag ersattes i januari 2012 av ett nytt regeringsuppdrag, som innebar att Statskontoret ska följa upp den mer omfattande överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Denna promemoria utgör Statskontorets femte delrapport. Statskontoret ska senast den 1 september 2015 lämna en slutrapport med en utvärdering av hela satsningen. Enligt överenskommelse med uppdragsgivaren är denna delrapport mer avgränsad i omfattning än tidigare rapporteringar. Eftersom satsningen avslutas vid utgången av 2014 och det inte fanns planer på någon liknande överenskommelse för 2015 bedömde uppdragsgivaren att behovet av en mer omfattande delrapport så nära inpå slutrapporten var litet.

1.2 Inriktningen på Statskontorets rapporter

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre har omförhandlats varje år. Statskontoret har löpande följt upp och utvärderat överenskommelsen. Ett syfte med Statskon-

torets delrapporter har varit att de ska kunna användas av regeringen och SKL när de har utformat kommande års överenskommelser.

Statskontoret har sedan 2010 följt satsningen på kvalitetsregister. För de andra delarna i överenskommelsen har det hittills mest handlat om analysera förutsättningarna för verksamheten och hur arbetet har kommit igång. I slutrapporten kommer Statskontoret att följa upp de mål som har 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 kvalitetsregister inom äldreområdet 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 långsiktiga förbättringsarbetet borde preciseras.

Delrapport 2 (år 2011) – Prestationsbaserat statsbidrag

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

Delrapport 3 (år 2012) – Sammanhållen vård och omsorg

I den tredje delrapporten konstaterade vi att överenskommelsen var väl känd och att strukturer för samverkan kring de mest sjuka äldre var på väg att etableras. Däremot ansåg vi att det var för tidigt att bedöma i vilken omfattning dessa strukturer lett till någon ökad samverkan i det praktiska arbetet kring mest sjuka äldre.

Genom en enkätundersökning till ansvariga inom vården och omsorgen kunde vi vidare konstatera att kvalitetsregistren ansågs vara relevanta och täcka in viktiga områden. Vi bedömde också att användningen av registren kunde bidra till en förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Dock kunde vi visa att kvalitetsregistren ännu inte i någon större utsträckning används till att löpande och mer systematiskt följa upp vård- och omsorgsenheternas resultat. Därmed var även steget till att användningen av kvalitetsregister också ska leda till ett förändrat arbetssätt förhållandevis långt. Liksom tidigare noterade vi att kvalitetssäkringen av data i kvalitetsregistren behövde stärkas. Vidare pekade vi på att det var svårt för huvudmännen att finna relevanta tillvägagångssätt för att påverka indikatorn undvikbar slutenvård, som vi därför föreslog skulle tas bort.

Delrapport 4 (år 2013) – Sammanhållen vård och omsorg

I den fjärde delrapporten konstaterade vi att indikatorerna och vissa av beräkningsmodellerna för att mäta utvecklingen mot målen i överenskommelsen hade förtydligats och blivit mer robusta. Samtidigt konstaterade vi att de insatser som ingår i arbetet bara täcker in två tredjedelar av överenskommelsens övergripande mål. Det var även osäkert i vilken utsträckning satsningen nådde hela målgruppen mest sjuka äldre. Precis som tidigare konstaterade vi att privata utförare inte omfattades i samma utsträckning av överenskommelsen, liksom att kvalitetssäkringen av data i kvalitetsregistren behövde stärkas. Vi vidhöll även att indikatorn undvikbar slutenvård fortfarande inte fungerade som ekonomiskt styrmedel för huvudmännens arbete med sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Däremot konstaterade vi att den resultatbaserade ersättningen fungerade väl för utvecklingen av arbetet med kvalitetsregistren.

Delrapport 5 (år 2014) – Sammanhållen vård och omsorg

I denna femte delrapport, som är mindre till omfattningen än tidigare, beskriver vi hur mål, indikatorer och prestationsmedel har förändrats över tid. Denna samlade bild ska ge kunskap om hur regeringen och SKL har uppfattat problem och möjligheter, och hur parterna har hanterat dessa i form av justeringar och förändringar i överenskommelsens innehåll. Delrapporten syftar till att ge parterna underlag för framtida samarbete för att utveckla vården och omsorgen för äldre.

Slutrapport (år 2015) – Sammanhållen vård och omsorg

I slutrapporten kommer vi att utvärdera överenskommelsens måluppfyllelse. I kapitel 3 i denna delrapport redovisar vi upplägget av slutrapporten.

1.3 Genomförande

I denna delrapport gör vi en fördjupad analys av hur överenskommelsen har utvecklats sedan starten 2010. Vi har analyserat uppbyggnad, mål och innehåll i respektive års överenskommelse. Slutsatserna i kapitel 2 om överenskommelsens utformning över tid utgör också en utgångspunkt för slutrapportens samlade analys.

Vi har även dragit upp huvudlinjerna för upplägget av nästa års slutrapport. Inför detta arbete har vi bland annat intervjuat regeringens äldresamordnare, SKL:s projektledare för överenskommelsen, administratören för den utdataportal som har skapats för att följa indikatorernas utfall, föreståndaren för Centre for Healthcare Improvement vid Chalmers tekniska högskola och utredare vid Socialstyrelsens avdelning för statistik och jämförelser. Vi har vidare tagit del av relevanta rapporter från Socialstyrelsen och SKL.

Statskontorets arbete har utförts av Hanna André, Jan Boström (projektledare) och Ingrid Skare. När det gäller upplägget av slutrapporten har Anders Anell, professor vid Ekonomihögskolan vid Lunds universitet, varit extern referensperson. En intern referensgrupp har varit knuten till projektet.



STATSKONTORET

PM

2014-10-27

8 (33)

2 Överenskommelsens utveckling över tid

I detta kapitel redogör vi för överenskommelsens utveckling sedan starten 2010. Vi beskriver hur mål, indikatorer och medel har utvecklats. Vi inleder med att redogöra för överenskommelsens övergripande mål och ekonomiska ram. Därefter är vår redovisning uppdelad i två block, utifrån överenskommelsens benämning och huvudsakliga innehåll under 2010–2011 respektive 2012–2014. Kapitlet avslutas med Statskontorets samlade slutsatser om överenskommelsens utveckling.

2.1 Övergripande mål och ekonomisk ram

Överenskommelsen ska ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på förbättrad kvalitet och mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Målet är att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Samverkan mellan kommuner och landsting ska stärkas och resursanvändningen ska effektiviseras så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Målgruppen är samtliga personer över 65 år med behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg.

Den samlade ramen för överenskommelsen mellan åren 2010 och 2014 är drygt 3,8 miljarder kronor. Överenskommelsens insatser kan delas in i följande fyra huvudområden:

- ökad användning av kvalitetsregister,
- prestations- och resultatbaserad ersättning,
- stöd till lokalt och regionalt utvecklingsarbete och försöksverksamheter kring mest sjuka äldre samt
- nationell samordning.

Resursfördelningen över åren och mellan områdena redovisas i tabell 1.

Tabell 1 Överenskommelsens resursram 2010–2014. Miljoner kronor.

Insatser	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt
Ökad användning av kvalitetsregister, varav	120	120	238	316	319	1113
– Prestationsbaserad ersättning	100	100	210	290	290	990
– Stöd till registren	19	19	27	25	28	118
– SKL:s samordning	1	1	1	1	1	5
Prestationsersättning för god läkemedelsanvändning			325	300	300	925
Prestationsersättning för god sammanhållen vård och omsorg			325	325	250	900
Stöd till lokalt och regionalt utvecklingsarbete	68	68	193	153	123,5	605,5
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	70	70	70			210
Nationell samordning	28	13	10	21,5	8,5	81
SUMMA	286	271	1 161	1 115,5	1 001	3 834,5

Kommentar: I Statskontorets uppdrag ingår inte att utvärdera försöksverksamheterna kring de mest sjuka äldre. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera dessa insatser.

2.2 Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre (2010–2011)

Regeringen slog i budgetpropositionen för 2010 fast att en successiv omläggning av dåvarande riktade statsbidrag till insatser för äldre skulle genomföras. Som ett resultat av detta ingick regeringen och SKL 2010 en överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Omläggningen innebar att ett mer prestationsbaserat system skulle införas, det vill säga att fördelningen av medel ska grundas på uppnådda resultat. Överenskommelsen var ursprungligen treårig. Det huvudsakliga innehållet i överenskommelsen behölls under 2011, men kom under 2012 att ersättas av mer omfattande insatser inom ramen för överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Det övergripande målet med den första överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag var att förbättra livskvalitet, hälsa och värdighet hos de mest sjuka äldre. SKL hade till uppgift att bedöma om huvudmännen hade utfört de prestationer som berättigade till ersättning.

Stimulansbidrag betalades fortfarande ut

Parallellt med överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag betalades under 2010–2011 fortfarande stimulansbidrag ut. Under 2010 avsattes 695 miljoner kronor för stimulansbidrag och 2011 drygt 352 miljoner kronor, vilket utgjorde betydligt mer än de prestationsbaserade medlen. I tabell 1 inkluderas inte stimulansbidragen i överenskommelsens resursram.

Ökad användning av kvalitetsregister (240 miljoner kronor)

Det första området där kommuner och landsting tilldelades medel efter prestation var för registrering i två kvalitetsregister: Svenska palliativregistret och Senior alert. Registrering i kvalitetsregister sågs som det första steget för att ett ändrat arbetssätt kring de äldre skulle kunna komma till stånd.

För att prestationsersättning skulle betalas ut för Senior alert behövde enligt överenskommelsen alla relevanta enheter inom kommunen eller landstinget registrera i registret. Det fanns dock ingen enhetlig definition av relevanta enheter. Enligt SKL:s senare tolkning räckte det att kommunen eller landstinget hade anmält sina enheter till registret.

De båda kvalitetsregistren fick även finansiell förstärkning. Det handlade bland annat om administration av nya användare, IT-support och utdatafunktioner. Under det första året ställdes det inga krav på att inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren skulle kvalitetssäkras. I 2011 års överenskommelse framgick det att parterna hade ett ansvar för kvalitetssäkringen, men det redogjordes inte närmare för vad denna kvalitetssäkring skulle bestå av.

Lokalt och regionalt utvecklingsarbete (136 miljoner kronor)

I överenskommelsen tillfördes medel till vad som benämns ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. Medlen gick så gott som utslutande till att tillsätta utvecklingsledare i länen. De fick till uppgift att stimulera registreringen i kvalitetsregistren, bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och stödja utvecklingen av ett proaktivt arbetssätt. Arbetet skulle rikta sig till alla utförare oberoende av driftsform.

Initialt hade utvecklingsledarna till uppgift att främja ett snabbt införande av ett nytt arbetssätt, där utmaningen främst låg i att nå ut till det stora antalet vård- och omsorgsenheter. År 2011 vidgades utvecklingsledarnas uppgifter till att även samla erfarenheter för att arbeta bort brister i vården och omsorgen, särskilt kring samverkan.

Försöksverksamheter (140 miljoner kronor)

I överenskommelsen ingick även medel till en treårig satsning på försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre. Medlen tilldelades ett antal verksamheter efter ett ansökningsförfarande. Målet var att äldre personer med omfattande behov inte skulle behöva administrera och samordna sina vård- och omsorgskontakter på egen hand.

Nationell samordning (41 miljoner kronor)

SKL fick ansvar för att samordna olika insatser riktade till huvudmännen, som exempelvis seminarier och andra former av erfarenhetsutbyte. I samordningsansvaret låg även att stödja de två kvalitetsregistren.

År 2011 uttalades att syftet med samordningen bland annat var att skapa goda förutsättningar för en tydlig kommunikation och ett effektivt utnytt-

jande av resurser. Ett mål med samordningen var att alla kommuner och landsting skulle delta i satsningen.

2.3 Sammanhållen vård och omsorg (2012–2014)

År 2012 utvecklades överenskommelsen, både till namn och till innehåll. Regeringen och SKL ingick inför 2012 överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Överenskommelsen löper till och med utgången av 2014. Den är mer omfattande än den tidigare överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. De fyra områdena (kvalitetsregister, långsiktigt förbättringsarbete, försöksverksamhet och nationell samordning) som satsningen hittills hade delats in i, ersattes nu med två huvudområden: stöd till långsiktigt förbättringsarbete och prestations- och resultatbaserad ersättning.

Det var i samband med denna bredare överenskommelse som det övergripande målet formulerades om att äldre ska åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg.

Kraven och målen skulle skärpas successivt

Parterna aviserade att krav och mål skulle höjas successivt. Det uttrycktes också att utvecklingsarbetet ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet, vilket tidigare inte tydligt framgått. Även målgruppen mest sjuka äldre preciserades. Vidare redovisades de samlade målen för regeringens äldresatsning.

Dessutom infördes vissa grundläggande krav för att kommunerna och landstingen skulle kunna få del av de prestationsbaserade medlen. År 2012 ställdes bland annat krav på att huvudmännen skulle ha fattat beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet som motsvarade kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Därefter har det ställts krav på att huvudmännen dokumenterade hur deras förändringsarbete inom tre angivna områden (riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering) skulle bedrivas. Däremot har det aldrig ställts krav på att det ledningssystem som Socialstyrelsen föreskriver ska användas fullt ut.

Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete (653,5 miljoner kronor)

Inom ramen för det som benämns det långsiktiga och systematiska förbättringsarbetet samlades alla icke-prestationsbaserade delområden. I det följande redogörs för de huvudsakliga insatserna inom området.

En del av insatserna var en fortsättning på tidigare insatser:

- *Stöd till utvecklingsledare i länen (198 miljoner kronor)*
Det framhölls att utvecklingsledarnas uppgifter skulle vidgas från att stödja själva registreringen till att stödja användning och analys av registrerade data.
- *Utveckla kvalitetsregister (80 miljoner kronor)*
Fler kvalitetsregister ingick än tidigare. Under 2012–2013 redogjordes inte närmare för hur inrapporterade uppgifter i registren skulle kvalitets-säkras. I 2014 års överenskommelse begärdes dock att registerhållarna ska lämna en plan för hur de gemensamt ska arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring.
- *Nationell samordning (40 miljoner kronor)*
Målen för den nationella samordningen var i stort sett desamma som tidigare. År 2012 tillkom krav på att SKL skulle ha en genomförande-plan som låg till grund för utbetalning av medel.
- *Försöksverksamheter (70 miljoner kronor)*
Under 2012 utbetalades medel för försöksverksamheterna kring mest sjuka äldre.

Andra insatser inom området var nya:

- *Lokalt analysarbete (160,5 miljoner kronor)*
Medel avsattes till kommuner och landsting för analysarbete kring de indikatorer om undvikbar slutvård och återinläggningar inom 30 dagar som det från och med 2012 års överenskommelse gavs ersättning för.
- *Ledningskraft (54 miljoner kronor)*
Chefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård erbjöds att delta i nationella konferenser för att stärka sin kompetens i förbättringsarbetet och omsätta länens handlingsplaner till praktisk handling. Det ställdes inga krav på att huvudmännen skulle delta.
- *Kvalitetssäkrad välfärd (28 miljoner kronor)*
Insatsen syftade till att etablera uppföljning och kontroll av välfärds-tjänster som en naturlig del av kommunernas och landstingens lednings-och styrsystem. Det var frivilligt för huvudmännen att delta.
- *Samordning av idéburna och privata aktörer (17 miljoner kronor)*
Famna¹ och Vårdföretagarna² fick medel för att samordna sina medlem-mar och hjälpa dem med analysarbete.

¹ Branschorganisation för idéburen vård och social omsorg.

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

År 2013 tillkom ytterligare en insats:

- *Äldres psykiska ohälsa (6 miljoner kronor)*
SKL skulle anpassa vägledningen "Första hjälpen till psykisk hälsa" till äldre personers livssituation och sprida det anpassade materialet. Några närmare mål sattes inte upp för insatsen.

Prestationsersättning (2 615 miljoner kronor)

Huvuddelen av medlen fördelades till prestationsbaserade indikatorer och resultat. Syftet var att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka samverkan mellan kommuner och landsting.

SKL ansvarade för en utdataportal där parterna och ansvariga i länen kan följa indikatorns utfall. Socialstyrelsen har haft till uppgift att bedöma om huvudmännen har uppnått de krav eller resultat som berättigar till ersättning.

Registrering i kvalitetsregister (790 miljoner kronor)

Syftet med prestationsersättning för registrering i kvalitetsregister var i stort detsamma som tidigare. Nytt för 2012 var att parterna uttryckligen såg användningen av registren som en process, där det slutliga steget är att belöna uppnådda resultat.

Ersättningen har utvecklats över tid och utformats på olika sätt mellan registren:

- *Svenska palliativregistret*
Kvalitetsregistret har funnits med i överenskommelsen sedan starten 2010. Inledningsvis gavs ersättning för registrering i kvalitetsregistret. Kraven på andelen dödsfall som skulle vara registrerade höjdes successivt. Sedan 2012 har även genomförda aktiviteter i den palliativa vården premierats. Fler områden har tillkommit successivt. Numera premieras genomsnittliga förbättringar i fyra av de totalt nio indikatorer som finns i registret.
- *Senior alert*
Kvalitetsregistret har funnits med i överenskommelsen sedan starten 2010. Till en början belönades endast registrering i registret. Sedan 2012 har även registrerade riskbedömningar i särskilt boende ersatts förutsatt att man nått över ett tröskelvärde. År 2013 kopplades också ersättning till munhälsobedömningar och vidtagna åtgärder. Under 2014 ersattes delindikatorn vidtagna åtgärder med att förebyggande åtgärder ska vara planerade.
- *Svenska demensregistret*
Kvalitetsregistret har funnits med i överenskommelsen sedan 2012. Första året belönades endast registrering i registret. Från 2013 har ersättning varit kopplad till de registreringar där patienten har erhållit utredning och diagnos i primärvården. Även en delindikator som ger ersättning för genomförda uppföljningar har tillkommit.

2014-10-27

- *Svenskt register för beteendestörningar och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret)*
Kvalitetsregistret har funnits med i överenskommelsen sedan 2012. Enbart registrering i registret har belönats.

Ersättningen har gått till huvudmännen. Det har således inte funnits någon garanti för att ersättningen går till tillbaka till de vård- och omsorgsenheter som genererat den, vilket riskerar att minska incitamenten för personalen att registrera.

Förbättrad läkemedelsanvändning för äldre (925 miljoner kronor)

Ersättningen ska främja en god läkemedelsbehandling och har funnits med i överenskommelsen sedan 2012. Målgruppen och vilka läkemedel som har ingått i ersättningen har till viss del varierat. Första året var ersättningen kopplad till den genomsnittliga minskningen av tre delindikatorer. Senare tillkom krav på att minskningen skulle vara statistiskt säkerställd. Därefter skulle huvudmännen även kunna visa att minskningen var uthållig.

Sammanhållen vård och omsorg (900 miljoner kronor)

År 2012 infördes prestationsersättning för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg som förebygger onödig inläggning i slutenvård. Även om det har visat sig vara oklart för huvudmännen vilka insatser som krävs för att nå de eftersträlvade resultaten, har parterna hållit fast vid denna ersättning under hela perioden.

Första året gavs ersättning utifrån ett sammanvägt index av de två delindikatorerna undvikbar slutenvård och onödiga återinläggningar. Därefter har indikatorerna definierats på andra sätt och varje delindikator kommit att mätas var för sig. År 2013 ändrades beräkningsmodellen efter samma principer som för god läkemedelsbehandling, vilket bland annat innebar att förändringarna ska vara statistiskt säkerställda.

2.4 Koppling mellan insatser och mål

För att de tänkta effekterna ska uppnås krävs att valda insatser täcker in de mål som satts upp i överenskommelsen. I tabell 2 redogör vi för kopplingen mellan insatserna och de 31 mål för äldresatsningen som redovisas i överenskommelsen. Tabellen är en utveckling av den analys som redovisades i vår förra delrapport. Vi har tagit hänsyn till de förtydliganden som gjorts i 2014 års överenskommelse.

Av tabellen framgår att flertalet av målen har en direkt eller indirekt koppling till insatser i överenskommelsen. En knapp tredjedel av målen saknar insatser som kan antas bidra till att respektive mål uppfylls. För merparten av dessa hänvisas till särskilda satsningar som ligger utanför överenskommelsen. Till några mål finns det dock inga insatser alls. Det gäller målen om att personer med insatser från båda huvudmännen ska ha en individuell plan,

att alla personer i målgruppen har en fast vårdkontakt och att underlag ska tas fram för att värdera effekten av förebyggande hälsosamtal för äldre.

Tabell 2 Koppling mellan insatser och mål i överenskommelsen.

Mål	Koppling till insats	Indirekt koppling	Annan satsning	Ingen koppling
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 vårdighetsgarantier 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 BPSD-registret 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
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: I de fall insatserna endast täcker delar av målet bedöms de ha indirekt koppling.

2.5 Statskontorets slutsatser

I detta avsnitt gör vi en analys av överenskommelsens utveckling över tid och drar slutsatser om den. Vi gör ingen bedömning av om målen i överenskommelsen har nåtts i denna delrapport.

2.5.1 Överenskommelsen som helhet

Överenskommelsen har blivit tydligare med tiden

Överenskommelsen innehåller flera olika typer av insatser. Under de första åren var det oklart hur de olika delarna hängde samman. Med tiden blev överenskommelsen lättare att överblicka. Generellt sett beskrevs sammanhangen mellan mål, krav och insatser tydligare år för år. Statskontoret konstaterar att dessa förtydliganden har gett huvudmännen bättre förutsättningar att förverkliga överenskommelsens intentioner. Det har blivit lättare för huvudmännen att veta vad de ska sträva efter.

Ansvaret för den fortsatta förvaltningen av infrastruktur behöver klargöras

Inom ramen för överenskommelsen har det avsatts medel för investeringar i infrastruktur och utveckling av informationssystem, till exempel har en utdataportal skapats för att de ansvariga i länen ska kunna följa utvecklingen. Enligt Statskontoret är det angeläget att parterna säkerställer att investeringarna också kommer till nytta när överenskommelsen har löpt ut och att de klargör vilken aktör som ska ansvara för den fortsatta förvaltningen och utvecklingen.

2.5.2 Mål och krav i överenskommelsen

Prestationskraven har successivt preciserats

I samband med att den bredare överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre slöts aviserade parterna att kraven och målen skulle skärpas successivt. Statskontoret konstaterar att så har också till stor del skett för de prestations- och resultatbaserade ersättningarna. De ursprungliga miniminivåerna har skärpts och tröskelvärden har införts. För indikatorerna för säker läkemedelsbehandling och god sammanhållen vård och omsorg ställs det krav på att förändringen ska vara statistiskt säkerställd och att huvudmännen ska kunna visa att den är uthållig.

Statskontoret noterar att ersättningen för Svenska palliativregistret och Senior alert successivt har förskjutits mot att premiera användningen av registren och koppla ersättningen till uppnådda resultat. Det är också något som vi har förordat i våra delrapporter. Våra uppföljningar har visat att de kvalitetsregister som ingår i överenskommelsen har stöd hos såväl huvudmännen, verksamhetsledningarna som hos vård- och omsorgspersonalen. Kvalitetsregistren anses kunna bidra till att vården och omsorgen om äldre förbättras.

Resultatbaserad ersättning fungerar inte inom alla områden

I förra årets delrapport konstaterade vi att resultatbaserad ersättning fungerar väl för att öka registreringen i kvalitetsregistren. Statskontoret vill poängtera att så inte är fallet inom alla områden. Sedan resultatindikatorer som ska främja sammanhållen vård och omsorg fördes in i överenskommelsen 2012 har Statskontoret påtalat att dessa indikatorer är problematiska att använda som grund för ersättning. Statskontoret har återkommande konstaterat att det varit oklart för huvudmännen vilka insatser som krävs för att nå resultaten för indikatorn undvikbar slutenvård. Statskontoret har bland annat efterlyst ett vetenskapligt baserat analysarbete på nationell nivå för att förtydliga hur huvudmännen ska gå tillväga för att nå målen om en sammanhållen vård och omsorg.

Statskontoret menar att det hade varit bättre om regeringen och SKL i stället för att hålla fast vid denna indikator hade inriktat sig på att finna struktur- och processindikatorer. Det är först när man har kunskap om orsakssambanden som det kan bli aktuellt att använda sig av resultatindikatorer.

Vissa krav för det långsiktiga förbättringsarbetet är lågt ställda

Även om insatserna i överenskommelsen brukar benämnas prestationsbaserade, har nästan 790 miljoner kronor avsatts för icke-prestationsbaserade insatser inom ramen för det långsiktiga förbättringsarbetet. I samband med att parterna inför 2012 slöt överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre utökades detta område och flera nya insatser tillkom.

Under 2012 saknades kriterier för att bedöma huvudmännens insatser inom detta område. Visserligen ställdes det året efter krav på att SKL tydligare skulle beskriva sin uppföljning, men för några av insatserna har huvudmännen och SKL även fortsättningsvis kunnat ta del av medel utan att det har ställts några preciserade krav. Det handlar till exempel om att insatserna för uppföljning av välfärdstjänster ska bli en del av huvudmännens ledningssystem och satsningen på äldres psykiska hälsa. Statskontoret anser att dessa krav har varit för lågt ställda. De kan uppfyllas utan att verksamheterna egentligen ändras nämnvärt.

Insatserna är inte helt träffsäkra

För att överenskommelsen ska vara träffsäker krävs att valda insatser täcker in de mål som sätts upp i överenskommelsen. I förra delrapporten konstaterade vi att det för en knapp tredjedel av målen saknades insatser. I årets överenskommelse har parterna förtydligat att flera av dessa mål hanteras genom insatser utanför överenskommelsen. Statskontoret noterar dock att det fortfarande finns mål som insatserna inte täcker in. I dessa fall finns det alltså inget som talar för att överenskommelsen ska leda utvecklingen närmare målet. Det gäller till exempel målet om att alla personer i målgruppen ska ha en fast vårdkontakt.

Några av målen och kraven är redan reglerade i lag eller föreskrift

Några av målen och kraven i överenskommelsen är redan reglerade i lag eller föreskrift. Exempelvis motsvaras målet om att chefer i kommunernas vård och omsorg ska ha adekvat kompetens av liknande bestämmelser i Socialtjänstlagen. Statskontoret menar att om följsamhet mot vissa lagkrav framhålls finns det risk för att andra lagkrav prioriteras ned. Det är också problematiskt om ersättning ges för krav som är lägre ställda än de som stipuleras i lag och föreskrift, vilket är fallet med kraven i överenskommelsen som endast tar sikte på några av de områden som pekats ut i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem.

2.5.3 Bedömning och uppföljning av huvudmännens insatser**För låga krav på kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter**

Kvalitetsregistren ska hjälpa till att synliggöra vårdens resultat. Detta förutsätter att de uppgifter som vård- och omsorgsenheterna rapporterar är korrekta. Statskontoret bedömer att den prestationsbaserade ersättningen medför särskilda risker för felrapportering. Vi har i våra delrapporter konstaterat att kvalitetssäkringen inte har prioriterats tillräckligt högt i överenskommelsen.

Statskontoret noterar att parterna i årets överenskommelse begär att registerhållarna ska lämna in en plan för hur de under året gemensamt ska arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter, vilket är något som Statskontoret också har efterlyst.

Grunderna för ersättning har inte alltid varit tydligt definierade

Överenskommelsen innehåller många indikatorer och de har inte alltid varit tydligt definierade från början. Parterna har varit tvungna att göra preciseringar och förtydliganden i överenskommelsen under arbetets gång. Det har även förekommit att villkor för utbetalning i princip har frångåtts. Det gäller villkoren för ersättning för registrering i kvalitetsregistret Senior alert. Kravet var ursprungligen att samtliga relevanta enheter hos kommunen eller landstinget skulle registrera för att ersättning skulle betalas ut, men i praktiken räckte det med att huvudmannen endast rapporterade in sina enheter.

Statskontoret konstaterar dock att villkoren under senare år blivit tydligare definierade. I förra årets delrapport kunde vi konstatera att några löpande preciseringar inte hade behövt göras under året.

Huvudmännens insatser bedöms numera av utomstående aktör

I överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag 2010–2011 var det SKL som ansvarade för att bedöma om kommunerna och landstingen hade uppfyllt kraven för ersättning. Av Statskontorets delrapporter framgick att det i vissa fall var oklart på vilka grunder ersättningen hade betalats ut. Sedan 2012 är det i stället Socialstyrelsen som ska göra dessa bedömningar.



2014-10-27

Statskontoret ser positivt på att det nu är en aktör som inte är part i överenskommelsen som ansvarar för uppföljningen av de prestationsbaserade indikatorerna. Det fanns också en risk för att SKL:s roll som kravställare mot sina medlemmar skulle komma i konflikt med rollen som intresseorganisation. SKL omfattas inte heller av samma regelverk som myndigheter, såsom offentlighetsprincipen och övriga redovisningskrav som gäller för myndigheter.

3 Upplägg av slututvärderingen 2015

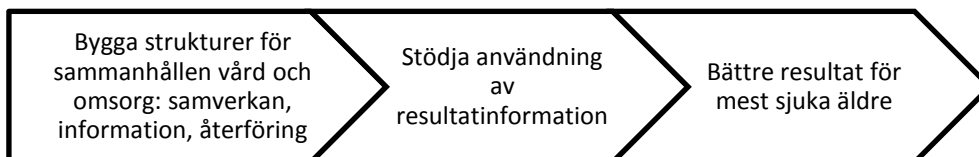
Under de första åren handlade Statskontorets arbete mycket om att analysera styrlogiken i överenskommelsen och uppbyggnaden av strukturer för en mer sammanhållen vård och omsorg samt att följa upp genomförda insatser. Vi har även analyserat genomförda insatser och följt upp resultaten för respektive år. I den kommande slutrapporten vill vi även klarlägga i vilken utsträckning överenskommelsen har bidragit till att äldre kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg.

Det är många faktorer som påverkar hälsotillståndet och det kan vara svårt att härleda vilka effekter som följer av överenskommelsen. I det följande redogör vi för hur vi ska kunna bedöma överenskommelsens effekter och måloppfyllelse. Vi inleder med att redogöra för hur vägen till en god vård och omsorg om äldre ser ut i teorin, det vill säga enligt en tänkt kedja av insatser. Därefter redovisar vi hur vi avser att undersöka överenskommelsens olika delar. I slutet av kapitlet redovisar vi hur vi avser att bedöma överenskommelsen som helhet. Upplägget är ännu preliminärt och kan eventuellt komma att justeras eller ändras i vissa delar.

3.1 Vägen till en god vård och omsorg om äldre

Vägen till att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg kan sägas bestå av flera steg, vilket illustreras i nedanstående figur.

Figur 1 Utvecklingssteg i arbetet för en sammanhållen vård och omsorg för målgruppen



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

I nästa steg handlar det om att också använda resultaten i verksamheterna. Känner man inte till de resultat som den egna verksamheten åstadkommer, blir det svårare att se vad man kan förbättra. Att verksamheterna använder resultatinformationen är således en förutsättning för steg 3 – att åstadkomma god vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

I slutrapporten kommer vi att bedöma i vilket steg arbetet befinner sig och vad som eventuellt återstår innan målen är uppnådda.

I utvärderingen utgår vi från de fyra områden som vi tidigare har delat in överenskommelsen i: lokalt och regionalt utvecklingsarbete som i överenskommelsen benämns som långsiktigt förbättringsarbete, användning av kvalitetsregister, prestationsbaserad ersättning och nationell samordning. Utvecklingen har kommit olika långt inom områdena. Detta får betydelse för vår analys för respektive område och vilket tillvägagångssätt som vi väljer. Gemensamt för områdena är att det har byggts upp strukturer som syftar till att förbättra vården och omsorgen. I slutrapporten kommer vi att följa upp om långsiktigheten är säkerställd i de strukturer som byggts upp.

3.2 Utvärdering av det långsiktiga förbättringsarbetet

Inom överenskommelsen ges stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete. Staten finansierar bland annat särskilda utvecklingsledare som är gemensamma för kommuner och landsting i ett län. Respektive län har fått medel till att anställa mellan tre och fem utvecklingsledare. Utvecklingsledarna ska stödja förbättringsarbetet inom de områden som lagts fast i respektive läns handlingsplan. Vidare erbjuds chefer från verksamheterna att delta i nationella konferenser, kallade Ledningskraft, för att stärka sin kompetens i förbättringsarbetet och omsätta länens handlingsplaner till praktisk handling. Kommuner och landsting erbjuds även inom ramen för Kvalitetssäkrad välfärd stöd i arbetet med att följa upp och kontrollera välfärdstjänster. Denna insats syftar till att etablera uppföljningar och kontroller som en del av lednings- och styrsystemen i kommuner och landsting.

För att klarlägga på vilket sätt den långsiktiga finansieringen är säkrad och hur länen har tänkt gå vidare för att de strukturer som har byggts upp ska bestå kommer vi att med hjälp av en standardiserad frågeguide gå igenom samtliga handlingsplaner. Vi avser även att undersöka hur handlingsplanerna har utvecklats över tid.

Vi har tidigare besökt 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 längre tid hade arbetat med att minska de äldres läkemedelsanvändning. De utvalda länen utgör således inte ett tvärsnitt av alla län, utan vi har snarare valt län som tidigare har erfarenheter av att arbeta med något av de områden som överenskommelsen tar sikte på. Vi tror att ett sådant angreppssätt är mer fruktbart då kännedomen om arbetets utmaningar och möjligheter är som störst där man har arbetat med frågorna under längre tid. I slutrapporten avser vi att genom telefonintervjuer följa upp hur arbetet i dessa län har fortlöpt.

Vi har i tidigare delrapporter konstaterat att konferenserna inom ramen för Ledningskraft har lett till att diskussioner över huvudmanna- och verksamhetsgränser har utvecklats. Det har dock inte gått att härleda i vilken omfattning denna insats har bidragit till en ökad samverkan mellan huvudmännen.

Inför slutrapporten planerar vi att genomföra en enkätundersökning med samtliga chefer som deltagit i konferenserna. Vi kommer bland annat att fråga om hur mycket resurser respektive län har lagt ned och vilka former av samverkan som just denna insats har lett till. Karolinska Institutet, som på SKL:s uppdrag följer satsningen på mest sjuka äldre, har i oktober 2014 skickat en enkät som bland annat riktar sig till dessa deltagare. Vi avser att när så är möjligt undvika överlappade frågor i vår enkät.

Av vår förra delrapport framgick att endast en tredjedel av kommunerna deltog i den del av satsningen som benämns Kvalitetssäkrad välfärd. Vi konstaterade att denna del ännu var relativt okänd. I enkätundersökningen kommer vi även att ställa frågor om arbetet med Kvalitetssäkrad välfärd. Vi avser också att behandla området i intervjuerna med länen.

3.3 Utvärdering av användningen av kvalitetsregister

Inom ramen för överenskommelsen har medel avsatts för att utveckla utvalda kvalitetsregister och öka användningen av dem. Syftet är att registreringar ska leda till ett förändrat arbetssätt som leder till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vård och omsorg av mest sjuka äldre. Registren ska även användas som underlag för olika typer av jämförelser mellan verksamheter.

Överenskommelsen har successivt kommit att omfatta fler kvalitetsregister. Vår utvärdering påverkas av när kvalitetsregistren har introducerats i överenskommelsen. För de kvalitetsregister som funnits med i överenskommelsen under flera år ligger fokus på användningen av kvalitetsregistren och om de har lett till ett ändrat arbetssätt inom verksamheterna. För de kvalitetsregister som tillkommit senare handlar det snarare om att följa upp registreringen och vilka förutsättningar som finns för att det kommer att användas.

Kvalitetsregister som har fått stöd under längre tid

De två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert har fått stöd under hela satsningen. Svenska demensregistret och BPSD-registret har omfattats av satsningen sedan 2012.

Vi har tidigare genom en enkätundersökning till ansvariga inom vården och omsorgen kunnat konstatera att registren anses vara relevanta och täcka in viktiga områden. Dessutom anses användandet av registren kunna bidra till en förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Vår intervjuundersökning av enheter som var aktiva användare av Senior alert eller hade registrerat under längre tid i Svenska palliativregistret, visade dock att registren inte i någon större utsträckning användes till att löpande följa upp vård- och omsorgsenheters resultat. Därmed var steget till att användningen av kvalitetsregister också ska leda till ett förändrat arbetssätt förhållandevis långt.

Vi bedömer att det inför slutrapporten är relevant att göra en intervjuundersökning med aktiva användare av Svenska demensregistret och BPSD-registret. Dessa register har nu omfattats av överenskommelsen så pass länge att man kan förvänta sig att användningen av dessa ska kunna påverka arbetssättet. Vi avser även att intervjua användare av Svenska palliativregistret och Senior alert för att ta reda på om det har skett en utveckling sedan förra undersökningen och om steget till ett förändrat arbetssätt nu har tagits fullt ut.

I längden syftar användningen av kvalitetsregistren till att kvaliteten ska förbättras i vården och omsorgen. Det är dock svårt att utforma relevanta kvalitetskriterier och finna heltäckande utfallsmått. Vi avser att så långt som möjligt använda de mått som trots allt finns. Vi kommer bland annat att följa upp utfallsvariabler inom kvalitetsregistren. Det handlar till exempel om Senior alerts egna mätningar över trycksår, fallskador, undernäring och munhälsa. Även inom Svenska Palliativregistret registreras indikatorer som är värda att följa upp.

Vår ambition är även att jämföra utfallen i kvalitetsregistren med utfallsmått utanför satsningen, till exempel sådana som redovisas i öppna jämförelser, äldreguiden och nationella undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden. Det kan dock vara svårt att finna registrerade vård- och omsorgsenheter som går att jämföra med enheterna som mäts i andra undersökningar. För att uppgifter om enheter som registrerar i kvalitetsregistren ska kunna matchas mot utfallsmåtten i de utomstående undersökningarna, krävs att det finns en enhetlig definition av vård- och omsorgsenheter. Inför slutrapporten kommer vi att närmare utreda möjligheterna till jämförelser.

Inför slutrapporten kommer vi också att närmare undersöka möjligheterna att koppla uppgifter i Senior alert till de punktprevalensmätningar för trycksår som görs.³ Vi avser vidare att undersöka om det går att jämföra uppgifter om fallskador i Socialstyrelsens patientregister med data från Senior alert.

Ett tecken på kvalitetsregistrens relevans är om registrens indikatorer används i äldreguiden. För att kunna utgöra underlag till denna krävs att de flesta vård- och omsorgsenheter registrerar i kvalitetsregistren och att Socialstyrelsen bedömer uppgifterna som tillräckligt tillförlitliga. I slutrapporten kommer vi därför att följa upp vilka indikatorer som har tagits med i takt med att kvalitetsregistrens täckningsgrad har ökat.

Kvalitetsregister som har tillkommit sista året

För RiksSår som tillkommit i år kommer vi att följa hur registreringarna har utvecklats. För att undersöka kvalitetsregistrets arbete med spridning avser vi att intervjua registerhållaren.

³ En punktprevalensmätning genomförs under en vecka och mäter hur många personer som har trycksår den aktuella tidpunkten, hur många personer som är i riskzonen för att få trycksår och vilka förebyggande insatser som gjorts.

Det är för tidigt att bedöma om registreringar i detta register också leder till att vård- och omsorgsenheter ändrar sina arbetssätt. Däremot avser vi att undersöka vilka förutsättningar registret har att förändra arbetssätten. För att bilda oss en uppfattning om huruvida aktiv registrering kan leda till ett systematiskt arbetssätt kommer vi att genomföra intervjuer med företrädare för de tre län som vi tidigare besökt. Vi kommer även fråga om vilka hinder och möjligheter som finns för att nå en ökad spridning av kvalitetsregistret.

Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Kvalitetsregistren ska hjälpa till att synliggöra vårdens resultat. Detta förutsätter att de uppgifter som vårdenheterna rapporterar är korrekta. Vi har i tidigare delrapporter konstaterat att kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter har brustit. Förra årets uppföljning visade visserligen att kvalitets-säkringen hade förbättrats, men rutinerna för kvalitetssäkringen var ännu förhållandevis svaga.

Inför slutrapporten avser vi att intervjua registerhållarna om hur de arbetar med riskbaserad kvalitetssäkring. De kommer att få redogöra för metod och urvalprinciper, vem som ska utföra kvalitetssäkringen, med vilken frekvens den ska göras och hur resultatet ska återföras. Vi kommer även att studera registerhållarnas rapportering till SKL, liksom kvalitetsregistrens årsrapporter och annan löpande rapportering.

Statskontoret har tidigare efterlyst en nationell och systematisk kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren. Vi kommer därför även att intervjua ansvariga för Registerservice på Socialstyrelsen om data-kvalitet samt möjligheterna till samkörning och jämförelser mellan kvalitetsregistren. Vi planerar även att ställa liknande frågor till ansvariga för kvalitetsregisterkansliet på SKL.

3.4 Utvärdering av prestationsersättningen

Prestations- och resultatbaserad ersättning utgår enligt överenskommelsen för ökad användning av kvalitetsregister, god läkemedelsbehandling och sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. För att kvalificera sig för medlen måste kommuner och landsting uppfylla vissa grundläggande krav.

Prestationsersättning för kvalitetsregister

Spridningen har ökat för de fyra kvalitetsregister som sedan tidigare har ingått i överenskommelsen. Kommuner och landsting har fått ersättning för att registrera i kvalitetsregistren. I slutrapporten avser vi att fördjupa vår analys av vilken betydelse prestationsersättningen har haft för spridningen av kvalitetsregistren. Vi kommer även att undersöka vilka förutsättningar som finns för att hålla täckningsgraden uppe när prestationsersättningen upphör. Frågan kommer bland annat att behandlas i våra intervjuer med användare av kvalitetsregistren.

2014-10-27

Vi avser att jämföra spridningen av RiksSår, som har tillkommit i år, med den spridning som de andra kvalitetsregistren hade efter sina första år. För RiksSår utgår ingen prestationsersättning. Däremot får registret precis som de övriga kvalitetsregistren medel för spridning och användning av registren. En jämförelse med de övriga registren kan följaktligen vara en indikation på vilken betydelse prestationsersättning har för spridningen. Också de intervjuer som vi i samband med våra tidiga delrapporter gjort med personal från olika vårdgivare utgör underlag för vår bedömning. Frågan om prestationsersättningens betydelse kommer även att behandlas vid de länsintervjuer som ska göras inför slutrapporten. Vid dessa intervjuer kommer vi också att fråga om eventuella risker för suboptimering och nedprioritering av andra insatser som en prestationsbaserad ersättning kan medföra.

Prestationsersättning för läkemedel

Syftet med överenskommelsen är att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre genom att minska användningen av olämpliga läkemedel.

I förra delrapporten konstaterade vi att målen inom läkemedelsområdet till stora delar hade uppnåtts. Läkemedelsbehandlingen hade minskat i de avseenden som parterna hade strävat efter. Inför slutrapporten kommer vi närmare att följa upp utfallen på de indikatorer som har ingått i överenskommelsen.

Precis som för kvalitetsregistren är vår ambition att även jämföra utfallen med kvalitetsmått utanför satsningen. För att man ska kunna undvika att äldre personer får olämpliga läkemedel är det viktigt att personen erbjuds så kallade läkemedelsgenomgångar. Vi avser att ta reda på om län som nått målen i överenskommelsen också genomför fler läkemedelsgenomgångar än tidigare, vilket kan vara ett tecken på att arbetet kring dessa frågor har blivit mer strukturerat. I äldreguiden redovisas andel personer som har en aktuell läkemedelsgenomgång.

Prestationsersättning för sammanhållen vård och omsorg

Syftet är att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg som förebygger onödig inläggning i slutenvård. Vi har tidigare konstaterat att det varit oklart för huvudmännen vilka insatser som krävs för att nå resultaten för de indikatorer som anses vara ett tecken på bristande samverkan mellan kommun och landsting, det vill säga återinläggningar inom 30 dagar och undvikbar slutenvård.

I slutrapporten avser vi att undersöka om vården och omsorgen har blivit mer sammanhållen. Vi avser att finna kriterier för vad som kan anses vara en rimlig nivå av samverkan för att vården och omsorgen ska räknas som sammanhållen. Vi kommer bland annat att ta del av rapporter från Socialstyrelsen, SKL, kommun- och landstingsrevisorer, FoU-enheter och forskare. Inför slutrapporten kommer vi även att närmare följa upp utfallen för överenskommelsens två indikatorer inom området.

Vi avser även att analysera de indikatorer i öppna jämförelser som har bäring på sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. De öppna jämförelserna görs på länsnivå, vilket gör det möjligt att relatera till länens resultat för återinläggningar inom 30 dagar och undvikbar slutenvård. Flera av de öppna jämförelserna redovisas också på kommunnivå.

Indikatorerna i de öppna jämförelserna täcker långt ifrån hela kedjan för vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Däremot finns det indikatorer som belyser delar av samverkan kring vården och omsorgen. Det gäller till exempel indikatorerna om rehabilitering och funktionsförmåga efter stroke. Dessa indikatorer visar hur stor andel av strokepatienterna över 65 år som tolv månader efter insjuknandet anser att deras rehabiliteringsbehov har blivit tillgodosedda och hur många som inte var beroende av hjälp. Indikatorerna tar sikte på kvaliteten både i sjukvårdens insatser i det akuta skedet och i de efterföljande stödsatserna som främst kommunen och primärvården svarar för. Efter det akuta skedet på sjukhus krävs i regel omfattande rehabiliterande, medicinska och sociala insatser där många olika yrkesgrupper från både landstinget och kommunen behöver samarbeta runt den äldre. Även indikatorn om äldres gångförmåga fyra månader efter höftfraktur är relevant för vårt ändamål. Resultaten kan ses som den samlade kvaliteten för hela vårdkedjan, från det akuta omhändertagandet och operationen på sjukhus till primärvården och kommunens rehabilitering.

Om samverkan inte har kommit till stånd i den omfattning som eftersträvas, avser vi att analysera orsakerna till detta. Ett av våra underlag är det webb-baserade verktyget Webb-kollen som visar äldres upplevelser av vård och omsorg efter en sjukhusvistelse. Verktyget har utarbetats av SKL och syftar till att synliggöra tänkbara orsaker till otrygghet, problem med läkemedels-behandling och till återinskrivningar på sjukhus. Resultaten redovisas på nationell nivå och per enhet.

Vi planerar även att undersöka om det finns områden där vården och omsorgen är sammanhållen och vad som är utmärkande för dessa områden. Vi kommer att ta del av eventuella rapporter från sådana områden.

Primärvården, som är första linjen för vården, är en nyckel för att vården och omsorgen ska kunna bli mer sammanhållen. I slutrapporten kommer vi därför att redovisa vilka insatser inom överenskommelsen som tar sikte på primärvården och i vilken utsträckning primärvården registrerar i kvalitets-registren.

Under de tre senaste åren har sammanlagt drygt 160 miljoner kronor avsatts för lokala analyser kring indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg. I förra delrapporten ansåg vi att analysarbetet var ineffektivt och kostsamt. Det lokala analysarbetet hade ännu inte gett huvudmännen tillräcklig vägledning i hur de ska gå tillväga för att undvika onödig slutenvård. Inför slutrapporten kommer vi att närmare följa upp detta arbete och redovisa vilka resultat som det har genererat. Vi avser att intervjua ansvariga för

analysarbetet. Frågan kommer även att behandlas vid våra länsintervjuer och i vår enkät till deltagarna vid konferenserna inom Ledningskraft.

Generellt för prestationsersättning

I slutrapporten kommer vi att sammanställa hur stora medel respektive län har fått under hela satsningen. Av sammanställningen kommer också att framgå om förhållandena mellan länen skiljer sig mellan åren och om det är någon typ av län som generellt sett kommer bättre eller sämre ut.

Våra tidigare uppföljningar har visat att prestationsersättningen för registrering i kvalitetsregistren inte alltid går tillbaka till verksamheterna som har genererat dem. Detta riskerar att minska incitamenten för personalen att registrera. Vår enkätundersökning med ansvariga inom vården och omsorgen som genomfördes 2012 har visat att det har stor betydelse för motivationen att ersättningen går direkt till verksamheterna. Inför slutrapporten avser vi att fråga företrädare för kommuner och landsting hur prestationsmedlen fördelas vidare i organisationen och hur medlen används. En närmare analys får visa om vi ska göra en totalundersökning eller välja ett urval av kommuner och landsting.

En utdataportal har skapats för att parterna och de ansvariga i länen ska kunna följa indikatorernas utfall. Vi har konstaterat att det har funnits brister i uppgifterna i databasen och att databasen är sårbar då den till vissa delar sköts av en person. Vi kommer att följa upp hur uppgifterna i databasen kvalitetssäkras och hur ansvaret för den eventuellt fortsatta förvaltningen har klargjorts när överenskommelsen har löpt ut.

3.5 Utvärdering av den nationella samordningen

SKL ansvarar för den nationella samordningen av satsningen. SKL ska även samordna satsningens insatser med andra relevanta överenskommelser.

I förra delrapporten konstaterade vi att det har blivit lättare än tidigare att utläsa hur SKL fördelat medlen mellan olika projekt. För merparten av medlen angav SKL dock inte närmare hur uppföljningen skulle ske. Inte heller redovisades några närmare kriterier för uppföljningen. Vi kommer att kartlägga SKL:s insatser bland annat utifrån deras genomförandeplaner, kvartalsrapporter och övrig rapportering till SKL:s styrelse som rör överenskommelsen. Dessutom kommer vi att intervjua nyckelpersoner vid SKL, däribland deras projektledare för samordningen av satsningen. Vidare kommer vi vid våra länsintervjuer fråga hur de berörda uppfattar SKL:s arbete och på vilket sätt de nås av SKL:s information.

Några av målen i överenskommelsen tar sikte på insatser som Socialstyrelsen ansvarar för. Det gäller bland annat Socialstyrelsens arbete med att utveckla den nationella patientenkäten, den nationella brukarundersökningen och öppna jämförelser. I vårt uppdrag ingår inte att bedöma Socialstyrelsens insatser. Däremot kommer vi att ta hänsyn till dessa insatser när vi gör vår sammantagna bedömning av överenskommelsens måluppfyllelse.

3.6 Utvärdering av överenskommelsen som helhet

I slutrapporten ska vi göra en samlad bedömning av i vilken utsträckning överenskommelsen har bidragit till att äldre kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg.

När vi ska bedöma vilket utvecklingssteg som arbetet befinner sig i och vad som eventuellt återstår innan målen är uppnådda kommer vi att utgå från utvärderingarna av respektive område. Om utvecklingen har kommit olika långt inom områdena handlar det om att göra en sammanvägd bedömning. Vi avser också att undersöka hur överenskommelsens 31 mål har uppfyllts. Slutligen kommer de slutsatser som vi har dragit i kapitel 2 i denna delraport om överenskommelsens uppbyggnad och utveckling att vara en utgångspunkt för den samlade analysen.

I tabell 3 sammanfattar vi hur vi planerar att genomföra vår slututvärdering.

Tabell 3 Analysunderlagen i slutrapporten 2015

Del i överenskommelsen	Huvudsakligt underlag vid utvärdering
Långsiktigt förbättringsarbete	Analys av länsvisa handlingsplaner. Uppföljning och intervjuer, tre fördjupningsfall. Enkät till deltagare i Ledningskraft.
Användning av kvalitetsregister	Utfallsdata från kvalitetsregister. Om möjligt jämförelser med andra utfallsmått. Intervjuundersökning med registrerande vårdpersonal. Undersökning om registrens kvalitetssäkring.
Prestations- och resultatbaserad ersättning	Utfall i olika län. Om möjligt jämförelser med andra mått. Jämförelse täckningsgrad i RiksSår. Studier av relevanta analyser och rapporter om sammanhållen vård och omsorg. Studier av "goda exempel". Analys av resultaten i "webbkollen". Intervjuer kring lokala analysarbetet. Analys av medelsanvändning. Analys av kvalitetssäkring och förvaltning av utdatabas.
Nationell samordning	Kartläggning av SKL:s insatser. Intervjuer med berörda på SKL. Intervjuer med berörda på Socialdepartementet. Intervjuer med berörda på Socialstyrelsen. Intervjuer med regionala företrädare kring SKL:s roll.
Överenskommelsen som helhet	Analys av måluppfyllelsen för de 31 målen. Samlad bedömning av måluppfyllelsen. Samlad analys av arbetet, liksom av Statskontorets tidigare bedömningar.



STATSKONTORET

PM

2014-10-27

30 (33)



2014-10-27

Bilaga

Regeringsuppdraget



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.



2014-10-27

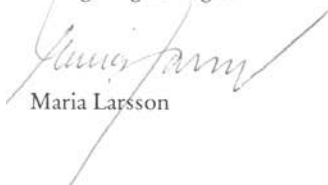
2

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



2014-10-27

3

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