



2015:18



STATSKONTORET

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL

Slutrapport





STATSKONTORET

MISSIV

DATUM

2015-08-26

ERT DATUM

2012-01-19

DIARIENR

2010/66-5

ER BETECKNING

S2010/2667/FST
(delvis)

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

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

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

Statskontoret har mellan åren 2010–2014 årligen lämnat en delrapport. Nu slutredovisar vi uppdraget genom att överlämna rapporten *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport* (2015:18).

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	7
1 Utgångspunkter och genomförande	11
1.1 Kort om överenskommelsen	11
1.2 Statskontorets uppdrag	13
1.3 Genomförande av arbetet	16
2 Överenskommelsens uppbyggnad och delar	21
2.1 Slutmål och ekonomisk ram	21
2.2 Överenskommelsens inriktning och innehåll	22
2.3 Kopplingen mellan insatser och mål	25
3 Det nationella arbetet med överenskommelsen	29
3.1 Överenskommelsens ledning	29
3.2 SKL:s insatser	30
3.3 Myndigheternas uppgifter	34
3.4 Sammanfattande iakttagelser	36
4 Stödet till ett långsiktigt förbättringsarbete	39
4.1 Länens strukturer för förbättringsarbete	39
4.2 Länens deltagande i projekt	45
4.3 Sammanfattande iakttagelser	49
5 Prestationsersättningens användning	51
5.1 Indikatorer kopplade till ersättningen	51
5.2 Utfall och användning	53
5.3 Sammanfattande iakttagelser	60
6 Spridning och användning av kvalitetsregister	61
6.1 Kvalitetsregistren i överenskommelsen	61
6.2 Spridningen av kvalitetsregistren	64
6.3 Från registrering till ändrat arbetssätt	68
6.4 Tecken på förbättrad vård och omsorg	74
6.5 Sammanfattande iakttagelser	78

7	Indikatorernas utveckling	81
7.1	Läkemedelsbehandling för äldre	81
7.2	Sammanhållen vård och omsorg	86
7.3	Lärdomar från regionala försöksverksamheter	90
7.4	Sammanfattande iakttagelser	91
8	Slutsatser och förslag	93
8.1	Måluppfyllelse är ingen garanti för god vård och omsorg	93
8.2	Steg har tagits mot en god vård och omsorg	96
8.3	Förbättringarna är inte säkerställda	99
8.4	Överenskommelsens uppbyggnad	101
8.5	Det fortsatta arbetet med de mest sjuka äldre	102
8.6	Förslag för att stödja det fortsatta arbetet	106
9	Erfarenheter inför liknande satsningar	109
9.1	När passar prestationsersättning?	109
9.2	Hur bör kraven på huvudmännen vara utformade?	112
9.3	Hur bör kunskap inhämtas och spridas?	113
9.4	Hur ska privata utförare kunna nås?	114
	Referenslista	117

Bilagor

1	Regeringsuppdraget	121
2	Skattade effekter av kvalitetsregistren	125
3	Enkätundersökningar	129

Sammanfattning

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har mellan 2010 och 2014 ingått en överenskommelse om insatser för de mest sjuka äldre. Den omfattade sammanlagt 3,8 miljarder kronor. Medlen har i stora delar villkorats med att kommuner och landsting ska uppnå vissa prestationer eller resultat. Syftet var att stärka ett systematiskt arbetssätt i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Statskontoret har på regeringens uppdrag utvärderat överenskommelsen.

Statskontorets samlade bedömning är att förutsättningarna för arbetet med de mest sjuka äldre har förbättrats. Arbetssätten inom vården och omsorgen har förbättrats i verksamheter där personalen under längre tid har registrerat i kvalitetsregister. Resultaten från kvalitetsregistren används dock inte i tillräcklig utsträckning. Vården och omsorgen har inte heller blivit mer sammanhållen. Utvärderingen visar även att varaktigheten i förbättringarna inte är säkrad.

Arbetssätten har förändrats, men är inte tillräckligt systematiserade

Överenskommelsen har lett till ett mer systematiskt arbetssätt i verksamheter där personalen under längre tid har registrerat i kvalitetsregister. Exempelvis har individuella skattningar av dementa äldre lett till ett bättre omhändertagande som gjort att dessa blivit lugnare. Steget till ett ändrat arbetssätt har dock inte tagits fullt ut, eftersom resultaten från kvalitetsregistren inte används i tillräcklig utsträckning.

Statskontoret konstaterar vidare att kunskapsunderlagen för att nå en sammanhållen vård och omsorg inte är helt systematiserade. Det lokala analysarbetet som har bedrivits har inte gett huvudmännen tillräcklig vägledning om hur de ska gå tillväga.

Strukturer har byggts upp för arbetet med mest sjuka äldre

Statskontoret konstaterar att samtliga län har byggt upp strukturer för samverkan mellan kommunerna och landstingen. Överenskommelsen har även bidragit till att sprida metoder för uppföljning av verksamheterna. Medel har gått till att sprida utvalda kvalitetsregister. De två kvalitetsregister som ingått i överenskommelsen från början har också stor spridning i vården och omsorgen. Personalen uppfattar kvalitetsregistren som relevanta och anser att de täcker in viktiga områden.

För att kvalitetsregistren ska kunna synliggöra vårdens och omsorgens resultat behöver inrapporterade uppgifter vara korrekta. Statskontorets utvärdering visar dock att kvalitetssäkringen av uppgifterna brister.

Vården och omsorgen har inte blivit mer sammanhållen

Statskontoret bedömer att vården och omsorgen inte i någon större utsträckning har blivit mer sammanhållen, det vill säga att vården och omsorgen är individanpassad och samordnad över specialitets- och organisationsgränser. Detta är en viktig förutsättning för att slutmålet om en god vård och omsorg ska kunna nås. Flera av överenskommelsens delmål har inte heller tagit direkt sikte på den sjuka äldre och att utveckla samverkan.

Varaktigheten i förbättringsarbetet är inte säkerställd

Landstingen och kommunerna har ansvaret för att säkra att förbättringsarbetet för de mest sjuka äldre fortlöper nu när överenskommelsen har upphört. Statskontoret bedömer att det krävs fortsatta insatser från huvudmännens sida om arbetet ska bli varaktigt, eftersom strukturerna för förbättringsarbetet i länen ännu inte är säkerställda. SKL har en viktig uppgift i att stödja kommunerna och landstingen i detta arbete.

Kvalitetsregistren har förutsättningar att leva vidare

Statskontoret bedömer att det finns förutsättningar för att kommunerna och landstingen ska kunna fortsätta använda kvalitetsregistren. Det finns dock en risk för att registreringen minskar eller upphör på enheter där motivationen att registrera är låg. Hur användningen av kvalitetsregister kommer att utvecklas beror till stor del på hur verksamhetsledningen och de närmaste cheferna styr och organiserar arbetet. En framgångsfaktor

är att ansvarig nämnd efterfrågar resultat från registren. Vidare behöver cheferna tydliggöra nyttan med kvalitetsregistren och avsätta tid för personalen att arbeta med dem.

Prestationsersättningen har fungerat olika väl

Statskontoret bedömer att rätt utformade prestationskrav kan stärka styreffekten av en satsning. Prestationsersättning kan exempelvis vara lämplig för att stimulera förbättringsarbete inom vården och omsorgen. Statskontorets utvärdering visar bland annat att kvalitetsregistren har lett till vissa förbättringar i vården och omsorgen om äldre. Även för äldres läkemedelsbehandling har ersättningen haft en positiv påverkan. Den har bidragit till en mer träffsäker läkemedelsbehandling.

Prestationsersättning är däremot inte lämplig när kunskapen om orsaksambanden är låg. Detta gäller för resultatindikatorerna för sammanhållen vård och omsorg. Ersättningen har inte lett till någon utveckling och det har varit oklart för huvudmännen vilka insatser som har krävts för att nå målen.

Statskontorets förslag och erfarenheter från utvärderingen

Statskontoret föreslår att regeringen i det fortsatta arbetet:

- ger i uppdrag till myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap att utarbeta en nationell strategi för kunskapsstöd för vården och omsorgen om äldre,
- ger Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med SKL utforma ett tydligt stöd till registerhållarna för kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter.

I rapporten redovisar Statskontoret erfarenheter som kan vara värda att uppmärksamma inför liknande satsningar inom vården och omsorgen. Det gäller bland annat hur man kan nå privata utförare med denna typ av satsning. Privata utförare tog inte i samma utsträckning som offentliga aktörer del av medlen och förbättringsarbetet för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Statskontoret lämnar även rekommendationer om när det är lämpligt att använda prestationsersättning, hur kraven på huvudmännen bör vara utformade samt hur kunskap bör inhämtas och spridas.

1 Utgångspunkter och genomförande

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingick 2010 en treårig överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Från och med 2012 utvidgades den till en mer omfattande överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Överenskommelsen avslutades vid utgången av 2014.

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

1.1 Kort om överenskommelsen

Överenskommelsens slutmål och omfattning

Överenskommelsen har varit en del av ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på förbättrad kvalitet och en 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.

Statskontorets tolkar sammanhållen vård och omsorg som en vård där kommuner och landsting samverkar med den äldre i centrum. Vården och omsorgen ska ha sin utgångspunkt i den sjuka äldres behov och vara individanpassad, samordnad och kontinuerlig över specialitets-, professions- och organisationsgränser.¹

Den samlade ekonomiska ramen för överenskommelsen har varit drygt 3,8 miljarder kronor under åren 2010–2014. Merparten av medlen har

¹ Tolkningen utgår bland annat från SKL, *Analysrapport 2 Sammanhållen vård och omsorg 2013*, s 8.

villkorats med att vissa resultat eller prestationer ska vara uppnådda innan de betalas ut.

Överenskommelsens insatser kan delas in i fyra huvudområden:

Stöd till långsiktigt förbättringsarbete

För att stödja det långsiktiga förbättringsarbetet har medel avsatts för vissa funktioner, projekt och program. Till exempel har medel gått till att tillsätta särskilda utvecklingsledare som är gemensamma för kommuner och landsting i ett län. De skulle stödja förbättringsarbetet inom de områden som lagts fast i respektive läns handlingsplan. Även under 2015 har länen haft möjlighet att ansöka om ekonomiskt stöd för dessa, och andra utvecklingsledare inom socialtjänsten, inom ramen för en överenskommelse för evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.²

Vidare har verksamhetschefer erbjudits att delta i ett projekt kallat Ledningskraft för att stärka sin kompetens i förbättringsarbetet och omsätta länens handlingsplaner till praktisk handling. Kommuner och landsting har inom ramen för projektet Kvalitetssäkrad välfärd erbjudits stöd för att följa upp och kontrollera välfärdstjänster.

Ökad användning av kvalitetsregister

Medel har avsatts för att utveckla utvalda kvalitetsregister och öka användningen av dem. Syftet var att registreringar skulle leda till ett förändrat arbetssätt, som i sin tur leder till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen om äldre. De skulle även användas som underlag för olika typer av jämförelser mellan verksamheter.

Prestations- och resultatbaserad ersättning

Kommuner och landsting har fått prestations- och resultatbaserad ersättning för ökad användning av kvalitetsregister, god läkemedelsbehandling och sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. För att kvalificera sig för medlen behövde kommunerna och landstingen uppfylla vissa grundläggande krav.

² Överenskommelse för år 2015 mellan regeringen och SKL, *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten*.

Nationell samordning

SKL har ansvarat för samordningen av överenskommelsen.

1.2 Statskontorets uppdrag

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. Utvärderingen 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 överenskommelsen upphörde. 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.

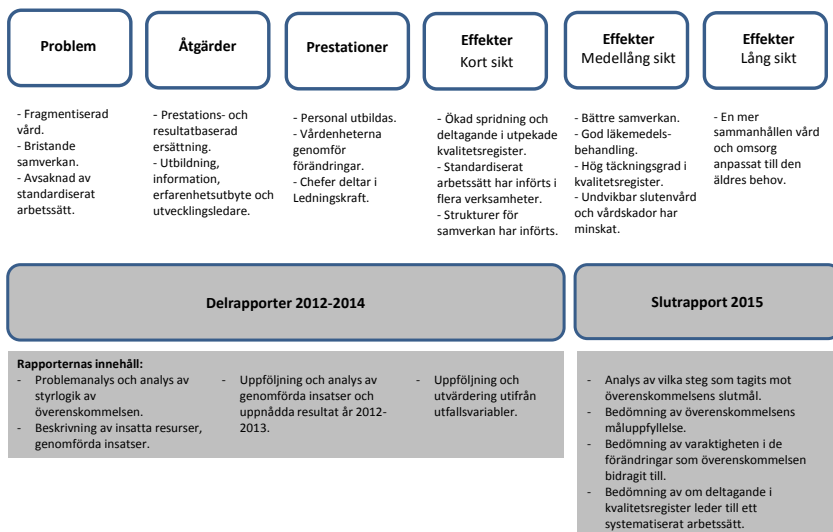
Överenskommelsen har omförhandlats av regeringen och SKL varje år. Statskontoret har mellan åren 2010–2014 årligen lämnat en delrapport om arbetet med överenskommelsen. Syftet har varit att delrapporterna ska kunna användas av regeringen och SKL inför utformningen av kommande års överenskommelser och att de ska vara underlag för framtida samarbete kring vården och omsorgen om äldre.

Denna rapport är uppdragets slutrapport.

1.2.1 Inriktningen på Statskontorets rapporter

I nedanstående figur redovisas en tänkt effektkedja för överenskommelsen och vår utvärdering.

Figur 1.1 Sambanden mellan överenskommelsens effektkedja och Statskontorets rapporter.



Kommentar: Effektkedjan är Statskontorets tolkning och utgår ifrån överenskommelsens beskrivning av insatser och mål.

Under de första åren handlade Statskontorets arbete om att analysera styrlogiken i överenskommelsen och i uppbyggnaden av strukturer för en mer sammanhållen vård och omsorg. Vi analyserade även genomförda insatser och följde upp resultaten för respektive år.

I denna slutrapport vill vi klargöra i vilken utsträckning överenskommelsens olika mål har uppnåtts. Vi undersöker vilka steg som har tagits och bedömer om överenskommelsen har förbättrat kvaliteten i vården och omsorgen. Vi bedömer även hur pass långsiktiga eventuella förändringar är.

Huvudmännen kan under hela 2015 använda de prestationsmedel som de har fått för förbättringsarbete. Det är därför för tidigt att slutligt bedöma om målet har nåtts.

1.2.2 Slutsatser från delrapporterna

Av Statskontorets delrapporter framgår att överenskommelsen är väl känd och att strukturer för samverkan om de mest sjuka äldre är på väg att etableras. Däremot har det varit för tidigt att bedöma i vilken omfattning dessa strukturer har lett till ökad samverkan i det praktiska arbetet.

Vi har konstaterat att satsningen på kvalitetsregister kan bidra till en förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Ansvariga inom vården och omsorgen anser att kvalitetsregistren är relevanta och täcker in viktiga områden. Dock visade den intervjuundersökning med vård- och omsorgspersonal som vi gjorde 2012 att kvalitetsregistren inte i någon större utsträckning användes till att löpande och mer systematiskt följa upp olika vård- och omsorgsenheternas resultat. Vi har också konstaterat att kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren behöver stärkas.

Vi har pekat på att det har varit svårt för huvudmännen att finna relevanta tillvägagångssätt för att påverka indikatorn Undvikbar slutenvård, som vi därför föreslagit skulle tas bort. Indikatorerna och beräkningsmodellerna för att mäta utvecklingen mot målen har dock generellt sett förtydligats och blivit mer robusta med tiden. Samtidigt har det varit osäkert om satsningen har nått alla som ingår i målgruppen mest sjuka äldre. Vidare har privata utförare inte i samma utsträckning omfattats av insatserna inom överenskommelsen.

1.2.3 Frågeställningar i slutrapporten

I denna slutrapport bygger vi vidare på de slutsatser som vi dragit i delrapporterna. Med utgångspunkt i vårt uppdrag har vi identifierat tre övergripande frågor om överenskommelsen som vi besvarar:

- I vilken utsträckning har överenskommelsens delmål uppnåtts?
- Vilka steg har tagits mot överenskommelsens slutmål att äldre ska ha tillgång till en god vård och omsorg?
- I vilken utsträckning är de förändringar som överenskommelsen bidragit till varaktiga?

Den första frågan besvaras genom att vi analyserar de 31 delmål som satts upp och delmålen koppling till insatserna inom överenskommelsen. Den andra frågan besvaras bland annat genom att vi undersöker om de rätta förutsättningarna för vården och omsorgen har skapats i och med överenskommelsen. Det handlar om att förbättra möjligheterna till samverkan mellan berörda aktörer och till att bygga upp informationssystem för resultatåterföring till verksamheterna. Vi undersöker därefter om resultaten från kvalitetsregistren används i verksamheterna, eftersom det är en förutsättning för att slutmålet ska kunna nås.

Den tredje frågan besvaras genom att vi bedömer varaktigheten i överenskommelsens respektive delar. För att förändringarna ska vara varaktiga krävs bland annat att länen har tydliga planer för sitt arbete framöver och för hur huvudmännen ska finansiera det. Vidare bör användningen av kvalitetsregister vara så pass etablerad på vård- och omsorgsenheterna att de väljer att fortsätta arbeta med dem även när överenskommelsen upphört.

1.3 Genomförande av arbetet

I detta avsnitt redovisar vi hur vi har utvärderat respektive område inom överenskommelsen och hur vi gått tillväga för att göra en samlad bedömning. I bilaga 2 och 3 redogör vi närmare för våra urvalsmetoder och tillvägagångssätt.

1.3.1 Stödet till ett långsiktigt förbättringsarbete

Genomgång av länens långsiktiga planer

Vi har gått igenom samtliga handlingsplaner för förbättringar i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre med hjälp av en standardiserad frågeguide. Det har vi gjort för att undersöka om den fortsatta finansieringen är säkrad och vilka långsiktiga planer som finns för de strukturer som har byggts upp i länen.

Länsintervjuer om utvecklingsarbetet

Vi har intervjuat personer med utvecklingsansvar i tre olika län för att ta reda på hur utvecklingsarbetet har fortlöpt i kommuner och landsting. Länen är Halland, Örebro och Västernorrland, vilket är samma län som vi tidigare har besökt. De utvalda länen utgör inte ett tvärsnitt av alla

län, snarare har vi valt län som sedan tidigare hade erfarenheter av att arbeta med något av överenskommelsens områden. Vi tror att ett sådant angreppssätt är mer fruktbart eftersom kännedomen om arbetets utmaningar och möjligheter är som störst där man har arbetat med frågorna under längre tid.

Vi har även varit i kontakt med branschorganisationerna Famna och Vårdföretagarna för att följa upp deras bedömning av sina medlemmars delaktighet i det långsiktiga förbättringsarbetet.

Enkäter till chefer i vård- och omsorgsverksamheter

Vi har genomfört en enkätundersökning med samtliga chefer som deltagit i konferenserna inom ramen för projektet Ledningskraft. I enkäten frågade vi bland annat om vilka former av samverkan som de bedömde att denna insats hade lett till och hur pass långsiktig eventuell upparbetad samverkan är. Vi ställde även frågor om lokala analyser som gjorts kring indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg. Vi skickade även en enkät till kontaktpersoner inom ramen för projektet Kvalitetssäkrad välfärd. Vi frågade dem bland annat om i vilken utsträckning denna insats har bidragit till att förbättra kommunens uppföljning och kontroll av välfärdstjänster.

1.3.2 Användningen av kvalitetsregister

Kartläggning av kvalitetsregistrens spridning

Vi har fått uppgifter om antalet personer som registrerats i de kvalitetsregister som ingått i överenskommelsen. Genom att relatera dessa uppgifter till respektive registers målgrupp har vi mätt utvecklingen av täckningsgraden över tid.

Intervjuundersökning med vård- och omsorgspersonal

Vi har genomfört en intervjuundersökning med ett representativt urval av personal vid de vård- och omsorgsenheter som under längre tid har registrerat i kvalitetsregistren Svenska palliativregistret, Senior alert, Svenska demensregistret eller Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret). Kvalitetsregistret Rikssår, som tillkom i överenskommelsen först 2014, ingår inte i undersökningen. Syftet var att studera om registrering i kvalitetsregister också

leder till ett förändrat och systematiskt arbetssätt. För varje register har 30 personer intervjuats.

Jämförelser med andra utfallsmått

I förlängningen syftar användningen av kvalitetsregistren till att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen. Vi bedömer att två av registren, Senior alert och Palliativregistret, under tillräckligt lång tid har haft så pass hög täckningsgrad att de ska kunna ge mätbara kvalitetsförbättringar.

För att undersöka om kvaliteten i vården och omsorgen har förbättrats har vi jämfört utvecklingen i registrens täckningsgrad med uppgifter utanför överenskommelsen. Dessa uppgifter avser till exempel dödsplats och förekomst av trycksår.

Undersökning om kvalitetssäkring av data

För att undersöka vilken kvalitetssäkring som görs av inrapporterade uppgifter, har vi varit i kontakt med företrädare för kvalitetsregistren, registerservice på Socialstyrelsen och kvalitetsregisterkansliet på SKL.

1.3.3 Prestationsersättning till kommuner och landsting

Generellt om prestationsersättning

Vi har sammanställt hur stora medel som varje län har fått inom ramen för överenskommelsen. För att ta reda på hur huvudmännen har använt och fördelat medlen har vi sänt enkäter till landets samtliga socialchefer och hälso- och sjukvårdschefer.

Prestationsersättning för kvalitetsregister

Vi har analyserat vilken betydelse prestationsersättningen har haft för spridningen av kvalitetsregistren. Vi har bland annat jämfört spridningen av Rikssår med den spridning som de andra kvalitetsregistren hade efter sina första år. Rikssår tillkom först 2014 och ingen prestationsersättning utgick för det registret.

Vi har även undersökt om täckningsgraden i kvalitetsregistren har påverkats sedan ersättningen upphörde vid utgången av 2014.

Prestationsersättning för läkemedel och sammanhållen vård och omsorg

Precis som för kvalitetsregistren har vi så långt som möjligt jämfört utfallen med kvalitetsmått utanför överenskommelsen. För att undersöka om vården och omsorgen har blivit mer sammanhållen har vi tagit del av rapporter från olika aktörer inom området. Vi har även tagit del av rapporter från andra områden där vården och omsorgen redan är mer sammanhållen och analyserat vad som är utmärkande för arbetet där.

1.3.4 Den nationella samordningen

Vi har via intervjuer eller e-postförfrågningar frågat berörda på SKL, Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om den nationella samordningen och myndigheters arbete inom ramen för överenskommelsen. Sammanlagt har cirka tio personer kontaktats. Vi har även ställt frågor om kontakterna med SKL i enkäten till socialcheferna och i länsintervjuerna (se 1.3.1).

1.3.5 Överenskommelsen som helhet

I vår samlade bedömning utgår vi från resultaten från vår utvärdering av överenskommelsens fyra områden. Vi har även analyserat kopplingen mellan insatser och mål i överenskommelsen. Vi har då identifierat vilka delmål som har direkta kopplingar till insatser och analyserat hur dessa delmål har uppfyllts.

1.3.6 Projektgrupp och kvalitetssäkring

Statskontorets arbete har utförts av Sigrún Andersdóttir, Jan Boström (projektledare), Hannes Jacobsson, Ingrid Skare och Ulrika Strid. Anders Anell, professor vid Ekonomiska högskolan vid Lunds universitet, har varit extern referensperson. En intern referensgrupp har också varit knuten till projektet.

Statskontoret har anlitat Rådhusgruppen city AB för att genomföra intervjuundersökningen med personal vid vård- och omsorgsenheter som använder kvalitetsregister.

Underlaget har i relevanta delar faktagranskats av SKL och Socialstyrelsen.

2 Överenskommelsens uppbyggnad och delar

I detta kapitel redogör vi för överenskommelsens utformning och utveckling under tiden 2010–2014.

Vi inleder med att redogöra för överenskommelsens slutmål och ekonomiska ram. Därefter beskriver vi kort överenskommelsens huvudsakliga inriktning under de fem år som den löpt. Sist i kapitlet presenteras överenskommelsens delmål och insatser.

2.1 Slutmål och ekonomisk ram

Överenskommelsen skulle ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på förbättrad kvalitet och mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Målet var att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Samverkan mellan kommuner och landsting skulle stärkas och resursanvändningen effektiviseras så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Målgruppen består av samtliga personer över 65 år med behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. År 2013 utgjorde denna grupp 17 procent av befolkningen 65 år och äldre och uppgick till omkring 322 000 personer.³

Den samlade ramen för överenskommelsen har varit drygt 3,8 miljarder kronor mellan 2010 och 2014, som var det sista året den gällde. I tabell 2.1 redovisas resursfördelningen per år och områden.

³ Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Lägesrapport 2015.

Tabell 2.1 Överenskommelsens resursram 2010–2014. Miljoner kronor.

Insatser	2010 –2011	2012	2013	2014	2012 –2014	Totalt
Prestationsersättning för ökad användning av kvalitetsregister	200	210	290	290	790	990
Prestationsersättning för god läkemedelsanvändning		325	300	300	925	925
Prestationsersättning för god sammanhållen vård och omsorg		325	325	250	900	900
<i>Summa prestationsmedel</i>	<i>200</i>	<i>860</i>	<i>915</i>	<i>840</i>	<i>2615</i>	<i>2815</i>
Stöd till lokalt och regionalt utvecklingsarbete	136	193	153	124	470	606
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	140	70			70	210
Stöd till registren	38	27	25	28	80	118
Nationell samordning*	43	11	23	10	43	86
<i>Summa stöd</i>	<i>357</i>	<i>301</i>	<i>201</i>	<i>161</i>	<i>663</i>	<i>1020</i>
TOTALSUMMA	557	1 161	1 116	1 001	3278	3 835

Kommentar: Tabellen visar tilldelade resurser. Det faktiska utfallet för den prestationsbaserade ersättningen redovisas i kapitel 5.

* Statskontoret räknar även in samordningen av registren i denna post.

2.2 Överenskommelsens inriktning och innehåll

I budgetpropositionen för 2010 slog regeringen fast att de riktade statsbidragen till insatser för äldre successivt skulle läggas om. Omläggningen innebar att ett mer prestationsbaserat system skulle införas, det vill säga att fördelningen av medel skulle grundas på uppnådda resultat. Som ett resultat av detta ingick regeringen och SKL 2010 en treårig

överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Det övergripande målet var att förbättra livskvalitet, hälsa och värdighet hos de mest sjuka äldre. De två första åren uppgick medlen till 557 miljoner kronor.

Från och med 2012 utvecklades överenskommelsen. Den ändrade namn till överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre och förlängdes till och med 2014. Den blev också mer omfattande än tidigare. Satsningen delades in i två huvudområden: prestations- och resultatbaserad ersättning (2 615 miljoner kronor) och stöd till långsiktigt förbättringsarbete (663 miljoner kronor).

2.2.1 Prestations- och resultatbaserad ersättning

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

För att kunna ta del av medlen behövde huvudmännen i respektive län bland annat fatta beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet som motsvarade kraven i Socialstyrelsens föreskrifter. År 2014 tillkom att huvudmännen skulle dokumentera hur deras förändringsarbete skulle bedrivas inom tre angivna områden (riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering). Däremot har det inte ställts krav på att det ledningssystem som Socialstyrelsen föreskriver ska användas fullt ut.

Ändrat arbetssätt genom registrering i kvalitetsregister

Till denna insats fördelades 790 miljoner kronor. Syftet med registreringen var att få till stånd ett ändrat arbetssätt kring de äldre. Registrering sågs bara som ett första steg i en process mot detta mål, och det slutliga steget är att belöna uppnådda resultat.

Ersättningen för registrering har gått till huvudmännen. Det har således inte funnits någon garanti för att ersättningen går tillbaka till de vård- och omsorgsenheter som genererat den.

God läkemedelsbehandling för äldre

Den samlade ersättningen för denna insats var 925 miljoner kronor. Den skulle 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. Detsamma gäller kraven för att få del av ersättningen, som också har varierat över tid.

Sammanhållen vård och omsorg

År 2012 infördes även prestationsersättning för att främja en sammanhållen vård och omsorg som förebygger onödig inläggning i slutenvård. Sammanlagt har 900 miljoner kronor avsatts för detta ändamål. Indikatorerna och sättet att mäta resultat har ändrats i överenskommelserna för 2013 och 2014.

2.2.2 Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete

Inom ramen för det långsiktiga och systematiska förbättringsarbetet samlades alla icke-prestationsbaserade delområden. Några av insatserna fördes vidare från överenskommelsens första år samtidigt som nya insatser tillkom:

- Uppdraget till utvecklingsledarna i länen vidgades successivt från att stödja registrering i kvalitetsregister till att också stödja användning och analys av data.
- Alla kvalitetsregister som efter hand prioriterades i överenskommelsen fick stöd för bland annat administration av nya användare och kvalitetssäkring av data.
- SKL ansvarade för nationell samordning av arbetet i kommuner och landsting.
- Satsningen på försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre fortsatte till och med 2012.
- Kommuner och landsting mottog ekonomiskt stöd för att stärka sitt analysarbete kring indikatorer om undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar.
- Chefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård erbjöds att delta i projektet Ledningskraft för att stärka sin kompetens i förbättringsarbetet och omsätta lärens handlingsplaner till praktisk handling.

- Projektet Kvalitetssäkrad välfärd tillkom i syfte att etablera uppföljning och kontroll av välfärdstjänster som en naturlig del av kommunernas och landstingens lednings- och styrsystem.
- Branschorganisationerna Famna och Vårdföretagarna mottog medel för att samordna sina medlemmar och hjälpa dem med analysarbete.
- SKL fick stöd för att anpassa vägledningen "Första hjälpen till psykisk hälsa" till äldre personers livssituation och sprida det anpassade materialet.

2.3 Kopplingen mellan insatser och mål

I överenskommelsen för 2012 formulerades målen för hela satsningen. Slutmålet togs fram och 31 delmål presenterades.

2.3.1 Flera delmål saknar direkta insatser

För att de tänkta effekterna ska kunna uppnås krävs att de valda insatserna täcker in de mål som satts upp i överenskommelsen. I tabell 2.2 redogör vi för kopplingen mellan insatserna och delmålen. Av tabellen framgår att flertalet av målen har en direkt eller indirekt koppling till insatser i överenskommelsen. Dock saknar en knapp tredjedel av målen insatser som skulle kunna bidra till att respektive mål uppfylls. För merparten av dessa hänvisar regeringen till särskilda satsningar som ligger utanför överenskommelsen. För två av målen finns det dock inga insatser alls. Det gäller målen om att personer med insatser från båda huvudmännen ska ha en individuell plan och att alla personer i målgruppen har en fast vårdkontakt.

Tabell 2.2 Koppling mellan insatser och delmål i överenskommelsen.

<i>Delmål</i>	<i>Koppling till insats</i>	<i>Indirekt koppling</i>	<i>Annan satsning</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 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 ökar			X	
Satsning inom äldreforskning			X	
Uppföljning och utvärdering av oberoende part	X			
Årlig utvärdering	X			
Utvärdering av projektet 2014	X			

Kommentar: Om överenskommelsen innehåller insatser som direkt kan bidra till att uppfylla målet har vi bedömt att det finns *koppling till insatser*. Om överenskommelsen däremot enbart innehåller insatser som täcker en del av målet eller först på längre sikt kan leda till att målet uppfylls, har vi bedömt att det finns en *indirekt koppling*.

2.3.2 Svag koppling mellan insatser och syfte

Utifrån slutmålet att den äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg bedömer Statskontoret att delmålen i så hög utsträckning som möjligt bör handla om att utveckla samverkan mellan kommuner och landsting eller ha den sjuka äldre i fokus. En analys visar att endast en tredjedel av målen gör det. Bland dessa handlar tre av målen om registrering i kvalitetsregister och två om att implementera nationella program eller riktlinjer. En del av målen berör andra sektorer och är sådana som tar lång tid att realisera. Det gäller framför allt målen om utbildning och forskning, som fordrar insatser från skolan och högskolan.

I kapitel 8 bedömer vi målens relevans och träffsäkerhet i förhållande till överenskommelsens slutmål. Vi bedömer också i vilken omfattning målen kan sägas vara uppfyllda.

3 Det nationella arbetet med överenskommelsen

I detta kapitel beskriver vi den nationella samordningen av överenskommelsen och myndigheternas arbete inom ramen för överenskommelsen.

3.1 Överenskommelsens ledning

Regeringen och SKL har tillsammans utformat överenskommelsen, prioriterat årliga insatser och följt upp arbetet. De två parterna har varit överens om problembeskrivning och målbild.

SKL:s huvuduppgift har varit att se till att aktiviteter har genomförts i kommuner och landsting, medan regeringen har haft ett samordningsansvar för satsningen i sin helhet. Med vidgningen av överenskommelsen 2012 tilltog behoven av samordning, och regeringens övergripande ansvar ökade.

Förhandlingsprocessen inför framtagandet av överenskommelsen är inte dokumenterad. Inte heller har det dokumenterats hur parterna har resonerat när de formulerade villkoren och kraven i överenskommelsen.

3.1.1 Partsgemensamma organ för utformning, styrning och uppföljning

För att utforma, styra och följa upp arbetet har parterna skapat olika partssammansatta organ. Dessa kompletterades med separata projektorganisationer hos såväl Regeringskansliet som SKL. Nedan beskriver vi de olika organen.

Högnivågruppen – forum för förankring

Högnivågruppen har varit ett forum för förankring hos parternas högsta ledningar. Gruppen leddes av statssekreteraren i Socialdepartementet

och SKL:s ordförande. Vidare ingick chefen för SKL:s vård- och omsorgsavdelning, generaldirektörerna från Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt regeringens äldresamordnare. Gruppen sammanträdde cirka sex gånger per år.

Nationella samrådsgruppen skulle underlätta kontakter med privata aktörer

Den nationella samrådsgruppen syftade till att underlätta kontakterna med privata aktörer inom vården. I gruppen deltog företrädare för branschorganisationerna Famna och Vårdföretagarna tillsammans med tjänstemän från Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL. Gruppen var aktiv 2010–2012.

Efter 2012 tog kontakterna med de privata utförarna sig uttryck i ett mer direkt samarbete mellan SKL och företrädare för Famna och Vårdföretagarna. Samarbetet fokuserade på utvecklingsledarnas arbete för ökad registrering i kvalitetsregister. Någon ny grupp bildades inte.

Socialdepartementets projektledning genom äldresamordnaren

På Socialdepartementet var det från och med 2011 äldresamordnaren som ledde arbetet. Hon ansvarade för det löpande arbetet, samordningen av aktiviteter och förankringsarbetet bland överenskommelsens målgrupper. Hon ledde även den projektgrupp som var knutpunkten för det praktiska arbetet och vidareutvecklingen av innehållet i överenskommelsen. I denna grupp ingick tjänstemän från Socialdepartementet och från de organisationer som var representerade i högnivågruppen.

SKL:s arbete har bedrivits i projektform

SKL:s operativa arbete drevs i projektform under ledning av en projektledare rekryterad för ändamålet. SKL:s projektorganisation var koncentrerad kring ett litet antal nyckelfunktioner och samarbetade med ansvariga för kvalitetsregistren.

3.2 SKL:s insatser

SKL har ansvarat för återrapportering av kommunernas och landstingens resultat till regeringen. SKL har vidare haft i uppgift att betala ut medel samt till en början att kontrollera att huvudmännen uppfyllde

de krav som gällde för att få del av medlen. SKL har slutligen ansvarat för nationell samordning av insatserna hos huvudmännen.

3.2.1 SKL har administrerat medel

SKL har administrerat följande medel:

- *Utbetalning av prestationsersättning till kommuner och landsting (2 774 miljoner kronor)*
De två första åren ansvarade SKL för att kontrollera om huvudmännen levde upp till kraven för prestationsersättningen. I våra delrapporter ansåg vi att det i vissa fall var oklart på vilka grunder ersättningen hade betalats ut. År 2012 begränsades SKL:s uppgift till att begära in medlen från Kammarkollegiet och därefter distribuera ersättningen till huvudmännen.
- *Ekonomiskt stöd till kvalitetsregistren (138 miljoner kronor)*
Det ekonomiska stödet som SKL har administrerat till kvalitetsregistren har bland annat handlat om att stödja registrens tekniska plattformar, öka deras användarvänlighet och att sprida registren till nya användare.
- *Ekonomiskt stöd för utvecklingsledare och samordning (349 miljoner kronor)*
Medlen för utvecklingsledarna i kommuner och landsting fördelades enligt en fördelningsnyckel som parterna hade enats om. SKL ansvarade för att följa upp huvudmännens arbete, själva medelsanvändningen samt redovisningen till regeringen. SKL har också distribuerat medel för samordningen av Famna och Vårdföretagarnas utvecklingsinsatser.
- *Lokalt analysarbete (160,5 miljoner kronor)*
SKL har fördelat ut medel till huvudmännen för att utveckla huvudmännens analys av indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar.

I våra delrapporter har vi efterlyst bättre underlag för att kunna följa den interna fördelningen av medel mellan olika projekt och även rekommenderat att kriterier för uppföljning tas fram. Under överenskommelsens två sista år utvecklade SKL projektstyrningen och systemet för ekonomiuppföljning.

3.2.2 Övriga insatser som SKL ansvarat för

Olika stödande insatser till kommuner och landsting

SKL har tolkat sitt uppdrag som att inspirera och ge stöd till chefer och medarbetare i kommuner och landsting.⁴ SKL har bland annat erbjudit erfarenhetsutbyte genom projekten Ledningskraft och Kvalitetssäkrad välfärd. SKL har även erbjudit stöd till utvecklingsledare i form av utbildningar, nätverk, konferenser och coachning.

SKL har vidare utvecklat material och verktyg till hjälp för regional och lokal nivå. Ett exempel är Webbkollen, som är en webbaserad enkät där äldre får beskriva sin upplevelse av delaktighet och trygghet i samband med den vård och omsorg de har fått.

SKL har knutit till sig olika expertgrupper, bland annat analysgrupper för att följa utvecklingen av indikatorer för sammanhållen vård och omsorg, och en rådgivande grupp för seniorer.

SKL har också beviljats medel för andra mindre projekt, till exempel för att utveckla ett utbildningspaket om äldres psykiska ohälsa.

Samordning av huvudmännen blev ett allt större uppdrag

SKL har ansvarat för samordningen av de olika insatserna hos huvudmännen. Successivt lades större ansvar på SKL. Från det tidiga uppdraget att sprida kvalitetsregistren, erfarenheter och goda exempel förtydligades ansvaret att redovisa och sammanställa resultat från förändringsarbetet. Från 2013 vidgades ansvaret ytterligare, då SKL fick i uppdrag att utveckla rapportfunktionerna för resultatjämförelser från kvalitetsregisterarbetet samt att driva en utdataportal för att följa utfallet för de indikatorer som ingick i överenskommelsen. Vidare skulle insatserna samordnas med andra relevanta överenskommelser.

⁴ SKL, Genomförandeplan 2013, bilaga 2, s 19.

SKL utvecklade sina genomförandeplaner efterhand. Planerna utvecklades från att beskriva planerade aktiviteter till att under överenskommelsens sista år innehålla uppföljningsbara mål.

I sin slutrapport om överenskommelsen konstaterar SKL att de bär ett stort ansvar för den fortsatta utvecklingen av samverkan mellan huvudmännen.⁵

3.2.3 Huvudmännen är nöjda med stödet från SKL

Statskontoret har genomfört en enkätundersökning med landets alla socialchefer. Av den framgår att 66 procent av socialcheferna har varit i kontakt med SKL i samband med överenskommelsen och att 88 procent av dem bedömer att de har fått ett bra stöd. I tabell 3.1 redovisas de olika typerna av kontakt som de haft.

Tabell 3.1 Socialchefers kontakter med SKL i samband med överenskommelsen

Typ av kontakt	Procent
Deltagit på konferenser anordnade av SKL	88
Få klarhet i villkor för den prestationsbaserade ersättningen	61
Ingått i SKL:s nätverk knutna till överenskommelsen	48
Stöd i det lokala analysarbetet	32
Få hjälp med indikatorerna för ersättning	30
Stöd kring uppföljning och kontroll av välfärdstjänster	20
Komma i kontakt med relevanta personer i andra län	12
Annat	8

Kommentar: Frågan har ställts till de socialchefer som angett att de varit i kontakt med SKL. Flera alternativ kan anges.

Källa: Statskontorets enkät till socialchefer.

Även vid våra länsintervjuer förmedlas en positiv bild av SKL:s insatser, till exempel av de mötesplatser som SKL har anordnat och av arbetet

⁵ SKL (2015), *Slutrapport: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*

med Ledningskraft. Det har dock framförts synpunkter på att aktivitetsnivån tidvis har varit för omfattande, vilket har lett till att utvecklingsledarna har haft svårt att ta till sig all information.

3.3 Myndigheternas uppgifter

3.3.1 Socialstyrelsen

Under överenskommelsens första år var uppdragen till Socialstyrelsen inte preciserade, varken innehållsmässigt eller vad gäller ekonomisk omfattning. Sedan 2012 har Socialstyrelsen däremot fått uppdrag som har direkt koppling till arbetet för de mest sjuka äldre. Uppdragen har antingen getts i regleringsbrevet eller som särskilda uppdrag från regeringen.

Myndigheten har haft varierade uppdrag

Uppdraget till Socialstyrelsen har haft varierande syften. De har handlat om att:

- fördela medel till försöksverksamheter, utveckla kunskapsmoduler och stödja implementering av kunskap
- utveckla årliga öppna jämförelser på äldreområdet med nya indikatorer och förfinade brukarundersökningar så att resultaten kan följas på verksamhets- och enhetsnivå
- utveckla verktyg för landstingens och kommunernas återrapportering
- bedöma om kommunerna och landstingen uppfyllde villkoren för utbetalning av prestationsersättning.

Uppdraget att bedöma om kommunerna och landstingen uppfyllde villkoren övertog Socialstyrelsen från SKL 2012. Socialstyrelsen har även haft rena kartläggningsuppdrag och uppdrag av teknisk karaktär. Vidare har de haft i uppgift att ta fram mallen för bedömning av om huvudmännen uppfyllde de grundläggande kraven för prestationsmedlen.

SKL och Socialstyrelsen har haft flera likartade uppdrag

Flera av Socialstyrelsens och SKL:s uppdrag och aktiviteter har varit närliggande. Till exempel har statistik och resultatdata från samma verksamheter eller målgrupper samlats in av såväl Socialstyrelsen som SKL. Dessutom har båda organisationerna haft i uppdrag att ta fram och föra ut kunskap till kommuner och landsting.

Socialstyrelsens bedömning av arbetet med överenskommelser

Socialstyrelsen gjorde under 2013 en analys av sitt arbete med uppdrag knutna till olika överenskommelser där även överenskommelsen om förbättringar inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre ingick. Det bästa sättet att använda resurserna var enligt deras analys att ge Socialstyrelsen en roll när överenskommelser tas fram. Uppdragen borde följaktligen vara inriktade på att stödja regeringens förberedande arbete. Ett exempel där inriktningen har uppfyllt dessa önskemål är utvecklingen av indikatorer inom läkemedelsområdet.

Flera av de senast tillkomna uppdragen har inneburit en förstärkning av det redan pågående arbetet inom myndigheten och har, enligt intervjuade företrädare, fungerat väl. Det gäller bland annat arbetet med Öppna jämförelser och uppdraget om att utveckla brukarundersökningen.

Socialstyrelsen har tagit fram flera kunskapsöversikter om förhållanden i vården och omsorgen om äldre, som enligt myndigheten inte har tagits tillvara i överenskommelsearbetet. Socialstyrelsen uppger vidare att man har haft svårt att nå ut till huvudmännen med sina nya rön och menar att dialogen med huvudmännen kan utvecklas.

3.3.2 Inspektionen för vård och omsorg

Tillsynen som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomför kan ge värdefull information för utvecklingen av verksamheten riktad mot de mest sjuka äldre. Därför har tillsynsverksamheten varit representerad i de partsammansatta organ som har varit knutna till överenskommelsen (avsnitt 3.1.1). Först genom en företrädare för Socialstyrelsens tillsynsavdelning och sedan 2013 med en företrädare från den då nybildade myndigheten IVO.

Uppfattningarna om i vilken utsträckning erfarenheter från tillsynsverksamheten har förts in i arbetet skiljer sig något. Enligt IVO har tillsynsperspektivet tagits till vara både när överenskommelsen togs fram och under tiden den har löpt. IVO har också i ett tidigt skede fått information om arbetet kring de mest sjuka äldre. Företrädare för parterna anser dock att det stundtals har varit svårt att fånga upp iakttagelser från tillsynen i arbetet.

3.4 Sammanfattande iakttagelser

3.4.1 SKL har främjat erfarenhetsutbyte

SKL har främjat erfarenhetsutbyte mellan olika aktörer inom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Vår utvärdering visar också att huvudmännen har tagit del av det stöd som har erbjudits och är nöjda med SKL:s insatser.

3.4.2 SKL saknade länge uppföljningsbara mål för sitt arbete

Det har med tiden blivit enklare att följa hur SKL har fördelat sina medel mellan olika insatser. Längre saknades det uppföljningsbara mål för organisationens arbete. Det var först i genomförandeplanen för 2014 som SKL formulerade uppföljningsbara mål och mått för arbetet med slutmålet och för olika delområden.

3.4.3 Socialstyrelsens roll har förtydligats med tiden

Socialstyrelsens roll i arbetet med överenskommelsen var till en början otydlig. Uppdragen och arbetsuppgifterna med koppling till överenskommelsen blev dock tydligare sedan 2012, då regeringen genom särskilda uppdrag klargjorde vilka uppgifter Socialstyrelsen skulle utföra. Det är vidare positivt att Socialstyrelsen tog över uppdraget från SKL att kontrollera att handlingsplanerna uppfyllde grundkraven för ersättning. Det ökar trovärdigheten när granskningen görs av en aktör som inte är part i överenskommelsen.

3.4.4 Behov av bättre dokumentation

Dokumentationen av processen före de politiska förhandlingarna och undertecknandet av överenskommelsen har varit bristfällig. Det går inte att få inblick i hur regeringen och SKL har resonerat när de formulerade olika villkor. Enligt Statskontoret behövs skriftliga rutiner, bland annat för att kunna följa upp arbetet och utläsa på vilka grunder olika prioriteringar har gjorts.

4 Stödet till ett långsiktigt förbättringsarbete

I detta kapitel redogör vi för det långsiktiga förbättringsarbetet i länen. Vi redovisar hur arbetet har utvecklats över tid och hur länen har säkerställt att de strukturer som har byggts är varaktiga. Avslutningsvis redogör vi för arbetet med de tre projekten Ledningskraft, Kvalitets-säkrad välfärd och Lokalt analysarbete.

4.1 Länens strukturer för förbättringsarbete

Enligt överenskommelsen skulle det i varje län finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan. År 2014 hade samtliga län utvecklat någon form av struktur, oftast både på politisk nivå och på tjänstemannanivå. Strukturerna har utformats på olika sätt, och i drygt hälften av länen har man arbetat vidare i befintliga strukturer för samverkan mellan landsting och kommuner. Det finns dock skillnader i hur stort beslutsmandat som tilldelats de respektive samverkansstrukturerna.

I överenskommelsen ställdes krav på ledningssystemen för kvalitetsarbetet, och huvudmännen har dokumenterat sitt arbete med att uppfylla dem. Socialstyrelsen har godkänt dokumentationen från alla län, men gjorde samtidigt bedömningen att ett flertal av huvudmännen befinner sig i en implementeringsfas av ledningssystemen.⁶

4.1.1 Länens handlingsplaner för förbättringsarbetet

Sedan 2012 har det i överenskommelsen ställts krav på att det i respektive län skulle finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om de mest sjuka

⁶ Socialstyrelsen (2014). *Överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. 2014 års bedömning.*

äldre. Planen skulle bland annat innehålla en beskrivning av förbättringsområden, mätbara mål och en redogörelse för hur resultaten skulle redovisas.

Statskontoret har gått igenom samtliga läns handlingsplaner för respektive år.

Handlingsplanerna var inledningsvis bristfälliga

Vi har tidigare bedömt att handlingsplanerna för 2012 var bristfälliga. Få mål var mätbara. Det var också ovanligt att länen tydliggjorde hur mål och aktiviteter skulle följas upp och hur resultaten skulle redovisas, vilket vi bedömde skulle försvåra uppföljningen av länets resultat. Vidare fanns det flera län där det ännu inte hade byggts upp någon struktur för samverkan mellan landsting och kommuner.

I handlingsplanerna för 2013 var målen i större utsträckning konkreta och mätbara. Flertalet planer innehöll då även planerade aktiviteter. Länen beskrev också utvecklingsledarnas roll, vilket var ett krav i det årets överenskommelse. Däremot saknades ofta en diskussion om hur privata utförare kunde inkluderas och hur långsiktigheten i förbättringsarbetet skulle säkras.

Planerna för 2014 levde upp till kraven i överenskommelsen

I handlingsplanerna för 2014 levde de allra flesta län upp till kraven i överenskommelsen. I flera fall har de dock behövt lämna in kompletterande handlingar. Vidare fanns det, precis som tidigare år, brister i hur planerna hade anpassats till länets lokala försättningar. I ungefär hälften av planerna var den lokala kopplingen svag eller saknades helt.

I samtliga handlingsplaner beskrevs mål och aktiviteter för länets förbättringsarbete. De aktiviteter som länen pekade ut handlade i huvudsak om att:

- bygga strukturer för förbättringsarbete
- analysera resultat för att hitta förbättringsområden
- implementera nya arbetssätt eller rutiner i befintliga vårdstrukturer
- införa nya funktioner eller vårdformer
- skapa utökade samverkansytor mellan vård- och omsorgsgivare.

Kopplingen mellan mål och aktiviteter ofta oklar

Relativt många av aktiviteterna har tagit sikte på att bygga strukturer för förbättringsarbetet, till exempel att informera personal eller implementera kvalitetsregister. Kopplingen mellan mål och aktiviteter har emellertid varit oklar i flera av planerna. Det har till exempel funnits mål som inte har haft några aktiviteter kopplade till sig. Detta har särskilt gällt indikatorerna för återinskrivning inom 30 dagar och undvikbar slutenvård.

4.1.2 Utvecklingsledarnas roll, uppgifter och mandat

För att utveckla ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete har varje län sedan 2010 fått ekonomiskt stöd för tre till fem utvecklingsledare. Även branschorganisationerna Famna och Vårdföretagarna har fått medel till egna utvecklingsledare.

Utvecklingsledarnas uppgifter har förändrats genom åren

De första åren var utvecklingsledarnas främsta uppgift att påskynda spridningen av kvalitetsregister. Från och med 2012 års överenskommelse skulle utvecklingsledarna prioritera uppgiften att stödja arbetet med att analysera resultat och dra slutsatser samt initiera förbättringar. Såsom utvecklingsledarnas roll har beskrivits i handlingsplanerna har den också till viss del utvecklats i enlighet med överenskommelsens intentioner. Vid de länsintervjuer som vi gjorde i samband med våra delrapporter framkom dock att tyngdpunkten då fortsatt låg på att stödja registreringen.

År 2014 inriktades arbetet mot analys och förbättringsarbete

I handlingsplanerna för 2014 låg betoningen på analys av resultat och på förbättringsarbete. Enligt Famna och Vårdföretagarna stämmer denna beskrivning även för de utvecklingsledare som var specifikt knutna till privata utförare.

Enligt handlingsplanerna skulle utvecklingsledarna i huvudsak:

- utgöra ett stöd för registrering i kvalitetsregister och i analys av resultat
- utgöra ett stöd för det långsiktiga förbättringsarbetet

- samordna förbättringsarbetet genom erfarenhetsutbyten
- utgöra en länk till andra län och till överenskommelsens nationella strukturer.

I några fall betonades även utvecklingsledarnas roll att sprida kunskap och bidra till en förstärkt regional struktur för kunskapsutveckling.

Utvecklingsledarnas mandat inte klarlagda

Karolinska Institutet, som på SKL:s uppdrag har följt satsningen på de mest sjuka äldre, intervjuade utvecklingsledare i 13 län under 2014.⁷ Utvecklingsledarna ansåg att mandatet var centralt för deras möjlighet att fullgöra sina uppgifter. Det ställdes också krav på att utvecklingsledarnas mandat skulle beskrivas i handlingsplanerna, men 2014 var det färre än i hälften av planerna som det redogjordes för mandat och befogenheter gentemot verksamheterna.

Möjlighet till fortsatt stöd under 2015

År 2014 ställdes det även krav på att länen skulle beskriva hur de avsåg att fortsätta arbetet med utvecklingsledare när den statliga finansieringen hade avslutats. Efter dess har det i en annan överenskommelse – överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – fastställts att länen under 2015 kan få fortsatt ekonomiskt stöd för utvecklingsarbete inom ett eller flera av socialtjänstens områden. I denna överenskommelse har totalt 49 miljoner kronor avsatts för stöd till lärens utvecklingsarbete.⁸ Samtliga län har ansökt om ekonomiskt stöd och 12 län har angett att de kommer att använda en del av pengarna till utveckling av vården och omsorgen om äldre. Det är dock oklart hur den länsinterna fördelningen av medel mellan olika områden inom socialtjänsten ser ut.

⁷ Karolinska institutet (2014) *Bättre liv för sjuka äldre. Lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring.*

⁸ Överenskommelse mellan regeringen och SKL, *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten, 2015.*

4.1.3 Det långsiktiga förbättringsarbetet för privata utförare och primärvården

I tidigare delrapporter har vi sett att både privata utförare och primärvården, som är två viktiga målgrupper, riskerade att inte omfattas av stödet i lika hög utsträckning som övriga. Vi har därför inför slutrapporten särskilt undersökt deras kopplingar till länens förbättringsarbeten.

Privata utförare har inte deltagit fullt ut i arbetet

Kommuner och landsting har i ökande utsträckning valt att upphandla driften av vården och omsorgen. Till exempel bor 21 procent av personer 65 år och äldre som är inskrivna på särskilt boende på ett hem som drivs av privata utförare.⁹ För att det långsiktiga förbättringsarbetet av vården och omsorgen om äldre ska komma hela målgruppen till del krävs därför att även privata utförare deltar.

I överenskommelsen för 2014 ställdes det krav på att länen skulle redovisa hur privata utförare kunde involveras i förbättringsarbetet. Trots det innehöll de allra flesta av länens handlingsplaner endast någon enstaka mening om att dessa aktörer skulle involveras. Där det beskrevs stod oftast inte hur detta skulle gå till och inte heller vilka eventuella hinder som fanns.

I vår e-postförfrågan till branschorganisationerna Famna och Vårdföretagarna framhöll de att deras medlemmar inte fullt ut hade deltagit i det regionala förbättringsarbetet och stödstrukturerna. De bedömde dock att deltagandet ökat successivt från 2012.

Strategier saknas för att nå primärvården

Primärvården har som första instans i sjukvården en viktig uppgift att identifiera äldre med behov av vård och omsorg från flera aktörer. I Statskontorets delrapporter framkom att det har varit svårt för utvecklingsledarna att etablera kontakter med primärvården. Även i Karolinska

⁹ Socialstyrelsen (2015) *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2014. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.*

institutets intervjuer framkom det att utvecklingsledarna har uppfattat primärvården som en ”svårarbetad miljö”.¹⁰

Handlingsplanerna för 2014 innehöll endast i något enstaka fall en diskussion om hur det långsiktiga förbättringsarbetet bättre skulle nå fram till primärvården.

4.1.4 Arbetets långsiktighet

I delrapport 4 (2013) konstaterade vi att långsiktigheten i huvudmännens arbete ännu inte var säkrad. År 2014 ställdes därför krav på att handlingsplanen skulle beskriva hur länet avsåg att skapa långsiktighet i sitt systematiska förbättringsarbete.

De flesta handlingsplanerna beslutades av politiska organ

Överenskommelsen har sedan 2012 innehållit ett krav på att handlingsplanerna skulle vara politiskt förankrade, vilket kan sägas vara en förutsättning för att arbetet i länen ska kunna bli långsiktigt. De flesta av handlingsplanerna för 2014 beslutades av politiska organ.

Hälften av länen beskrev långsiktigt arbete

I cirka hälften av handlingsplanerna fanns någon form av plan för att säkra ett långsiktigt förbättringsarbete. Oftast handlade det om att länet avsåg att behålla strukturen för ledning och styrning i samverkan, eller att arbetet skulle övergå till andra regionala organ för samverkan mellan kommuner och landsting. Fyra län avsåg också att fortsätta arbeta med regionala handlingsplaner. Cirka hälften av länen angav att de skulle behålla utvecklingsledarfunktionen, om än i reducerad form.

Utifrån handlingsplanerna kvarstår dock frågetecken kring länens fortsatta arbete när överenskommelsen löpt ut. Bland annat är det oklart hur användningen av kvalitetsregister och satsningar på läkemedelsanvändning och sammanhållen vård och omsorg kommer att leva vidare. Även i Karolinska institutets intervjuer med utvecklingsledarna framkom att

¹⁰ Karolinska institutet (2014) *Bättre liv för sjuka äldre. Lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring.*

det fanns en stor osäkerhet kring fortsatta organisatoriska lösningar för länsens förbättringsarbete.¹¹

Osäkerhet kring de fortsatta ekonomiska förutsättningarna

Den statliga finansieringen avslutades i samband med att överenskommelsen löpte ut vid utgången av 2014. I ungefär hälften av länsens handlingsplaner för 2014 behandlades den fortsatta finansieringen. För den andra hälften inväntades politiska beslut eller så behandlades frågan överhuvudtaget inte.

I de planer som behandlade den fortsatta finansieringen gjordes det oftast enbart i generella ordalag, såsom att finansieringen ska ske gemensamt och ur huvudmännens ordinarie budget. I några enstaka fall framgick det tydligt i siffror hur huvudmännen ska finansiera arbetet under 2015 och hur medlen ska fördelas. Även Karolinska institutets intervjuer med utvecklingsledare visade att det finns en osäkerhet kring de fortsatta ekonomiska förutsättningarna för länsens förbättringsarbete.¹²

4.2 Länsens deltagande i projekt

Inom ramen för överenskommelsen har det sedan 2012 bedrivits tre större projekt som syftat till att stärka förbättringsarbetet i länen: Ledningskraft, Kvalitetssäkrad välfärd och Lokalt analysarbete.

Vi har genomfört enkätundersökningar riktade till samtliga medlemmar i ledningskraftsteamerna och ett urval av dem som deltagit i nätverken inom ramen för Kvalitetssäkrad välfärd. Antalet svarande var 252 deltagare (svarsfrekvens 63 procent) respektive 36 deltagare (80 procent). I enkäten till medlemmarna i ledningskraftsteamerna frågade vi även om deras erfarenheter av de två andra projekten. Vidare har Karolinska institutet studerat Ledningskraft, både ur ledningskraftsdeltagarnas och utvecklingsledarnas perspektiv.¹³ Nedan redogör vi för deltagarnas uppfattningar.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

4.2.1 Ledningskraft

Tabell 4.1 Tilldelade medel Ledningskraft 2012–2014 (miljoner kronor).

2012	2013	2014	Summa
23	19	12	54

Projektet Ledningskraft riktade sig till chefer i vård och omsorg. Chefs-team från kommunerna, primärvården och sjukhusen har träffats vid nationella och regionala konferenser för att grundlägga en bättre samverkan, omsätta handlingsplanerna till praktik, skapa mötesplatser för dialog och stärka chefernas kompetens i förbättringsarbetet. Alla län har deltagit med ett eller flera team, totalt drygt 300 personer.

Ledningskraft har enligt deltagarna lett till samverkan

Tre fjärdedelar av de tillfrågade i vår undersökning anser att projektet lett till att samverkan inom länet har förbättrats, bland annat har gemensamma prioriteringar utvecklats och nya mötesplatser för dialog etablerats. I Karolinska institutets undersökning beskrev utvecklingsledarna att Ledningskraft hade varit en framgångsfaktor för deras arbete, men att projektet borde ha kommit tidigare i överenskommelsen.

Resurskrävande men nedlagd tid anses ha motsvarat nyttan

Vår enkätundersökning visar att den sammanlagda tiden som varje län har lagt ned på att delta i projektet varierade mellan 58 och 706 dagar. Enskilda medlemmar i teamen hade i genomsnitt lagt ned 17 dagar. Majoriteten anser att den nedlagda tiden hade motsvarat nyttan.

Privata utförare har inte deltagit fullt ut

Vi har i tidigare delrapporter konstaterat att privata utförare inte tagit del av aktiviteterna inom projektet i samma utsträckning som offentliga utförare. Enligt Karolinska institutets undersökning har det varit särskilt svårt att hitta kontaktvägar till primärvården.

Långsiktigheten är oviss

I vår undersökning anser drygt 80 procent av teammedlemmarna att de samverkansvinster som uppstått är varaktiga. Av kommentarerna i enkäten framgår dock att mycket beror på hur strukturerna förvaltas och vilka

prioriteringar som görs framöver. De svarande bedömer att samverkansprojekt och aktiviteter som initierats riskerar att inte bestå.

I Karolinska institutets intervjuer med utvecklingsledarna var det många som bedömde att Ledningskraftsteamerna skulle upplösas eller återgå till de befintliga strukturer som de tidigare hade lyfts ur.

4.2.2 Kvalitetssäkrad välfärd

Tabell 4.2 Tilldelade medel Kvalitetssäkrad välfärd 2012–2014 (miljoner kronor).

2012	2013	2014	Summa
12	8	8	28

Projektet Kvalitetssäkrad välfärd syftade till att kommuner och landsting skulle utveckla system, rutiner och arbetssätt som leder till kvalitetssäkring av tjänsterna inom äldreomsorg och primärvård, oavsett vem som utför dem. Inom projektet har SKL erbjudit olika typer av stöd i form av seminarier, hemsida, nätverk och enskilt stöd.

Förhållandevis lågt deltagande och projektet är relativt okänt

Enligt SKL nådde projektet sammanlagt 235 kommuner och samtliga landsting. Mindre än en femtedel av kommunerna (52) har dock fått enskilt stöd via besök, telefonsamtal eller e-post. Vidare har mindre än en tredjedel av kommunerna (86) deltagit i projektets nätverk.

Enligt projektansvarig vid SKL blev deltagandet i nätverken lägre än förväntat. Som orsak anges att kommunerna har haft svårt att binda upp resurser under en längre tid och att det har funnits konkurrerande satsningar inom SKL. Enligt uppgift har deltagandet dock varit högre bland landstingen som deltagit via SKL:s vårdvals nätverk.

Vår enkätundersökning visar att endast hälften av deltagarna i Ledningskrafts chefsteam kände till projektet Kvalitetssäkrad välfärd.

Deltagarna anser att de utvecklat uppföljningen och kontrollen

I vår enkät till kommuner som deltagit i nätverken uppger en majoritet att projektet bidragit till att förbättra deras uppföljning och kontroll av

välståndstjänster. De anser också att förbättringarna är varaktiga, vilket har säkerställt genom dokumenterade arbetsprocesser och rutiner. Det är dock nästan hälften av de svarande som anser att projektet inte i någon större utsträckning har förbättrat deras arbete med ett av projektets syften, att förebygga fusk och oegentligheter.

Framtida samordning är osäker

I vår enkät till nätverksdeltagarna bedömer flertalet att de kommer att fortsätta utveckla uppföljningen och kontrollen av välfärdstjänster i åtminstone samma utsträckning som under projektperioden. Det är dock osäkert i vilken skala projektet kommer att leva vidare nu när överenskommelsen har upphört. Av de nio nätverk som ingått i projektet är två fortfarande aktiva. SKL planerar att i mindre skala fortsätta med seminarier. Enligt projektansvarig kan det bli svårt att upprätthålla god kvalitet på hemsidan. SKL har rekryterat en projektledare för att stödja landstingen med att utarbeta en gemensam modell för uppföljning.

4.2.3 Lokalt analysarbete

Tabell 4.3 Tildelade medel Lokalt analysarbete 2012–2014 (miljoner kronor).

2012	2013	2014	Totalt
85	49	26,5	160,5

Kommuner och landsting har fått medel för att arbeta lokalt med att analysera indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar. Syftet har varit att öka kunskapen om vilka förändringar som leder till förbättringar och hur förändringar bäst genomförs i praktiken. De lokala analysgrupperna skulle återföra resultaten från sitt arbete till en nationell analysgrupp med företrädare från bland andra Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL.

Kunskapen har ökat i vissa delar

I tidigare delrapporter har vi sett att huvudmännen inte har vetat hur de skulle gå till väga för att påverka indikatorerna, trots sitt lokala analysarbete. De har haft svårt att hitta lämplig kompetens för analysarbetet och flera län har varit beroende av konsultstöd.

Av vår undersökning framgår att nästan 70 procent av deltagarna i Ledningskraft anser att analysarbetet har lett till att kunskaperna har ökat om varför och när mest sjuka äldre behandlas i slutenvård. Det är dock mindre än hälften som anser kunskaperna om på vilket sätt slutenvård hade kunnat undvikas i de enskilda fallen har förbättrats.

4.3 Sammanfattande iakttagelser

4.3.1 Strukturer för samverkan har byggts upp i alla län

Samtliga län har byggt upp en struktur för ledning och styrning i samverkan mellan landsting och kommun. Strukturerna har dock tilldelats olika starkt beslutsmandat, vilket troligen påverkar möjligheterna att bedriva ett effektivt förbättringsarbete.

4.3.2 Länens handlingsplaner har utvecklats med tiden

Länens handlingsplaner har utvecklats över tid. Mellan 2012 och 2014 blev det tydligare hur länen skulle följa upp mål och aktiviteter och hur de skulle redovisa resultaten, vilket förbättrade förutsättningarna att kunna bedöma länens resultat. Vidare utvecklades utvecklingsledarnas roll i linje med överenskommelsens intentioner, och deras stödjande roll i analysen av resultaten och i förbättringsarbetet betonades.

4.3.3 Projekten har bidragit till förbättringsarbete...

De tre projekten Ledningskraft, Kvalitetssäkrad välfärd och Lokalt analysarbete har bidragit till att utveckla länens förbättringsarbete. De kommuner som har deltagit i nätverken inom Kvalitetssäkrad välfärd anser att de har förbättrat sin uppföljning och kontroll av välfärdstjänster. Också Ledningskraft har enligt vård- och omsorgscheferna lett till en förbättrad samverkan mellan landsting och kommuner.

4.3.4 ... men lärandeeffekten har varit förhållandevis svag

Utvecklingen av nya sätt att arbeta har inte nått alla huvudmän. För lokalt analysarbete och kvalitetssäkrad välfärd bedömer en majoritet av de svarande att stödet inte varit helt ändamålsenligt. Färre än hälften av

vård- och omsorgscheferna anser till exempel att det lokala analysarbetet har ökat kunskaperna om hur slutenvård hade kunnat undvikas i det enskilda fallet. Om man har svårt att kunna urskilja sambanden i efterhand är det troligtvis än svårare att veta hur man ska gå tillväga för att framöver kunna förebygga onödig slutenvård.

4.3.5 Privata utförare är inte delaktiga fullt ut

Med en ökad andel privata utförare i vården och omsorgen om de mest sjuka är det angeläget att förbättringsarbetet även omfattar dem. De privata utförarna har dock inte fullt ut omfattats av insatserna. De har inte i samma utsträckning tagit del av aktiviteterna inom Ledningskraft. Vidare har länen i sina handlingsplaner endast i begränsad omfattning redogjort för hur privata utförare ska involveras.

4.3.6 Det framtida förbättringsarbetet är inte säkerställt

Inom flera områden är det framtida förbättringsarbetet inte säkrat. Exempelvis saknade hälften av länen under överenskommelsens sista år en plan för att säkra långsiktigheten i förbättringsarbetet. Dessutom saknade de flesta län även en tydlig plan för den fortsatta finansieringen av de strukturer som byggts upp för förbättringsarbetet.

Inte heller är det förbättringsarbete som projekten skulle bidra till helt säkerställt, även om flertalet tillfrågade deltagare i ledningskraftsteamerna och nätverken inom Kvalitetssäkrad välfärd menar att förbättringarna är beständiga. Till exempel kände hälften av de tillfrågade vård- och omsorgscheferna inte till projektet Kvalitetssäkrad välfärd och enkätsvaren indikerar att en del aktiviteter som initierats inom Ledningskraft riskerar att upphöra.

5 Prestationsersättningens användning

Den prestationsbaserade ersättningen har varit tänkt att fungera som ett ekonomiskt incitament för att driva på utvecklingen i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I detta kapitel redogör vi först för de indikatorer som varit kopplade till ersättningen. Därefter redovisar vi hur ersättningen har utfallit samt hur kommuner och landsting har använt medlen.

5.1 Indikatorer kopplade till ersättningen

Huvudmännen har erhållit ersättning för att förbättra resultatet kring ett dussintal indikatorer fördelade på tre delområden:

1. Registrering och användning av kvalitetsregister.
2. God läkemedelsbehandling.
3. Sammanhållen vård och omsorg.

I tabell 5.1 presenteras översiktligt de indikatorer som ingick i överenskommelsen 2014. Indikatorerna har delvis förändrats genom åren. I våra delrapporter ges en närmare beskrivning av utvecklingen.

Tabell 5.1 Indikatorer i överenskommelsen 2014.

Områden	Beskrivning
Registrering i kvalitetsregister	
Registrering i Palliativregistret	Täckningsgrad och förbättring i vården avseende brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa och injektionsmedel mot ångest.
Registrering i Senior alert	Deltagande i punktprevalensmätningar, genomförda riskbedömningar av äldre i kommunal och landstingsdriven vård/sjukvård. Bedömningar av munhälsa.
Registrering i Svenska demensregistret	Nyinsjuknade i demenssjukdom som fått utredning i registret, fått diagnos och följts upp i primärvården.
Registrering i BPSD	Kommuner som infört standardiserat arbetssätt vid MPSD-symptom och registrerar i registret.
God läkemedelsbehandling	
Olämpliga läkemedel	Andelen 75 år eller äldre som använder ett antal utvalda läkemedel med hög risk för biverkningar.
Användning av antipsykotiska läkemedel	Andelen 75 år eller äldre som använder anti-psykotiska läkemedel.
Användning av anti-inflammatoriska läkemedel	Andelen 75 år eller äldre som använder anti-inflammatoriska läkemedel.
Sammanhållen vård och omsorg	
Återinläggningar inom 30 dagar	Antalet oplanerade återinskrivningar för utvalda sjukdomstillstånd inom 30 dagar i förhållande till det totala antalet sjukdomstillfällen med dessa sjukdomstillstånd.
Undvikbar slutenvård	Andelen personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per invånare och år. I måttet ingår de diagnoser som bedöms kunna undvikas inom slutenvården.

Ersättning för områdena God läkemedelsbehandling och Sammanhållen vård och omsorg har fördelats länsvis, det vill säga till alla eller inga kommuner och landstinget inom länet.

5.1.1 Portal för att följa utvecklingen av indikatorerna

För att kunna följa utvecklingen av de indikatorer som ingått i överenskommelsen har SKL administrerat en utdataportal.¹⁴ Denna portal har levt vidare efter 2014, men innehållet har anpassats till att kommuner och landsting inte längre får prestationsersättning.

Vi har i tidigare delrapporter konstaterat att portalen haft vissa brister i jämförbarhet och aktualitet. Det har funnits skillnader i definitionerna av centrala termer, vilket i sin tur har medfört att utfallen kunde skilja sig åt beroende på om det var den gemensamma utdatabasen eller ett enskilt kvalitetsregisters utdatabas som användes. Portalen har till stora delar endast hanterats av en person, vilket gjort den sårbar.

I våra intervjuer inför slutrapporten uppger företrädare för länen att det ännu inte går att lita på data i portalen. För närvarande har portalen också stängt ned rapporterna om BPSD-registret och Svenska demensregistret eftersom det har förekommit oförklarade felaktigheter. Det är också fortfarande i huvudsak en person som ensam hanterar portalen.

5.2 Utfall och användning

Vi har närmare studerat prestationsersättningens utfall och användning under 2012–2014 eftersom överenskommelsen då var mer omfattande och täckte in alla tre delområden. Under överenskommelsens två första år, 2010–2011, omfattade prestationsersättningen endast kvalitetsregistren och var då också lägre.

Av tabell 5.2 framgår att under perioden 2012–2014 betalades nästan 2,2 miljarder kronor ut till kommuner och landsting för förbättrade resultat på de indikatorer som varit kopplade till ersättningen. Mest medel har betalats ut för arbete med indikatorer kopplade till läkemedelsbehandling.

¹⁴ www.kvalitetsportalen.se

Tabell 5.2 Utbetalad prestationsbaserad ersättning 2012–2014 (miljoner kronor).

Insats	2012	2013	2014	Totalt
Kvalitetsregister	210	290	290	790
God läkemedelsanvändning	200*	300	300	800
Sammanhållen vård och omsorg	0**	325	250	575
Summa	410	915	840	2 165

Kommentar: *Summan var ursprungligen 325 miljoner kronor men sänktes till 200 miljoner kronor eftersom färre än fem län klarade de uppsatta målen.

**Inga län klarade de uppsatta målen.

5.2.1 Ersättningens fördelning mellan länen

Av tabell 5.3 framgår att samtliga län har fått prestationsersättning och att Västmanland och Blekinge har fått mest medel per invånare 65 år och äldre. Minst medel per invånare har Stockholms län tagit emot.

Tabell 5.3 Utfall prestationsbaserad ersättning 2012–2014 (kronor).

Län	Utfall/ inv.65+	Kvalitets- register	Läke- medel	Samman- hållen vård och omsorg	Total summa (avrundat)
		Utfall/ inv.65+	Utfall/ inv.65+	Utfall/ inv.65+	
Västmanlands län	4 028	819	2 710	498	214 271 000
Blekinge län	3 695	388	2 625	682	127 412 000
Örebro län	1 923	856	302	765	112 745 000
Kronobergs län	1 628	662	325	641	62 880 000
Gävleborgs län	1 503	759	396	348	94 254 000
Jönköpings län	1 459	640	321	498	100 446 000
Kalmar län	1 398	831	403	164	77 093 000
Värmlands län	1 360	833	405	122	85 163 000
Jämtlands län	1 341	774	404	164	37 668 000
Västerbottens län	1 309	739	405	164	67 757 000
Gotlands län	1 284	821	300	164	16 686 000
Södermanlands län	1 278	483	297	498	76 258 000
Uppsala län	1 248	272	294	682	75 881 000
Norrbottnens län	1 083	315	310	458	60 143 000
Västra Götalands län	997	457	311	224	299 621 000
Dalarnas län	933	409	217	307	58 740 000
Östergötlands län	887	443	220	224	75 893 000
Västernorrlands län	885	450	311	123	48 905 000
Skåne län	756	232	401	123	182 235 000
Hallands län	755	353	218	184	47 388 000
Stockholms län	739	96	296	348	243 560 000
Medelvärde	1 452	554	546	352	103 095 000

Samtliga kommuner har fått ersättning

Samtliga kommuner har fått ersättning under perioden. Mest medel har Västerås kommun fått, drygt 72 miljoner kronor. Sorsele kommun har fått minst, strax under 340 000 kronor.

Ersättningen utgör en liten andel av utgifterna för äldreomsorg

År 2013 lade kommunerna i genomsnitt drygt 56 000 kronor på äldreomsorg per person 65 år och äldre.¹⁵ Genomsnittet för prestationsersättningen samma år var 375 kronor per kommun och person 65 år och äldre.

Konstruktionen fick till en början oavsedda konsekvenser

Villkorens konstruktion under 2012 påverkade i hög grad utfallet för prestationsersättningarna totalt. Endast Blekinge och Västmanland uppfyllde villkoren för området God läkemedelsbehandling år 2012 och fick därmed dela på hela ersättningen på 200 miljoner kronor. Villkoren innebar också att förändringen inte behövde vara varaktig och kunde bero på slumpen.

Inför 2013 ändrades villkoren för att ersättningen i högre grad skulle baseras på statistiskt säkerställda förbättringar över hela året. De ändrade villkoren medförde att fler landsting och kommuner uppfyllde villkoren för läkemedelsindikatorerna och utfallets spridning mellan länen minskade. Det faktum att medlen fördelades på länsnivå kan dock teoretisk innebära att vissa kommuner har fått ersättning utan att ha förbättrat sina resultat.

Dåliga resultat i ett län har gynnat andra län

Kommuner och landsting i län som klarat villkoren har fått dela på ersättningarnas totalbelopp, oavsett hur många län som levt upp till villkoren. Det innebär att dåliga resultat i ett län gynnat andra län som klarar villkoren. Enligt till exempel Riksrevisionen kan strävan efter att få del av prestationsersättningen ha varit viktigare än att arbeta för ökad samverkan. Det har också varit svårt för huvudmännen att budgetera för ersättningen eftersom det slutliga beloppet avgjorts av hur många län som hade uppfyllt villkoren.¹⁶

¹⁵ Kolada, kommun- och landstingsdatabasen [online] Hämtad 2015-06-24 Tillgänglig: www.kolada.se, samt egna beräkningar.

¹⁶ Riksrevisionen (2014) *Överenskomelser mellan staten och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.* (RiR 2014:20)

Kraven för sammanhållen vård och omsorg har varit svåra att nå

Av tabell 5.4 framgår att villkoren har varit svåra att leva upp till. Exempelvis fick inga län ersättning under 2012. Svårast har det varit att få ersättning för indikatorn Återinläggningar inom 30 dagar. Sammanlagt är det 7 län med totalt 92 kommuner som inte har lyckats få någon ersättning alls för denna indikator.

Tabell 5.4 **Antal landsting och kommuner som har fått prestationsersättning för Sammanhållen vård och omsorg.**

	2012	2013	2014	Totalt*
Undvikbar slutenvård				
- Landsting	0	11	13	18
- Kommuner	0	155	179	262
Återinläggningar inom 30 dagar				
- Landsting	0	10	8	14
- Kommuner	0	152	79	198

*Antal som fått ersättning vid minst ett tillfälle under perioden.

5.2.2 Huvudmännens användning av ersättningen

Ersättningen har kommit arbetet med målgruppen till del

År 2014 förtydligade regeringen och SKL att intjänade prestationsmedel skulle användas till förbättringsarbete inom vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Vi har i enkätundersökningar till samtliga kommuner (svarsfrekvens 77 procent) och landsting (76 procent) ställt frågor om hur medlen har använts.

Av tabell 5.5 framgår att ersättningen i stora delar har gått till förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. För en fjärdedel av kommunerna och nästan hälften av landstingen har dock medel gått till den allmänna omsorgsbudgeten, även om flertalet av dessa huvudmän uppger att delar har öronmärkts för förbättringsarbete för målgruppen.

Tabell 5.5 Hur kommunerna och landstingen fördelat medlen (procent).

	Förbättrings- arbete inom vården och omsorgen för de mest sjuka äldre	Sjukvårds- eller omsorgs- budgeten	Allmänna budgeten	Annat sätt
Kommuner				
Kvalitetsregister	85	26	5	7
God läkemedelsbehandling	72	24	6	4
Sammanhållen vård och omsorg	69	23	5	4
Landsting				
Kvalitetsregister	81	44	13	25
God läkemedelsbehandling	63	44	19	19
Sammanhållen vård och omsorg	63	50	13	19

Kommentar: Flera alternativ kan anges.

Pengarna har bland annat använts till utbildning och rekrytering

Inom ramen för förbättringsarbetet för de mest sjuka äldre har kommunerna och landstingen framför allt använt ersättningen för att finansiera utbildning av personal. Det har också varit relativt vanligt med inköp av hjälpmedel och teknisk utrustning bland kommunerna och rekrytering av specialistkompetens både inom kommuner och landsting. Konkreta exempel är att man har anställt sjuksköterskor för vårdplanering, satsat på återupprigining inom 48 timmar, avsatt medel för hjärtsvikt- och kolsjuksköterskor, utökat tjänsten för demenssjuksköterskor, arbetat med hembesöksprojekt och genomfört läkemedelsgenomgångar.

Delar av ersättningen har kommit deltagande enheter till del

Vår undersökning med ansvariga inom vården och omsorgen inför delrapport 3 (2012) visade att frågan om vilka vårdenheter som får del av prestationsmedel hade stor betydelse för motivationen att registrera i kvalitetsregister.

Av tabell 5.6 framgår att i ungefär en fjärdedel av kommunerna har all ersättning gått tillbaka till de vård- och omsorgsenheter som registrerat

i kvalitetsregister eller deltagit i förbättringsarbetet. För landstingen är siffrorna generellt sett lägre. Vanligast är dock, både för kommuner och landsting, att delar av ersättningen fördelats på deltagande vårdenheter.

Tabell 5.6 I vilken utsträckning deltagande enheter har fått del av ersättningen (procent).

	All ersätt- ning	Vissa delar	Ingen del	Vet ej	Huvudmannen fick ingen prest. ersättning
Kommuner					
Kvalitetsregister	29	57	10	1	4
God läkemedelsbehandling	25	44	16	8	8
Sammanhållen vård och omsorg	23	42	15	7	12
Landsting					
Kvalitetsregister	29	64	0	7	0
God läkemedelsbehandling	7	64	21	7	0
Sammanhållen vård och omsorg	15	54	15	8	8

Kommentar: Raderna summerar inte till 100 procent på grund av avrundningar.

Privata utförare har till viss del fått del av medlen

Knappt hälften av kommunerna har angett att de har privata utförare inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Något färre än hälften av kommunerna uppger att de privata utförarna har fått del av ersättningen för arbetet med kvalitetsregistren. Andelen är ungefär en fjärdedel för de övriga två områdena.

Samtliga svarande landsting har uppgett att de har privata utförare. Drygt 80 procent anger att ersättningen för arbete med kvalitetsregister har kommit privata utförarna till del. Motsvarande andelar för god läkemedelsbehandling och sammanhållen vård och omsorg är 60 respektive 47 procent.

5.3 Sammanfattande iakttagelser

5.3.1 Ersättningen har lett till förbättringsarbete

Samtliga kommuner har fått del av prestationsersättningen, vilket även innebär att samtliga har fått medel att använda till lokalt förbättringsarbete. Vår enkätundersökning visar också att kommunerna i stor utsträckning har använt medlen till att utveckla arbetet med de mest sjuka äldre.

5.3.2 Ersättningen har i vissa fall lett till skeva incitament

Vår analys visar att prestationsersättningen ibland har lett till skeva incitament för huvudmännen. Villkoren för ersättningen fick till en början oavsedda konsekvenser; två län fick dela på summan för God läkemedelsbehandling trots att förändringarna kunde ha berott på slumpen. Parterna ändrade dock utformningen redan året efter så att ersättningen framöver baserades på statistiskt säkerställda förbättringar.

Ersättningen har vidare varit utformad så att dåliga resultat i ett län gynnat andra län, vilket inte har uppmuntrat samarbete mellan olika län. Det har också inneburit att ersättningen blivit mindre förutsägbar, vilket har försvårat huvudmännens planering. Trots bristerna höll parterna fast vid denna konstruktion.

5.3.3 Deltagande enheter har inte fullt ut fått del av ersättningen

Enligt överenskommelsen skulle intjänade prestationsmedel användas till förbättringsarbete inom vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Vid våra besök och intervjuer inför delrapporterna betonades vikten av att ersättningen går tillbaka till deltagande vård- och omsorgsenheter. Det är dock relativt ovanligt att deltagande enheter har fått hela ersättningen.

Vår undersökning visar att hos ungefär hälften av kommunerna som har privata utförare har ersättningen stannat hos kommunen. Detta kan ha minskat incitamenten för privata utförare att registrera i kvalitetsregistren.

6 Spridning och användning av kvalitetsregister

I detta kapitel beskriver vi de fem kvalitetsregister som ingått i överenskommelsen. Vi redovisar utfallsdata och hur spridda och använda registren är. Vi redogör också för i vilken utsträckning registrering i kvalitetsregistren har lett till ett ändrat och mer systematiskt arbetssätt. Avslutningsvis redovisar vi om det finns tecken på att detta arbete har lett till att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre har förbättrats.

6.1 Kvalitetsregistren i överenskommelsen

6.1.1 Grundläggande fakta om registren

De nationella kvalitetsregistren samlar individbaserade uppgifter om diagnoser, åtgärder och behandlingsresultat från vården och omsorgen. Dessa register är fördelade på olika huvudmän, men varje register har ett nationellt uppdrag. År 2014 var 81 nationella kvalitetsregister i drift. De leds av en registerhållare och en styrgrupp. Registerorganisationerna ansvarar för registrens utveckling och drift.

Inom ramen för överenskommelsen om de mest sjuka äldre avsattes medel för att utveckla utvalda kvalitetsregister och öka användningen av dem. Syftet med att registrera i registren är att det ska leda till ett förändrat arbetssätt som i sin tur leder till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Registren används även som underlag för olika typer av jämförelser mellan verksamheter. De fem register som ingått i överenskommelse är följande:

- *Senior alert*
Syftet är att införa ett vårdpreventivt arbetssätt genom att skapa en systematik för det förebyggande arbetet. Registret ska möjliggöra jämförelser mellan olika enheters arbete. Senior alert har funnits med i överenskommelsen sedan starten 2010.

- *Svenska palliativregistret*
Syftet är att stegvis förbättra vården i livets slutskede. Strävan är att hitta mätbara, tydliga och allmängiltiga process- och resultatmått. Svenska palliativregistret har funnits med i överenskommelsen sedan starten 2010.
- *Svenska demensregistret*
Syftet är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att tillgodose behovet av uppgifter om utredning, behandling och uppföljning av patienter med demenssjukdomar. Svenska demensregistret har funnits med i överenskommelsen sedan 2012.
- *Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret)*
Syftet är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande över hela landet. Registret ska även minska användningen av neuroleptika och i stället främja omvårdnadsåtgärder. BPSD-registret har funnits med i överenskommelsen sedan 2012.
- *Rikssår*
Syftet är att korta läkningstider för svårläkta sår och minska antibiotikabehandlingen för den drabbade. Patienten ska få en tillförlitlig diagnos och sår läkningen ska följas upp. Registret har funnits med i överenskommelsen sedan 2014.

Under 2015 och 2016 får de fem kvalitetsregistren som ingått i överenskommelsen sammanlagt 31 miljoner kronor i ekonomiskt stöd från den nationella kvalitetsregistersatsningen.¹⁷ Satsningen finansieras till 70 procent av statliga medel och till 30 procent av landstingen.

6.1.2 Kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter

Kvalitetsregistren ska hjälpa till att synliggöra vårdens resultat. Detta förutsätter att de uppgifter som vård- och omsorgsenheter rapporterar är korrekta. Den prestationsbaserade ersättningen som gällde under överenskommelsen medförde dock särskilda risker för felrapportering. Vi har i våra delrapporter konstaterat att inget av registren har haft ett

¹⁷ Nationella kvalitetsregister, beslut om medel för 2015 och 2016. (2014-12-04)

riskbaserat angreppssätt i urvalet av uppgifter. År 2014 ställdes det krav på att registerhållarna skulle lämna in en plan för hur de under året gemensamt skulle arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring.

Registrens monitorering minskade under 2014

I delrapport 4 (2013) konstaterade vi att flera av registren endast i liten utsträckning genomförde monitorering, det vill säga kontrollinsatser för att säkerställa kvaliteten på data. Årets undersökning visar att andelen registreringar som monitorerats hade minskat för samtliga register under 2014. Minskningen berodde enligt registerhållarna i huvudsak på att registrens täckningsgrad ökat under året, samtidigt som personalresurserna varit oförändrade.

Under 2014 hade registerhållarna för Svenska demensregistret granskat 6 procent av de registrerade uppgifterna. För Svenska palliativregistret, BPSD-registret och Senior alert låg andelen granskade uppgifter mellan 0,1–0,7 procent. Rikssår hade inte genomfört någon monitorering under året. Företrädare för Senior alert uppger att de inte bedömt monitorering mot journal som en effektiv metod för kvalitetssäkring eftersom uppgifter i registret ofta saknas i journalen. I stället har de uppmanat enheter att lägga till mer information i journalen.

Fortfarande inget riskbaserat angreppssätt för kvalitetssäkringen

Monitoreringen genomfördes under 2014 i huvudsak genom enhetsbesök, där registerdata jämförts mot uppgifter i journalerna. Inget av kvalitetsregistren har dock haft ett riskbaserat angreppssätt i sitt urval av uppgifter. Registerhållarna har inte heller fastställt den plan för riskbaserad kvalitetssäkring som efterfrågades i överenskommelsen.

Det är enbart Svenska palliativregistret som under 2014 haft en systematisk metod för att säkerställa bredd i urvalet av de registeruppgifter som granskas. Bland övriga är det till exempel ett register som har genomfört monitoreringsbesök vid enheter på orter som de ändå skulle ha besökt av andra skäl. Ett annat register har valt de enheter som hade många registreringar och dem som hade haft många frågor om användningen av registret.

Samkörning av registeruppgifter endast för Svenska palliativregistret

Socialstyrelsen bedriver en nationell registerservice, där de bland annat arbetar med att förbättra datakvaliteten genom att samköra register. Av de fem kvalitetsregistren i överenskommelsen har registerservice endast kunnat göra samkörningar av Svenska palliativregistret eftersom det har saknats jämförbara data för övriga register.

Ingen av registerhållarna för de fem kvalitetsregistren har deltagit i de projekt som kansliet för nationella kvalitetsregister på SKL har genomfört vid ett par tillfällen för att förbättra registrens datakvalitet.

6.2 Spridningen av kvalitetsregistren

Överenskommelsen har syftat till att sprida de utvalda kvalitetsregistren i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

För att studera spridningen har vi valt att följa registrens täckningsgrad. Vi har mätt täckningsgraden som antalet personer som registrerats per år i respektive register i förhållande till registrets hela målgrupp. För flera av kvalitetsregistren har det inte gått att exakt fastställa storleken på målgruppen, antingen för att statistik inte existerar eller för att målgruppen är svår att definiera. Siffrorna ska därför tolkas med viss försiktighet. I tabell 6.1 framgår registrens tänkta målgrupp samt hur vi har gått tillväga för att uppskatta dess storlek. Notera att en skillnad mellan registren är om målgruppen utgörs av nyinsjuknade eller av samtliga sjuka.

Tabell 6.1 Registrens målgrupp och vårt mått på målgrupp.

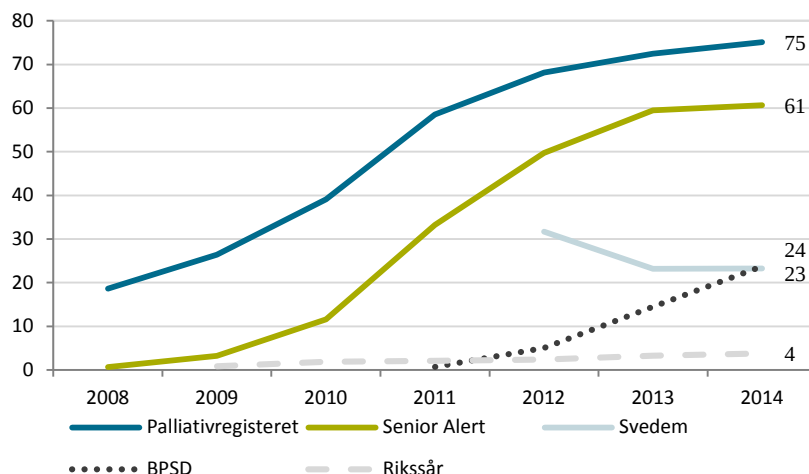
	Målgrupp	Beräknad målgrupp	Målgruppens storlek 2014
Svenska palliativregistret	Avlidna som erhållit palliativ vård.	Beräknas som 80 procent av samtliga avlidna 65+.	71 000
Senior alert	Personer 65+ med någon form av kontakt med vård och omsorg: särskilt boende, korttids-enhet, hemsjukvård, primärvård och/eller sjukhusvård.	Antal mest sjuka äldre 65+.	331 000
Svenska demensregistret	Nyinsjuknade i demens.	Nyinsjuknade i demens.	25 000
BPSD-registret	Personer med demens i en framskriden fas.	Boende på anpassat demens-boende/ boende vid SÄBO med demens.	66 000
Rikssår	Personer med svårläkta sår.	Insjuknade med svårläkta sår.	25 000

Kommentar: Källor för målgruppernas storlek: Svenska palliativregistret – SCB; Senior alert – Socialstyrelsen samt egna beräkningar; Svenska demensregistret och BPSD-registret – Socialstyrelsen; Rikssår – Statens beredning för medicinsk utvärdering.

6.2.1 Hur har täckningsgraden utvecklats över tid?

I figur 6.1 redovisas täckningsgraden för de fem kvalitetsregistren. Eftersom det är svårt att exakt skatta storleken på registrens målgrupp är det framför allt förändringen över tid för respektive register som har varit relevant att granska.

Figur 6.1 Täckningsgradens utveckling över tid (procent).



Kommentar: Uppgifterna om antalet registreringar kommer från respektive register.

Av figuren framgår att täckningsgraden för Svenska palliativregistret och Senior alert ökade snabbt under perioden 2010–2012, men planade ut därefter runt 60–70 procent. Detta tolkar vi som att de sista i målgruppen är svåra att nå. Också BPSD-registret uppvisade en ökning i täckningsgraden under perioden för överenskommelsen, dock utan att nå en nivå där täckningsgraden planade ut.

Figuren visar också att Rikssår under perioden 2010–2014 ökade något i täckningsgrad, men jämfört med övriga register nådde man en mindre andel av målgruppen. För Svenska demensregistret avser uppgifterna en kortare tidsperiod. Men vi kan konstatera att registreringarna har minskat sedan 2012. Det förklaras av att många patienter som hade fått sina diagnoser ställda under tidigare år registrerades först under detta år.

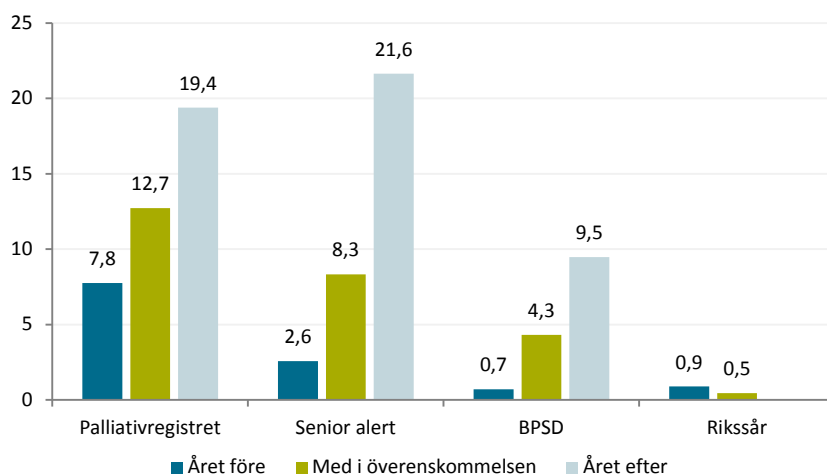
6.2.2 Betydelsen av prestationsersättningen

För att stimulera vård- och omsorgsenheterna att registrera uppgifter i kvalitetsregistren har prestationsersättning betalats ut till kommuner och landsting. Ersättningen har betalats ut för registrering i Svenska palliativregistret och Senior alert sedan 2010 och för registrering i BPSD-

registret och Svenska demensregistret sedan 2012. För registrering i Rikssår, som ingick i överenskommelsen under 2014, har det inte gått ut någon ersättning.

För de flesta av registren finns data tillgänglig enbart för ett fåtal år före överenskommelsen, vilket kan göra det svårt att knyta en ökning i täckningsgrad till prestationsersättningen. Ökningen skulle exempelvis också ha kunnat bero på att täckningsgraden för nya register har utvecklats snabbt. Vi kan dock konstatera att de tre register som har tillgängliga data, och för vilka prestationsersättning betalats ut, hade en kraftig ökning i täckningsgrad efter att ersättningen infördes. Täckningsgraden för Rikssår, där ingen ersättning betalades ut, uppvisar inte någon liknande utveckling. Detta framgår av figur 6.2.

Figur 6.2 Förändring i täckningsgrad året före, året efter samt det år då registret första gången ingick i överenskommelsen (procentenheter).



6.2.3 Täckningsgraden lägre bland privata vårdgivare i Senior alert

I kapitel 5 konstaterade vi att många av de privata utförarna inte fått del av prestationsersättningen, vilket kan ha minskat incitamenten för dem att registrera i kvalitetsregistren.

Analysen av täckningsgraden i Senior alert visar att på kommunal nivå var täckningsgraden lägre för de privata vårdgivarna än för de offentliga. År 2014 bodde 21 procent av de boende på särskilt boende på ett hem som drivs i privat regi. Av de registrerade i Senior alert utgjorde de dock endast 14 procent, vilket innebär en underrepresentation på cirka en tredjedel. För övriga register har vi inte kunnat göra någon analys. Antingen för att de inte samlar in uppgifter om huruvida huvudmannen är offentlig eller privat eller för att något jämförelsematerial inte finns.

6.2.4 Långsiktig hållbarhet

För att undersöka den långsiktiga hållbarheten har vi undersökt om benägenheten att registrera minskade efter årsskiftet 2014–2015, då prestationsersättningen upphörde. Efter att ha kontrollerat för trend- och säsongeffekter kan vi konstatera att det under första kvartalet 2015 inte registrerades färre individer än under tidigare kvartal i registren Senior alert, Svenska palliativregistret, BPSD-registret och Rikssår. Även om vi inte ser någon minskning i registreringen för dessa register har två av de tre län vi intervjuat farhågor för den fortsatta användningen av Senior alert. En synpunkt som framförts är att det finns risk för att registreringen i registret kommer att gå tillbaka utan tydligt stöd på länsnivå.

För Svenska demensregistret saknas uppgifter om antalet registrerade personer per kvartal. Vi jämför i stället registrerade under 2014 till och med vecka 25 med motsvarande period 2015. Under denna period har det skett en liten nedgång i antalet nyregistrerade personer (5 procent färre registrerades 2015).

6.3 Från registrering till ändrat arbetssätt

I samband med delrapport 3 (år 2012) genomförde Statskontoret en enkätundersökning till ansvariga inom vården och omsorgen. De ansåg

att kvalitetsregistren är relevanta och täcker in viktiga områden. Dessutom ansåg de att användandet av registren kan bidra till en förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre.¹⁸ Samtidigt gjorde vi en intervjuundersökning med personal på enheter som var aktiva användare av Senior alert eller hade registrerat under längre tid i Svenska palliativregistret. Den visade 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.

I år har vi följt upp med en ny intervjuundersökning för att ta reda på om arbetssätten nu har förändrats vid de vård- och omsorgsenheter som under en längre tid har registrerat i kvalitetsregistren. Denna gång omfattas även 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 dem ska ha kunnat påverka arbetssättet. För varje register har 30 personer intervjuats från de enheter som under längst tid registrerat i registret. I underlaget ingår bland annat undersköterskor, sjuksköterskor och enhetschefer. Rikssår, som först 2014 omfattades av överenskommelsen, ingår däremot inte i undersökningen.

6.3.1 Merparten av de intervjuade tar del av statistiken

En viktig förutsättning för att kvalitetsregistren ska kunna användas för uppföljning är att uppgifterna är lätta att tolka och förstå, särskilt eftersom vård- och omsorgspersonal ofta är ovana statistik användare. Merparten av den vård- och omsorgspersonal som vi har intervjuat anser också att registrens statistikfunktion fungerar tillfredsställande, även om andelen är lägre för Senior alert. De intervjuade anser också att resultaten från kvalitetsregistren är lätta att förstå.

Nästan samtliga intervjuade uppger att de tar del av den statistik och de rapporter som registren erbjuder. Detta gäller för samtliga register. Däremot är det endast drygt hälften som bedömer att alla på deras enhet tar del av resultaten. Det gäller särskilt dem som registrerar i Senior

¹⁸ Statskontoret (2012) *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* (2012:35)

alert. Där är det endast några enstaka som bedömer att alla på enheten tar del av resultaten.

6.3.2 Kvalitetsregistren används i varierande grad i förbättringsarbetet

I våra tidigare delrapporter såg vi att kvalitetsregistren inte i någon större utsträckning hade använts till att löpande och mer systematiskt följa upp resultaten i vården och omsorgen.

I årets undersökning uppger dock flertalet intervjuade att personalen på enheten gemensamt diskuterar de samlade resultaten och därefter beslutar om att sätta in lämpliga åtgärder. Detta gäller för samtliga fyra undersökta kvalitetsregister. Generellt sett bedömer de intervjuade att man på deras enhet i högre grad använder registrens statistikfunktioner i sitt förbättringsarbete än för två år sedan. Merparten anser dock inte att alla på deras enhet har fått tillräckligt med utbildning och information om hur statistikfunktionen fungerar, vilket gör det svårare att fullt ut använda registren i förbättringsarbetet.

I det följande redovisar vi utvecklingen för respektive register.

Senior alert

Ungefär hälften av de intervjuade anser att alla i vård- eller omsorgsteamet är aktiva i att följa upp resultaten från kvalitetsregistret. På en del av enheterna har man kommit förhållandevis långt med att integrera resultatuppföljningen i det dagliga arbetet. Exempelvis används resultaten vid utformningen av brukarnas omvårdnadsplaner och enhetschefer beslutar om åtgärder utifrån resultaten.

På andra enheter används inte resultaten från registret alls. På dessa enheter betraktas registreringen snarare som en extra arbetsbörda än som ett hjälpmedel. Vidare finns det enheter där de intervjuade framhåller att man visserligen förstår nyttan av kvalitetsregistret, men inte har tid att använda registret eller har kunskap om hur resultaten ska integreras i det dagliga arbetet.

Svenska palliativregistret

Det skiljer mellan olika enheter hur mycket resultaten från kvalitetsregistret används i det vardagliga arbetet. Någon framför att resultatrapporterna från kvalitetsregistret har gjort det lättare att få överblick över hur pass framgångsrikt enhetens arbete är. Mer än hälften av de intervjuade menar att alla i teamet är aktiva i att följa upp resultaten från registret.

Svenska demensregistret

De flesta av de intervjuade uppger att man på deras enhet integrerar resultaten från kvalitetsregistret i det vardagliga arbetet. Det kan till exempel utgöra underlag för flödesscheman och sammanställningar av minnesutredningar. Endast en tredjedel uppger dock att alla i teamet är aktiva vid uppföljningen av resultaten.

BPSD-registret

Av intervjuerna framgår att man på enheterna i hög grad följer upp resultaten från de individuella personskattningarna som görs i kvalitetsregistret. Drygt tre fjärdedelar av de intervjuade menar också att alla i teamet är aktiva i att följa upp resultaten från registret.

6.3.3 Merparten anser att arbetssättet har förbättrats

Utvecklingen av kvalitetsregistren syftar i längden till att främja ett systematiskt förbättringsarbete och ändrat arbetssätt i vården och omsorgen. Flertalet av de intervjuade anser att registren har bidragit till ett förbättrat arbetssätt på deras enhet. I det följande redovisar vi hur respektive kvalitetsregister anses ha påverkat arbetssättet.

Senior alert

Så gott som alla intervjuade anser att kvalitetsregistret ger stöd för att sätta in förebyggande åtgärder mot undernäring, fall, trycksår och munhälsa. Framför allt anses registret hjälpa personalen att urskilja risker för den äldre i ett tidigt skede, vilket främjar det förebyggande arbetet. Med registret förtydligas även vilka åtgärder som bör sättas in i olika skeden.

Samtidigt ser personalen på vissa enheter fortfarande registret som tidskrävande och ett nödvändigt ont. Av våra intervjuer framgår att alla ännu

inte heller har förstått registrets funktion och syfte. Två tredjedelar av de intervjuade menar vidare att användningen av registret inte har förbättrat de anställdas arbetssituation. En orsak är att registret anses innebära mycket extraarbete. Vissa ser registreringen som ett stressmoment.

Svenska palliativregistret

De intervjuade anser att resultaten från kvalitetsregistret har medfört att personalen kan arbeta mer strukturerat. Exempelvis uppger sju av tio att man på deras enhet har ändrat arbetet med smärtlindring med anledning av resultat från registret. Flera framhåller också att de i högre utsträckning än annars följer de nationella riktlinjerna för palliativ vård.

Några av intervjupersonerna menar dock att registreringen fortfarande mest tar tid och att resultaten från registren inte i någon större utsträckning bidrar till att utveckla verksamheten. Andra menar att registret endast stödjer redan existerande arbete och att arbetssättet därför inte har ändrats nämnvärt på deras enhet.

Svenska demensregistret

Merparten av de intervjuade upplever en positiv förändring i det dagliga arbetet. Det handlar bland annat om mer strukturerade journaler och ökad medvetenhet kring olika riskfaktorer för vård- och omsorgstagaren. Flera av de intervjuade framhåller att utredningstiderna har minskat, bedömningarna har blivit mer enhetliga och att personalen blivit bättre på att mäta patienternas vikt och längd.

På de enheter där arbetssättet inte har ändrats lyfter en del av personalen fram att samtidig registrering av uppgifter i kvalitetsregister och journal leder till att arbetsbördan ökar. Andra menar att registret endast stödjer det arbete som redan funnits sedan tidigare. Flertalet i personalen upplever inte att deras arbetssituation har blivit bättre av att arbeta mer strukturerat och tydligt med kvalitetsregistret.

BPSD-registret

De intervjuade ger en mycket positiv bild av kvalitetsregistret och dess påverkan på arbetssättet. Flertalet av de intervjuade bedömer att uppföljningen av de individuella personskattningarna genomsyrar hela verksamheten. Flera betonar också att omsorgstagarna har blivit lugnare till

följd av uppföljningarna. Detta har i sin tur bidragit till en lugnare arbetsmiljö där vålds- och hotsituationerna minskat.

Kvalitetsregistret är även tänkt att användas som underlag för jämförelser mellan olika verksamheter. Av intervjuerna framgår dock att få enheter jämför sina resultat med andra enheter i kommunen och landet. Detta gör det svårt för chefer och personal att veta om det finns lärdomar att hämta från andra verksamheter.

6.3.4 Framgångsfaktorer för att nå ett ändrat arbetssätt

Vår undersökning visar att det varierar mellan olika vård- och omsorgsenheter i vilken utsträckning registreringen leder till ett förändrat arbetssätt. På en del enheter finns ett etablerat arbetssätt där resultatinformation används frekvent. Det finns några gemensamma faktorer som främjar en aktiv användning av kvalitetsregistren och i förlängningen ett ändrat arbetssätt. Faktorena redovisas nedan.

Högre instanser efterfrågar resultat från registren

Det är angeläget att högre instanser efterfrågar resultat från kvalitetsregistren. Intervjuade på enheter som ändrat sitt arbetssätt framhåller också att en viktig framgångsfaktor är att den ansvariga nämnden regelbundet efterfrågar resultat från registren. Detta sätter tryck på förbättringsarbetet.

Personalen motiveras att använda kvalitetsregistren

Cheferna på vård- och omsorgsenheterna behöver tydliggöra kvalitetsregistrets positiva verkan på vården och omsorgen. En del intervjuade framhåller att de har en chef som driver på arbetet och ser till att kvalitetsregistren får en framträdande roll på enheten. Genom att förstå att registren har betydelse för enskilda vård- och omsorgstagare motiveras personalen att använda dem. Vidare behöver användningen av registren presenteras som ett nytt sätt att arbeta, inte som något ytterligare man måste registrera och som endast tar tid. Flera av de intervjuade påpekar att i takt med att man på enheten fått in det nya tanke sättet, har också personalen blivit mer motiverade att använda registren.

Tid schemaläggs för att arbeta med kvalitetsregistren

En del av personalen ser kvalitetsregistren som ett stressmoment. Ett sätt att minska eventuell stress är att avsätta tid för arbetet med kvalitetsregister i personalschemat. Flera intervjuade har också framfört att det vore önskvärt. Många av dem som har schemalagd tid för detta bedömer att detta väsentligt har underlättat deras arbete. Av vår undersökning framgår även att det behöver vara tydligt vem som ska ta ut resultat från kvalitetsregistren och föra informationen vidare till övriga.

Uppföljning av utbildningar om kvalitetsregister genomförs

Vid en del av vård- och omsorgsenheterna har ansvariga för kvalitetsregistren genomfört uppföljande utbildningar. De intervjuade lyfter fram att det har varit en framgångsfaktor att personalen har fått uppdaterade kunskaper om kvalitetsregistren.

Personalen erbjuds stöd i att granska resultatinformation och får återkoppling om sina prestationer

Utvecklade stöd att granska resultatinformation kan leda till förändrade arbetssätt. Det visar en utvärdering av 140 olika studier av så kallad "audit and feedback", det vill säga att personalen får hjälp att granska resultatinformation och ges återkoppling om sin prestation. Förutsättningarna att lyckas är bäst om återkopplingen ges löpande såväl skriftligt som muntligt, antingen av en chef eller kollega. Den bör vidare följas upp av lokala mål och handlingsplaner.¹⁹

6.4 Tecken på förbättrad vård och omsorg

Registreringen ska i slutändan leda till kvalitetsvinster inom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Vi bedömer att två av registren, Svenska palliativregistret och Senior alert, under tillräckligt lång tid har haft tillräckligt hög täckningsgrad för att kunna ge mätbara kvalitetsförbättringar på kommunal- och landstingsnivå. Vi har för dessa register undersökt vilken direkt nytta det innebär att ha en hög täckningsgrad. Ett annat syfte med registren är att generera kunskap som även de som inte registrerar kan dra nytta av. Denna effekt har vi inte undersökt.

¹⁹ Ivers N, et al. (2012) *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*.

I analysen har vi tagit hänsyn till de skillnader mellan kommuner och landsting som är konstanta över tid samt variationer i vård- och omsorgsutgifter. En mer noggrann beskrivning av vårt tillvägagångssätt återfinns i bilaga 2.

6.4.1 Svenska palliativregistret

Fyra indikatorer över god palliativ vård ingick i överenskommelsen 2014: brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest vid behov. Alla dessa indikatorer har utvecklats positivt över tid, vilket indikerar att den palliativa vården blivit bättre. Eftersom vi inte har uppgifter för hur situationen har utvecklas för de individer som inte har registrerats, kan vi inte säga om förbättringarna beror på registret eller om det rör sig om en allmän utveckling.

För att utreda Svenska palliativregistrets betydelse för den palliativa vården har vi i stället undersökt om täckningsgraden samvarierar med två andra mått som inte ingår i överenskommelsen och som används inom den palliativa vården. Det första måttet är andelen som avlider på sjukhus. Det har vi valt eftersom det är betydligt färre som önskar avlida på sjukhus än i exempelvis hemmet eller på särskilt boende.²⁰ Det andra är andelen som har två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet. Att upprepade gånger under slutskedet av livet förflyttas för att få slutenvård är negativt för patienten. Dessa två utfallsvariabler är båda processindikatorer och mäter snarare förutsättningarna för god vård än den faktiska vårdkvaliteten. Det har inte varit möjligt att finna andra uppgifter om vårdkvalitet än de som redan finns i Svenska Palliativregistret.

I tabell 6.2 framgår de skattade effekterna från analysen. Värdena ska tolkas som den förändring i procentenheter som följer på en procentenhets högre täckningsgrad. Av tabellen framgår att en högre täckningsgrad samvarierar med färre avlidna på sjukhus, men att resultaten endast är signifikanta på den svagare 10-procentsnivån. Det finns inget statistiskt signifikant samband med andelen avlidna som haft två eller fler

²⁰ Se exempelvis Svenska palliativregistrets realtidsrapporter där det framgår att endast en mycket liten andel avlidna hade uttryckt en önskan om att avlida på sjukhus.

inskrivningar under de sista 30 dagarna i livet. Sammantaget ger resultaten ingen tydlig indikation på att det för de undersökta variablerna finns en direkt nytta av en hög täckningsgrad.

Tabell 6.2 Skattade effekter av användning av Svenska palliativregistret

	Landstingsnivå	
	Avliden på sjukhus	Två eller fler inskrivningar i slutenvård
Effekten av täckningsgrad	-0,019*	0,017
Antal landsting	20	20
Tidsperiod	2009–2014	2010, 2013

Kommentar: Stjärnorna markerar på vilken statistisk nivå resultaten är signifikanta: **p<0,05, *p<0,10. Täckningsgraden är mätt som antalet registrerade förväntade dödsfall delat med 80 procent av antalet dödsfall i länet. Mäts bland de som är 65 år eller äldre. Avliden på sjukhus avser andelen folkbokförda i landstinget som är 65 år eller äldre som avlider på sjukhus.

6.4.2 Senior alert

På samma sätt som för Svenska palliativregistret har vi undersökt om täckningsgraden för Senior alert samvarierar med vårdkvaliteten. På landstingsnivå har vi mätt vårdkvalitet utifrån förekomst av trycksår, på kommunal nivå utifrån förekomst av trycksår och fall. Detta är utfallsmått som ligger nära registrets syfte, och om registrering har en effekt borde det synas i dessa variabler. I vår analys ingår de som bor i särskilt boende, vilka utgör cirka 70 procent av antalet individer som registrerats av kommunerna. Vidare ingår patienterna inom den somatiska sjukhusvården, vilka utgör drygt 90 procent av dem som landstingen registrerat.

Förekomsten av fall och trycksår mäts i de så kallade punktprevalensmätningarna. I dessa mäts, på landstingsnivå, förekomsten av trycksår på alla patienter över 18 år. De kommunala mätningarna har en lägre täckningsgrad, eftersom de ofta endast genomförs vid ett urval boenden. Det är dessutom en betydligt lägre andel av kommunerna som deltagit i mätningarna och under en kortare tid.

I tabell 6.3 redovisas resultaten från vår analys. Täckningsgraden i samtliga modeller har ett negativt tecken, vilket indikerar att ett län eller en

kommun med högre täckningsgrad tenderar att ha färre fall och trycksår. På landstingsnivå är den skattade effektens storlek -0,036. Om man tolkar effekten som ett orsakssamband innebär det att landsting som ökar sin täckningsgrad med 10 procentenheter i genomsnitt minskar förekomsten av trycksår med knappt en halv procentenhet. Detta kan relateras till de cirka 15–20 procent som hade ett trycksår vid mättillfället.

Tabell 6.3 Skattade effekter av användning av Senior alert.

	Kommunal nivå		Landstingsnivå
	Trycksår	Fall	Trycksår
Effekten av täckningsgrad	-0,028	-0,070**	-0,036*
Antal kommuner/landsting	65	65	20
Tidsperiod	2013–2014	2013–2014	2011–2014

Kommentar: Stjärnorna markerar på vilken statistisk nivå resultaten är signifikanta: ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$. På landstingsnivå är täckningsgraden mätt som antalet registrerade personer som fått sjukhusvård och är 65 år och äldre delat med antalet patienter inom slutenvården som är 65 år och äldre. På kommunal nivå är täckningsgraden mätt som antalet registrerade vid särskilda boenden delat med antalet platser på särskilda boenden i kommunen. Trycksår avser andelen av de äldre som hade ett trycksår vid mättillfället, oavsett kategori. Fall avser andelen äldre som fallit under de senaste två veckorna.

Av tabellen framgår att effekten på landstingsnivå är signifikant på den svagare 10-procentsnivån, och på kommunal nivå är den skattade effekten endast statistiskt signifikant för fall. Att det inte blir starkare signifikans beror antingen på att effekterna inte är tillräckligt stora eller på att vår analys inte förmår att fånga upp dem. Vår tolkning är att eftersom två av tre utfallsvariabler trots allt är signifikanta pekar det på att registret har haft vissa positiva effekter på vårdkvaliteten.

6.5 Sammanfattande iakttagelser

6.5.1 Bristande kvalitetssäkring hos registren och inget riskbaserat angreppssätt

Kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter har varit förhållandevis svag. För fyra av de fem kvalitetsregistren har Socialstyrelsens register-service inte kunnat göra några samkörningar med andra register. Utan sådana möjligheter blir monitorering en viktig insats för att säkerställa att uppgifterna i registren är korrekta. Den monitorering som registerorganisationerna själva utfört har över åren varit begränsad. Inget av registren har heller haft ett riskbaserat angreppssätt i urvalet av vilka uppgifter som ska kvalitetssäkras.

6.5.2 Prestationsersättningen har höjt täckningsgraden

Vår analys visar att prestationsersättningen har haft en positiv inverkan på registrens täckningsgrad. Täckningsgraden för de två första registren som ingick i överenskommelsen utvecklades snabbt. För de register som tillkom senare varierar utvecklingen. Täckningsgraden har ökat snabbare för de register för vilka prestationsersättning utbetalats, och snabbare efter att de inkluderats i överenskommelsen än innan.

6.5.3 Registrering i kvalitetsregistren har lett till ändrat arbetssätt ...

Registreringen i de utvalda kvalitetsregistren ska leda till ett förändrat och systematiskt arbetssätt. Vår intervjuundersökning visar att personal på vård- och omsorgsenheter som under en längre tid har registrerat i kvalitetsregistren också har ändrat arbetssätt. Vi konstaterar att det har skett en utveckling sedan vår förra undersökning 2012. Den allmänna uppfattningen hos personalen är att registreringen och uppföljningen av resultaten har lett till ett mer strukturerat arbetssätt, förbättrade rutiner och mer strukturerad journalföring.

6.5.4 ... men steget har inte tagits fullt ut

Steget till ett ändrat arbetssätt har dock inte tagits fullt ut. På vissa enheter brister motivationen att registrera uppgifter, vilket vi sett för tre

av de fyra undersökta kvalitetsregistren. En orsak är att personalen anser att registrering i kvalitetsregistren leder till ökad arbetsbörda.

Inte heller för BPSD-registret, där så gott som alla intervjuade är motiverade att registrera, har steget till ett ändrat arbetssätt tagits fullt ut. Det är exempelvis ovanligt att den egna enhetens resultat jämförs med andra enheter i kommunen eller landet.

6.5.5 BPSD-registret har kommit längst i utvecklingen

Generellt sett får BPSD-registret bäst resultat i vår intervjuundersökning, trots att registret inte omfattades av överenskommelsen lika länge som Senior alert och Svenska palliativregistret. Det är till exempel vanligast att personal som använder detta register följer upp sitt arbete och använder resultaten från registreringen. En förklaring kan vara att registret har en tydlig målgrupp och att personalen har sett att användningen av registret leder till att dementa brukare blir lugnare.

6.5.6 Vissa positiva effekter på vårdkvaliteten

Vår analys pekar på att registrering i kvalitetsregister har gett vissa positiva effekter på vårdkvaliteten. För Senior alert tenderar till exempel de landsting som har en hög täckningsgrad att ha en lägre andel trycksår. De indikatorer för god palliativ vård som funnits i överenskommelsen har också har utvecklats positivt över tid. Däremot har vi inte i de externa kvalitetsvariabler som vi valt sett några nämnvärda effekter av att registrera i Svenska palliativregistret.

7 Indikatorernas utveckling

I detta kapitel redogör vi för hur de indikatorer som varit en del av överenskommelsen utvecklats. Vi undersöker om det finns tecken på att vården och omsorgen har förbättrats till följd av prestationsersättningen. Vi presenterar även utvecklingen för ett antal kompletterande indikatorer för att ge en bredare bild av hur vården och omsorgen utvecklats. Ersättningsens betydelse för kvalitetsregistrens spridning har vi behandlat i kapitel 5, och vi berör den därför inte i detta kapitel.

7.1 Läkemedelsbehandling för äldre

Sett över en längre tidsperiod har läkemedelsanvändningen bland äldre ökat kraftigt. Medan detta å ena sidan speglar en positiv utveckling där alltför många sjukdomar är behandlingsbara, följer å andra sidan risker med all läkemedelsbehandling. Detta gäller särskilt för äldre som har en ökad känslighet för olika läkemedel och ofta använder många olika läkemedel i kombinationer som kan medföra ökad risk för biverkningar. Läkemedelsbiverkningar är en av de vanligaste orsakerna till akuta sjukhusinläggningar bland äldre.²¹

7.1.1 Läkemedelsbehandlingen har förbättrats

För att följa utvecklingen för de tre läkemedelsindikatorer som ingick i överenskommelsen 2014 har vi valt att använda tre indikatorer från Socialstyrelsen. Dessa indikatorer är snarlika dem som använts i överenskommelsen, men skiljer sig i vissa avseenden. Vi har bedömt det som viktigare att kunna följa indikatorer över en lång tidsperiod med konstanta definitioner, snarare än att mäta på exakt samma sätt som i överenskommelsen. Dessutom har det inom överenskommelsen skett vissa ändringar över tid.

²¹ Socialstyrelsen (2014), *Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre*.

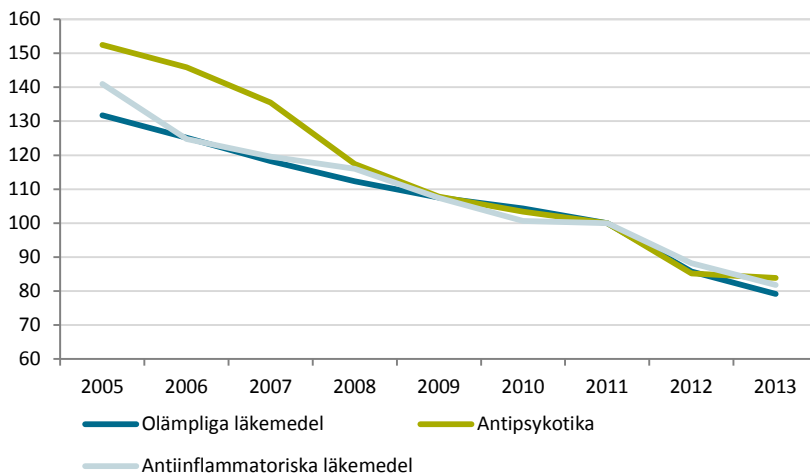
Indikatorerna vi valt är:

1. Äldre med läkemedel som bör undvikas (som motsvarar olämpliga läkemedel).
2. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre.
3. Användning av antiinflammatoriska läkemedel hos äldre.²²

I figur 7.1 redovisar vi utvecklingen för dessa indikatorer över tid. För att förändringen tydligare ska framgå har vi indexerat underlaget med 2011 som basår, vilket är året innan prestationsersättningen betalades ut första gången. Som framgår av figuren har utvecklingen varit positiv för alla tre indikatorer; andelen äldre som behandlas med olämpliga läkemedel, antipsykotika eller antiinflammatoriska läkemedel har minskat över tid. Utvecklingen var särskilt positiv under 2012, då andelen i genomsnitt minskade med 14 procent. För två indikatorer som vi har tillgång till uppgifter på länsnivå (olämpliga läkemedel och antipsykotika) skedde också en förbättring i samtliga län.

²² De exakta definitionerna framgår av Socialstyrelsens beskrivningar, se www.socialstyrelsen.se/indikatorer.

Figur 7.1 Andel personer 75 år och äldre i befolkningen som använder olämpliga läkemedel, antipsykotika eller antiinflammatoriska läkemedel (index 2011=100).



Kommentar: Figuren är indexerad med basår 2011. Den faktiska andelen äldre som använde olämpliga läkemedel år 2013 var 9,4 procent, antipsykotika 2,2 procent och antiinflammatoriska läkemedel 3,0 procent.

Källa: Socialstyrelsen.

7.1.2 Utvecklingen kan förmodligen relateras till överenskommelsen

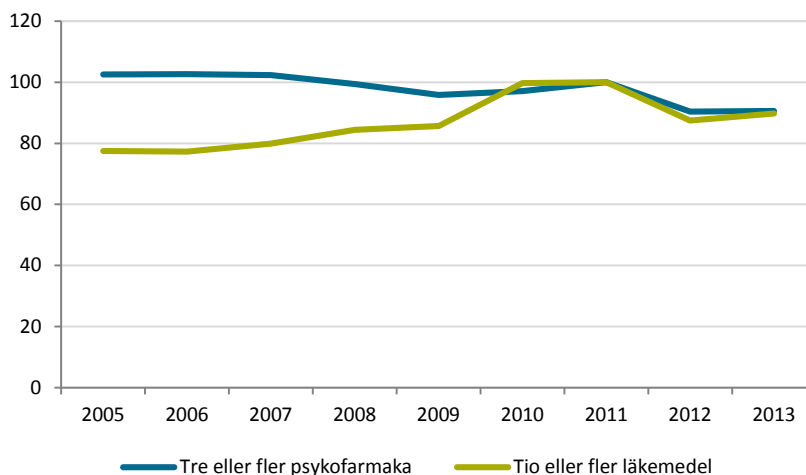
Utifrån enbart denna statistik går det inte att fastslå att minskningen mellan 2011 och 2012 beror på överenskommelsen. Andra händelser som ägt rum skulle kunna förklara förändringen. Sett över hela den redovisade tidsperioden kan den diskussion som har förts i media kring de negativa aspekterna av äldres läkemedelsanvändning haft betydelse för utvecklingen. Det kan också Socialstyrelsens arbete med exempelvis öppna jämförelser och förändrade föreskrifter kring läkemedelsgenomgångar ha haft. Inte någon av dessa händelser har dock skett på ett sådant sätt och vid en sådan tidpunkt att det är troligt att de har påverkat utvecklingen mellan just 2011 och 2012. Vi bedömer därför att den förstärkning av utvecklingen som skedde detta år beror på överenskommelsen.

Av figur 7.1 framgår att den positiva utveckling som sker 2012 inte bara gäller för de två indikatorer som då ingick i överenskommelsen, utan även för indikatorn Antiinflammatoriska läkemedel som inkluderades först 2013. Vi ser detta som ett resultat både av att kommuner och landsting har haft ett brett angreppssätt i frågan och att de inte specifikt har riktat in åtgärder mot de indikatorer som ingått i överenskommelsen. Av de regionala handlingsplanerna framgår också att länen har planerat för generella insatser för att minska läkemedelsanvändningen, som exempelvis läkemedelsgenomgångar och utbildningar om läkemedelspåverkan.

7.1.3 Andelen äldre som använder psykofarmaka eller många läkemedel har minskat till följd av överenskommelsen

Figur 7.2 visar utvecklingen för två kompletterande indikatorer. Den visar att andelen äldre som får minst tre psykofarmaka eller minst tio läkemedel minskade med i genomsnitt 11 procent under 2012. Den förbättring som vi tidigare konstaterat skedde för indikatorerna i överenskommelsen detta år gäller alltså även för dessa två kompletterande indikatorer.

Figur 7.2 Andel personer 75 år och äldre i befolkningen som använder tre eller fler psykofarmaka eller tio eller fler läkemedel (index 2011=100).



Kommentar: Figuren är indexerad med basår 2011. Den faktiska andelen äldre som använde tre eller fler psykofarmaka 2013 var 4,1 procent och tio eller fler läkemedel 11,4 procent.

Källa: Socialstyrelsen.

7.1.4 Antalet rapporterade biverkningar har inte minskat

Vi har hittills presenterat uppgifter som avser Socialstyrelsens indikatorer på området. Dessa kan alla sägas vara processindikatorer, som visserligen mäter relevanta aspekter av läkemedelsbehandlingen, men inte vad som kan sägas vara ett slutligt resultatmål – att färre drabbas av biverkningar av medicinering.

Från Läkemedelsverket har vi fått uppgifter över antalet rapporterade läkemedelsbiverkningar för personer 65 år eller äldre. Cirka 2 000 biverkningar rapporteras varje år för denna grupp. Under perioden 2009–2011 rapporterades i genomsnitt 1,11 biverkningar per 1 000 personer 65 år eller äldre. Under perioden 2012–2014 var motsvarande siffra 1,07. Uppgifterna är dock osäkra i vissa avseenden, vilket medför

att man inte ska dra för långtgående slutsatser.²³ Vi kan dock konstatera att några mer markanta förbättringar inte verkar ha ägt rum inom området.

7.2 Sammanhållen vård och omsorg

Många sjuka äldre har behov av såväl den specialiserade sjukhusvården som den dagliga omsorgen. I överenskommelsen från 2012 framhölls att de mest sjuka äldres behov av en sammanhållen vård och omsorg inte uppmärksammas tillräckligt. En internationell jämförelse av patienters erfarenheter visar att vården i Sverige generellt uppvisar svaga resultat vad gäller samordning. Detta gäller bland annat för frågor om kommunikation och informationsöverföring mellan vårdkontakter, koordinering mellan läkare och behandlare och primärvårdens funktion som samordnande länk i vården.²⁴

Under perioden 2012–2014 har prestationsersättning delats ut till de län och kommuner som har uppnått vissa gränsvärden för indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar. För att följa utvecklingen för dessa indikatorer har vi valt att använda följande två av Socialstyrelsens indikatorer:

1. Undvikbar slutenvård.
2. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.²⁵

7.2.1 Svag positiv utveckling över tid

Av figur 7.3 framgår att utvecklingen för de två indikatorerna är svagt positiv över tid. Antalet oplanerade återinläggningar per 100 000 personer 65 år eller äldre har minskat från knappt 9 000 i början av den studerade perioden till cirka 8 000 år 2013. Antalet vårdtillfällen som kan

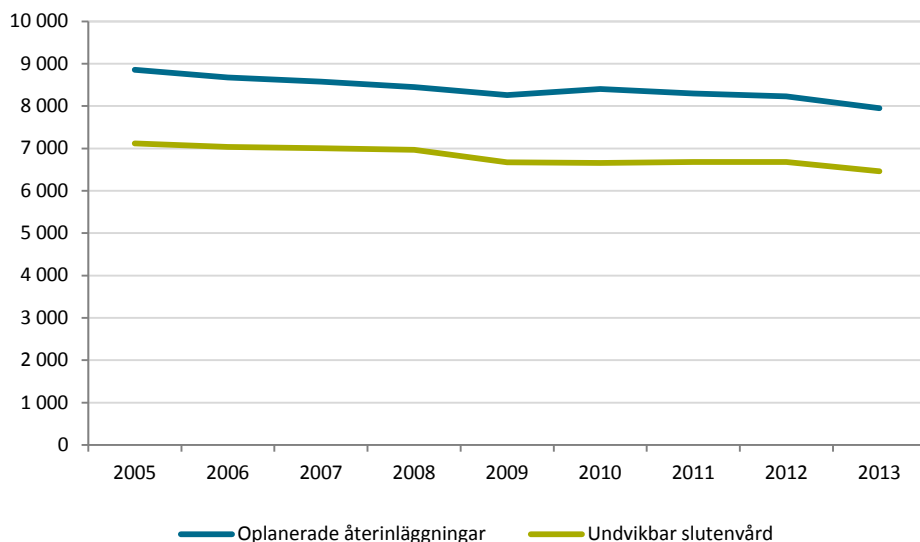
²³ Siffrorna inkluderar både allvarliga och icke allvarliga biverkningar. Uppgifterna avser endast biverkningar rapporterade av personal inom hälso- och sjukvården. Enligt Läkemedelsverket rapporteras uppskattningsvis cirka 10 procent av alla biverkningar.

²⁴ Myndigheten för vårdanalys (2014), *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*. Rapporten bygger på resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey år 2014.

²⁵ De exakta definitionerna framgår av Socialstyrelsens beskrivningar, se www.socialstyrelsen.se/indikatorer.

ses som undvikbara har minskat från drygt 7 000 till cirka 6 500 under samma period. Utifrån denna statistik går det dock inte att se att utvecklingen skulle ha påverkats av överenskommelsen. Mätt i procent var nedgången år 2012 mindre än genomsnittet för den studerade perioden.

Figur 7.3 Oplanerade återinskrivningar samt undvikbar slutenvård. Avser personer 65 år eller äldre (antal tillfällen per 100 000 personer).



Källa: Socialstyrelsen samt egna beräkningar.

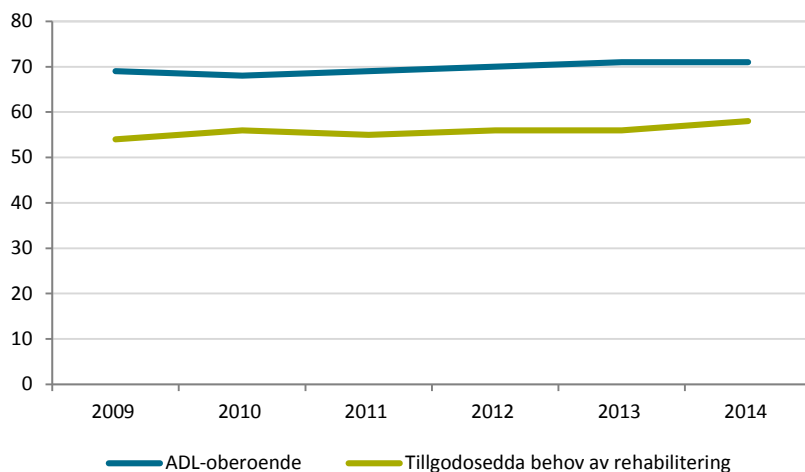
7.2.2 Inga förändringar i resultaten för strokevård

Årligen drabbas cirka 26 000 personer av stroke för första gången. Av dessa är drygt 80 procent 65 år eller äldre. Förutom de behov av akut sjukvård som följer med insjuknandet ställs ofta krav på långvarig rehabilitering. Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för rehabiliteringsarbetet. Detta är anledningen till att vi valt uppgifter över strokevård som indikator på en sammanhållen vård och omsorg.

I figur 7.4 visas två uppgifter ur det nationella kvalitetsregistret Riksstroke: andelen äldre som ett år efter insjuknande är oberoende av hjälp

för att klara vardagssysslor samt andelen som anser att deras behov av rehabilitering är tillgodosedda. Som framgår av figuren har utvecklingen inte förändrats i någon större utsträckning sedan 2009, och ingen förändring kan urskiljas under eller efter 2012.

Figur 7.4 Andel ADL-oberoende respektive andelen som anser att deras behov av rehabilitering är tillgodosedda ett år efter stroke. Personer 65 år eller äldre (procent).



Kommentar: Med ADL-oberoende menas att personen inte behöver hjälp med på- och avklädning eller toalettbesök och kan förflytta sig ensam både inomhus och utomhus. Materialet baseras på en enkätundersökning riktad till alla som insjuknar i stroke, genomförd ett år efter insjuknandet. Svartsbortfallet är årligen cirka 20–25 procent.

Källa: Riksstroke.

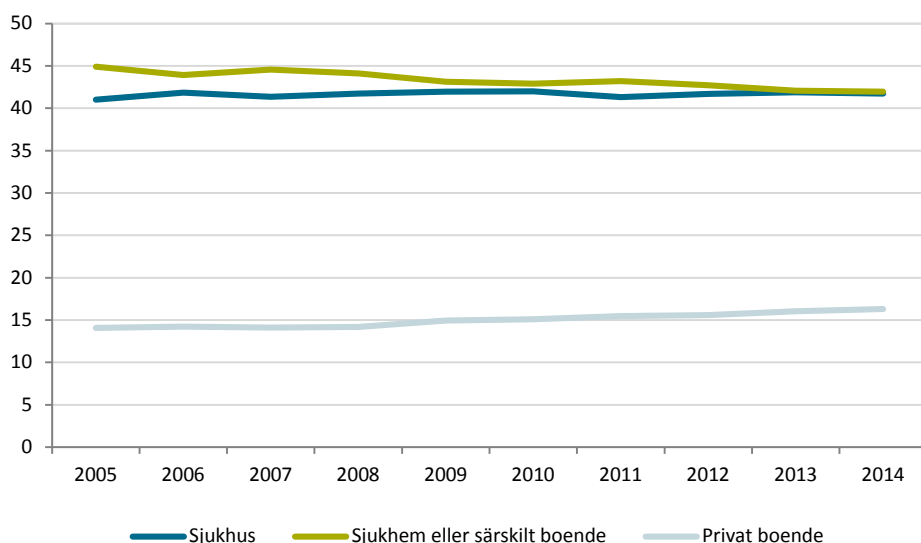
7.2.3 Inte färre som avlider utanför sjukhus

Den andra kompletterande indikatorn som vi har valt gäller uppgifter över dödsplats. Årligen avlider cirka 80 000 personer som är 65 år eller äldre. I de flesta fall kan dödsfallet beskrivas som väntat och personen har fått någon form av palliativ vård. Denna vård kan ha sett olika ut, men många har behov av såväl den kommunala omsorgen som den landstingsdrivna sjukhusvården. En väl fungerande palliativ vård kan därmed ses som ett tecken på att vården och omsorgen är sammanhållen.

Ett sätt att följa kvaliteten i den palliativa vården är att undersöka var de äldre avlider. Av Svenska palliativregistrets undersökningar framgår att endast en liten andel av dem som avlider på sjukhus angett att de önskat avlida där. I övriga boendeformer är andelen betydligt högre.²⁶ Det kan därför anses som bättre att avlida utanför sjukhus.

I figur 7.5 nedan framgår andelen personer 65 år eller äldre som avlider på sjukhus, sjukhem eller särskilt boende samt i privat boende. Andelen som avlider på sjukhus har varit i princip oförändrad under den studerade perioden (41 procent 2005, 42 procent 2014). Andelen som avlider i privat boende har ökat något och andelen som avlider på sjukhem eller i särskilt boende har minskat något. Överlag är dock förändringarna små.

Figur 7.5 Dödsplats. Personer 65 år eller äldre (procent).



Källa: Socialstyrelsen samt egna beräkningar.

²⁶ Svenska palliativregistrets realtidsrapporter, www.palliativ.se.

7.3 Lärdomar från regionala försöksverksamheter

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att utvärdera de 19 försöksverksamheter som beviljats projektmedel inom ramen för överenskommelsen. Socialstyrelsen har tagit hjälp av Karolinska institutet. Enligt utvärderingen krävs följande för att skapa en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre:

- ett system för att fortlöpande kunna identifiera målgruppen
- en organisation som samordnat med kommunens äldreomsorg tillhandahåller vård dygnet runt
- att insatser riktas till både äldre och anhöriga
- att olika modeller för samordnad vård och omsorg över huvudmannagränser utvecklas och utvärderas med statliga initiativ.²⁷

7.3.1 Goda resultat för mobila team i Västra Skaraborg

I västra Skaraborg finns en samverkan inom närsjukvården för att få vården och omsorgen om den äldre mer sammanhållen. Denna samverkan påbörjades 2001 då en gemensam ledningsgrupp mellan sex kommuner samt primärvården och Skaraborgs sjukhus bildades.²⁸

År 2008 etablerades ett mobilt närsjukvårdsteam för äldre med behov som kräver samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal vård och omsorg. Teamet tar under en period det fulla medicinska ansvaret för patienten genom hembesök. År 2011 tillkom ett mobilt palliativt team från slutenvården och en mobil hemsjukvårdsläkare från primärvården (endast för Lidköpings kommun).²⁹

²⁷ Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum (2014). *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport*. Utvärderingen har genomförts tillsammans med Karolinska institutets Aging Research center.

²⁸ Lifvergren S. (2013), *Quality Improvement in Healthcare. Experiences from two longitudinal case studies using an action research approach*. Chalmers.

²⁹ Ibid.

Enligt en utvärdering från Västra Skaraborg har den medicinska situationen för patientgruppen stabiliserats och den upplevda livskvaliteten förbättrats.³⁰ En utvärdering som ett konsultföretag har gjort på uppdrag av SKL visar att patienter inskrivna i närsjukvårdsteamet i princip inte heller har behov av akutbesök eller slutenvård. Vidare tyder deras utvärdering på att kostnaden blir lägre än för jämförbara vårdformer. En förutsättning har varit att teamen är inriktade på avgränsade målgrupper och att det finns tydliga kriterier för inskrivning och utskrivning. Vidare kompletterar teamen och den mobila hemsjukvårdsläkaren varandra.³¹ Det är dock osäkert hur pass bestående förbättringarna är efter att patienterna har skrivits ut.³²

7.4 Sammanfattande iakttagelser

7.4.1 Läkemedelsbehandlingen har förbättrats

Samtliga processindikatorer över god läkemedelsbehandling som vi granskat förbättrades under 2012, det år då prestationsersättningen betalades ut första gången. Det gäller såväl de indikatorer som ingick i överenskommelsen som kompletterande indikatorer. Statskontoret bedömer att åtminstone delar av förbättringen detta år skedde till följd av överenskommelsen. Ännu syns dock ingen minskning i antalet rapporterade läkemedelsbiverkningar bland äldre, vilket enligt vår tolkning borde vara det mer långsiktiga målet för läkemedelsbehandlingen.

7.4.2 Vården och omsorgen har inte blivit mer sammanhållen

Inte någon av de indikatorer som vi presenterat i kapitlet antyder att vården och omsorgen skulle ha blivit mer sammanhållen till följd av överenskommelsen. För överenskommelsens indikatorer finns visserligen tecken på en svag positiv utveckling över tid, men denna utveckling kan ses redan före överenskommelsen. Det finns dock lokala exempel

³⁰ Lifvergren m.fl. (2012), *The path to sustainability in healthcare: Exploring the role of learning microsystems*.

³¹ Health Care Management (HCM), 2013, *Närvården i västra Skaraborg*.

³² Lifvergren m.fl. (2012), *The path to sustainability in healthcare: Exploring the role of learning microsystems*.

där huvudmännen lyckats skapa en mer sammanhållen vård för sjuka äldre personer, till exempel i västra Skaraborg.

8 Slutsatser och förslag

I detta kapitel drar vi slutsatser om hur överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre har genomförts.

Steg mot förbättrat arbetssätt har tagits, men vården och omsorgen har inte blivit mer sammanhållen

Statskontorets samlade bedömning är att överenskommelsen har förbättrat förutsättningarna för arbetet med de mest sjuka äldre. Arbetssätten inom vården och omsorgen har förbättrats i verksamheter där personalen under längre tid har registrerat i kvalitetsregister. Steget till ett ändrat arbetssätt har dock inte tagits fullt ut, eftersom verksamheterna inte i tillräcklig utsträckning använder resultaten från registren. Vården och omsorgen har inte heller blivit mer sammanhållen, utan det finns fortfarande brister i samverkan kring den äldre. Statskontorets utvärdering visar även att varaktigheten i förbättringarna inte är säkerställd.

8.1 Måluppfyllelse är ingen garanti för god vård och omsorg

8.1.1 Insatserna är inte helt träffsäkra

För att överenskommelsen ska vara träffsäker krävs att de insatser som ingår i överenskommelsen täcker in de 31 delmål som satts upp. Statskontoret konstaterar att en knapp tredjedel av målen saknar insatser som kan antas leda till att respektive mål uppfylls. För merparten av dessa hänvisas till särskilda satsningar som ligger utanför överenskommelsen. Statskontoret anser att de insatser som genomförs ska vara kopplade till målen med arbetet, annars försvåras såväl styrningen som uppföljningen.

8.1.2 Hälften av undersökta delmål är uppfyllda

I kapitel 2 har vi identifierat vilka delmål som har direkta kopplingar till insatser i överenskommelsen. Sammanlagt rör det sig om 15 delmål. I tabell 8.1 bedömer Statskontoret hur delmålen har uppfyllts. Vi bedömer att nästan hälften av målen är uppfyllda. Med ett undantag bedömer vi att övriga mål är delvis uppfyllda.

Tabell 8.1 Måluppfyllelse för delmål som har kopplingar till insatser

Delmål	Koppling till insats i överenskommelsen	Måluppfyllelse
Struktur för ledning och styrning i samverkan finns i alla län.	Krav på gemensamt politiskt förankrat beslut om handlingsplan.	Uppfyllt.
En gemensam handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre finns i varje län.		Uppfyllt.
Ersättningssystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan är utvecklade.	System utvecklat för vård och omsorg om valda målgrupper.	Delvis uppfyllt.
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns i alla verksamheter.	Krav på beslut om ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 samt dokumentation kring bl.a. riskhantering.	Delvis uppfyllt.
Samordningsinsatser för äldre finns tillgängliga för personer i målgruppen.	Vissa aktiviteter har genomförts med koppling till indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg.	Delvis uppfyllt.
Preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert används i alla relevanta verksamheter.	Prestationsmedel kopplade till insatser med stöd i Senior alert.	Delvis uppfyllt.
Antal äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade problem ska minimeras.	Förväntad effekt av att läkemedelsbehandlingen ska följa Socialstyrelsens riktlinjer.	Delvis uppfyllt.
Svenska palliativregistret används i alla berörda verksamheter.	Prestationsmedel kopplade till insatser med stöd i palliativregistret.	Delvis uppfyllt.
Svenskt Demensregister och BPSD-registret används i alla berörda verksamheter.	Prestationsmedel kopplade till registrering i de två registren.	Inte uppfyllt.
Nytt instrument för att bättre följa de äldres synpunkter utvecklas.	Särskilt uppdrag till Socialstyrelsen.	Uppfyllt.
Rapporteringen till relevanta kvalitetsregister har hög nationell täckningsgrad.	Prestationsmedel kopplade till registrering i kvalitetsregister.	Delvis uppfyllt.
Relevanta indikatorer för kvalitetsuppföljning i Öppna jämförelser för äldre presenteras årligen.	Särskilt uppdrag till Socialstyrelsen.	Uppfyllt.
Uppföljning och utvärdering av oberoende part.	Statskontorets utvärdering, Karolinska institutets forskning, Socialstyrelsens bedömning av grundläggande krav och utvärdering av försöksverksamheter.	Uppfyllt.
Årlig utvärdering.		Uppfyllt.
Utvärdering av projektet 2014.	Statskontoret utvärdering 2015.	Uppfyllt.

Kommentar: För ett delmål ska vara uppfyllt krävs att de resultat som har efterfrågats i överenskommelsen har nåtts eller att den insats som har efterlysts har genomförts. Om målet inte är helt uppnått, men det går att utläsa en tydlig utveckling i riktning mot målet, bedöms det vara delvis uppfyllt.

8.1.3 Få delmål har direkt sikte på slutmålet

Att delmålen är uppfyllda kan dock enligt Statskontorets mening inte garantera att man når överenskommelsens slutmål: att den äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg. Flera av överenskommelsens delmål tar inte direkt sikte på att utveckla samverkan mellan kommunerna och landstingen och ha den sjuka äldre i fokus, vilket är en förutsättning för att slutmålet ska kunna nås. För att vården och omsorgen ska förbättras i grunden krävs även att de förbättringar som ägt rum är varaktiga, vilket vi analyserar närmare i avsnitt 8.3.

8.2 Steg har tagits mot en god vård och omsorg

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 figur 8.1.

Figur 8.1 Utvecklingsstegen till en god vård och omsorg om äldre



Statskontorets utvärdering visar att överenskommelsen har bidragit till att bygga upp strukturer för arbetet med de mest sjuka äldre, vilket är det första steget mot en god vård och omsorg. I nästa steg handlar det om att också använda resultaten i verksamheterna. Detta andra steg har inletts, men ännu inte tagits fullt ut. När det gäller bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre, som är det sista steget, går det inte att utläsa att vården och omsorgen generellt sett har blivit mer sammanhållen för målgruppen.

8.2.1 Steg 1 – Strukturer har byggts upp för arbetet

Statskontoret bedömer att det har byggts upp strukturer för samverkan mellan berörda aktörer och informationssystem som möjliggör resultatåterföring till verksamheterna. Vi vill dock uppmärksamma regeringen och SKL på att det finns verksamheter som riskerar att hamna utanför strukturerna.

Strukturer för förbättringsarbete

Statskontorets utvärdering visar att samtliga län har utvecklat strukturer för ledning och styrning i samverkan mellan kommuner och landsting, såväl på politisk nivå som tjänstemannanivå. Därmed har förutsättningarna för att arbeta med de mest sjuka äldre förbättrats. Enligt deltagarna i de så kallade ledningskraftsteamerna har den förbättrade samverkan bland annat lett till gemensamma prioriteringar i respektive län.

Det går inte att exakt avgöra vilka strukturer som beror på överenskommelsen och vilka som ändå skulle ha funnits i länen. Den tydliga utvecklingen av länens handlingsplaner mellan 2012 och 2014 indikerar dock att de krav som har ställts i överenskommelsen har haft reell betydelse för uppbyggnaden.

Metoder för att följa upp verksamheter

Statskontorets utvärdering visar vidare att överenskommelsen har bidragit till att bygga upp och sprida metoder för att följa upp verksamheterna.

Inom ramen för överenskommelsen har medel gått till att utveckla och sprida utvalda kvalitetsregister. De register som ingår i överenskommelsen har stöd hos såväl verksamhetsledningarna som hos vård- och omsorgspersonalen. Vår utvärdering visar vidare att två av kvalitetsregistren har en tämligen hög täckningsgrad och att ett tredje register uppvisar en ökning. Det innebär att de är spridda i relativt många kommuner, vilket kan vara särskilt viktigt för små kommuner som ofta saknar egna uppföljningsinstrument.

Privata utförare riskerar att hamna utanför stödet

Privata utförare som kommuner och landsting har upphandlat har inte i samma utsträckning som verksamheter i offentlig regi omfattats av de aktiviteter som har genomförts för att förbättra arbetet med de mest sjuka

äldre. Huvudmännen har inte alltid förmedlat prestationsmedlen till de privata utförare som har genererat dem. Detta har troligen minskat incitamenten för privata utförare att registrera i kvalitetsregistren. Statskontoret menar att det även fortsättningsvis finns risk för att de privata utförarna inte omfattas av förbättringsarbetet. Länens handlingsplaner anger endast i begränsad utsträckning hur de privata utförarna ska inkluderas i arbetet.

8.2.2 Steg 2 – Arbetssätten har förändrats, men är inte tillräckligt systematiserade

Statskontoret bedömer att överenskommelsen har lett till ett mer systematiskt arbetssätt i verksamheter där personalen under längre tid har registrerat i kvalitetsregister. Resultaten från kvalitetsregistren används dock inte fullt ut i verksamheterna och kunskapsunderlagen för att nå en mer sammanhållen vård och omsorg är inte helt systematiserade.

Användning av kvalitetsregister leder till förändrat arbetssätt

Statskontorets utvärdering visar att personal på vård- och omsorgsenheter som under en längre tid har registrerat i kvalitetsregistren har ändrat sitt arbetssätt. Exempelvis har ett mer systematiskt arbete med smärtlindring för palliativa patienter införts på flertalet av de enheter som vi har undersökt. Vidare har individuella skattningar av dementa äldre lett till förbättrad omvårdnad, så att dessa har blivit lugnare.

Steget till ett ändrat arbetssätt har dock inte tagits fullt ut. Även om flertalet intervjuade upplever en positiv förändring i sitt arbete, finns det på vissa enheter en bristande motivation att registrera. Det gäller för tre av de fyra undersökta kvalitetsregistren. Eftersom undersökningen har riktat sig till personal på vård- och omsorgsenheter som under längre tid har registrerat i kvalitetsregister, kan den bristande motivationen inte förklaras med ovana eller inkörningsproblem. De egna resultaten jämförs inte heller alltid i tillräcklig utsträckning med resultaten på andra enheter. Det gör det svårt för chefer och personal att veta om det finns lärdomar att hämta från andra verksamheter.

Huvudmännen har inte fått tillräcklig vägledning

Statskontoret konstaterar att huvudmännen inte har tillräcklig kunskap om hur de ska kunna undvika onödig slutenvård och få till en samverkan

som leder till en sammanhållen vård och omsorg. Visserligen anser vård- och omsorgschefer att kunskaperna har ökat om varför och när äldre behandlas i slutenvård, men vi kan ändå konstatera att det lokala analysarbetet inte har gett huvudmännen tillräcklig vägledning i hur de ska gå till väga. Statskontoret menar att den efterfrågade kunskapen troligen hade kunna nås bättre genom ett systematiskt analysarbete på nationell nivå.

8.2.3 Steg 3 – Vården och omsorgen har hittills inte blivit mer sammanhållen

Det slutliga målet för överenskommelsen är att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg. En viktig förutsättning för att kunna uppnå målet är att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är sammanhållen. Det innebär att kommuner och landsting ska samverka med den sjuka äldre i centrum. Vården och omsorgen ska vara individanpassad och samordnad över specialitets- och organisationsgränser.

Statskontoret bedömer att varken prestationsersättningen eller det förbättringsarbete som bedrivits i någon större utsträckning har lett till en mer sammanhållen vård och omsorg. Primärvården har inte heller i tillräcklig utsträckning omfattats av överenskommelsen, vilket är en viktig förutsättning för en sammanhållen vård och omsorg. Exempelvis har endast enstaka handlingsplaner i länen innehållit en strategi för hur förbättringsarbetet bättre skulle nå fram till primärvården.

Överenskommelsen har dock bidragit till en bättre läkemedelsbehandling, även om det ännu inte går att utläsa någon minskning i andelen rapporterade läkemedelsbiverkningar bland äldre. Exempelvis har andelen äldre som använder psykofarmaka eller många läkemedel minskat. Också när det gäller kvalitetsregistren går det att utläsa vissa förbättringar i vården och omsorgen.

8.3 Förbättringarna är inte säkerställda

Det arbete som har bedrivits ska enligt överenskommelsen bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Statskontoret har undersökt hur pass varaktigt arbetet är.

8.3.1 Risk för att förbättringsarbetet inte består

Statskontoret bedömer att varaktigheten för strukturerna för förbättringsarbetet i länen ännu inte säkerställd. Visserligen uppger drygt 80 procent av medlemmarna i de så kallade ledningskraftsteamerna att den samverkan som kommit till stånd är varaktig, men Statskontoret menar att det behövs tydliga planer för hur förbättringsarbetet framöver ska bedrivas och finansieras för att samverkan ska bestå. Hälften av länen saknade under överenskommelsens sista år en plan för hur de skulle säkra det fortsatta arbetet. De flesta län saknade också en tydlig plan för den fortsatta finansieringen.

8.3.2 Kvalitetsregistren har förutsättningar att leva vidare

Täckningsgraden för kvalitetsregistren ligger på samma nivå sedan prestationsersättningen upphörde 2014. Det har dock gått för kort tid för att utifrån detta slutligt bedöma varaktigheten. Statskontorets undersökning bland personal som registrerat i kvalitetsregistren under längre tid kan ändå ge en indikation på om registren kommer att användas framöver. Generellt sett anser personalen att kvalitetsregistren leder till ett förbättrat arbetssätt, vilket talar för att de är motiverade att fortsätta använda dem. Det gäller särskilt BPSD-registret, där de intervjuade ger en samstämmigt positiv bild. När det gäller de tre övriga undersökta kvalitetsregistren menar dock personalen på vissa enheter att de leder till ökad arbetsbörda.

Statskontorets samlade bedömning är att det finns förutsättningar för att kommunerna och landstingen ska kunna fortsätta använda kvalitetsregistren. Vi ser dock en risk för att användningen minskar om inte verksamhetsledningen och chefer på olika nivåer skapar goda förutsättningar för att använda kvalitetsregistren.

8.4 Överenskommelsens uppbyggnad

8.4.1 Prestationsersättningen har fungerat olika väl

Sammanlagt har statliga medel på 2,4 miljarder kronor betalats ut i prestationsersättning.

Statskontoret konstaterar att den prestationsbaserade ersättningen har fungerat förhållandevis väl för kvalitetsregistren och läkemedelsanvändningen. Kvalitetsregistren har fått spridning och kan utgöra underlag för ett mer systematiskt arbetssätt. Prestationsersättningen har dessutom haft en positiv inverkan på läkemedelsbehandlingen. Däremot har ersättningen inte fungerat för en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Vår granskning av dessa indikatorer visar inte på någon tydlig utveckling.

8.4.2 En del av medlen har använts ineffektivt

Överenskommelsen har sammanlagt omfattat 3,8 miljarder kronor. Statskontoret anser att medlen kunde ha använts mer effektivt inom några av överenskommelsens områden. Prestationsersättningen har till exempel varit konstruerad så att totalbeloppen i princip har varit desamma oavsett hur många län som klarat villkoren. Under ett år fick två län dela på beloppet för ersättningen för läkemedelsområdet, sammanlagt 200 miljoner kronor. Statskontoret ifrågasätter om det har varit en kostnadseffektiv användning av statliga medel.

Statskontoret konstaterar även att de totalt 585 miljoner som betalades ut i ersättning för resultatindikatorerna för sammanhållen vård och omsorg inte har fungerat som ett effektivt styrmedel. Att koppla pengar till ett resultatmål förutsätter att huvudmännen har kunskap om hur de ska kunna förändra ett utfall. Det har dock varit oklart för huvudmännen vilka insatser som har krävts för att nå de eftersträlvade resultaten. I våra delrapporter föreslog vi därför att regeringen och SKL i stället för att grunda ersättningen på resultatindikatorer borde ha inriktat sig på att försöka finna struktur- eller processindikatorer som belyser förbättringar i arbetet med att göra vården och omsorgen mer sammanhållen. Vidare har det lokala analysarbetet kring dessa indikatorer, som sammanlagt kostat 160 miljoner kronor, varit ineffektivt, eftersom det inte gett

huvudmännen tillräcklig vägledning i hur de ska gå tillväga för att nå en mer sammanhållen vård och omsorg.

8.4.3 Vissa krav har varit för lågt ställda

För några av insatserna inom ramen för det långsiktiga förbättringsarbetet har huvudmännen och SKL kunnat ta del av medel utan att det har ställts några preciserade krav. Kraven har kunnat uppfyllas utan att verksamheterna egentligen har ändrats. Det gäller till exempel insatserna för att uppföljning av välfärdstjänster ska bli en del av huvudmännens ledningssystem. Insatserna har varit relativt okända och färre än var femte kommun har fått ett mer riktat stöd för att bättre kunna följa upp och kontrollera tjänsterna inom äldreomsorgen.

8.5 Det fortsatta arbetet med de mest sjuka äldre

I detta avsnitt redogör vi för det fortsatta arbetet med de mest sjuka äldre och hur förutsättningarna för varaktighet kan förbättras.

8.5.1 Huvudmännen har huvudansvar för det fortsatta arbetet

Huvudmännen har ansvar för att säkra förbättringsarbetet

Landstingen och kommunerna i respektive län har ansvaret för att säkra att förbättringsarbetet för de mest sjuka äldre fortlöper nu när överenskommelsen har upphört. Statskontorets utvärdering visar att det krävs fortsatta insatser från huvudmännens sida om arbetet ska bli varaktigt.

Statskontoret bedömer att kommunerna och landstingen behöver få stöd för att kunna säkra varaktigheten. SKL har under den tid som överenskommelsen löpt varit ett viktigt stöd i förbättringsarbetet och i att främja samverkan mellan huvudmännen. Huvudmännen har också generellt sett varit nöjda med SKL:s insatser. Statskontoret ser det som angeläget att SKL fortsätter vara ett stöd i dessa frågor framöver. Det är därför positivt att SKL har understrukit att de bär ett stort ansvar för den fortsatta utvecklingen av samverkan mellan huvudmännen.

Kommuner och landsting ansvarar för att utveckla arbetssätten

Kommunerna och landstingen har ansvar för att fortsätta utveckla arbetssätten i vården och omsorgen. Genom överenskommelsens ekonomiska stöd har registerhållarna kunnat bygga upp en mer långsiktig infrastruktur för registren. Registren ingår också i den nationella satsningen på kvalitetsregister 2015 och 2016. Därmed finns det goda förutsättningar att framöver kunna registrera i kvalitetsregistren och använda dem för att utveckla arbetssätten.

Ledning och chefer behöver tydliggöra nyttan med kvalitetsregister

Statskontorets utvärdering visar att det varierar mellan olika vård- och omsorgsenheter om registreringen i kvalitetsregister leder till ett förändrat arbetssätt. På en del enheter finns ett utbrett arbetssätt där resultatinformation används frekvent. Detta arbetssätt borde enligt vår mening kunna överföras även till andra enheter.

En stor del av förklaringen ligger i hur ledningen och de närmaste cheferna styr och organiserar arbetet med kvalitetsregister. En framgångsfaktor är att ansvarig nämnd regelbundet efterfrågar resultat från registren. Andra viktiga faktorer är att cheferna tydliggör nyttan med kvalitetsregistren och att tid för arbete med registren schemaläggs på enheterna. En sammanställning av forskning på området visar också att mer systematiska arbetssätt kan utvecklas om personalen får stöd att granska resultatinformation och löpande får återkoppling på sitt arbete. Personalen behöver arbeta med lokala arbetsplaner och löpande ha någon att diskutera resultaten med, antingen en chef eller en kollega.

8.5.2 Ansvaret för fortsatt förvaltning och kvalitetssäkring behöver klargöras

För att satsningen ska kunna leva vidare behöver det klargöras vem som svarar för den fortsatta utvecklingen av olika kunskapsunderlag och eventuell fortsatt förvaltning av den utdataportal som har byggts upp för att följa indikatorerna i överenskommelsen. Enligt Statskontoret bör huvudprincipen vara att kommuner och landsting finansierar utvecklingen av verktyg och underlag för sin verksamhet.

Statskontoret konstaterar vidare att kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren brister. Exempelvis har registren inget riskbaserat angreppssätt i urvalet av vilka uppgifter som ska kvalitetssäkras. Vi menar att det kan skada tilltron till registren, även om den särskilda risk som prestationsersättningen innebär inte längre är aktuell. I en av våra tidiga delrapporter efterlyste vi ett tydligt nationellt ansvar för kvalitetssäkringen av samtliga nationella kvalitetsregister. Sedan dess har det byggts upp en nationell organisation för att stärka utvecklingen. Statskontoret kan dock konstatera att problemen med kvalitetssäkring kvarstår.

De ansvariga för kvalitetsregistren saknar generellt sett förutsättningar att ensamma hålla i kvalitetssäkringen. Det finns därför ett behov av att stärka stödet för kvalitetssäkring inom organisationen för nationella kvalitetsregister.

8.5.3 En nationell kunskapsstrategi behöver utarbetas

Kunskapsutveckling och förbättringsarbete kräver att det finns ett samspel mellan den nationella, regionala och lokala nivån. Statskontoret bedömer att det är lämpligt att myndigheterna i det nyligen inrättade Rådet för styrning med kunskap för hälso- och sjukvården och socialtjänsten klargör hur de ska stödja huvudmännens fortsatta förbättringsarbete.

Statskontoret menar att det finns ett behov av en nationell strategi för kunskapsstöd inom äldreområdet, som Rådet för styrning med kunskap skulle kunna utarbeta. En sådan strategi skulle bland annat kunna vägleda huvudmännen i hur de ska gå tillväga för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg. Vi har sett att huvudmännen för närvarande saknar sådan kunskap och att det lokala analysarbetet som har bedrivits inte varit tillräckligt. Vi bedömer att den efterfrågade kunskapen bäst nås genom ett systematiskt analysarbete på nationell nivå, där erfarenheter från det lokala arbetet samlas in. Inom ramen för den nationella strategin bör berörda myndigheter också hitta former för hur de ska sprida och samla in information via den gemensamma regionala stödstrukturerna för kunskapsutveckling inom socialtjänsten som utvecklingsledarna för de mest sjuka äldre ingår i. Om hela kedjan för kunskapsstyrning fungerar, ökar också möjligheterna att stödstrukturerna och därmed även förbättringsarbetet för äldre består.

Uppfattningarna skiljer sig något åt om hur erfarenheter från tillsynen hittills har förts in i arbetet med de mest sjuka äldre. Vi vill betona att tillsynen kan ge värdefull information i detta arbete. Statskontoret har också sett att IVO arbetar med att utveckla sin återföring av kunskap.³³ Det borde därför finnas goda förutsättningar för IVO att kunna bidra med underlag inför utformandet av en nationell strategi.

8.5.4 Arbetet för sammanhållen vård och omsorg kräver uthållighet och långsiktighet

Statskontoret har konstaterat att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre ännu inte är sammanhållen. Det finns dock lokala exempel där det finns lärdomar att hämta. I exempelvis Västra Skaraborg är mobila vårdteam en del av arbetet med de mest sjuka äldre. Till dessa team är hemsjukvårdsläkare kopplade och därmed finns den länk till primärvården som annars ofta saknas.

Precis som i överenskommelsen om mest sjuka äldre tog arbetet i Västra Skaraborg sin början i samverkan; en gemensam ledningsgrupp bildades mellan berörda vård- och omsorgsorganisationer. Alla inblandade organisationerna har under en länge tid budgeterat resurser för det gemensamma arbetet, vilket kan vara en förklaring till den långsiktighet som arbetet har haft. Vi kan vidare konstatera att det tog flera år innan reella resultat kom ut av deras samverkan. Detta exempel visar att det krävs uthållighet och långsiktigt stabila samverkanstrukturer för att kunna nå en sammanhållen vård och omsorg.

Statskontoret anser att det är angeläget att olika modeller för sammanhållen vård och omsorg utvärderas nationellt. Ett sådant arbete bör bedrivas mer samlat än vad som skett inom ramen för det lokala analysarbetet. Hur det ska gå till bör framgå av den nationella strategi för kunskapsstöd som vi föreslår att Rådet för styrning med kunskap utarbetar.

³³ Statskontoret 2015:8, *Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg. Slutrapport.*

8.5.5 Stimulansmedlen för ökad bemanning kan kopplas till förbättringsarbetet

Regeringen har aviserat att kommunerna ska få stimulansbidrag under 2015–2018 för att öka bemanningen i äldreomsorgen. Sammanlagt ska 7 miljarder kronor avsättas för detta.³⁴ Denna satsning skiljer sig i många avseenden från överenskommelsen. Exempelvis utgår ingen prestationsersättning och inte heller ställs samma typ av krav på kommuner och landsting. Trots dessa olikheter, anser vi att det går att bygga vidare på den användning av kvalitetsregister som överenskommelsen har syftat till.

I underlaget till den modell som har utformats för stimulansbidragen betonas vikten av att stödja utvecklingen av arbetssätt som bidrar till en behovs- och individanpassad äldreomsorg. Det gäller bland annat planering och uppföljning.³⁵ Statskontorets utvärdering visar att användningen av kvalitetsregister kan vara ett sätt att uppnå detta. Den ökade bemanningen som stimulansmedlen ska leda till ger också bättre förutsättningar för cheferna i vården och omsorgen att schemalägga tid för användningen av kvalitetsregister. Det är enligt personalen en framgångsfaktor för ett mer systematiskt arbetssätt.

8.6 Förslag för att stödja det fortsatta arbetet

Efter att överenskommelsen har avslutats är det kommunerna och landstingen som har huvudansvaret för det fortsatta arbetet för de mest sjuka äldre. Statskontoret bedömer att SKL har en viktig uppgift att även i fortsättningen stödja kommunerna och landstingen i detta arbete.

Enligt Statskontoret kan regeringen också stödja huvudmännens fortsatta arbete, till exempel genom att stödja utveckling och utvärdering av

³⁴ Prop. 2014/15:99, *Vårändringsbudget för 2015* och *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela medel, administrera och följa upp satsningen på en ökad bemanning inom äldreomsorgen* (2015-06-25).

³⁵ Socialstyrelsen, *Redovisning av uppdraget att utforma en satsning på ökad bemanning i äldreomsorgen*, 2015-06-01.

fungerande modeller för sammanhållen vård och omsorg över huvudmannagränserna. Modellerna bör tydligt omfatta primärvården.

Regeringen bör även ställa krav på myndigheterna i det fortsatta arbetet. Statskontoret föreslår att regeringen:

- ger i uppdrag till myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap att utarbeta en nationell strategi för kunskapsstöd för vården och omsorgen om äldre.

Den nationella strategin bör bland annat säkerställa att myndigheterna sprider information och samlar erfarenheter via de regionala stödstrukturerna samt att olika modeller och erfarenheter kring sammanhållen vård och omsorg analyseras.

Statskontoret föreslår vidare att regeringen:

- ger Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med SKL utforma ett tydligt stöd till registerhållarna för kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter.

9 Erfarenheter inför liknande satsningar

I detta kapitel redovisar Statskontoret erfarenheter från utvärderingen av överenskommelsen som kan vara värda att uppmärksamma inför liknande satsningar inom vården och omsorgen.

Huvudmännen får medel från flera satsningar som berör vården och omsorgen. Statskontoret har tidigare konstaterat att det finns en risk för att de inte ser de kopplingar som finns mellan satsningarna. Vid eventuella fortsatta satsningar inom området, till exempel i form av förbättringsarbete eller ersättning till landstingen och kommunerna, är det därför angeläget att arbeta vidare på det som har byggts upp, så långt som det är möjligt. När det gäller erfarenheter om överenskommelser som styrmedel hänvisar vi till en särskild rapport där Statskontoret drar generella slutsatser om överenskommelser.³⁶

9.1 När passar prestationsersättning?

Regeringen har angett att den framöver kommer vara mer restriktiv med prestationsersättning. Regeringens intention är att mer noga överväga när prestationsbaserad ersättning bör användas och att då använda den främst på områden där analyser tyder på att det ger tydliga fördelar och resultat samt tydligt bidrar till ökad måluppfyllelse.³⁷

Vår utvärdering av överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre visar att sammanhanget har stor betydelse för om prestationsersättning fungerar. Statskontoret konstaterar att det inför en satsning är angeläget att för respektive område analysera vilken typ av ersättning som är lämpligast att använda.

³⁶ Statskontoret, *Överenskommelser som styrmedel* (2015).

³⁷ Regeringens skrivelse 2014/15:52, *Riksrevisionens rapport om överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården*

9.1.1 Rätt utformade prestationskrav stärker styreffekten

Statskontoret menar att prestations- och resultatbaserad ersättning kan öka styreffekten av en satsning. En sådan ersättning ger regeringen möjlighet att tydligare styra huvudmännen mot uppsatta mål. Den kan därför vara lämplig när man vill stimulera exempelvis lokalt förbättringsarbete. Vi har till exempel konstaterat att resultatbaserad ersättning har fungerat förhållandevis väl för att öka registreringen i kvalitetsregistren, även om vården och omsorgen ännu inte fullt ut har ändrat sitt arbetssätt. I det arbetet har en förutsättning varit att kvalitetsregistren i stora delar har haft stöd hos såväl huvudmännen, verksamhetsledningarna som vård- och omsorgspersonalen.

I våra delrapporter har det framkommit att ansvariga på länsnivå menar att prestationsersättningen har gett huvudmännen bättre planeringsförutsättningar än de tidigare stimulansmedlen inom äldreområdet. Dessa stimulansmedel fördelades efter ansökan till kommuner och landsting för projektarbete inom vården och omsorgen, vilket enligt våra intervjuer inte gav samma långsiktighet.

Myndigheten för vårdanalys och Riksrevisionen har varnat för att prestationsersättning kan ge undanträngningseffekter.³⁸ Några sådana effekter har vi inte sett i vår utvärdering av överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Snarare har verksamhetsföreträdare ansett att överenskommelsen har täckt in områden där det är angeläget att vården och omsorgen utvecklas. Det är dock viktigt att vara vaksam på de risker för suboptimering och nedprioritering av andra viktiga insatser som en prestationsersättning kan innebära.

Utformningen av prestationskrav måste övervägas noga för att ge rätt effekter. Det kan även vara svårt att formulera villkor som fungerar för alla kommuner och landsting. I överenskommelsen justerades kraven från de första årens absoluta nivåer till relativa krav på förbättring. På detta sätt blev incitamenten för huvudmännens förbättringsarbete både mer rättvisa och mer stimulerande. Däremot anser vi inte att det var

³⁸ Myndigheten för vårdanalys, *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning* (2013:8) och Riksrevisionen (2014:20), *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*.

lämpligt att totalbeloppen var desamma oavsett hur många län som hade klarat villkoren. Det är inte rimligt att ett fåtal län får hela beloppet. Ersättningens storlek till den enskilda huvudmannen bör vara oberoende av hur andra huvudmän klarat villkoren.

9.1.2 System behövs för kvalitetssäkring och utbetalning

En prestationsbaserad ersättning kan skapa önskade drivkrafter hos vård- och omsorgsgivare, vilket ökar risken för felaktigheter i rapporteringen. I överenskommelsen har systemen för att kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter varit svaga. Under de första åren saknades också tydliga rutiner för att beräkna beloppens storlek, sammanställa underlag för ersättning samt betala ut och följa upp ersättningen. Statskontoret anser att regeringen redan vid starten av en ny satsning med prestationsersättning bör förvissa sig om att det finns en systematisk kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter och väl fungerande rutiner för att administrera utbetalningarna.

9.1.3 Prestationsersättning fungerar inte inom alla områden

Statskontoret vill poängtera att prestations- och resultatersättning inte fungerar för alla områden. Det är till exempel inte lämpligt att ersätta efter resultat om kunskapen om orsakssamband är låg.

Ett exempel på när prestationsersättningen inte har fungerat som tänkt är de resultatindikatorer som styrts ersättningen för sammanhållen vård och omsorg. Statskontoret har återkommande konstaterat att det varit oklart för huvudmännen vilka insatser som krävs för att nå resultaten för indikatorn Undvikbar slutenvård. Vi har bland annat efterlyst ett analysarbete på nationell nivå för att förtydliga hur huvudmännen ska gå tillväga för att nå målen. Det är först när man har kunskap om orsakssambanden som det kan bli aktuellt att använda sig av resultatindikatorer.

9.2 Hur bör kraven på huvudmännen vara utformade?

9.2.1 Kraven bör inte redan vara reglerade i lag

Statskontoret har uppmärksammat att några av de mål och krav som fanns i överenskommelsen redan var 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 man ger ersättning för krav som är lägre ställda än dem som stipuleras i lag och föreskrift. Så har varit fallet med kraven i överenskommelsen som endast tog sikte på några av de områden som pekas ut i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem.

9.2.2 Huvudmännens insatser bör bedömas av utomstående aktör

Statskontoret menar huvudmännens insatser bör bedömas av en aktör som inte är en del av satsningen.

I inledningen av överenskommelsen 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. 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.

Sedan 2012 var det i stället Socialstyrelsen som gjorde dessa bedömningar. Statskontoret menar att det var viktigt att en aktör som inte var part i överenskommelsen tog över ansvaret för uppföljningen av de prestationsbaserade indikatorerna.

9.2.3 Fortsatt förbättringsarbete behöver säkerställas

Generellt sett är det svårt att få förbättringsarbete i tillfälliga satsningar att överleva efter projektidens slut. I vår utvärdering av överenskommelsen har vi också sett att det länge saknades konkreta krav om att skapa långsiktighet i det systematiska förbättringsarbetet. Under överenskommelsens sista år tillkom dock sådana krav.

Statskontoret har i utvärderingen av överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten sett att den innehåller krav som främjar långsiktighet.³⁹ Där redovisade parterna en nedtrappningsplan för det statliga stödet, samtidigt som det ställs organisatoriska och finansiella krav på huvudmännen. Statskontoret menar att denna utformning skulle kunna tjäna som inspiration för att främja långsiktigheten i det förändringsarbete som bedrivs inom ramen för andra statligt finansierade satsningar.

9.3 Hur bör kunskap inhämtas och spridas?

9.3.1 Utvärderade metoder bör användas

Statskontoret menar att det är angeläget att i större satsningar så långt som möjligt använda arbetsmetoder som har testats och utvärderats. Det kan om det är möjligt först göras i mindre skala i form av någon försöksverksamhet.

Vår utvärdering av överenskommelsen om de mest sjuka äldre visar att satsningen på kvalitetsregister har fungerat relativt väl. En anledning kan vara att kvalitetsregistren har startat i mindre skala och successivt vuxit. Vi har även sett att kvalitetsregistren utgår från identifierade problem i vården och omsorgen och att registerhållarna strävar efter att använda indikatorer som är vetenskapligt förankrade. När prestationsersättning gavs för registrering i kvalitetsregister fanns således både kunskap och erfarenhet om dem.

Inom ramen för överenskommelsen bedrevs även försöksverksamheter om de mest sjuka äldre. Parterna inväntade dock inte resultaten från

³⁹ Statskontoret (2014:18), *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Slutrapport*.

utvärderingarna av dessa eller byggde upp kunskap om hur en mer sammanhållen vård och omsorg kan nås. I stället utgick prestationsersättning för indikatorer som man inte hade tillräcklig kunskap om. Denna bristande kunskap var också en anledning till att ersättningen sedermera inte ledde till några förbättringar inom området.

9.3.2 Huvudmännen behöver ofta kunskapsstöd

Parterna startade arbetet med överenskommelsen om de mest sjuka äldre snabbt. Detta ledde till att den tidigt blev känd och att arbetet i länen kom igång snabbt. Samtidigt saknades i vissa delar ett nationellt kunskapsstöd till kommuner och landsting. Socialstyrelsen var inte heller i början lika involverad vid framtagandet av indikatorerna som under överenskommelsens sista år. Detta innebar sammantaget att huvudmännen inte fick tillräcklig vägledning i sitt lokala arbete.

Statskontoret anser att regeringen inför nya liknande satsningar bör undersöka vilket kunskapsstöd som kommunerna och landstingen behöver. På så sätt ges de bättre förutsättningar att genomföra efterfrågade förbättringar och nå önskade resultat. Vi anser vidare att regeringen bör engagera berörda expertmyndigheter vid framtagandet av till exempel indikatorer för satsningen, vilket ökar möjligheterna att finna relevanta och tillförlitliga indikatorer.

9.4 Hur ska privata utförare kunna nås?

Det angeläget att alla vård- och omsorgstagare oavsett vårdform får del av den kunskaps- och metodutveckling som en satsning syftar till. Statskontoret har dock funnit att privata utförare inte i samma utsträckning som övriga har tagit del av medlen och förbättringsarbetet för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Liknande problem fanns i överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. De privata utförarna fick inte heller där på samma sätt del av den förväntade kunskapsutvecklingen.⁴⁰

⁴⁰ Statskontoret 2014:18, *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Slutrapport*

9.4.1 Huvudmännen har ansvar att alla utförare omfattas

Huvudmännen har ansvar för att alla utförare omfattas. Som beställare kan kommunerna ställa krav på att deras utförare tar del av stödet och då utvecklar sin verksamhet i den riktning som satsningen syftar till. Kommunerna kan även följa upp hur de privata utförarna lever upp till de krav som ställs. Statskontoret ser det som angeläget att kommunerna får ett utvecklat stöd i detta arbete. Det skulle till exempel kunna ske inom ramen för det arbete med så kallad kvalitetssäkrad välfärd som SKL ansvarar för. I sådana fall är det angeläget att SKL bättre når ut med detta stöd.

9.4.2 Viktigt att följa upp att privata utförare omfattas

Statskontoret menar att regeringen så långt som möjligt bör betona att alla utförare ska få del av stödet. I överenskommelsen om de mest sjuka äldre framhölls också vikten av att alla utförare, oavsett driftsform, skulle kunna delta. När stimulansmedel betalas ut ställs dock inga krav på hur huvudmännen använder medlen. Därför kan regeringen inte heller ställa bindande krav på hur de fördelar medlen vidare. Vi menar dock att regeringen i samband med en satsning bör säkerställa att det löpande följs upp på vilket sätt privata utförare omfattas.

Referenslista

Health Care Management, HCM (2013) *Närvården i västra Skaraborg*

Ivers N., et al. (2012) *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*

Lifvergren S. (2013) *Quality Improvement in Healthcare. Experiences from two longitudinal case studies using an action research approach*. Chalmers

Lifvergren S., Andin U., Huzzard T. and Hellström A. (2012) *The path to sustainability in healthcare: Exploring the role of learning microsystems*. Först publicerad i tidskriften *Organizing for sustainable healthcare*, Vol. 2, Emerald, Bingley, UK.

Medical Management Centre, Institutionen LIME, Karolinska institutet (2014) *Bättre liv för sjuka äldre. Lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring*

Nationella kvalitetsregister (2014) *Beslut medel för 2015 och 2016* (Dnr. 14/2665)

Proposition 2014/15:99 *Vårändringsbudget för 2015*

Regeringens skrivelse 2014/15:52 *Riksrevisionens rapport om överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården*

Riksrevisionen (2014) *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*. Rapport 2014:20

Skaraborgs kommunalförbund och Västra Götalandsregionen (2014) *Mobil närvård Skaraborg. Projektplan*

SKL (2015) *Slutrapport: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*

SKL (2013) *Genomförandeplan 2013, bilaga 2*

Socialdepartementet (2015) *Överenskommelse för år 2015 mellan regeringen och SKL om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten*

Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum (2014) *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport*. Utvärderingen har genomförts tillsammans av Karolinska institutets Aging Research center

Socialstyrelsen (2012) *Demenssjukdomarnas kostnader i Sverige 2012*

Socialstyrelsen (2014) *Överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. 2014 års bedömning*

Socialstyrelsen (2014) *Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre*

Socialstyrelsen (2015) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*

Socialstyrelsen (2015) *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2014. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen*.

Socialstyrelsen (2015) *Redovisning av uppdraget att utforma en satsning på ökad bemanning i äldreomsorgen. Dnr 5.4-11376/2015-6*.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2014) *Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling. En systematisk litteraturöversikt*.

Statskontoret (2014) *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport. Rapport 2014:18*

Statskontoret (2015) *Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg. Slutrapport. Rapport 2015:8*

Statskontoret (2014) *Överenskommelser som styrmedel. Rapportserien Om offentlig sektor*

Vårdanalys (2014) *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*

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 värden 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
Telefax
08-723 11 91

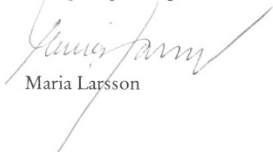
E-post: registrator@social.ministry.se

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

Ärendet

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

På regeringens vägnar



Maria Larsson



Gert Knutsson

Kopia till

Finansdepartementet/Budgetavdelningen

Socialutskottet

Socialstyrelsen

Famna

Senior Alert

Sveriges Kommuner och Landsting

Svenska Palliativregistret

Svenskt Demensregister

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid

Demens (BPSD)

Vårdföretagarna

Skattade effekter av kvalitetsregistren

För att skatta effekterna av kvalitetsregistren har vi genomfört regressionsanalyser med paneldataansats där vi kontrollerat för kommunal- och landstingsvisa fixa effekter. Skattningsmetoden OLS har använts, och i samtliga modeller kontrolleras för kostnadsutvecklingen i kommunen eller landstinget.

Metoden innebär att vi kontrollerar för alla de faktorer som är konstanta över tid. Det gäller exempelvis sådant som länets geografi och befolkningsstruktur (som inte förändras från år till år). Det kan dock finnas aspekter som samvarierar med registreringsgraden och vårdkvaliteten som vi inte har kontrollerat för, vilket kan påverka resultaten. Det kan till exempel finnas landsting som genomför insatser för att minska andelen sjuka med trycksår använder Senior alert som en del i detta arbete, men också gör andra insatser. Därför bör resultaten tolkas med viss försiktighet.

Utfallsvariabler

Som framgått av analyserna använder vi inte uppgifter från kvalitetsregistren som utfallsmått på vårdkvaliteten. Orsaken är att registren enbart innehåller uppgifter om de registrerade individerna, inte om dem som inte registreras. Om vi skulle jämföra kommuner med olika täckningsgrad utifrån utfallsmått som ingår i registret skulle vi följaktligen bara jämföra registrerade individer med varandra, inte registrerade med icke-registrerade. Vi skulle därmed inte skatta effekterna av registren.

Senior alert

I analysen av Senior alert har vi använt oss av två utfallsvariabler, trycksår och fall.

Underlaget på landstingsnivå kommer från punktprevalensmätningarna som administreras av SKL och genomförs vid ett tillfälle per år. Då mäts trycksår på alla patienter över 18 år. Antalet genomförda mätningar

varierar mellan landstingen, från cirka 90 till drygt 2 000. Täckningsgraden uppskattas av SKL till cirka 75–80 procent. Under perioden 2011–2013 genomfördes två mätningar per år. I vårt material har vi för dessa år valt att slå samman de båda mätningarna. Vi har också haft tillgång till uppgifter för 2014, vilket innebär att vi totalt sett analyserat fyra års data på landstingsnivå. Vi har även avgränsat materialet till att avse personer 61 år och äldre.

På kommunal nivå har mätningarna genomförts sedan 2013 genom Senior alert. Under åren 2013–2014 genomfördes mätningarna vid två tillfällen per år. Också här har vi slagit samman de båda mätningarna, och totalt analyserat två års uppgifter. På kommunal nivå rekommenderar Senior alert att samtliga äldre på särskilda boenden ska mätas, men ofta genomförs mätningar endast vid ett urval boenden. Detta gör att de kommunala mätningarna har en lägre täckningsgrad. Antalet personer som ingår i mätningarna uppgår i genomsnitt till ett hundratal per kommun och tillfälle. Variationen mellan kommunerna är dock stor. Det totala antalet individer som mäts uppgår till 6 000–8 000 per tillfälle under åren 2013–2014. Detta motsvarar cirka 25 procent av de platser som finns på de särskilda boendena i deltagande kommuner.

För att delta i de kommunala mätningarna måste kommunen vara ansluten till Senior alert. De individer som mäts behöver inte vara registrerade i registret när mätningen genomförs, men resultaten registreras i registret. Det finns därmed en risk att kommuner i högre grad genomför mätningar vid de vårdenheter som redan registrerar äldre. Om så är fallet kommer vi att underskatta de verkliga effekterna av registret. Detta av skäl vi ovan nämnt – vi kommer i så fall att jämföra vårdutfallet för registrerade individer med varandra, snarare än mellan registrerade och icke-registrerade individer.

Svenska palliativregistret

I analysen över Svenska palliativregistret har vi använt oss av två utfallsvariabler: andelen avlidna på sjukhus och andelen avlidna med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet. Uppgifter om dödsplats samlas in via dödsbevisen. Ett visst bortfall (cirka 10–15 procent), som minskat över tid, förekommer för de uppgifter som rör dödsplats. Analysen baseras på de individer som är 65 år eller äldre. När det gäller avlidna med två eller fler inskrivningar de sista 30 dagarna har

materialet inte avgränsats åldersmässigt. Vi bedömer ändå att måttet framför allt fångar den undersökta målgruppen, eftersom individer 65 år eller äldre utgör cirka 90 procent av de avlidna ett givet år.

Källan för dessa två variabler är Socialstyrelsen samt egna beräkningar.

Beräkning av täckningsgrad

Det finns inga exakta uppgifter om hur stor målgruppen är för Senior alert, varken på kommunal nivå eller på landstingsnivå. Vi har därför avgränsat de kommunala registreringarna till att avse endast individer i särskilda boenden, och vi relaterar antalet unika registreringar till antalet platser på särskilda boenden i kommunen. På landstingsnivå har vi avgränsat analysen till den somatiska sjukhusvården och relaterar antalet registreringar till antalet patienter i åldern 65 år eller äldre. Observera att täckningsgraden med detta sätt att mäta kan överstiga 100 procent. Framför allt gäller detta på kommunal nivå där antalet personer som bor på särskilda boenden under ett år överstiger antalet platser. Underlaget är hämtat från kommun- och landstingsdatabasen (Kolada). Vi har också kört modellerna för Senior alert med täckningsgraden mätt på ett alternativt sätt, där vi mäter den som antalet riskbedömningar för fall eller sår i förhållande till antalet platser på särskilda boenden eller antalet patienter 65 år eller äldre. Resultaten är snarlika.

För Svenska palliativregistret har täckningsgraden beräknats som antalet väntade avlidna som registrerats delat med antalet förväntade avlidna per landsting. Antalet förväntade avlidna är beräknat som det totala antalet avlidna multiplicerat med 0,8, vilket är den andel av de avlidna som normalt antas vara väntade.

Kostnader

Vårdkostnader är, till skillnad från många andra faktorer som skiljer kommuner och landsting åt, någonting som kan förändras relativt snabbt. Politiska beslut kan göra att resurserna ökar eller minskar på ett sätt som kan påverka vårdkvaliteten. Därför har vi valt att kontrollera våra modeller för detta. På landstingsnivå mäts kostnaderna för specialiserad somatisk vård (exklusive läkemedel) i kronor per invånare. På kommunal nivå mäts de som kostnad per boende vid särskilt boende. Underlaget är hämtat från Kolada.

Kommuner och landsting som ingår i analyserna

Samtliga kommuner och landsting som vi har heltäckande data för ingår i analyserna. Totalt ingår 65 kommuner i analysen. På landstingsnivå ingår alla landsting förutom Gotland i analysen, och det är till följd av att det saknas uppgifter om deras sjukvårdskostnader.

Enkätundersökningar

Vi har skickat ut tre enkäter med följande teman:

- Långsiktigt förbättringsarbete.
- Kvalitetssäkrad välfärd.
- Användning av prestationsbaserad ersättning.

Långsiktigt förbättringsarbete

Svarsfrekvens: 63 procent.

Enkäten innehöll frågor om de tre projekten Ledningskraft, Kvalitetssäkrad välfärd och Lokalt analysarbete. Syftet med enkäten var att ta reda på om de olika projekten bidragit till utveckling i linje med respektive syfte.

Enkäten gick ut till samtliga 416 personer som deltagit i Ledningskraftsteamerna. Av dessa meddelade 16 personer att de inte kunde besvara frågorna av olika skäl. Nettourvalet är således 400 personer. Av dem besvarade 252 personer enkäten. Bland svarspersonerna angav 139 personer att de hade någon typ av chefsbefattning. Andra vanliga befattningar var utvecklingsledare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, strateger och utvecklare.

Eftersom vi använde en befintlig adresslista från projektiden är det sannolikt att flera har slutat och därför inte nåtts av enkäten. Det finns också personer som har hört av sig och meddelat att de har deltagit i för liten utsträckning för att kunna besvara frågorna. Det är därför sannolikt att flera av personerna i urvalet inte svarat av dessa anledningar.

Kvalitetssäkrad välfärd

Svarsfrekvens: 80 procent.

Eftersom vi kunde konstatera att projektet Kvalitetssäkrad välfärd var relativt okänt för deltagarna i Ledningskraft gick vi ut med en enkät till

några av de kommuner som deltagit aktivt i nätverken inom Kvalitets-säkrad välfärd. Detta för att få en bild av hur deltagandet påverkat kommunernas arbete med uppföljning och kontroll av välfärdstjänster. SKL bistod med adresslista. Enkäten skickades ut till 48 kommuner, varav 3 avanmälde sig. Nettourvalet var således 45 kommuner. Sammanlagt besvarade 36 kommuner enkäten.

Det är framför allt verksamhetscontrollers, kvalitetsstrateger, utvecklingsstrateger och personer i liknande befattningar som besvarat enkäten, men även chefer inom det sociala området.

Användning prestationsbaserad ersättning

En enkät skickades ut till samtliga kommuner och landsting. Vi frågade om hur den prestationsbaserade ersättningen hade använts och hur den hade fördelats. Syftet med enkäten var också att ta reda på i vilken utsträckning privata utförare tagit del av medlen. I enkäten till kommunerna frågade vi även om hur svarspersonerna upplevde det stöd som kommunen fått från SKL.

Kommuner

Svarsfrekvens: 77 procent.

Enkäten skickades ut till kommunernas äldreomsorgschefer alternativt socialchefer. Vilka befattningar de personer som i praktiken svarade på enkäten kan dock variera. Av 290 kommuner inkom svar från 223 kommuner.

Landsting

Svarsfrekvens: 76 procent.

Enkäten skickades ut till hälso- och sjukvårdsdirektörer alternativt landstings- eller regiondirektörer i landstingen och regionerna. Vilka personer som i praktiken svarade på enkäten kan dock variera. Sammanlagt inkom svar från 16 av 21 landsting.