



LEVERANS 4 STUDIEBESÖKSRAPPORT

RSS/SC2019/127/ Förbättra kommunernas förmåga att bedöma den övergripande kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård för äldre

AARC Consortium



Funded by the Structural Reform Support Programme of the European Union and implemented in cooperation with the EC Directorate General for Structural Reform Support (DG REFORM)



Innehåll

Sammanfattning.....	1
Introduktion	3
Rapport Från Studiebesöket 1: Skottland	4
Rapport Från Studiebesöket 2: Nederländerna.....	31



Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att ge en detaljerad beskrivning av de policyer och ramverk som används för att bedöma kvaliteten på hälso- och sjukvård i hemmet, på äldreboenden och i särskilt boende för äldre personer med funktionsnedsättning i två länder, Skottland och Nederländerna.

Under den inledande fasen av projektet genomfördes inledande studier av de fem länder som analyserats som fallstudier av god praxis för att hjälpa till att bygga ett ramverk för bedömning av svenska kommuner (fallstudierapport 3).

De två utvalda länderna studeras här för att förbättra djupet i den information och data som samlats in under föregående fas, bland annat genom att undersöka i) hur bedömningsramverket utformats och implementerats i praktiken; ii) hur olika aktörer samordnar sin verksamhet inom detta verksamhetsområde; och iii) vilka är fördelarna / utmaningarna / behoven för förbättring av varje ramverk.

De två länderna valdes ut utifrån de likheter som hittats med Sverige när det gäller vård och omsorg i kommuner och innovationsnivå i systemen.

Virtuella besök i Skottland gjordes 7 oktober och 14 december 2021. Den 20 och 21 januari 2022 ägde motsvarande virtuella besök rum i Nederländerna.

Båda studiebesöken var ursprungligen planerade att arrangeras på plats, men situationen med covid-19 tvingade oss att anpassa och organisera dem virtuellt.

I Skottland låg fokus först på hur kvalitetsramar och indikatorer används för att bedöma människors upplevelse av vård. Vid det andra tillfället stod kvaliteten på närsjukvården i fokus, hur den planeras, följs upp och utvärderas på lokal och nationell nivå. Alla besök engagerade kunniga tjänstemän från relevanta delar av det skotska sjukvårdssystemet.

I Nederländerna diskuterades kvalitetsramar och indikatorer, särskilt hur de säkerställer vårdkvaliteten för de sittande patientgrupperna och hur sociala organisationer och vårdorganisationer samverkar inom de olika vårdområdena. Under mötets första dag diskuterades kommunernas roll och uppgifter, kvalitetsramar för distriktsvården samt integrerade vård- och omsorgsnätverk. Den andra dagen fokuserade på kvalitetsramverket för hemtjänst och hur man arbetar inom de olika vårdområdena i Nederländerna.

Denna rapport sammanfattar den information som samlats in under dessa diskussioner. I Skottland inspekteras och regleras vård och omsorg för närvarande separat av två olika organ: Healthcare Improvement Scotland (HIS) för hälso- och sjukvård och Care Inspectorate för socialtjänst. Medan standarden och erfarenheten av övergripande vård på äldreboenden, i hemmet och i särskilda boenden faller under Care Inspectorate's granskning, måste all klinisk/medicinsk vård som ges i dessa miljöer följa de tekniska standarder och kvalitetsstandarder som övervakas av HIS. Dessutom utgör National Health and Wellbeing Outcomes Framework (NHWO) som publiceras av den skotska regeringen hjärtat av det kvalitetsramverk som används inom vård- och omsorgssektorerna. Detta ramverk består av nio centrala nationella resultat som sträcker sig över båda sektorerna och är avsedda att stödja en ökad integration mellan vård och omsorg. Dessa nationella utfall definierar regeringens ambitioner för vård och omsorg över hela landet. De är utformade för att användas för planering, övervakning och rapportering av hälso- och sjukvårdstjänster. Resultaten mäts med hjälp av en uppsättning av 23 kvantitativa indikatorer ("core integration indicators") som bygger på data från en rad källor, inklusive nationella undersökningar av tjänsteanvändarnas åsikter.

I Nederländerna, eftersom hälso- och sjukvården är organiserad över olika domäner, finns det olika kvalitetsramar, vårdstandarder och riktlinjer. Studiebesöket fokuserade främst på kvalitetsramarna för äldreboenden. Kvalitetsramverket är en vägledning för hur man levererar högkvalitativ vård i hemmet



och hur vi definierar högkvalitativ hemvård. Ramverket är bindande för varje organisation i landet som levererar internmedicinsk vård och stöd till klienter med indikation för långtidsvård och är 24-timmarsberoende av vård. Kommunerna ansvarar för kvalitetsramen för socialstödslagen. Detta är inbäddat i en "policycykel" där köp av vårdtjänster organiseras.



1. Introduktion

Denna rapport avser del 4 av 9 i projektet ”Improving the capacity of municipalities in Sweden to assess the quality of healthcare delivered at home, in nursing homes and in special housing for people with functional impairments”. Projektet är EU-finansierat och leds av NTT Data i samverkan med DG Reform, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). I en tidigare del av projektet (Deliverable 3 ”Case Studies Report”) beskrivs lärdomar från arbetssätt avseende att sätta mål för och utvärdera kvaliteten i den kommunala omsorgen samt hälso- och sjukvården i fem länder: Kanada, Danmark, Nederländerna, Norge och Skottland. Syftet med den delen av projektet var att ge en detaljerad bild av olika nyckeltalsbaserade ramverk för att sätta mål och bedöma kvaliteten i vård- och omsorgsinsatser som ges till äldre och personer med funktionsnedsättning i ordinärt och särskilt boende.

Av dessa fem länder valdes två ut för att anordna studiebesök i syfte att få fördjupade kunskaper om olika ramverk och tillvägagångssätt för att sätta mål och bedöma kvaliteten i de aktuella verksamheterna:

- *Hur ramverken är utformade och använd praktiken.*
- *Hur olika aktörer samordnar sin verksamhet inom detta område.*
- *Vilka fördelar, nackdelar och behov av förbättringar som kan identifieras i respektive ramverk.*

De två länder som valts ut är följande: Skottland och Nederländerna. Motiveringen till detta val baserades på landets innovativa strategi i kombination med identifierade likheter med den svenska kontexten vad gäller kommunal hälso- och sjukvård.

De förväntade resultaten var i huvudsak följande:

- *Ökad kunskap om fördelarna med ramverken.*
- *Inspirera berörda parter och tydligt visa och skapa stöd för ett nyckeltalsbaserat ramverk i kommunal hälso- och sjukvård i Sverige.*
- *Inhämta kunskap inför kommande delar i projektet (Deliverable 5. ”Assessment Framework Report”, på svenska: ”Ett förslag till ramverk för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård till äldre”) samt deliverable 6. ”Policy Dialogue Report”.*

Båda studiebesöken var ursprungligen planerade att anordnas på plats i respektive land, men covid-19-situationen tvingade oss att anpassa oss och organisera dem digitalt.



RAPPORT FRÅN STUDIEBESÖK 1

Skottland



Innehåll

1. Inledning	6
2. Den skotska kontexten	7
3. Deltagare i studiebesök	10
4. Sammanfattning av den information som samlats in under diskussionerna	11
5. Bilagor	24
Bilaga 1: Förteckning över deltagare.....	24
Bilaga 2: Tabell över ursprungliga frågor och motsvarande svar.....	25
Bilaga 3: Webbplatser som nämns i denna rapport	28
Bilaga 4: Centrala integrationsindikatorer (utdrag).....	29



1. Inledning

Syftet med denna del av projektet var att ge projektdeltagarna en ökad förståelse av de ramverk som används i Skottland och Nederländerna för att sätta mål och bedöma kvaliteten i sådana vård- och omsorgsinsatser som ges till äldre och personer med funktionsnedsättning i ordinärt och särskilt boende.

Den 7 oktober 2021 anordnades ett digitalt studiebesök för att hjälpa berörda parter i Sverige att förstå hur ett nyckeltalsbaserat ramverk används i Skottland, inklusive vilka indikatorer som används för att bedöma människors upplevelser av vårdens/omsorgens kvalitet i denna kontext. Studiebesöket var utformat som en tre timmar lång diskussion on-line och samlade deltagare från Sverige och företrädare för vård- och omsorgsorganisationer i Skottland.

Ytterligare ett digitalt möte hölls den 14 december för att ytterligare undersöka hur kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård planeras och bedöms på lokal och nationell nivå. Vid detta 90-minutersmöte deltog en företrädare för Public Health Scotland, vilket är den aktör som ansvarar för att bedöma kvaliteten i den kommunala vården och omsorgen samt en allmänläkare med ansvar för en rad olika medicinska tjänster i sitt närområde.

I denna rapport sammanfattas den information som samlats in under dessa diskussioner som svar på *frågorna i dokumentet med frågor till studiebesök*. Frågorna grupperades för att de skotska deltagarna skulle kunna diskutera

1. hur ramverk och indikatorer utvecklas (inklusive kopplingar till politiska beslut på nationell nivå),
2. hur ramverken har implementerats och hur de används av olika aktörer,
3. hur bedömningen av utfall i olika indikatorer används, bland annat som stöd i kvalitetsförbättringsarbete samt
4. hur data hanteras på lokal/regional och nationell nivå.

Rapporten är strukturerad kring dessa fyra områden. Rapporten sammanfattar erfarenheter gällande dessa fyra områden baserat på bidragen från de olika skotska deltagarna samt ytterligare information som samlats in mellan studiebesöken.



2. Den skotska kontexten

Del tre i projektet (Deliverable 3 "Case Studies Report") gav en översikt över hur hälso- och sjukvård och social omsorg är organiserad i Skottland. Det ansågs dock viktigt att tillhandahålla ytterligare detaljer för att klargöra hur de två separata sektorerna – hälso- och sjukvård och social omsorg – samverkar kring ramverk för att sätta mål och följa upp kvaliteten i verksamheterna. Figuren nedan illustrerar detta förhållande:

Figur 1. Hälso- och sjukvård och social omsorg



Som framgår av figur 1:

a) Hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser kontrolleras och regleras separat av två olika organ: Healthcare Improvement Scotland (HIS) vad gäller för hälso- och sjukvård och Care Inspectorate för omsorgsinsatser. Utförandet och erfarenheter av vård- och omsorgsinsatser i särskilt och ordinärt boende granskas av Care Inspectorate. Dock måste all klinisk/medicinsk vård som ges i dessa miljöer även uppfylla de tekniska och kvalitetsmässiga krav som övervakas av HIS.

b) Det nationella ramverket National Health and Wellbeing Outcomes Framework (NHWO), som offentliggörs av den skotska regeringen, står i centrum för de kvalitetsramverk som används inom hälso- och sjukvården och den omsorgen. Denna ram består av nio centrala nationella mål som sträcker sig över båda sektorerna och är avsedda att stödja ökad integration mellan hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser. Dessa nationella mål definierar regeringens ambitioner för hälso- och sjukvårdstjänster i hela landet. De är utformade för att användas för planering, uppföljning och rapportering av hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser. Utfall gentemot mål mäts med hjälp av en uppsättning av 23 kvantitativa indikatorer ("kärnindikatorer") som bygger på uppgifter från en rad olika källor, däribland nationella undersökningar av vårdgivarnas åsikter. Dessa indikatorer återfinns i bilaga 4. De nio nationella målen är följande:



1	Människor kan ta hand om och förbättra sin egen hälsa och sitt välbefinnande och leva i god hälsa längre.
2	Människor, även personer med funktionsnedsättning eller långvariga tillstånd, eller som är svaga, kan, så långt det är praktiskt möjligt, leva självständigt och i hemmet eller i en hemmiljö i samhället.
3	Personer som nyttjar hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg har positiva erfarenheter av dessa tjänster och har sin värdighet respekterad.
4	Hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen är inriktade på att bidra till att upprätthålla eller förbättra livskvaliteten för de personer som använder dessa tjänster.
5	Hälso- och sjukvårdstjänster och sociala omsorgstjänster bidrar till att minska ojämlikheten i hälsa.
6	Personer som tillhandahåller obetald vård får stöd för att ta hand om sin egen hälsa och sitt eget välbefinnande, bland annat för att minska eventuella negativa effekter av deras omsorgsroll på deras egen hälsa och välbefinnande.
7	Personer som använder hälso- och sjukvård och social omsorg är säkra från skada.
8	Personer som arbetar inom hälso- och sjukvården känner sig engagerade i det arbete de utför och får stöd för att kontinuerligt förbättra information, stöd, vård och behandling som de utför.
9	Resurserna används på ett ändamålsenligt och effektivt sätt för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg.

c) Av de standarder för hälso- och sjukvård som den skotska regeringen offentliggör är fem personcentrerade nationella standarder som är inriktade på individers erfarenheter av kvaliteten på hälso- och sjukvård och omsorg. Med utgångspunkt i patienternas eller brukarnas (tjänsteanvändarnas) perspektiv anpassas standarderna direkt till NHO 1–4 som anges ovan:

1. *Jag upplever högkvalitativ vård och stöd som är rätt för mig.*
2. *Jag är fullt delaktig i alla beslut om min vård och mitt stöd.*
3. *Jag har förtroende för de människor som stöder och vårdar mig.*
4. *Jag har förtroende för den organisation som ger min omsorg och mitt stöd.*
5. *Jag upplever en miljö av hög kvalitet om organisationen tillhandahåller lokalerna.*

Varje standard omfattar cirka 30 personcentrerade kvalitativa indikatorer. Kvalitetsramverken för hälso- och sjukvård och social omsorg bygger på dessa indikatorer för granskningen av hög kvalitet i olika sammanhang.

d) I var och en av Skottlands 32 kommuner ansvarar Health & Social Care Partnerships (H&SCPs) för att utarbeta en områdesplan för de tjänster som behövs för att ta itu med lokala prioriteringar och nationella mål. Dessa områden kan betraktas som närmaste motsvarighet till Sveriges kommuner. H&SCPs omfattar företrädare för lokala myndigheter, utförare av omsorgsinsatser, de regionala nationella hälso- och sjukvårdsmyndigheterna (NHS) och allmänläkarkluster (se nedan). Syftet med dessa



partnerskap är att skapa en integrerad strategi för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård och omsorg och planeringen av dem inspekteras gemensamt av HIS och Care Inspectorate.

De två ramverk som låg till grund för det första studiebesöket är vårdinspektionens

- kvalitetsramverk för stödtjänster
- kvalitetsramverk för särskilt boende

Som nämnts ovan bygger dessa ramar i hög grad på H -SC-standarderna, men används endast i samband med omsorgsinsatser.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls i ordinärt och särskilt boende delas in i primärvårdsgrupper. Teamen leds i allmänhet av en allmänläkare (GP eller "familjeläkare") och kan omfatta olika typer av sjuksköterskor och närstående hälso- och sjukvårdspersonal (t.ex. sjukgymnaster). De flesta teammedlemmar är normalt anställda och leds av NHS Board, men majoriteten av de allmänpraktiserande läkarna är oberoende entreprenörer vars kontrakt har ingåtts med den skotska regeringen, inte med NHS. Till följd av detta är de inte föremål för kontroll av den lokala NHS-styrelsen. Läkavtalet är standardiserat på nationell nivå, med lokala prioriteringar som tillägg till standardavtalet.

Allmänläkare och tillhörande primärvårdsgrupper grupperas i "GP-kluster" i varje område. Varje kluster innehåller mellan 3 och 8 olika praktiker som betjänar en sammanlagd population på 30 000–40 000 patienter. Läkarna förväntas använda uppgifter om centrala resultat och nationellt överenskomna prioriteringar för att utvärdera sina egna tjänster. De allmänna förvaltningarnas självutvärdering är utformad för att granskas av andra allmänläkare i klustret.

En not om partnerskapsarbete i Skottland:

Ett viktigt inslag i de offentliga tjänsterna i Skottland är tonvikten på partnerskapsarbete. Det finns förväntningar på att olika organisationer kommer att samarbeta i en anda av partnerskap för att uppnå nationella mål. Så är fallet med H&SC Partnerskapen: även om de består av organisationer med mycket olika ansvarsområden sker rapporteringen normalt genom en gemensam styrelse, där ingen enskild organisation har det övergripande ansvaret för beslutsfattandet.

Även om det finns vissa starka sidor i denna modell (t.ex. att alla berörda parter deltar i beslutsprocessen) finns det också begränsningar. Det handlar om konkurrerande intressen bland berörda parter, väletablerade hierarkiers inflytande och behovet av att se till att alla parter lägger tillräckligt med resurser på att arbeta i partnerskapet.

I skrivande stund håller den skotska regeringen på att samråda om inrättandet av en nationell vårdtjänst som kommer att ersätta H&SC:s partnerskap. Denna tjänst skulle vara ett etablerat organ som är ansvarigt inför regeringen och skulle ansvara för tillhandahållandet av integrerade hälso- och sjukvårdstjänster och sociala omsorgstjänster på lokal (dvs. kommunal) nivå.



3. Deltagare i studiebesök

Studiebesök 1

Som nämnts ovan var de två ramverk som valdes ut som fokus för den första diskussionen de ramverk för vård- och omsorgsinspektionen som användes för att stödja kvaliteten i den sociala omsorgen. De skotska deltagarna valdes ut på grund av sin kunskap om och användning av ramverken och, i förlängningen, H&SC-standarderna. De omfattade följande:

Chefer/personal från enskilda vårdgivare

- Liz Skelton (LS) -Margaret Thom (MT) från Joint Dementia Initiative (JDI), Falkirk: Detta är en tjänst som erbjuder stöd till personer som lever med demens i sina egna hem.
- Elspeth McPheat (EMCP), chef för St Margarets vårdhem, ett specialiserat hem för demenssjuka.
- *Inspektionen för vård och omsorg (Care Inspectorate):*
- Dr Martha Dalton (MD), avdelningschef, metodik
- Daniel Stoddart (DS), gruppchef, vuxna
- *Skotsk vård (oberoende vårdgivares representantorganisation)*
- Dr Donald McAskills (DMCA), verkställande direktör. Scottish Care är ett organ som representerar oberoende vårdgivare.

Studiebesök 2

Fokus för det andra studiebesöket låg på kvaliteten på hälso- och sjukvården. Vid besöket tittade man särskilt på den roll som innehas av både partnerskapen mellan H&SCP och allmänpraktiserande läkare (dvs. familjeläkare). Diskussionerna inriktades på hur data samlades in, analyserades och användes som underlag för planering och utvärdering av hälso- och sjukvårdens kvalitet. De skotska deltagarna var följande:

Företrädare för Public Health Scotland (PHS):

- Martin McKenna (MMcK), förste hälsoanalytiker med uppdrag att utveckla evidensbaser för ett brett spektrum av hälso- och sjukvårdstjänster.
- Andy Deas (AD), hälsoanalytiker som bland annat har till uppgift att ge stöd till partnerskap mellan H&SCP för att effektivt använda data vid planering och övervakning av tjänster.

Allmän praktik

- David Herron (DH), allmänpraktiserande läkare och chefsläkare i Falkirk H&SC Partnership.

ANM.: Ett antal partnerskap mellan Health och Social Care kontaktades för att delta i studiebesök 2. Ingen kunde dock delta på grund av den akuta covid-status som drabbade Skottland vid den tidpunkten.

Varje deltagare/grupp av deltagare ombads att tala om sin roll och besvara de frågor som var relevanta för dem. Ytterligare frågor gavs i slutet av varje presentation. En fullständig förteckning över de skotska och svenska deltagarna finns i bilaga 1.



4. Sammanfattning av den information som samlats in under diskussionerna

I de frågor som ställdes inför studiebesöket kombinerades de frågor som identifierades i *dokumentet med frågor till studiebesök* tillsammans med nyckelfrågor som samlats in från de svenska deltagarna som en del av förberedelserna.

För att hjälpa de skotska deltagarna att tillhandahålla den information som krävs delades frågorna in i fyra huvudteman som anges ovan. I stället gjordes smärre ändringar för att ifrågasätta ordalydelsen för att underlätta förståelsen. Nedan följer en sammanfattning av den information som deltagarna lämnat på varje fråga.

Bilaga 2 innehåller en tabell som visar var svaren på de ursprungliga frågorna finns i detta avsnitt.

1. Hur ramarna och indikatorerna utvecklades (inklusive kopplingar till nationell politik)

I frågorna i detta avsnitt tittade man på ramarnas huvudsyfte och hur viktiga mål definieras. Studiebesök 1 var inriktat på de utvalda ramverken för vård- och omsorgsinspektionen samt på H&SC-standarderna. Vård- och omsorgsinspektionen och Scottish Care hade alla deltagit i utarbetandet av ramverken och kunde ge en inblick i målen och processen.

I studiebesök 2 tittade man på NHWO:s grundläggande integrationsindikatorer och deras kopplingar till H&SC-standarder

<p>a) <i>Finns det en koppling mellan politiska ambitioner/visioner och indikatorerna i ramarna?</i></p>	<p>Den skotska regeringens ambition är att hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen ska fungera på ett integrerat sätt utifrån enskilda personers behov och tillhandahålla högkvalitativ, personcentrerad vård som återspeglar individens rätt att delta fullt ut i vårdbeslut som rör dem. Både National Health and Wellbeing Outcomes (NHWO) och H-SC-standarderna fokuserar på hur människor ser på sin erfarenhet av vård. Indikatorerna för NHWO är mekanismer för kvantitativ mätning av förbättringar på viktiga områden, medan H-SC-standardindikatorerna ger mer detaljerade kvalitativa åtgärder till stöd för NHWO 1–4.</p> <p>Vård- och omsorgsinspektionens kvalitetsramverk för stödtjänster och för vårdhem kartlägger direkt på H -SC-standarderna. I studiebesök 1 lyfte både Care Inspectorate och skotska vårdpersonalen fram denna direkta länk.</p> <p>DS och DMCA betonade båda att H-SC-standarderna ger en enhetlig uppsättning standarder som är inriktade på individens erfarenhet av vård och som är utformade för att tillämpas i alla hälso- och sjukvårdsmiljöer. DMCA hade varit medlem i den styrkommitté som var involverad i utarbetandet av H&SC-standarderna och betonade den människorättsstrategi som valts i utvecklingen, med fokus på hur människor upplever omsorg snarare än bara på</p>
--	---



	kvantitativa åtgärder.
<i>b) Hur vet du om ramarna/indikatorerna är relevanta för vårdgivarna?</i>	<p>DS och DMCA betonade att utvecklingen av H&SC:s standarder och de tillhörande ramarna för vård- och omsorgsinspektionen omfattade omfattande samråd med vårdgivare och med vårdbehövande personer och deras familjer/vårdgivare för att se till att de var relevanta för den vård som tillhandahålls.</p> <p>Både DH och MMcK noterade att de grundläggande indikatorerna, utöver att integrera uppgifter som samlats in om människors erfarenhet av vård, integrerar uppgifter som redan samlas in rutinmässigt av allmänläkare och andra hälso- och sjukvårdstjänster (t.ex. antal fall, antal akutbesök på sjukhus). Den viktigaste innovationen ligger i det sätt på vilket kärnindikatorerna grupperas och används snarare än i själva de kvantitativa indikatorerna.</p>
<i>c) Är indikatorerna avsedda att styra förändringar på nationell nivå (eller är de endast verktyg för bedömning av enskilda leverantörer)?</i>	<p>Som nämnts ovan utformades både NHWO och H&SC för att stödja en större integrering av hälso- och sjukvårdstjänster och sociala omsorgstjänster runt om individen och används av båda tjänsteområdena för att förbättra kvaliteten.</p> <p>MMcK förklarade att det är Public Health Scotland (PHS) som ska sammanställa, analysera och rapportera uppgifter på både nationell och lokal nivå. Detta inbegriper rapporter till den skotska regeringen för att göra det möjligt att bedöma framstegen mot målen, och rapporter till HU-SC-partnerskap för att göra det möjligt för dem att bedöma kvaliteten på tillhandahållandet och prioriteringarna på sitt område.</p>
<i>d) Finns det fastställda mål för varje indikator för att mäta vårdgivarnas resultat?</i>	<p>Både MMcK och DS noterade att det under de senaste åren har skett en övergång från kvantitativa mål till ett mer förbättringsinriktat mål på årlig förbättring av tjänstesektorn. Det anses att detta bidrar till att på ett bättre sätt ta itu med de olika behoven och prioriteringarna i olika områden i landet.</p> <p>I databasen beskrevs hur indikatorerna i Care Inspectorates ramar i första hand utformades för att göra det möjligt för leverantörer att överväga och planera hur och var de skulle kunna förbättra tjänsterna. Det ansågs att fastställandet av mål för de sex nyckelområden som ingår i ramarna skulle motverka denna inriktning på förbättringar och i stället uppmuntra till en "kryssruta" för att uppnå målen. Det betonades att alla inspektionsrapporter, inklusive resultat inom varje område, finns tillgängliga för allmänheten på</p>



	<p>Care Inspectorates webbplats. På så sätt kan personer som kanske söker vårdgivare använda resultaten som underlag för sina beslut. På samma sätt kan H&SCPs kontaktpunkter få tillgång till data på individuell basis för att granska de olika leverantörernas resultat inom sitt område och ta emot aggregerade uppgifter från PHS för att på lokal/regional nivå fastställa hur väl leverantörerna presterar.</p>
<p>e) Kan indikatorerna ändras (t.ex. läggas till/strykas/ändras)? Om så är fallet, vad är processen?</p>	<p>DS betonade den samproduktionsmodell som låg till grund för utvecklingen av ramverken för vård- och omsorgsinspektionen, och att återkoppling inhämtades från dem som använde dessa. Båda ramverken offentliggjordes nyligen (2019 och 2020) och endast ett begränsat antal inspektioner hade genomförts innan nya covid-19-åtgärder infördes.</p>
<p>f) Har några ändringar av indikatorerna gjorts till följd av covid-19?</p>	<p>Som svar på covid-19 lades ytterligare en fråga till vårdinspektionens ramar. Nyckelfråga 7 innehöll 3 nya indikatorer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Människors hälsa och välbefinnande stöds och skyddas under covid-19-pandemin• Rutiner för förebyggande och kontroll av infektioner stöder en säker miljö för patienter och vårdpersonal• Personalarrangemangen är anpassade till förändringarna av vård- och omsorgsbehov. <p>Inspektionerna under pandemin har fokuserat på dessa indikatorer. Både EMCP och DMCA förklarade dock att tillämpningen av dessa indikatorer på vårdhem visade på en mycket tydlig klyfta mellan en medicinsk och en vårdmodell för infektionskontroll, vilket belyste ett hinder för integrerat arbete. De ansåg att det hade glömts bort att vårdhemmet först och främst är individens hem och inte en sjukhusmiljö, och att det inte var lämpligt att förvänta sig rutiner för sjukdomskontroll i en socialvårdsmiljö</p>
<p>g) Ramverket innehåller endast kvalitativa indikatorer. Vissa faktorer, såsom personalen, kan dock mycket väl vara svåra att bedöma utan kvantitativa uppgifter. Finns det någon anledning att undvika kvantitativa indikatorer?</p>	<p>Även om indikatorerna i vård- och omsorgsinspektionens stödtjänster och ramar för vård och omsorg i hemmet är kvalitativa, åtföljs varje indikator av en förteckning över de typer av information som inspektören kommer att söka eller som bör ses över i självutvärderingen. Dessa bevis omfattar både kvalitativ information (t.ex. observation, diskussioner med personal och patient/brukare) och kvantitativ information (t.ex. granskning av register). Till exempel kan det styrkas att "personalen är väl styrd" kommer att omfatta granskning av dokumentation såsom</p>



utbildningsdokumentation, bedömningar och utplacering.

2. Hur ramarna och indikatorerna genomförs och används

I frågorna i detta avsnitt tittade man på olika aspekter av processen för övervakning och rapportering av kvaliteten på vården i förhållande till indikatorer. I studiebesök 1 undersöktes processen för att övervaka kvaliteten på den sociala omsorgen i förhållande till vårdinspektionens ramar. I studiebesök 2 undersöktes hur kvaliteten på hälso- och sjukvården följs upp av allmänläkare och PHS, och GP-klusternas roll när det gäller att använda uppgifterna. Hälso- och sjukvårdsspecifik information har integrerats där så är relevant.

1. Hur ramarna och indikatorerna genomförs och används

<p>a) Vad är syftet med att följa upp och rapportera om vården i förhållande till indikatorerna?</p>	<p>DS och MD betonade att det huvudsakliga syftet med uppföljnings- och rapporteringsprocessen är att försäkra befolkningen i Skottland om kvaliteten på den vård som tillhandahålls av olika vårdgivare. Enligt lag måste alla vårdgivare i Skottland vara registrerade och vårdinspektionen har till uppgift att reglera dessa vårdgivare. Övervaknings- och rapporteringsprocessen är en del av kraven för att uppnå och upprätthålla denna registrering.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>DH konstaterade att allmänläkare ansvarar för att lämna in uppgifter och följa upp hur de fungerar i förhållande till grundläggande integrationsindikatorer. Denna uppföljning har effekter på tre nivåer: det gör det möjligt för enskilda metoder att identifiera områden där förbättringar kan göras. det gör det möjligt för GP-kluster att identifiera lokala behov och utveckla sätt att tillgodose dessa behov. och det möjliggör nationell rapportering mot NHWO.</p>
<p>b) Vem deltar i processen?</p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>Vårdinspektionen genomför regelbundet oanmälda inspektioner av vårdgivare. En riskbaserad strategi för planeringen av inspektionerna tillämpas, med fler besök hos vårdgivare där man vid inspektioner har identifierat risker.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>Läkare ansvarar för att övervaka och rapportera om vårdens kvalitet i praktiken som en del av kontraktet. med den skotska regeringen. De centrala integrationsindikatorerna är indelade i två kategorier: uppgifter som samlas in direkt från vårdanvändare och uppgifter som samlas in från hälso- och sjukvårdssystemen (t.ex. läkare och sjukhusregister). Uppgifter om serviceanvändarnas erfarenheter samlas in från forum för patientpartnerskap som matas in i</p>



	<p>hälsovårdsprogrammet och via den <u>nationella undersökningen om hälso- och sjukvård</u> som drivs av PHS.</p>
<p>c) Vem definierar vad som menas med "god kvalitet"?</p>	<p>"God kvalitet" i erfarenheterna av hälso- och sjukvård och social omsorg definieras i den skotska regeringens standarder för hälso- och sjukvård och social omsorg. Dessa standarder utarbetades i samråd med tillsynsmyndigheterna, leverantörerna och allmänheten.</p>
<p>d) Hur vet du att tjänsteleverantörernas behov bedöms och tillgodoses på lämpligt sätt? Vem deltar i beslutsfattandet?</p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>EMCP, LS, MT och DS talade alla om vikten av planen för personlig vård. Enligt lag måste alla som tar emot vård- och omsorgstjänster ha en plan för personlig vård som beskriver deras vårdbehov och hur de tillgodoses. Vårdplanen ska utarbetas av vårdgivaren genom en diskussion med den enskilde tjänstemottagaren (eller dennes familj/vårdsnadshavare om de inte kan föra sin talan själv). Vårdplanen är central för att spåra hur vården tillhandahålls och måste uppdateras för att beskriva all vård och alla beslut som fattas. Planer för personlig vård ingår bland de dokument som granskas vid tillsyn av vård- och omsorgsinspektionen.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>GP-klustren ansvarar för att se över tillhandahållandet av tjänster inom sitt område och för att fatta beslut om hur denna bestämmelse kan förbättras. DH gav exempel:</p> <ul style="list-style-type: none">• I det GP-kluster han arbetar i konstaterades att varje läkare kan ha patienter på ett antal olika vårdhem i det lokala området och detta sätter press på läkartiden. Läkarmottagningarna i klustret arbetade tillsammans med vårdboenden för att införa ett matchningsprogram, där varje allmänpraktiserande läkare skulle tillhandahålla tjänster till patienter på namngivna vårdhem. Även om detta innebär en överföring av patienter från en allmänpraktiserande läkare till en annan innebär det faktum att de arbetar tillsammans i ett kluster att de kan göra mer effektiva överlämnanden.
<p>e) Vilket är huvudsyftet med uppföljning och återkoppling? Är det för att säkerställa efterlevnad eller för att förbättra lärandet – eller båda?</p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>DS förklarade att även om uppföljning är ett grundläggande krav för registrering betraktade vårdinspektionen uppföljningsprocessen som en kvalitetsförbättring i stället för att bara uppfylla kraven. Han betonade att övergången från en uppsättning "kryssrutor" gjorde det möjligt för vårdgivare att bestämma hur deras tjänster skulle kunna och bör uppfylla</p>



	<p>indikatorerna. Han anser att detta tillvägagångssätt innebär en övergång från inspektion till allmänna minimikrav, som enligt honom snarare syftar till att säkerställa efterlevnaden än till att främja förbättringar. Han anser att detta återspeglar bristande förtroende för leverantörerna, samtidigt som en förbättringsfokuserad ram uppmuntrar till mer målinriktade diskussioner. EMCP betonade dock att även om kvalitetsramverken ger denna möjlighet finns det andra lagstadgade krav i lagstiftningen (t.ex. om lokaler, personalstyrka osv.) som leverantörerna måste uppfylla. Både hon och DMCA talade också om återgången till efterlevnadsinriktade inspektioner till följd av covid-19-restriktionerna, och hur detta belyste tydliga skillnader mellan förväntningarna på klinisk vård och social omsorg. De nämnde exempel där en klinisk strategi för infektionskontroll hade införts i vårdhem genom inspektion. Enligt deras uppfattning är vårdhem först och främst människors hem och de nämner exempel på att människors tillhörigheter avlägsnas eftersom de ansågs skapa en infektionsrisk. Båda ansåg att detta innebar ett steg bakåt i fråga om inspektion och undergrävde målet med en helt integrerad tjänst.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>Huvudsyftet med uppföljning är att göra det möjligt att identifiera områden där förbättringar kan göras. Ett system för inbördes utvärdering håller på att utvecklas för att möjliggöra viss extern medverkan i denna process, där kollegor i klustret utvärderar resultaten av varandras övervakning och ger återkoppling på denna uppföljning.</p> <p>Arbetet med god laboratoriesed följs också upp för att se till att kraven i GPP-kontraktet uppfylls.</p>
<p>f) Hur är resultaten av analyserade inspektioner?</p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>MD och DS förklarade att inspektionernas karaktär och poängsystemet innebär att resultaten kan användas direkt från rapporten utan analys. Efter en inspektion poängsätts de områden som inspekteras mot ramverket på en skala på 6 poäng (6 = utmärkt, 1 = otillfredsställande). Vägledning ges om hur skalan ska tillämpas och tolkas. Inspektionsrapporterna innehåller poängen för de inspekterade områdena med en motivering för varje beslut om poängsättning.</p> <p>MD beskrev hur vårdinspektionen använder inspektionsresultaten för att identifiera framväxande teman eller områden för övergripande förbättringar. Detta ligger till grund för inspektionens planeringsprocesser.</p>



	<p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>Läkarmottagningarna är inte föremål för inspektion.</p>
<p>g) <i>Hur ges återkoppling (t.ex. vem som är involverad? Hur görs den – t.ex. muntligen?)?</i></p>	<p>Inspektionsbesöket avslutas med en återkopplingsdiskussion mellan inspektionsgruppen och vårdgivaren. Både EMCP och MT talade om vikten av denna diskussion: det gör det möjligt för vårdgivaren att få en detaljerad förståelse av eventuella problem som har identifierats och att tillhandahålla all ytterligare information som inspektören kan behöva. En skriftlig slutrapport lämnas också. Rapporten laddas upp på vårdinspektionens webbplats och är allmänt tillgänglig.</p>
<p>h) <i>Hur arbetar personalen med att mäta och förbättra kvaliteten? Vem är involverad i att vidta åtgärder på grundval av återkoppling?</i></p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>LS beskrev hur JDI-personalen (demensteamet) använder både standarderna och vårdinspektionens rapporter för att identifiera hur de kan förbättra sina tjänster. Personalen träffas för att diskutera resultaten och informera om planer för att ta itu med eventuella rekommendationer eller bygga vidare på förslag. Med tanke på den allra senaste tidens införande av kvalitetsramverket för stödtjänster betonade hon att JDI-personalen arbetar direkt med H&SC-standarderna (källdokumentet för ramverket). Hon betonade också att standarderna har gett viktigt stöd för att hjälpa personalen att reflektera över sin praxis och för att identifiera hur de på individuell nivå integrerar standarderna i sitt dagliga arbete.</p> <p>EMCP beskrev att hennes vårdhem är en del av en större organisation som tillhandahåller en rad olika tjänster. På organisationsnivå har de sett över sina avdelningar i förhållande till H&SC-standarderna för att hjälpa dem att utforma en övergripande ram för tillsyn och för att identifiera hur de kan bevisa sitt arbete mot de olika indikatorerna.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>DH framhöll att han i egenskap av allmänläkare leder ett team av hälso- och sjukvårdspersonal, däribland närstående vårdpersonal, sjuksköterskor och chefer för mottagningar. De arbetar tillsammans för att identifiera områden där det finns utrymme för förbättringar i praktiken</p>
<p>i) <i>Vilket ansvar har läkaren för kvaliteten på hälso- och sjukvården?</i></p>	<p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>DH framhöll att han i egenskap av allmänläkare leder ett team av hälso- och sjukvårdspersonal, däribland närstående vårdpersonal, sjuksköterskor och chefer för mottagningar. De arbetar tillsammans för att identifiera områden där det finns utrymme för förbättringar i praktiken.</p>



	<p>Det övergripande ansvaret för primärvårdens kvalitet faller dock inte enbart på allmänläkaren. Även om denne har en ledande roll när det gäller att garantera och förbättra kvaliteten på primärvården i Skottland, överlåter den skotska regeringen det övergripande ansvaret för olika kvalitetsaspekter till ett antal inbördes relaterade partnerskap inom varje kommun.</p> <p>Läkarens roll och ansvar definieras i General Medical Services (Scotland) Contract (nedan kallat GP-avtalet). Detta är ett gemensamt avtal mellan den skotska regeringen och British Medical Association (BMA) som definierar allmänläkarnas roll som en allmänpraktiserande expert med ett visst antal ansvarsområden inom primärvården. Det handlar bland annat om att tillhandahålla kliniskt ledarskap för kvalitetsförbättring. En del av denna roll är att tillhandahålla ledarskap för grupper av primärvårdspersonal i samhället (t.ex. sjuksköterskor, sjukgymnaster, farmaceuter). Det är dock viktigt att påpeka att denna primärvårdspersonal är anställd och förvaltas av den lokala NHS-styrelsen.</p> <p>I ett samförståndsavtal mellan den skotska regeringen, BMA, H&SC Partnership och NHS Boards fastställs de olika gruppernas respektive roller när det gäller att förbättra kvaliteten på primärvården. I detta samförståndsavtal betonas särskilt följande: att förbättra den lokala omsorgen i samhället måste bygga på ett effektivt samarbete mellan läkare, H&SCP, NHS-styrelser och andra partners, och värdera bidragen från dem som tillhandahåller dessa tjänster.</p> <p>GP-klustren har ett betydande ansvar för att planera kvalitetsförbättringar och samarbeta med sina lokala partnerskap för att prioritera dessa förbättringar. År 2017 offentliggjorde den skotska regeringen ”Improving Together: En nationell ram för kvalitets- och GP-kluster i Skottland för att stödja detta arbete.</p> <p>Covid-19 har haft en betydande inverkan på planerna i både GP-avtalet och samförståndsavtalet. Detta återspeglas i en nyligen genomförd uppdatering av GP-avtalet från den skotska regeringen och BMA. Även om den övergripande inriktningen för planerna fortfarande är i oförändrat skick har vissa tjänster som tillhandahölls av läkarna nu överförts till andra delar av NHS.</p>
<p>j) Om en kvalitetsinspektion av en vårdgivare inte uppfyller kraven på ”tillhandahållande av vård av god kvalitet”, har det några konsekvenser för</p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>Vård- och omsorgsinspektionen har en <u>fastställd process att följa om vårdgivarna inte uppfyller kraven</u>. Inspektörerna kan identifiera förbättrings krav som vårdgivaren måste uppfylla inom en viss tidsram. Om vårdgivaren inte uppfyller kraven</p>



<p><i>den rättsliga, ekonomiska eller sociala nivån?</i></p>	<p>kan han eller hon delges ett verkställighetsbeslut som anger vad de måste göra för att behålla sin registrering. Vårdgivare som inte gör de framsteg som krävs kan komma att annulleras (dvs. få sin registrering borttagen, vilket gör det omöjligt för dem att bedriva sin verksamhet). I högriskfall kan vård- och omsorgsinspektionen vända sig till domstol med en begäran om att en nödsituation ska råda.</p>
<p><i>k) Kvalitetsramverken är också avsedda att användas som verktyg för självvärdering för vårdgivare. Regleras dessa självvärderingar på något sätt av vård- och omsorgsinspektionen eller någon annan myndighet?</i></p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>DS förklarade att ramarna är mycket nya och att covid-19 har lett till förseningar i genomförandet av planerna för egenutvärderingsaspekten av arbetet. Man räknar dock med att självvärderingen kommer att hjälpa vård- och omsorgsinspektionen att utveckla sin riskbaserade inspektionsmetod och bidra till att identifiera områden för övervakning.</p>
<p><i>l) Hur används kvalitetsramverk och indikatorer som mäts på officiell nivå?</i></p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>Även om leverantörerna beskrev hur de använder ramarna som utvecklingsverktyg, mäts denna typ av arbete för närvarande inte på nationell nivå. Kravet på inspektion av vård- och omsorgsinspektionen innebär dock att alla leverantörer måste belägga indikatorerna.</p>
<p><i>m) Hur spåras efterlevnaden på nationell nivå? Finns det ett samband mellan lagstiftning, indikatorer, uppföljning och påföljder?</i></p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>Som nämnts ovan är registrering vid vårdinspektionen ett rättsligt krav för alla vårdgivare i Skottland. För att kunna stanna kvar i registret måste vårdgivarna visa att de uppfyller indikatorernas krav. För mer information, se punkt 2i ovan.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>Som nämnts ovan är kravet på rapportering mot nationella indikatorer ett krav i GP-avtalet mellan läkare och den skotska regeringen.</p>
<p><i>n) Vem har tillgång till resultaten av uppföljningen i förhållande till standarderna?</i></p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>Det finns inga begränsningar för tillgången till resultaten av övervakningen i förhållande till standarder. Alla inspektionsrapporter finns tillgängliga för allmänheten på vårdinspektionens webbplats. Detta innebär till exempel att allmänheten kan använda dem som underlag för sina beslut när de väljer vårdgivare. Vårdinspektionen förser också H&SCP med aggregerade uppgifter på lokal/regional nivå. Slutligen offentliggörs den nationella aggregerade statistiken varje kvartal på vårdinspektionens webbplats.</p>



	<p>Vård- och omsorgsinspektionen är också skyldig att regelbundet lämna in rapporter om sina inspektioner till den skotska regeringen.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>PHS offentliggör kvartalsrapporter om resultaten i förhållande till de grundläggande integrationsindikatorerna samt resultaten av den vartannat år återkommande undersökningen om hälso- och sjukvård. Alla rapporter finns tillgängliga på PHS webbplats. Dessa kan nås på flera olika nivåer: på nationell nivå, H – SCP, GP-klustret, och enskild läkarmottagning.</p>
--	---

3. Hur tillsynsuppgifterna används

Frågorna i detta avsnitt inriktades på några av de aspekter av uppgiftsinsamlingen som påverkar både leverantörer och H&SCP.

<p>a) <i>Vilka utmaningar står vårdgivare och myndigheter inför när de samlar in uppgifter om vårdens kvalitet?</i></p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>Varje indikator i kvalitetsramverken stöds av en förteckning över bevis som inspektörerna kommer att utnyttja under granskningsverksamheten. Förteckningarna innehåller de register som leverantörerna systematiskt bör föra, och inspektörerna kommer att titta på status och kvalitet på journalföring under inspektionen. LS betonade att det, med tanke på att alla inspektioner genomförs oanmälda, är viktigt för all personal att se till att lämpliga register, såsom omsorgsplaner, alltid förs väl.</p> <p>EMCP beskrev några av de problem som vårdgivare i hemmet hade med att samla in uppgifter, särskilt till följd av covid-19. Vårdhem i Skottland drabbades särskilt hårt under pandemins tidiga dagar, vilket ledde till att inspektionskraven mot den nya fråga 7 i ramarna påskyndades. Vårdhem var skyldiga att lämna uppgifter varje vecka och som nämnts ovan var vårdinspektionen skyldig att regelbundet rapportera till den skotska regeringen.</p> <p><i>Hälso- och sjukvård</i></p> <p>DH beskrev mottagningschefens centrala roll när det gäller att bidra till att säkerställa att data samlas in och lämnas in i tid.</p> <p><i>Folkhälsa i Skottland</i></p> <p>MMcK noterade två nyckelfrågor för en effektiv insamling av uppgifter om indikatorerna, särskilt när det gäller att kombinera uppgifter från olika källor: Detta beror på att</p> <ul style="list-style-type: none">• det finns ett stort antal olika system som används för inlämning av uppgifter,
---	--



	<ul style="list-style-type: none">• även om PHS offentliggör vägledning om formatet följer inte alla leverantörer denna vägledning,• även om uppgifter har samlats in från vårdgivare i många år är processen för insamling av uppgifter relativt ny. Till följd av detta är uppgifter från dessa källor inte alltid fullständiga eller kompatibla med nationella dataset.
<p>b) <i>Hur samlas data in och används mellan inspektionerna?</i></p> <p>c) <i>Har vårdgivare/personal tillgång till regelbundet uppdaterad information om prestationer? Om så är fallet, hur administreras detta?</i></p>	<p>Information Services Division (ISD) of Public Health Scotland (PHS) ansvarar för att samla in och analysera uppgifter inom ett brett spektrum av hälso- och sjukvårdstjänster. Som nämnts ovan offentliggör PHS statistiska analyser av användningen av tjänster och ger tillgång till dataset på regional och nationell nivå samt på nivån för enskilda leverantörer/kluster.</p> <p>Även om nationella uppgifter offentliggörs kvartalsvis lämnas de fortlöpande in. MMcK beskrev hur H&SCP och GP-kluster kan samarbeta med LIST-gruppen för att använda aktuella data som underlag för planeringen.</p>
<p>d) <i>Har vårdpersonal som arbetar med vård fått den utbildning som behövs för att använda kvalitetsmättningsverktygen?</i></p>	<p><i>Social omsorg</i></p> <p>DS och MD betonade att kvalitetsramverken omfattar kopplingar till verktyg för kvalitetsförbättring som leverantörerna kan använda för att hjälpa till att både vägleda och mäta förbättringar. Materialet finns tillgängligt för leverantörerna via <u>Improvement Hub</u> på vårdinspektionens webbplats.</p>



<p>e) <i>Finns det befintliga program som syftar till att utveckla eller stärka lokal förmåga att analysera data för att identifiera den verksamhet som krävs för att förbättra kvaliteten?</i></p> <p>f) <i>Hur gör de lokala myndigheterna för att undvika överlappningar och överlappningar mellan olika</i></p> <p>g) <i>Har du möjligheter att få tillgång till och använda befintliga uppgifter som redan sammanställts för att undvika extra administrativa uppgifter?</i></p>	<p>Public Health Scotland ger H&SCP ett brett stöd för att hjälpa partnerskapen att dra största möjliga nytta av de uppgifter som finns tillgängliga för dem i syfte att planera förbättringar på sitt område. Stödet omfattar följande:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lokala stödgrupper för underrättelseverksamhet (LIST) som har dataspecialister fått i uppdrag att arbeta med H&SCP för att hjälpa dem att utveckla färdigheter i dataanvändning• En vägledning till data för att underlätta H&SCP:s planering genom en förteckning över de datakällor som H&SCP bör använda som underlag för sina planer och som tillhandahåller länkar till dessa uppgifter.• Länkar till ett stort antal uppgifter om social omsorg i tillägg till hälso- och sjukvårdsuppgifter för att stödja integreringen av tjänster.• Stöd till GP-kluster för att göra det möjligt för dem att gå till en samling med uppgifter som är mest relevanta för deras planerings- och rapporteringsbehov.
---	--

4. Ytterligare frågor

De frågor som togs upp här fanns med på den första listan över frågor som godkänts för studiebesöket men utelämnades från den slutliga förteckningen på grund av tidsbegränsningar. Ytterligare information samlades dock in efter studiebesök 1 och i separata diskussioner med MMcK från PHS.

<p>a) <i>Hur digitaliserad är data-insamlingsprocessen? Förvaltas de gemensamma riktlinjerna för insamling av uppgifter via en särskild plattform?</i></p> <p>b) <i>Finns det ett standardiserat sätt för olika organisationer att registrera och lämna in uppgifter?</i></p>	<p>MMcK beskrev den vägledning och de mallar som PHS tillhandahåller för att säkerställa att data för de grundläggande integrationsindikatorerna lämnas in på ett enhetligt sätt. PHS digitala supportteam ansvarar för databehandling.</p> <p>PHS integrerar också resultaten av vårdinspektionens rapporter för rapportering på regional och nationell nivå. Rapporteringsformatet är standardiserat och alla inspektörer från vård- och omsorgsinspektionen måste fylla i en kvalifikation på nivå 10 (nivå 6 i den europeiska referensramverket för kvalifikationer) för att säkerställa inspektionernas kvalitet. Formatet, den intensiva utbildningen och</p>
---	---



	<p>kvalitetssäkringskontrollerna av rapporter är alla avsedda att stödja tillförlitligheten i tillämpningen av poängen i rapporterna och därmed stödja rapporteringens giltighet.</p>
<p>c) <i>Vad innebär annat digitalt stöd för att förbättra kvaliteten?</i></p>	<p>Ett stort antal webbplatser och appar har utvecklats för att stödja kvalitetsförbättringar inom samhällsbaserad hälso- och sjukvård och social omsorg. Många av dessa har utvecklats av HIS och NHS Education for Scotland (NES), NHS Special Board med ansvar för den löpande utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal. Varje webbplats innehåller vägledning, verktyg och resurser för att ta itu med kvalitetsfrågor. De viktigaste webbplatser som ger tillgång till resurser redovisas i bilaga 3.</p>
<p>d) <i>Har kommunerna fått stöd om hur de kan använda befintliga it-systemen på ett bättre sätt?</i></p>	<p>Som nämnts ovan finns stöd från PHS i form av LIST-rådgivare, vägledning och verktyg på webbplatsen Public Health Scotland.</p>
<p>e) <i>Vem ansvarar för förvaltningen av registren (lokal eller nationell nivå)? Finns det ett gemensamt register? Vilken typ av samordning finns det (dvs. sammanställs data/indikatorer från olika källor osv.)?</i></p>	<p>PHS har en viktig roll att spela när det gäller att ta fram och hantera statistiska uppgifter. Avtal om datadelning har ingåtts med GP-kuster och med H&SCP för att göra det möjligt för dem att få tillgång till resultatsammanställningar med data som är relevanta för deras behov. MMcK beskrev också hur PHS arbetar med specifika projekt för att tillhandahålla dataset till stöd för nya och framväxande projekt (t.ex. projekt för demensvägar). Vård- och omsorgsinspektionen ansvarar för att upprätthålla tillgången till inspektionsrapporter om socialvårdstjänster.</p>



5. Bilagor

Bilaga 1: Förteckning över deltagare

Generaldirektoratet

Maria Isabel Farfan Camacho, handläggare

Socialstyrelsen

Matilda Hansson, kontaktpunkt

Stina Hovmöller

Lis Palm

Irène Nilsson Carlsson

Petra Rinman

Ingrid Schmidt

Martin Lindblom

Carina Skoglund

Kommuner

Eva Klang-Vänerklint, Mölndal

NTT DATA

Karen Adams, samordnare för studiebesöket, Skottland

Fanny Fourestier, projektledare

Anna Glengård, gruppledare, implementeringsgrupp

Hans Knutsson, forskare, implementeringsgrupp

Ekaterina Zepnova, biträdande forskare

Manuel Sola Asensio, biträdande forskare

Deltagare från Skottland

Liz Skelton, Joint Dementia Initiative (JDI)

Margaret Thom, JDI

Elsbeth McPheat, St Margarets vårdhem

Dr Martha Dalton, avdelningschef (metodik), Care Inspectorate

Daniel Stoddart, gruppchef (vuxna), Care Inspectorate

Donald McAskills, verkställande direktör, Scottish Care

Martin McKenna, förstklassig hälsoanalytiker, Public Health Scotland

Andy Deas, förstklassig hälsoanalytiker, Public Health Scotland

Dr David Herron, allmänläkare och chefsläkare i Falkirk H&SCP



Bilaga 2: Tabell över ursprungliga frågor och motsvarande svar

INDIKATORERNAS ANVÄNDBARHET OCH UPPFÖLJNING AV FRAMSTEG

ALLMÄNNA FRÅGOR	Avsnitt / fråga
1. Vad är syftet med och hur viktiga mål har fastställts för att fastställa indikatorerna?	DEV 1a
2. Vilka indikatorer mäter samordningen/samarbetet mellan aktörer (i Sverige mellan kommuner och regioner)?	Resultat 3d
3. Vilken koppling finns mellan politiska ambitioner/visioner och urvalet av indikatorer?	DEV 1b
4. Vilka mekanismer gör det möjligt att säkerställa kopplingen mellan indikatorernas resultat och kvalitetsförbättringen?	Resultat 3a
5. Vilken process ska följas för att införa ändringar i indikatorförteckningen (lägg till, ta bort, ändra)?	DEV 1f
6. Hur analyserar man resultaten?	Använd 2f
7. Vilken återkoppling om resultaten delas? Till vem och av vem?	Använd 2 m
8. När analysresultaten har gjorts, vilka mekanismer planeras för att säkerställa uppföljning och kvalitetsförbättring?	Resultat 3a
9. Förklara processen för uppföljning av framsteg (inte bara på kommunal nivå utan även på enhetsnivå)	Resultat 3b
10. Hur följs den nationella policyn upp? Finns det ett samband mellan lagstiftning, indikatorer, uppföljning och påföljder?	Använd 2 1
11. Finns det något stöd till den politiska nivån i kommunerna för att öka fokuseringen på hälso- och sjukvårdsfrågor?	Resultat 3c
SKOTTLANDSPECIFIKA FRÅGOR	
1. Hur mäts användningen av kvalitetsramverk och indikatorer på officiell nivå?	Använd 2k
2. Vilka mekanismer gör det möjligt att fastställa huruvida ramar/indikatorer är relevanta för tjänsteleverantörerna?	DEV 1c
3. Har det fastställts mål för varje indikator för att jämföra vårdgivarnas resultat? (Ingen information hittades om detta ämne under vår forskning).	DEV 1e
4. Kan indikatorernas värden styra utvecklingen på nationell nivå? Eller är indikatorverktyg avsedda endast för individuell bedömning av varje vårdgivare?	DEV 1d
5. Gjordes några justeringar (avseende indikatorer) på grund av covid-19-pandemin?	DEV 1 g



PATIENT- OCH KVALITETSÅTGÄRDERIT-STÖD OCH DATABEHANDLING

ALLMÄNNA FRÅGOR	Avsnitt / fråga
1. Vad är syftet med övervakning och återkoppling? Är det för att säkerställa efterlevnad eller för att förbättra lärandet? Båda?	Använd 2a -2e
2. Vem ansvarar för kvalitetsdefinitionen?	Använd 2c
3. Hur bedöms patienternas behov? Hur kan denna bedömning förbättras? Hur ska dessa behov tillgodoses?	Använd 2d
4. Finns det en direkt kommunikationskanal mellan kommunerna och den nationella regeringen genom vilken kommunerna kan begära en fokusering på särskilda behov, för tillhandahållande av särskilda leveranser eller kan begära andra förbättringar?	Resultat 3c
5. Hur kan samordningen av vården förbättras? Finns det innovativa lösningar och initiativ för att lyfta fram?	Resultat 3e
6. Hur deltar personalen i kvalitetsmätningen (vem deltar i åtgärderna på grundval av återkoppling)?	Använd 2h
7. Vilken metod används för återkoppling, dvs. vem är den som ger och tar emot återkoppling? Hur ofta ges återkoppling? Återkopplingsätt (muntligt, skriftligt, personligen, skype osv.)?	Använd 2 g
8. Om en vårdgivare vid en kvalitetsinspektion inte uppfyller kraven på ”tillhandahållande av vård av god kvalitet”, har detta några konsekvenser för den rättsliga, ekonomiska eller sociala nivån?	Använd 2i
SKOTTLANDSPECIFIKA FRÅGOR	
1. Kvalitetsramverk uppmuntras också att användas som självvärderingsverktyg för vård- och tjänsteleverantörer. Regleras självvärderingar på något sätt av vård- och omsorgsinspektionen eller någon annan myndighet för att tjäna syftet att fungera som vägledning för självförbättring?	Använd 2j
2. De skotska ramarna är endast inriktade på kvalitativa indikatorer? Finns det någon anledning att undvika kvantitativa indikatorer, särskilt med tanke på att vissa faktorer, <i>t.ex. personal, mycket väl</i> kan vara svåra att bedöma utan kvantitativa uppgifter?	DEV 1 h



ALLMÄNNA FRÅGOR	Avsnitt / Q
1. Vilka är hindren för att samla in uppgifter om vårdkvalitet från vårdgivare eller hälso- och sjukvårdsmyndigheter?	Uppgifter 4a
2. Upp till vilken nivå digitaliseras datainsamlingsprocessen? Förvaltas de gemensamma riktlinjerna för insamling av uppgifter via en särskild plattform?	Tillägg a)
3. Hur används teknik (appar, QCR-koder osv.) för åtkomst till data?	Tillägg c)
4. Finns det enkla och säkra it-system? (Om ja, kommer deras funktion att analyseras)	Tillägg f)
5. Vadhänder med annat digitalt stöd för att förbättra kvaliteten?	Tillägg c)
6. Föreslås it-lösningar för att påskynda inlämningen av uppgifter?	Tillägg f)
7. Vilka mekanismer gör det möjligt för kommunerna att undvika överlappningar och överlappningar mellan olika ramar?	Uppgifter 4f
8. Får kommunerna stöd om hur de kan använda de befintliga it-systemen på ett bättre sätt?	Tillägg d)
9. Hur kan man bättre få tillgång till och använda befintliga uppgifter som redan sammanställts för att undvika extra administrativa uppgifter?	Uppgift 4 g
10. Är de uppgifter som erhålls på nationell nivå på något sätt standardiserade?	Tillägg b)
11. Vem ansvarar för förvaltningen av registren (lokal eller nationell nivå)? Finns det ett gemensamt register eller finns det oberoende register, och vilken typ av samordning finns (dvs. sammanställs data/indikatorer från olika källor osv.)?	Tillägg e)
12. Hur finns uppgifter tillgängliga mellan återkoppling? Har leverantörer/enheter/medarbetare tillgång till regelbundet uppdaterad information om prestationer? Hur förvaltas detta?	Uppgift 4b – c
13. Finns det befintliga program som syftar till att utveckla eller stärka lokala färdigheter för att analysera data och vilka åtgärder behövs för att förbättra kvaliteten?	Uppgifter 4e
14. Får hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med hemtjänst och hälso- och sjukvård den utbildning som krävs för att använda verktygen för	Uppgifter 4d
15. Kan du ta itu med några av de tekniska frågorna när man fastställer indikatorernas statistiska giltighet?	Tillägg b)



Bilaga 3: Webbplatser som nämns i denna rapport

Scottish Government National Health & Wellbeing Outcomes Framework:

<https://www.gov.scot/publications/national-health-wellbeing-outcomes-framework/>

Scottish Government Health & Social Care: Core Integration Outcomes

<https://www.gov.scot/publications/health-social-care-integration-core-suite-indicators/pages/2/>

Scottish Government Health & Social Care Standards:

<https://www.gov.scot/publications/health-social-care-standards-support-life/>

The Care Inspectorate: <https://www.careinspectorate.com>

Health Improvement Scotland (HIS): <https://www.healthcareimprovementscotland.org>

Health & Social Care Scotland: <https://hscscotland.scot/hscps/>

ISD: <https://www.isdscotland.org>

Public Health Scotland: <https://www.publichealthscotland.scot>

National Health & Care Experience Survey:

<https://publichealthscotland.scot/publications/health-and-care-experience-survey/health-and-care-experience-survey-2020/introduction/>

The 2018 General Medical Services Contract in Scotland (The Scottish Government, 2017)

<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2017/11/2018-gms-contract-scotland/documents/00527530-pdf/00527530-pdf/govscot%3Adocument/00527530.pdf>

Delivering the new GMS contract in Scotland: memorandum of understanding (Scottish Government 2017)

<https://www.gov.scot/publications/delivering-the-new-gms-contract-in-scotland-memorandum-of-understanding/>

Improving Together: A National Framework for Quality and GP Clusters in Scotland (Scottish Government 2017)

<https://www.gov.scot/publications/improving-together-national-framework-quality-gp-clusters-scotland/documents/>

Joint Letter - GMS Contract Update for 2021/22 and Beyond (Scottish Government 2021)

https://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/DC20201203GMS_Contract.pdf



Bilaga 4: Centrala integrationsindikatorer (utdrag)

Indikatorerna har utvecklats eller kommer att utvecklas från nationella datakällor så att mätmetoden är enhetlig på alla områden. De kan delas in i två typer av kompletterande åtgärder:

Resultatindikatorer som bygger på återkoppling från enkäter för att betona vikten av en personlig resultatstrategi och den viktiga roll som användarnas återkoppling spelar för att förbättra kvaliteten. Även om återkoppling från nationella användare endast kommer att finnas tillgänglig vartannat år förväntas integrationsmyndigheternas resultatrapporter kompletteras varje år med relaterad information som samlas in oftare.

1. Procentandel vuxna som kan ta hand om sin hälsa mycket bra eller ganska bra.
2. Procentandel vuxna som får stöd hemma och som håller med om att de får stöd för att leva ett så självständigt liv som möjligt.
3. Procentandel vuxna som fick stöd hemma och som höll med om att de hade möjlighet att påverka hur deras hjälp, vård eller stöd tillhandahölls.
4. Procentandel vuxna som får stöd hemma och som håller med om att deras hälso- och sjukvårdstjänster verkar vara väl samordnade.
5. Procentandel vuxna som får vård eller stöd och som anser att de är utmärkta eller bra
6. Procentandel av personer med positiv erfarenhet av vård vid sin allmänpraktiserande läkare.
7. Procentandel av vuxna som får stöd hemma och som håller med om att deras tjänster och stödet hade en inverkan när det gäller att förbättra eller upprätthålla livskvaliteten.
8. Procentandel av anhörigvårdare som känner att de har stöd för att fortsätta att ta hand om sig själva.
9. Procentandel av vuxna fick stöd hemma och höll med om att de kände sig säkra.
10. Procentandel av personalen som säger att de skulle rekommendera sin arbetsplats som bra.*
11. Indikatorer härledda från organisatoriska data/systemdata som i första hand samlats in av andra skäl. Dessa indikatorer kommer att finnas tillgängliga årligen eller oftare.
12. För tidig dödlighet.
13. Antal intagningar i nödsituationer för vuxna *
14. Antal akuttdagar för vuxna. *
15. Återtagande till sjukhus inom 28 dagar efter lossningen. *
16. Andel av de senaste 6 månaderna som tillbringats i hemmet eller i samhället.
17. Minskning per 1,000 invånare på över 65-talet *
18. Andelen vårdtjänster klassade som ”bra” (4) eller bättre i vårdinspektionsinspektioner.
19. Procentandel vuxna med intensivt behov som får vård i hemmet.
20. Antal dagar som människor tillbringas på sjukhus när de är redo att skrivas ut.
21. Procentandel av total hälso- och sjukvård som ägnas åt sjukhusvistelse där patient var i en

*Indikator under utveckling



nödsituation.

22. Procentandel personer som tas in hemifrån på sjukhus under året och som skrivs ut på ett vårdhem.
*
23. Procentandel personer som skrivs ut från sjukhus inom 72 timmar efter det att de var redo. *
24. Utgifter för vård och omsorg i livets slutskede.



**RAPPORT FRÅN
STUDIEBESÖK 2**

Nederländerna



TABELL ÖVER INNEHÅLLET

1. Inledning	33
2. Det nederländska sammanhanget.....	34
3. Deltagare i studiebesöket.....	38
4. Sammanfattning av den information som samlats in under diskussionerna	40
5. Frågor vid studiebesöket i Nederländerna	42
Tillägg 1 – Ytterligare Behandlingar (på Nederländska).....	49
Tillägg 2 – Kvalitetsramverk för Vård i Hemmet	50



1. Inledning

Detta material är utformat för att hjälpa dem som deltar i projektet att fördjupa sin förståelse för utvecklingen, användningen och effekterna av kvalitetsramverk i Skottland och Nederländerna för att bidra till att förbättra kvaliteten på den hälso- och sjukvård som ges i hemmet, i vårdhem och i särskilda bostäder för äldre med funktionsnedsättningar.

Den 20 och 21 januari genomfördes ett virtuellt studiebesök för att hjälpa berörda parter i Sverige att förstå hur kvalitetsramverk och indikatorer används i Nederländerna för att säkerställa kvaliteten på vården för dessa personer och hur sociala organisationer och hälso- och sjukvårdsorganisationer samarbetar inom de olika vårdområdena. Studiebesöket skedde i form av två 3-timmars webbaserade diskussioner som samlade deltagare från Sverige och företrädare för olika vård- och omsorgsorganisationer i Nederländerna.

Under mötets första dag diskuterades kommunernas roll och uppgifter, kvalitetsramverk för distriktsvård och integrerade vård- och vårdnätverk. Den andra dagen fokuserade man på kvalitetsramverket för vård i hemmet och hur man arbetar inom de olika vårdområdena i Nederländerna.



2. Det nederländska sammanhanget

Landrapporten (leverans 3) gav en översikt över vård och omsorg i Nederländerna. Nedan ges några ytterligare detaljer för att klargöra hur de två separata sektorerna – hälso- och sjukvård och social omsorg – är organiserade och hur de samverkar. Diagrammet nedan visar de olika vårdområdena i Nederländerna:

Som diagrammet visar bygger den nederländska hälso- och sjukvårdssektorn på sex olika rättsakter, alla med sin egen finansieringsstruktur och lagstiftning. När det gäller personer med funktionsnedsättningar och äldre som bor i hemmet med hjälp eller på ett vårdhem är tre av dessa lagar mest relevanta:

- Lagen om socialt stöd
- Lag om sjukförsäkring
- Lag om långvarig vård och omsorg

Grunden för den nederländska hälso- och sjukvården och sociala omsorgen bygger på människors möjligheter snarare än på deras brister. Till att börja med uppmuntras människor att utnyttja sitt eget nätverk och egna resurser för stöd, men stöd finns alltid tillgängligt för dem som inte själva kan säkra det. Den som kräver ständig tillsyn eller 24 timmars hemvård har rätt till vård enligt Lag om långvarig vård och omsorg.

Lagen om socialt stöd

De lokala myndigheterna ansvarar för att genomföra lagen om socialt stöd och ungdomslagen – de tillhandahåller stöd, hjälp eller omsorg eller får stöd från en vårdgivare i denna process.

Lagen om socialt stöd (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo) har två tydliga mål:

- Hjälpa människor att leva självständigt i sitt hem så länge som möjligt
- Hjälpa människor att delta i samhället så länge som möjligt

Det står varje kommun fritt att organisera tillgången till socialstödslagen på sitt eget sätt. De kan till exempel be medborgarna att kontakta ”Wmo-disken” i kommunen, det kan vara en digital disk, en fysisk plats eller båda. Andra kommuner bestämmer sig för att arbeta med direkt tillgängliga socialgrupper, till exempel via drop-in-tider.

När den lokala kommunen har fått en begäran om stöd kommer en bedömning att göras. Denna bedömning kallas ”köksbordssamtal”. Vid denna bedömning avgörs vilken typ av vård och stöd som någon kommer att få. Det kan röra sig om en hänvisning till offentliga inrättningar där medborgaren inte behöver någon förskrivning (t.ex. idrottsaktiviteter för äldre eller stöd till anhörigvårdare) eller en förskrivning på mer specialiserad vård (dvs. daglig aktivitet för personer med demens eller hushållsstöd).

Lagen om sjukförsäkring

Sjukförsäkringslagen (Zorgverzekeringswet) innehåller bestämmelser om kortvarig sjukvård, såsom.

- Allmänpraktiserande läkare
- Sjukhusvård
- Läkemedel
- Psykisk hälso- och sjukvård



Alla nederländska medborgare har rätt till ”grundläggande försäkrad vård”. Regeringen beslutar årligen vad detta ”grundläggande försäkringspaket” ska innebära. Därefter ”köper” de privata försäkringsbolagen vården från vårdgivarna och bestämmer den månatliga avgiften för den försäkrade.

För äldre och/eller personer med funktionsnedsättningar ger sjukförsäkringslagen tillgång till distriktsvård, allmän läkarvård och sjukgymnastik. En medborgare behöver ingen remiss för att få vård från distriktsköterska. Förskrivningarna görs av den hemvårdsorganisation där distriktsköterskorna är anställda. I motsats till andra typer av hälso- och sjukvård som tillhandahålls genom sjukförsäkringslagen finns det inte någon avdragsrätt för distriktsvård.

Lagen om långvarig vård och omsorg

Lagen om långvarig vård och omsorg administreras av särskilda handläggare för långvarig vård och omsorg på begäran av regeringen. Dessutom deltar flera andra organisationer i genomförandet, såsom vårdbedömningsbyrån (Centraal Indicatiestelling Zorg) och det centrala förvaltningskontoret (Centraal Administratie Kantoor).

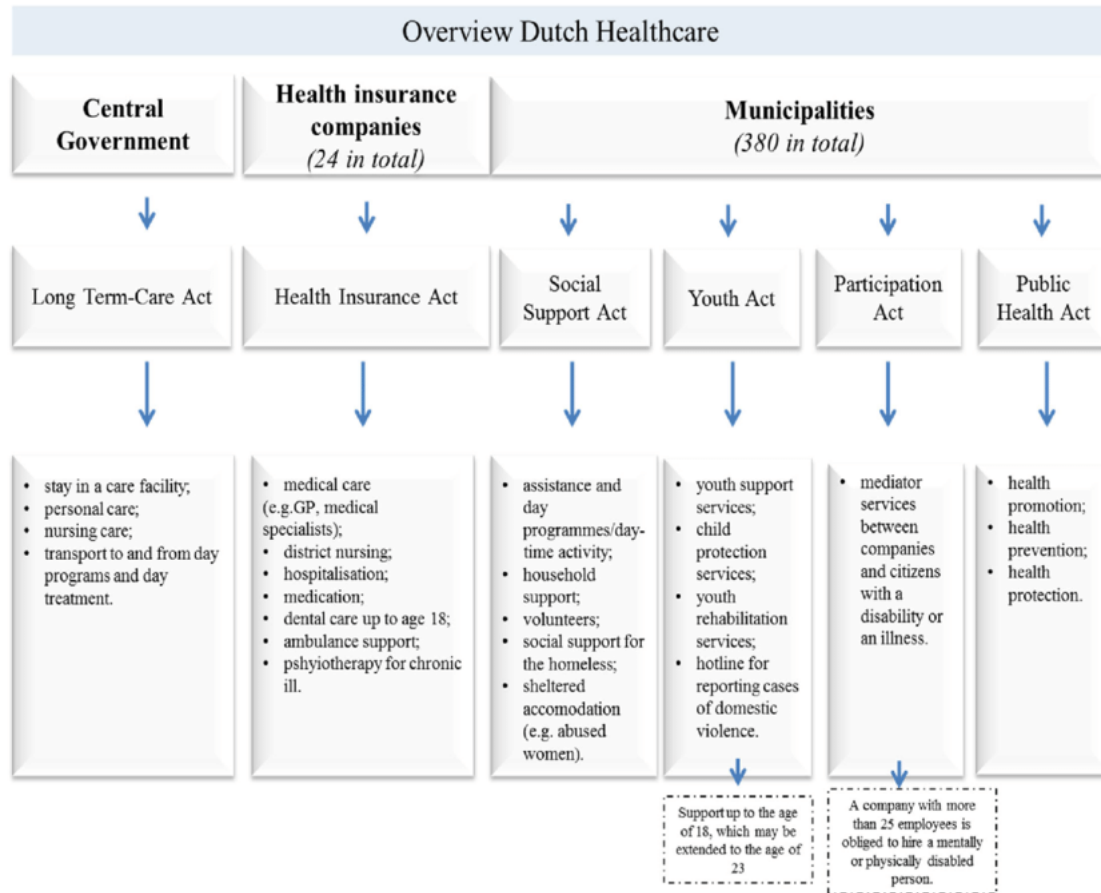
Lagen om långvarig vård och omsorg (Wet langdurige zorg) innehåller bestämmelser om vård på hög nivå för utsatta grupper, såsom

- Utsatta äldre personer
- Personer med vissa kroniska sjukdomar
- Personer med allvarliga psykiska eller fysiska funktionshinder

Ett särskilt utvärderingscentrum (CIZ) avgör om en person är berättigad till vård enligt lagen om långvarig vård och omsorg. En medborgare måste själva ansöka om en förskrivning. Distriktsköterska, allmänläkare eller socialarbetare kan hänvisa någon till lagen om långvarig vård och omsorg, men en medborgare är aldrig skyldig att ansöka. Långvarig vård och omsorg omfattas av en statligt reglerad obligatorisk försäkring.



Figur 1: Översikt över det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet²



Vad betyder detta i praktiken?

En person med vårdbehov som bor hemma själv, det kan vara en äldre person eller en person med funktionsnedsättning, får större delen av sin vård från kommunen genom socialstödslagen och genom sjukförsäkringslagen. Kommunen förser någon med hushållsstöd (städning), dagtidsaktiviteter och transporter, informell vård och anpassning i hemmet. Sjukförsäkringslagen ger läkarvård, distriktsvård, medicinering och arbetsterapi. All denna vård är inriktad på att hålla någon självständigt boende så länge som möjligt, naturligtvis med det formella och informella stöd som behövs.

När en person har behov av dygnet-runt-vård och tillsyn kan personen ansöka om långvarig vård och omsorg. Denna typ av vård kan ges i hemmet eller i ett vårdhem. Så snart detta är beviljat betalas alla kostnader för hälso- och sjukvård och social omsorg genom lagen om långvarig vård och omsorg. Detta inbegriper läkemedel, deras vistelse på en vårdinrättning och daglig aktivitet.

Kommunernas roll

Kommunerna ansvarar för lagen om socialt stöd sedan 2015. Syftet med denna lag är att låta människor leva självständigt hemma så länge som möjligt. De flesta kommuner valde att organisera

² Källa: Grootjans, Sanneke & Stijnen, M. – Kroese, Mariëlle & Vermeer, A. -Ruwaard, Dirk & Jansen, Maria. (2019). Positiv hälsa över gränserna inom samhällsvård: Utformning av en prognosstudie om effekterna och genomförandet av en integrerad gemenskapsstrategi. BMC Folkhälsa. 19. 10.1186/s12889-019-6551-5.

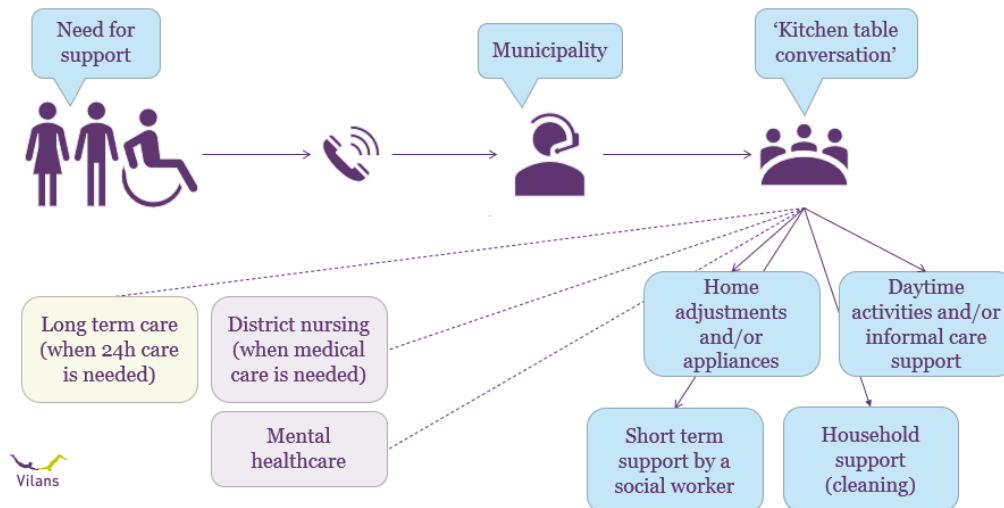


detta med hjälp av sociala / integrerade grupper/grannskaps-grupper.

83 procent av kommunerna har sociala/integrerade/grannskapsgrupper. Dessa team är tvärvetenskapliga, generalistiska och utåtriktade och erbjuder integrerad vård till alla medborgare med behov av stöd. De viktigaste uppgifterna för dessa grupper är följande: ”köksbordssamtal”, vårdhantering, signalering och kortsiktigt stöd. Det finns dock stora skillnader i hur dessa grupper är organiserade.

- Hälften av kommunerna valde att placera team med socialarbetare i sin egen organisation. Detta innebär att socialarbetarna är direkt anställda av kommunen.
- Omkring 25 procent av kommunerna har avtal med flera socialvårdstjänster för att tillhandahålla den sociala omsorgen. I detta fall arbetar socialarbetaren i kommunen och ingår i det sociala teamet, men har avtal med en oberoende vårdgivare.
- Omkring 10 procent av kommunerna har grundat en ny organisation som anställer de socialarbetare som arbetar i kommunerna. Dessa organisationer är nära knutna till kommunen, men de är sin egen juridiska person.
- Cirka 5 procent av kommunerna har anlitat en (social) vårdgivare för att tillhandahålla all social omsorg i kommunen. Dessa vårdgivare kan dock välja att arbeta med underleverantörer.

Förebyggande nämns främst som en huvuduppgift för kommunen, men endast 9 procent av de sociala grupperna arbetar faktiskt med förebyggande åtgärder. Andra utmaningar som de flesta team nämner är budgetnedskärningar, hög arbetsbörda, ökad efterfrågan, hög omsättning bland yrkesverksamma och brist på experter. De viktigaste parterna i dessa grupper är följande: bostadssamarbete, polis, allmänläkare och (psykiska) hälso- och sjukvårdsorganisationer.



Figur 2: Kommunens roll (lagen om socialt stöd, sjukförsäkringslagen, lagen om långvarig vård och omsorg)



3. Deltagare i studiebesöket

Den första delen av studiebesöket fokuserade på hälso- och sjukvård och social omsorg för personer i Nederländerna som bor hemma. Hur deras vård och stöd är organiserad, betald och hur förskrivning av olika vårdinsatser fungerar diskuterades, följt av diskussioner om kvalitetsramverk för distriktsvård och integrerade vård- och omsorgsnätverk för demenssjuka. Den andra dagen flyttades fokus till vård i hemmet. Diskussioner fördes även om hur kvalitetsramverket för vård i hemmet utvecklas, genomförs och utvärderas. Den andra dagen avslutades med några exempel på hur man kan arbeta inom de olika vårdområdena.

Deltagare (NL)

Vilans

Vilans är den nationella organisation som är specialiserad på kunskapshantering inom vård och omsorg i Nederländerna. Vilans vill att alla ska kunna leva det liv de vill ha. Detta innebär personer som är beroende av vård och omsorg. Genom att utveckla, utbyta och tillämpa kunskap bidrar Vilans till att lösa problem inom vård och omsorg. Detta görs proaktivt genom att identifiera problem och föra upp dem på dagordningen. Tillsammans med andra samlar Vilans in, utvecklar och utbyter kunskap. Vilans sammanför människor, organisationer, praxis och politik för att påskynda utvecklingen, utbytet och tillämpningen av kunskap, eftersom hälso- och sjukvårdssektorn står inför stora utmaningar.

Vilans fokuserar på tre utmaningar där skillnader i kunskap kan identifieras:

- Sätta människors liv i centrum snarare än hälso- och sjukvårdssystemet.
- Tillhandahålla hållbar vård och omsorg med ett minskat antal hälso- och sjukvårdspersonal.
- Integrering av teknik som ett logiskt steg i stöd och vård.

Deltagare från Vilans

Lian Stouthard Senior forskare i Vilans

Nick Zonneveld Senior forskare vid Vilans och doktorander vid Tilburgs universitet

Kelsey Benning Rådgivare i Vilans

Tara Koenders Chefsrådgivare i Vilans

Andra organisationer

Vid sidan av deltagarna från Vilans deltog också forskare från universitetet för tillämpad vetenskap Utrecht samt ordföranden för Dementia Care Networks i Nederländerna.

Universitetet för tillämpad vetenskap Utrecht

Rixt Zuidema har arbetat som forskare med doktorsexamen inom professorship Proactive care for Elderly People living in Home sedan september 2020. Hon är också lärare på sjuksköterskeutbildningen.

Efter att ha slutfört MBO-V och HBO-V erhöll Zuidema sin masterexamen i sociologi vid universitetet i Groningen 2012. Efter sina studier påbörjade Zuidema sin doktorsexamen vid Radboudumc, IQ:s hälso- och sjukvård. År 2019 fick hon sin doktorsexamen med avhandlingen



”Deltagande utveckling och utvärdering av ett program för egenvård online för patienter med Reumatoid Artrit”.

Nätverk för demenssjukdomar i Nederländerna

Wendela Erbrink arbetar för närvarande i Woonzorg Flevoland och är nätverksdirektör för ett antal demensområden i Flevoland och Northwest Veluwe. Som nätverksdirektör är hon central för demensnätverket. Hon är till exempel ordförande för styrgruppen och kontaktpunkt för chefer inom demensvården. Tillsammans med sina partner genomför hon många projekt och arbetsgrupper och anordnar bland annat ett symposium.

Dagordning vid studiebesök 20 januari 2022

Ämne	Beskrivning	Talare
Inledning om nederländska HC-sektorn	Kort introduktion till den nederländska hälso- och sjukvårdssektorn, de olika hälso- och socialvårdslagarna, deras finansiering och hur övergången mellan de olika områdena fungerar.	Lian Stouthard
Kommunernas roll och uppgifter	Kommunerna ansvarar för den sociala omsorgen för människor som bor hemma. Hur organiseras detta och hur hjälper kommunerna människor att bo hemma så länge som möjligt?	Lian Stouthard
Kvalitetsramverk för distriktsvård	Hur kan du utveckla, genomföra och utvärdera kvalitetsramverk och vårdstandarder för sjuksköterskor och anhörigvårdare?	RIXT Zuidema
Integrerade nätverk för vård och omsorg	Hur organiseras integrerad vård i Nederländerna och hur fungerar integrerade vårdnätverk? En övergripande syn på integrerad vård (nätverk) och en in-zoomning på demenssjukvårdsnätverk och hur de arbetar för att genomföra standarden för vård av demenssjuka presenteras.	Nick Zonneveld Tara Koenders Wendela Erbrink

Dagordning vid studiebesök 21 januari 2022

Ämne	Beskrivning	Talare
Kvalitetsramverk för vård i hemmet	Hur utvecklas, genomförs och utvärderas kvalitetsramverket för vård i hemmet?	Kelsey Benning
Arbeta inom de olika vårdområdena	Hur kan klyftan mellan vård i hemmet och hemvård överbryggas? Vad innebär detta för samarbetet mellan kommuner, hem och vårdhem?	Kelsey Benning Nick Zonneveld Lian Stouthard



4. Sammanfattning av den information som samlats in under diskussionerna

I de frågor som ställdes inför studiebesöket kombinerades de frågor som identifierades i dokumentet med frågor inför studiebesök tillsammans med nyckelfrågor som samlats in från de svenska deltagarna som en del av förberedelserna.

Indikatorernas användbarhet och uppföljning av framsteg

Hälso- och ungdomsinspektionen (IGJ) och den nederländska hälso- och sjukvårdsmyndigheten (NZa) följer upp genomförandet av vården. Den nederländska konsument- och marknadsmyndigheten (ACM) övervakar hälso- och sjukvårdsföretagen på grundval av konkurrenslagen.

Inspektionen för hälsa och ungdomsfrågor (IGJ) följer upp vårdens kvalitet, säkerhet och tillgänglighet. Inspektionen utför sitt uppdrag opartiskt och sakkunnigt. Den följer också upp patienters och klienters rättigheter. Inspektionen kan även ålägga vårdinrättningar administrativa böter och viten utan ingripande från åklagarmyndigheten. Den nederländska hälso- och sjukvårdsmyndigheten (NZa) följer upp vårdgivarnas och sjukförsäkringsföretagens verksamhet. Detta görs till exempel på grundval av lagen om hälso- och sjukvårdsmarknadens reglering (Wmg). Syftet med Wmg är att öka konkurrensen och marknadskrafterna inom hälso- och sjukvårdssektorn. Samtidigt fastställer Wmg regler för att hålla vårdkostnaderna under kontroll.

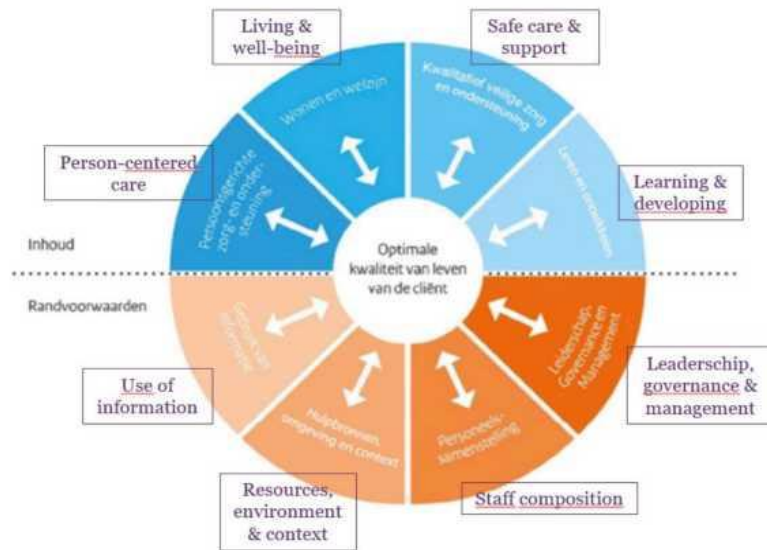
För att förbättra vårdkvaliteten genomför IGJ och NZa också gemensamma kontroller. Båda tittar på förvaltningen av vårdinrättningar ur olika synvinklar. Båda har erfarenhet av att god vård och god förvaltning av vårdinrättningen går hand i hand. För att kunna övervaka bättre vill IGJ och NZa också utbyta information oftare.

IGJ har omkalibrerat tillsynen av det sociala området och fastställt den i en flerårigpolitisk plan i december 2019. Analysen är att kommunal tillsyn inte skulle vara likvärdig och tillräcklig överallt. Från och med 2020 kommer inspektionen att fokusera mer på områdes- och regionorienterad vårdorganisation. Detta kräver en sektorsövergripande syn, enligt IGJ. Vid behov kommer myndigheten att samarbeta mer med socialstödslagen för denna 2015 kommuntillsyn, till exempel vid utredning av katastrofer. Dessutom ger inspektionen stöd till kommuner vid genomförandet av 2015 års lag om socialt stöd. Hon efterlyser ett nationellt omfattande kunskapsnätverk genom GGD – GHOR. När det gäller ungdomsvård kommer IGJ att fortsätta sitt samarbete med kommunerna och undersöka samarbetet mellan partner i kedjan för att (ungdoms-) bistånd ska kunna tas i bruk i tid, anpassning, kvalitet på det bistånd som ges, uppföljning och ledning.



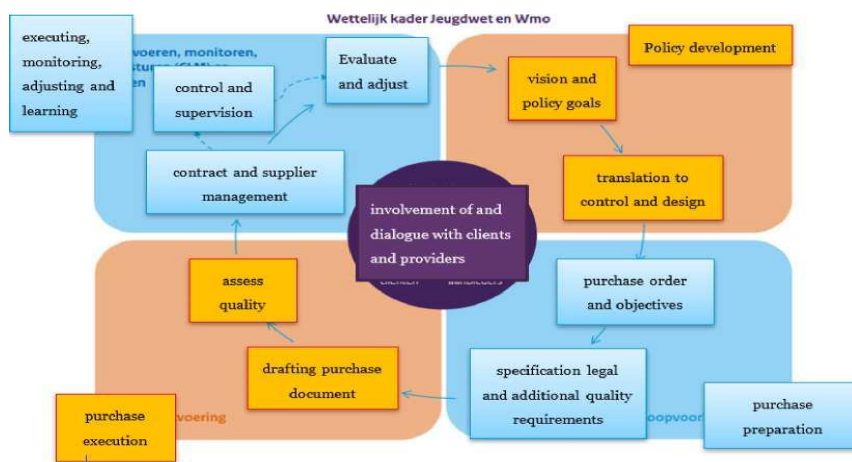
Kvalitetsramverk. Eftersom vård och omsorg i Nederländerna är organiserade på olika områden finns det olika kvalitetsramverk, vårdstandarder och riktlinjer. Under studiebesöket fokuserades främst kvalitetsramverket för vårdhem. Kvalitetsramverket är en vägledning om hur man tillhandahåller vård i hemmet av hög kvalitet och hur man i Nederländerna definierar vård i hemmet av hög kvalitet. Ramverket är bindande för alla organisationer i landet som ger vård och stöd till kunder i hemmet med en förskrivning på långvarig vård och omsorg och som är beroende av vård och omsorg under dygnets alla timmar.

Figur 3: Kvalitetsramverk för vårdhem



Kommunerna ansvarar för kvalitetsramverket för socialt stöd. Detta ingår i den policycykel där inköp av vårdtjänster ordnas. I figur 4 visas denna cykel.

Figur 4: politiska åtgärder och åtgärder för socialt stöd av hög kvalitet.





5. Frågor vid studiebesöket i Nederländerna

Indikatorernas användbarhet och uppföljning av framsteg

<p><i>Vad är syftet med och hur har viktiga mål fastställts för att fastställa indikatorerna?</i></p>	<p>Kvalitetsramverket beskriver vad en god och effektiv vård i hemmet innebär och hur vården på vårdhem kan förbättras. Ramverket har tre syften:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Den beskriver vad klienterna och deras familjer kan förvänta sig av vård i hemmet.2. Den innehåller rekommendationer till vårdgivare och hälso- och sjukvårdsorganisationer för att förbättra kvaliteten och stärka inlärningskapaciteten.3. Den utgör en ram för inspektionens externa tillsyn och för upphandling av hälso- och sjukvård. <p>Kvalitetsramverket är uppdelat i två delar. Den första är vårdcentrerad och den andra fokuserar på vårdens villkor och organisation (se figur 3). Vart och ett av de åtta ämnena i kvalitetsramverket innehåller en förteckning över obligatoriska indikatorer (se bilaga 1).</p> <p>Huvudsyftet med kvalitetsramverket för vård i hemmet är personcentrerad vård. Personcentrerad vård beror alltid på sammanhanget. Därför har hälso- och sjukvårdsinspektionen övergått från sina strikta indikatorer till observationer och därför är de indikatorer som formuleras i kvalitetsramverket inte särskilt strikta. I stället måste varje organisation utarbeta en egen kvalitetsplan och en kvalitetsrapport med egna indikatorer. Det finns fortfarande en uppsättning obligatoriska indikatorer för hygien, läkemedel osv.</p> <p>När det gäller kvaliteten på den vård som organiseras av kommunerna (social omsorg och hushållsstöd) formulerar varje kommun sina egna centrala mål och indikatorer. Lagen om socialt stöd har en fast ram för kvalitetskrav, men dessa är en översikt som varje kommun måste uppfylla för sig själv.</p>
---	--



<p><i>Vilka indikatorer mäter samordningen/samarbetet mellan aktörer (i Sverige mellan kommuner och regioner)?</i></p>	<p>Indikatorerna i ramverkets orange del, särskilt när det gäller ledarskap, styrning och förvaltning och resurser, miljö och kontext, säger något om samordning och samarbete mellan aktörer. På grund av den nederländska hälso- och sjukvårdssektorns karaktär prioriteras dock inte samarbete mellan aktörer inom långvarig vård och omsorg. När en patient får långvarig vård och omsorg arbetar alla berörda yrkesverksamma på inrättningen för långvarig vård och omsorg. Samarbetet är därför inriktat på hur klienten och hans eller hennes informella vårdare kan göras delaktiga. I kvalitetsramverket anges följande:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vid fastställande av rätt sammansättning av arbetsstyrkan är utgångspunkten samspelet mellan kunden, dennes familj och hälso- och sjukvårdspersonal. <p>I kvalitetsramverket för sköterskor finns ett lite större fokus på samarbete. Distriktsvård beskrivs i kvalitetsramverket som ett team som arbetar med andra aktörer i närområdet för kundens hälsa och självständighet. Sjuksköterskor och anhörigvårdare hjälper inte bara hemma utan är också aktiva i grannskapet som en förebyggande åtgärd. Vid behov samverkar sjuksköterskorna med informella vårdgivare och mer specialiserade vårdgivare, t.ex. inom geriatrik, dagtid eller socialt arbete.</p>
<p><i>Vilken koppling finns mellan politiska ambitioner/visioner och urvalet av indikatorer?</i></p>	<p>Det nuvarande kvalitetsramverket för vård i hemmet har sitt ursprung i ett politiskt sammanhang. Under 2014/15 uppstod en kvalitetskris på vårdhemmen, med dålig publicitet och en växande svartlistning av vårdhem till följd av detta. Den främsta kritiken mot vård i hemmet var att den inte var personcentrerad och att det inte fanns tillräckligt med tid och uppmärksamhet för att tillhandahålla säker och tillräcklig vård. År 2015 lade statssekreteraren fram sin plan för att förbättra vårdhemmens kvalitet. Vårdighet & Stolthet. En av de många uppgifterna var att skapa ett nytt kvalitetsramverk. Detta skulle göras av nationella intressenter. Denna grupp av berörda parter lyckades tyvärr inte, så det nederländska hälso- och sjukvårdsinstitutet hade en expertgrupp som skapade ramverket. Valet av indikatorer i kvalitetsramverket skedde under en politisk kris, så det finns en stark koppling mellan detta kvalitetsramverk och de politiska visionerna.</p>
<p><i>Vilka mekanismer gör det möjligt att säkerställa kopplingen mellan indikatorernas resultat och kvalitetsförbättringen?</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Varje år måste vårdboenden upprätta en kvalitetsplan (hur ska de arbeta med olika teman) och en kvalitetsrapport (hur de arbetar med olika teman).• De måste mäta de obligatoriska indikatorerna.• De måste vara en del av ett utbildningsnätverk med andra organisationer,• De måste mäta hur nöjda kunderna är med två olika verktyg,• De måste lägga in all denna information på egen webbplats. <p>Organisationer kan få hjälp med genomförande av ramverket från ett nationellt program.</p>



<p><i>Hur analyserar man resultaten? Av vem?</i></p>	<p>Analysen av resultaten utförs av tre olika organisationer:</p> <p><i>Inspektionen:</i> Inspektionen ändrade sin tillsynsram helt och hållet. De flyttade från sina strikta indikatorer till observationer. Detta innebär att en inspektör kommer att vara närvarande och observera vad de ser. Att mäta personcentrerad vård beror alltid på sammanhanget och måste därför mätas i sammanhanget. De har fortfarande vissa ”hårdare” indikationer för att kontrollera säkerheten (t.ex. hygien och läkemedel).</p> <p><i>Nederländska hälso- och sjukvårdsinstitutet:</i> Organisationerna måste ladda upp sina planer, rapporter och indikatorer på institutets webbplats. Institutet lämnar erinran till organisationer som missar tidsfristen.</p> <p><i>Vård- och omsorgskontor:</i> Vård- och omsorgskontoren ansvarar för att den långvarig vård och omsorg som de köper är av god kvalitet. Dessutom ingår vårdkontor avtal med vårdgivare om kvalitetsförbättring, analysera nationellt tillgängliga uppgifter och bedöma vårdgivarnas kvalitetsplaner. Därför kan en dålig eller bristfällig plan leda till inkomstbortfall.</p>
<p><i>Finns det en definition av och skillnad mellan obligatoriska och frivilliga indikatorer?</i></p>	<p>Såsom förklaras ovan är kvalitetsramverket främst inriktad på fasta indikatorer, på grund av fokuseringen på personcentrerad vård. Inom kvalitetsramverket uppmuntras vårdpersonalen att fundera över de olika ämnena och utforma sin egen plan. Till exempel:</p> <ul style="list-style-type: none">• Om personcentrerad vård: Hur hanterar du den boendes individuella behov när de står i konflikt med gruppens behov?• Om inläring, utveckling: Jag vågar medvetet avvika från ett protokoll om jag kan styrka det.• Om personal: Jag känner mig hörd och sedd i organisationen och något görs med mina förslag.• I kontext: Jag kan inte erbjuda vård utan användning av någon form av teknik:² <p>Dessa är egentligen inte frivilliga indikatorer, men organisationen är fri att uttrycka sin egen (kontextuella) åsikt om detta och göra detta till en plan. Hälso- och sjukvårdsinspektionen och vårdinstitutet kontrollerar att dessa planer genomförs. Utöver detta finns det några obligatoriska och striktare indikatorer för hygien och läkemedelssäkerhet.</p>
<p><i>Hur väljs obligatoriska och frivilliga indikatorer? Kan de ändras från ett år till ett annat?</i></p>	<p>Som beskrivits gör vårdboendena en egen plan där de utformar sina egna indikatorer. Dessa planer kan ändras från ett år till ett annat. Dessa planer bör dock vara väl underbyggda.</p>



<i>Påverkar den ständiga förändringen av indikatorerna jämförelsen av uppgifter mellan ett år och nästa år?</i>	<p>Eftersom ramverket har övergått från fasta indikatorer till observationer finns det inte mycket kvantitativa uppgifter att jämföra. Att mäta personcentrerad vård beror alltid på sammanhanget och därför måste mätningen göras i ett sammanhang som inte bygger på kvantitativa uppgifter. Detta val påverkar jämförelsen mellan de år som denna ram har genomförts och åren dessförinnan.</p> <p>Det finns dock många kvalitativa uppgifter att jämföra mellan ett år och nästa år. Planerna, rapporterna och indikatorerna för vårdboendena varje år laddas upp på vårdinstitutet. Detta är uppgifter som kan jämföras över åren.</p>
<i>Gjordes några justeringar (avseende indikatorer) på grund av covid-19-pandemin?</i>	<p>Covid-19-pandemin har inte direkt orsakat förändringar av indikatorerna för vård i hemmet. Covid-19-krisen har dock väckt tvivel om den nuvarande ramverkets genomförbarhet. Framför allt anses de många reglerna för personalens sammansättning vara orealistiska och omöjliga att uppnå.</p>

PATIENT- OCH KVALITETSÅTGÄRDER

<i>Vad är syftet med övervakning och återkoppling? För att säkerställa efterlevnad eller för att förbättra lärandet? Båda? Hur deltar personalen i kvalitetsmätningen (vem deltar i åtgärderna på grundval av återkoppling)? Vilken metod används för återkoppling, dvs. vem är den som ger och tar emot återkoppling? Hur ofta ges återkoppling? Återkopplingsätt (muntligt, skriftligt, personligen, skype osv.)?</i>	<p>Kommunerna organiserar två typer av uppföljning och återkoppling. För det första gör kommunen kunderfarenhetsundersökningar och publicerar resultaten på nätet. Denna information är därför fritt tillgänglig. Kommunerna måste se till att kvaliteten ingår i den politiska planen och mäta resultaten på grundval av resultatkriterier. Kommunen rapporterar om uppnådda resultat. De insikter som framkommer av dessa metoder används av yrkesverksamma för att förbättra deras arbete. Exempel på detta är falldiskussioner, gruppmöten, temadiskussioner, diskussioner om framsteg med en invånare osv. Resultaten av detta läggs ofta in i en rapport, men registreras vanligtvis inte systematiskt och de används sällan för att hämta sammanställd information. Därför räknas dessa metoder inte som uppföljning. Fallstudier nämns ofta som ett sätt att förbättra arbetet med invånarna och samarbetet mellan yrkesverksamma.</p> <p>För det andra måste yrkesutövare ofta registrera olika frågor i registreringssystemen för att följa upp eller motivera sina arbeten. Detta beslutas ofta av finansiären, kunden eller organisationen. Dessa system kan ge möjlighet att erhålla uppgifter på aggregerad nivå, till exempel på grannskapsnivå eller på gruppnivå. Informationen från dessa system används ofta för övervakning och ansvarsskyldighet.</p>
---	--



<p><i>Vem ansvarar för kvalitetsdefinitionen?</i></p>	<p>I lagen om socialt stöd läggs ansvaret för kommunens kvalitet och tillsyn. Kommunerna ska i en förordning fastställa vilka krav de ställer på anläggningarnas kvalitet. Dessa krav kan till exempel gälla personalens sakkunskap, säkerhet, behandling och metoder för (kundorienterade) tjänster. Även andra frågor som rör kvalitet regleras i denna förordning, såsom klagomålsförfarande och arbetstagarnas medverkan.</p> <p>Vårdgivaren, som kommunen har tecknat avtal om att tillhandahålla vård, säkerställer tillhandahållandet av god kvalitet. Enligt socialstödslagen ska vårdgivaren under alla omständigheter uppfylla följande krav på verksamheten:</p> <ul style="list-style-type: none">• Den tillhandahålls på ett säkert, ändamålsenligt, effektivt och kundvänligt sätt,• Den är anpassad till kundens och andras verkliga behov.• Den tillhandahålls i enlighet med yrkesutövarens ansvar som följer av yrkesnormer• Den tillhandahålls med respekt för kundens rättigheter.
<p><i>Hur bedöms patienternas behov? Hur kan denna bedömning förbättras? Hur kan man se till att dessa behov tillgodoses?</i></p>	<p>När det gäller vård som ges genom det sociala stödet bedöms patienternas behov genom de så kallade köksbordssamtalen. Vid denna bedömning avgörs vilken typ av vård och stöd som individen kommer att få.</p> <p>Vid ”köksbordssamtalen” diskuteras en rad olika ämnen (livsområden). Trots att de flesta reportrar och informella omsorgsgivare är mycket nöjda med detta finns det också utgångspunkter för förbättringar. För att kunna göra en bra bedömning måste kommunerna</p> <ul style="list-style-type: none">• Ge intervjuarna tillräckligt med tid, utrymme och förmåga att ta (frågan om) kunden som utgångspunkt, att aktivt och fullständigt informera dem om t.ex. oberoende kundstöd och att inleda en dialog. Se till att informationen till kunderna också är anpassad till detta.• Förbättra sakkunskapen om särskilda målgrupper.• Öka fokuseringen på vård av och bördan för• anhängvårdare när det gäller tillgång till vård och stöd.• Fortsätta att investera i verkligt integrerat arbete och reflektera över tillgången till vård och stöd med yrkesverksamma, beslutsfattare, administratörer och kundrepresentation. <p>Bevara syftet med anpassning för alla berörda. Instrumenten bör framför allt vara ett verktyg och inte ett mål i sig. Använda de insikter som vunnits för att fastställa eller anpassa politiken i dialog med området och medborgarna.</p>



<p><i>Om en vårdgivare vid en kvalitetskontroll inte uppfyller kraven på "tillhandahållande av vård av god kvalitet", har detta några konsekvenser för den rättsliga, ekonomiska eller sociala nivån?</i></p>	<p>Inspektionerna övervakar vårdens kvalitet. Om brister upptäcks kan inspektionerna leda till förbättringar på flera sätt. Ett av dessa är att övervaka en tjänsteleverantör mer eller mer intensivt genom strängare tillsyn.</p> <p>Inspektionerna förväntar sig att en leverantör kommer att arbeta intensivt med de förbättringar som krävs under perioden med ökad tillsyn och att de kommer att fortsätta att noga följa utvecklingen under den perioden. De kan bland annat göra detta genom att kräva en förbättringsplan, noga övervaka de planerade förbättringarna, genomföra planerad och oväntad övervakning, hålla lägesintervjuer och genomföra ett sluttest.</p> <p>Inspektionerna offentliggör aktivt införandet och avbrytandet av förstärkt tillsyn och informerar berörda administratörer eller regeringstjänstemän om detta. Syftet med detta offentliggörande är att informera (potentiella) patienter eller kunder.</p>
<p><i>Med tanke på att kommunerna vill se till att människor kan bo hemma så länge som möjligt, hur tillhandahåller man sociala aktiviteter för att undvika isolering? Ansvarar varje kommun eller till och med samhälle för att besluta om och tillhandahålla aktiviteter på dagtid, eller regleras detta ämne på något sätt på regional eller nationell nivå?</i></p>	<p>Kommunerna ansvarar för att tillhandahålla daglig verksamhet och annan verksamhet för att undvika isolering. På grund av problemets omfattning (hälften av befolkningen över 75 år har känslan av ensamhet) stöder regeringen koalitionen "een tegen eenzaamheid" (tillsammans mot ensamhet). Med detta program vill regeringen tidigare identifiera och bryta ensamhet bland äldre. Det civila samhällets organisationer, kommuner, företag och entreprenörer och den nationella regeringen samarbetar för detta. De gör detta i nationella och lokala koalitioner (partnerskap) mot ensamhet.</p> <p>Det finns 355 kommuner i Nederländerna. Ministeriet för hälsa, välfärd och idrott (VWS) stöder inrättandet av en lokal koalition mot ensamhet i alla kommuner. Tillvägagångssättet kan skilja sig åt mellan olika kommuner. Praktiska kunskaper utvecklas och sprids från ett centrum mot ensamhet. Det kommer också att finnas stöd för att bilda lokala koalitioner. https://www.eentegeneenzaamheid.nl/</p>
<p><i>Uppmuntras patienterna och deras anhöriga på något sätt att uttrycka sin åsikt om den tjänst/behandling som vårdgivarna får?</i></p> <p><i>Har patienterna något att säga till om när det gäller planerna för genomförande av kvalitet i kommunerna?</i></p>	<p>Patienter och deras anhöriga kan uttrycka sina åsikter om tjänster och behandling på olika sätt. För det första måste alla vårdinrättningar med mer än tio anställda inrätta ett klientråd. Klientrådet har olika rättigheter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rätt till information• Rätt till råd• Rätt till samtycke• Rätt till utredning i fall av bristfällig förvaltning• Rätt att nominera en styrelseledamot <p>Vid sidan av klientråden är kommunerna skyldiga att genomföra en undersökning av kundernas erfarenheter varje år. Denna undersökning är inriktad på kunder som utnyttjar en Wmo-bestämmelse (en allmän eller skraddarsydd bestämmelse) eller på boende vars behov av socialt stöd har undersökts. Kommunerna anger att de vill använda sina klienters erfarenheter – eller mer allmänt, de boendes perspektiv – att kunna hantera, lära sig och förbättra. Slutligen finns det kommunala rådgivande nämnder för socialstödslagen. Varje kommun är enligt lag skyldig att involvera klienter eller deras företrädare i policyprocessen. Klienterna och deras företrädare</p>



	<p>måste ges möjlighet att tänka och ge råd. På så sätt kan de påverka kommunens politik. Och de kan dra nytta av detta bidrag och bättre anpassa politiken till målgruppen.</p>
<p><i>Mäter några kvalitativa indikatorer patientens subjektiva uppfattning om vård av hög kvalitet?</i></p>	<p>Kundenkäter mäter patienternas uppfattning om vårdens kvalitet. Det står kommunerna fritt att organisera denna undersökning på ett flexibelt sätt, så länge som ett frågeformulär används för undersökningen som behandlar frågan om hur personer (för vilka en stödstudie har genomförts eller som använder en anläggning) som har tillgång till anläggningar, upplever kvaliteten på stödet och hittar stödet bidrar till självförsörjning och deltagande.</p> <p>Sedan 2020 uppmuntras kommunerna att använda andra instrument utöver frågeformuläret. Dessa instrument är inriktade på hur olika målgrupper upplever vården.</p>
<p><i>Hur väljer man indikatorer? Får alla yrkesverksamma rösta eller bara företrädare?</i></p>	<p>Kommunerna fastställer sina kvalitetsindikatorer för att köpa vård- och omsorgstjänster. Idealiskt är kunder och yrkesverksamma delaktiga i denna process. Detta deltagande skiljer sig åt för varje kommun. Det är dock främst en grupp företrädare som engageras.</p>



Tillägg 1 – Ytterligare Behandlingar (på Nederländska)

- Kvalitetshjul: <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/rad-van-kwaliteit/>
- Kvalitetsramverk för vård i hemmet: <https://www.waardigheidentrots.nl/actueel/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg-2021/>

Mer information om integrerad och områdesövergripande vård

- <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/kennisdossier-domeinoverstijgend-samenwerken/>
- <https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/evaluatie-domeinoverstijgend-samenwerken/>
- <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-innehåll/uploads/2022/01/domeinoverstijgend-samenwerken-eindrapportage-jan-2021.pdf>



Tillägg 2 – Kvalitetsramverk för Vård i Hemmet

Ämne	Indikatorer
<i>Personcentrerad vård och omsorg</i>	<ul style="list-style-type: none">• De fyra olika temana (medkänsla, unika egenskaper, självständighet och gemensamt beslutsfattande) är vägledande för hälso- och sjukvårdspersonal i personcentrerad vård och stöd.• Varje vård- och omsorgsorganisation genomför bevisligen dessa teman och synliggör detta i kvalitetsplanen och kvalitetsrapporten.• De föreslagna detaljerna för olika teman är riktlinjer för verktyg för förbättring, dialog och utveckling av kompetens. Det står vårdorganisationerna fritt att använda dessa teman efter eget gottfinnande.• Varje klient har en livsplan för tillfällig vård inom 24 timmar (i alla händelser när det gäller medicinering, kost, primär begäran om hjälp, en första kontaktperson och överenskommelser om åtgärder i händelse av en katastrof), som måste slutföras senast sex veckor efter inresan (eller så snart som möjligt) och (tills anpassningen diskuteras) blir slutgiltig.
<i>Liv och välbefinnande</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fem teman (syfte och mening, meningsfull vardag, aktiviteter, hygien och klädsel, familjedeltagande, utplacering av volontärer och komfort i livet) leder till kvalitetsförbättringar när det gäller bostäder och välbefinnande.• Varje vårdinrättning genomför dessa teman och synliggör detta i kvalitetsplanen och kvalitetsrapporten.• Anpassa livsmiljön till önskemålen, och möjligheterna för de olika målgrupperna för vård i hemmet förtjänar särskild uppmärksamhet.
<i>Säker vård och omsorg</i>	<ul style="list-style-type: none">• I kvalitetsrapporten lämnar vårdhemmen information på gruppnivå om obligatoriska indikatorer, val och mätning av indikatorerna på platsnivå, i samordning med klientråd/klientrepresentanter.• Indikatorer för grundläggande säkerhet tillhandahålls ODB för Vårdinstitutet på lokaliseringnivå senast den 1 juli efter rapporteringsåret i fråga av en organisation som inrättats för detta ändamål och som uppfyller vårdinstitutets leveransspecifikationer. Indikatorerna offentliggörs på platsnivå.• Varje vårdhemsorganisation har en incidentkommitté eller använder sig av en lokal eller regional incidentkommitté.



<p><i>Utveckling och lärande</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Vård- och omsorgsorganisationer har en årligen uppdaterad kvalitetsplan. Denna utarbetas tillsammans med klientrådet, läkare, sjuksköterskor och vårdare (OR/VAR/PAR).• Styrelsen lämnar in kvalitetsplanen för godkännande till kundrådet och arbetsrådet/VAR/PAR för inlämning till vårdkontoret.• Vård- och omsorgskontoret diskuterar kvalitetsplanen i dialogmöten med vårdorganisationen och, utöver direktören, även talar med CR och OR/VAR/PAR.• Varje vårdinrättning:<ul style="list-style-type: none">○ utarbetar en årlig kvalitetsrapport där målen från kvalitetsplanen utvärderas. Detta dokument offentliggörs årligen före den 1 juli året efter rapporteringsåret och offentliggörs på organisationens webbplats.○ tillhandahåller webbadressen till kvalitetsrapporten till Vårdinstitutets ODB, senast den 1 juli efter rapporteringsåret i fråga.○ årligen anpassar kvalitetsplanen på grundval av kvalitetsrapporten. Den justerade kvalitetsplanen kommer att offentliggöras senast den 31 december.○ ingår i ett utbildningsnätverk med minst två andra vård- och omsorgsorganisationer○ har ett kvalitetsstyrningssystem.○ Ett (tvärvetenskapligt) besök äger rum vart femte år i alla vårdhemsorganisationer.
--------------------------------------	---



<p><i>Ledarskap, styrning och förvaltning</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Mot bakgrund av kvalitetsförbättringen av sjuksköterskors hemvård uppmanar styrelsen inrättandet av en rådgivande nämnd för sjuksköterskor (VAR) eller en rådgivande nämnd i hans eller hennes organisation, eller i andra former, inbegripet digitala plattformar.• Varje hälso- och sjukvårdsorganisation garanterar yrkesmässig medverkan i förvaltningen av organisationen:<ul style="list-style-type: none">○ genom att inkludera en specialiserad geriatrisk läkare, sjuksköterska eller leverantör av psykosocial omsorg som ledamot i styrelsen. Så länge detta (ännu) inte har uppnåtts måste det hållas ett samråd mellan styrelsen och företrädare för de yrkesgrupper som nämns ovan.○ genom samråd mellan styrelsen för chefer och företrädare för de yrkesgrupper som nämns ovan.• För att upprätthålla kontakten och kopplingen till den primära processen träffar styrelsen regelbundet hälso- och sjukvårdspersonal inom sin egen hälso- och sjukvårdsorganisation.• Varje styrelse i en vårdorganisation för hemvård arbetar i enlighet med aktuell version av koden för hälso- och sjukvårdsförvaltning.• Styrelsens sätt att leda arbetet bidrar till att tillhandahålla och organisera god vård, i linje med filosofin i detta kvalitetsramverk för vård i hemmet. Styrelsen är ytterst ansvarig för dess tillämpning och följer aktivt upp detta. Styrelsen säkerställer en underbyggd kvalitetsvision tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal och kunder. Organisationen strävar efter en professionell och attraktiv arbetsmiljö.• Hälso- och sjukvårdsorganisationen förser varje år hälso- och sjukvårdsinstitutets ODB med följande uppgifter:<ul style="list-style-type: none">○ Indikatorer för grundläggande säkerhet på anläggningsnivå, obligatoriska och valfria,○ genomsnittligt totalt poängtal beräknat på grundval av de sex frågor från ZorgkaartNederland på lokal nivå,○ kvalitetsrapport på företagsnivå med webbadress (url),○ centrala aspekter av personalsammansättningen på gruppnivå.
---	--



<i>Personal-sammansättning</i>	<ul style="list-style-type: none">• Sammansättningen av arbetsgrupper på alla platser uppfyller de krav inom fokusområden, närvaro, kunskap och färdigheter samt reflektion, lärande och utveckling.• Vårdhem förser organisationen med basresurser på gruppnivå och har dessa registrerade i ODB vid The National Health Care Institute.• Personalsammansättningen, inklusive de fem nyckelfaktorerna, ingår i Kvalitetsplanen och Kvalitetsrapporten.• Det finns tid och rum för varje vårdgivare att delta i en yrkesorganisation inom lärandenätverket vid bestämda tider. Sättet som det organiseras på noteras i Kvalitetsplanen och utvärderas i Kvalitetsrapporten. Det finns tillräckligt med tid och rum för alla vårdgivare att lära och utvecklas genom återkoppling, reflektion och träning. Omfattning och karaktär på detta noteras i Kvalitetsplanen
<i>Resurser, miljö och sammanhang</i>	<ul style="list-style-type: none">• Resurser, miljö och sammanhang samt hur de bidrar till livskvalitet och arbets kvalitet beskrivs i kvalitetsplanen och följer kvalitetsrapportcykeln, diskussioner med interna och externa intressenter och uppdatering av kvalitetsplanen.
<i>Användning av information</i>	<ul style="list-style-type: none">• Varje vårdinrättning måste samla in och använda information om kunders erfarenheter minst en gång om året med hjälp av ett instrument som den själv väljer och som uppfyller de krav som ställs.• Varje vårdinrättning måste också ange totalsumman poäng baserat på de sex frågorna på platsnivå varje år, i samband med nationell jämförbarhet. Mätningen kan ske via Zorgkaart Nederland. Det är också möjligt att hämta totalpoängen via egen mätning (utan ingripande av Zorgkaart Nederland).