



LEVERANS 8. Ramverk för uppföljning och kvalitetsutveckling

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

ARCC 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)



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)

2022-06-27

Anna Häger Glenngård & Hans Knutsson



Innehållsförteckning

Executive Summary/ Sammanfattning	1
1. Bakgrund	4
1.1 Syfte med och målgrupp för ramverket.....	4
1.2 Metod.....	5
2. Ramverkets aktörer och deras roller	7
2.1 Aktörer.....	7
2.1.1 Huvudman.....	7
2.1.2 Vårdgivare.....	7
2.2 Roller.....	7
2.2.1 Förtroendevalda politiker.....	7
2.2.2 Verksamhetschef.....	7
2.2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och för rehabilitering (MAR).....	8
2.2.4 Enhetschef.....	8
2.2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal och personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation.....	8
2.2.6 Verksamhetsutvecklare eller motsvarande.....	8
2.2.7 Regionens läkare.....	9
3. Utgångspunkter för ramverket	10
3.1 Utgångspunkter avseende aktörer och roller.....	10
3.2 Utgångspunkter avseende ramverkets syfte.....	10
3.3 Kvalitet i vård och omsorg.....	11
3.4 Att arbeta systematiskt med kvalitetsutveckling – några utgångspunkter baserat på forskning.....	12
3.5 Olika sorters nyckeltal.....	14
4. Ett nyckeltalsbaserat ramverk	15
4.1 PLANERA. Bestämna kvalitetsmål samt välja nyckeltal och arbetssätt.....	16
4.1.1 Val av kvalitetsdimensioner.....	16
4.1.2 Val av nyckeltal.....	19
4.1.3 Metod för att sätta och arbeta med mål för kommunens hälso- och sjukvård.....	27
4.2 GÖRA. Genomföra planerade aktiviteter, dokumentation av erfarenheter samt inrapportering av nyckeltal.....	29
4.3 STUDERA. Utvärdera och bedöma kvalitetsutveckling.....	29
4.4 AGERA. Dra slutsatser av analysen och bestäm nästa steg.....	31
5. Att använda ramverket	32
5.1 Planera: sätta kvalitetsmål samt identifiera och operationalisera nyckeltal.....	32



5.2. Göra: utföra aktiviteter eller åtgärder, löpande samla in och sammanställa uppmätta värden för respektive nyckeltal samt dokumentera erfarenheter	35
5.3. Studera: Följa, utvärdera och bedöma kvalitetsutveckling samt identifiera utvecklingsområden och sätta nya kvalitetsmål – en checklista	35
5.4. Agera: dra slutsatser och besluta om nästa steg	37
6. Avslutningsvis	38
6.1. Huvudmän	38
6.2. Vårdgivare	39
Referenser	40
Vetenskapliga artiklar och rapporter	40
Myndighetsrapporter och SOU	41
Relevanta lagar, förordningar, föreskrifter och propositioner	42
Appendix 1. Nyckeltal och indikatorer	44
Appendix 2. Befintliga datakällor innehållande nyckeltal.....	46
Appendix 3. Förslag på mallar för att systematisera arbetet	53
Appendix 4. Teoretiska perspektiv på prestationsmätning och uppföljning	55



Executive Summary

As part of the implementation of the concept of “Good and close care” in Sweden's municipalities, a framework that aims to support municipalities to set goals for and evaluate the quality of municipal health and medical care for elderly has been developed. The project has been coordinated by NTT Data in collaboration with DG Reform, the National Board of Health and Welfare, the Swedish Association for Local Authorities and Regions (SALAR) and the network for Regional collaboration and support (RSS).

This report provides a framework with measures and indicators that the municipalities can use to set goals, analyze, evaluate and assess the overall quality of the health care they provide to the elderly. It should also be possible to use it for other groups that receive municipal health and medical care. The framework is intended to contribute to the municipalities identifying areas for improvement where actions are needed to improve the quality of municipal health care for the elderly in relation to set goals. It should be a support in the municipalities' systematic quality work. Collaboration with the regions' health and medical care, both primary care and specialist care, is also considered in the framework, since collaboration and coordination of activities between municipalities and regions is important to improve the quality of care of patients in this setting.

The framework includes i) a model for municipalities to set goals, follow up, evaluate and assess the quality of municipal health care, ii) a proposed set of structure-, process- and result measures, including relevant data sources to retrieve information about the measures, iii) a guide to the measures - how they can be interpreted and suggestions of targets where applicable, iv) proposals for the municipality's process to monitor, evaluate and assess the quality of the municipal health and health care and identify areas for improvement, and v) a description of the roles and responsibilities that stakeholders have in the municipality's process for health and medical care.

The framework is based primarily on Swedish, but also Dutch and Scottish, experiences and solutions and contains seven steps built around a well-known quality development model, usually called the PDSA cycle; Plan, Do, Study and Act. The model forms the backbone of the framework to which key figures, processes and roles in the framework are linked. In addition to these components, a systematic dialogue between actors at different levels of the organization, e.g., between the principal and the provider and between managers and employees at different levels, is a central part of the framework's process. Systematic quality work is based on a mutual understanding of the work and a trust between actors involved, something that can be strengthened by continuity in the process. To support the implementation and use of the framework, checklists and templates related to the different steps are also suggested.

The framework is intended to be useful in all of Sweden's 290 municipalities, in which the organization of health and medical care differ, depending on local contextual factors, e.g., size of the municipality.



Sammanfattning

Som ett led i omställningen till God och nära vård i Sveriges kommuner har, inom ramen för ett EU-baserat projekt, ett ramverk som syftar till att stödja kommunerna att sätta mål för och utvärdera kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården tagits fram. Projektet har letts av NTT Data i samverkan med DG Reform, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). I denna rapport presenteras resultatet från projektet: Ett nyckeltalsbaserat ramverk som kommunerna kan använda för att bedöma den övergripande kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården till äldre.

Ramverket syftar till att ge kommunerna ett verktyg att sätta mål, analysera, utvärdera och bedöma den övergripande kvaliteten i den hälso- och sjukvård som de tillhandahåller äldre. Det ska även kunna användas till andra grupper som får kommunal hälso- och sjukvård. Ramverket ska bidra till att kommunerna identifierar kvalitetsutvecklingsområden där det behövs åtgärder som förbättrar kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården till äldre i förhållande till uppsatta mål. Det ska vara ett stöd i kommunernas systematiska kvalitetsarbete. Samverkan med regionens hälso- och sjukvård, både primärvård och specialistvård, berörs eftersom en bra samverkan mellan kommun och region kan medverka till ökad kvalitet i den kommunala hälso- och sjukvården.

Ramverket som presenteras i rapporten omfattar i) en modell för kommuner att sätta mål, följa upp, utvärdera och bedöma kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård, ii) förslag på struktur-, process- och resultatmått (nyckeltal) som är definierade, inklusive vilken data som behövs och från vilka datakällor de kan inhämtas från, iii) en vägledning för nyckeltalen – hur de kan tolkas samt förslag på målvärden där så är tillämpligt, iv) förslag på kommunens process för att följa, utvärdera och bedöma kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården och identifiera förbättringsområden, samt v) en beskrivning av de roller och ansvar som involverade intressenter har i kommunens process för hälso- och sjukvård.

Ramverket baseras på främst svenska, men även nederländska och skotska, erfarenheter och lösningar och är uppbyggt kring sju steg i ett välkänt kvalitetsutvecklingshjul som vanligen benämns PGSA-hjulet, Planera, Göra, Studera samt Agera. Modellen utgör stommen i ramverket till vilken nyckeltal, processer och roller i ramverket knyts. Utöver dessa komponenter utgör en systematisk dialog i olika led en central del i ramverkets process. Dialogen kan ske i olika led; t.ex. mellan huvudman och vårdgivare, mellan enhetschef och medarbetare, mellan områdeschef och enhetschefer. Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på en ömsesidig förståelse för arbetet och ett förtroende mellan vårdgivaren och huvudmannen, något som kan stärkas av kontinuitet i processen. I syfte att stödja en konsekvent och effektiv tillämpning av ramverket presenteras även förslag checklistor och mallar avseende de olika stegen.



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)

Ambitionen med ramverket är att det ska vara användbart i samtliga Sveriges 290 kommuner, i vilka organiseringen av vård- och omsorgsarbetet kan se olika ut beroende på om det är en stor eller liten kommun.



1. Bakgrund

Denna rapport avser del 8 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 har letts av NTT Data i samverkan med DG Reform, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). Anna Häger Glenngård och Hans Knutsson, Ekonomihögskolan, Lund har författat rapporten.

God och nära vård är en omställning som nu pågår inom hälso- och sjukvården. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. God och nära vård berör både kommuner och regioner (SOU 2019:29). Som ett led i omställningen till God och nära vård i Sveriges kommuner har ett ramverk som syftar till att stödja kommunerna att sätta mål för och utvärdera kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården utvecklats av bland annat Socialstyrelsen i samverkan med partnerskapet för socialtjänst (Socialstyrelsen, SKR och RSS). I denna rapport presenteras ramverket med nyckeltal som kommunerna kan använda för att bedöma den övergripande kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården till äldre.

Ansvar för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården delas mellan kommuner och regioner. Regionerna har det övergripande ansvaret och ska verka för en god hälsa hos befolkningen. Kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre, korttidsboenden, bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning och dagverksamheter som är reglerade i socialtjänstlagen, SoL, personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) samt dagliga verksamheter som är reglerade i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Kommunerna, med undantag för kommuner i Stockholms län, har ingått överenskommelser med regionerna och ansvarar även för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård i ordinärt boende i olika omfattning. Det delade ansvaret ställer stora krav på samordning mellan regioner och kommuner.

Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får sin vård både av regionen och den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunernas primärvård tillhandahåller sjukvård och rehabilitering genom framförallt sjuksköterskor, sjuksköterskor med specialistutbildning, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Det är regionen som ansvarar för hälso- och sjukvård som tillhandahålls av läkare vilket innebär att samverkan mellan regionens primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården (kommunens primärvård) är viktig.

1.1 Syfte med och målgrupp för ramverket

Ramverket syftar till att ge beslutsfattare i kommunerna ett verktyg att sätta mål, analysera, utvärdera och bedöma den övergripande kvaliteten i den hälso- och sjukvård som de tillhandahåller äldre. Det ska även kunna användas till andra grupper som får kommunal hälso- och sjukvård. Ramverket ska bidra till att kommunerna identifierar kvalitetsutvecklingsområden där det behövs åtgärder som utvecklar kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården till äldre i förhållande till uppsatta mål. Det ska vara ett stöd i kommunernas strategiska och systematiska kvalitetsarbete. Ramverket är avgränsat till den *kommunala hälso- och sjukvården till äldre* men samverkan med regionens hälso-



och sjukvård, både primärvård och specialistvård, bör ingå eftersom en bra samverkan kan medverka till ökad kvalitet i den kommunala hälso- och sjukvården.

Ramverket omfattar

- en modell för kommuner att sätta mål, följa upp, utvärdera och bedöma kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård,
- exempel på struktur-, process- och resultatmått (nyckeltal) som är definierade, inklusive vilken data som behövs och från vilka datakällor de kan inhämtas från,
- en vägledning för nyckeltalen – hur de kan tolkas samt målvärden där så är tillämpligt,
- förslag på kommunens process för att följa, utvärdera och bedöma kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården och identifiera utvecklingsområden, samt
- en beskrivning av de roller och ansvar som involverade intressenter har i kommunens process för hälso- och sjukvård.

Ramverket utgår ifrån ett så kallat kvalitetsutvecklingshjul som vanligen benämns PGSA-hjul. Akronymen står för fyra aktiviteter i följd som ingår i ett systematiskt arbete, Planera, Göra, Studera samt Agera. Modellen utgör stommen i ramverket till vilken nyckeltal, processer och roller i ramverket knyts.

Ramverket riktar sig till kommunen som huvudman för hälso- och sjukvården, som ett stöd för beslutsfattare och ledning att styra och leda kvalitetsutvecklingen. Det kan användas på olika nivåer i en kommun för att följa upp, utvärdera och bedöma kvaliteten i verksamheter – för den kommunala hälso- och sjukvården som helhet samt på verksamhets- områdes- och enhetsnivå. I ramverk är dialog mellan aktörer en bärande del – mellan huvudman och vårdgivare, mellan chefer på olika nivåer och mellan chefer och medarbetare. Det kan också användas på alla nivåer i samverkan med regionen för att sätta mål för och följa upp samverkan, läkarmedverkan, kompetens, patientsäkerhet, m.m.

1.2 Metod

Arbetet med att utveckla ett nyckeltalsbaserat ramverk för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård till äldre har genomförts inom ramen för ett EU-finansierat projekt¹. Projektets delar har avrapporterats löpande. Denna rapport har tagits fram med utgångspunkt i ett förslag till ramverk för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård till äldre². Förslaget till ramverk har reviderats baserat på synpunkter som framkommit vid ett dialogseminarium³ och test av förslaget till ramverk i sex svenska kommuner⁴. Utöver det arbete som gjorts inom projektet har inspiration hämtats från ett ramverk för uppföljning av regional

¹ REFORM/SC2019/127.

² Deliverable 5. "Assessment Framework Report", på svenska: "Ett förslag till ramverk för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård till äldre. Rapporten togs fram med utgångspunkt i Deliverable 2 "Diagnostic Report", Deliverable 3 "Case Studies Report" och Deliverable 4. "Study Visit Reports i Nederländerna och Skottland". Gällande Skottland har även information från en gruppintervju (2021-10-07) använts.

³ Deliverable 6. "Policy Dialogue Report" Målgruppen för seminariet var socialchefer, verksamhetschefer, chefer för kommunal hälso- och sjukvård, verksamhetsutvecklare eller motsvarande och MAS/MAR samt politiker på nämndnivå med ansvar för kommunal hälso- och sjukvård samt personer inom regionerna som ansvarar för samverkan med kommunerna om överenskommelser om hälso- och sjukvårdsinsatser. Dialogseminariet pågick i tre timmar. Totalt medverkade 296 personer.

⁴ Deliverable 7. "Local Support Report"



primärvård på nationell nivå (SKR 2021a)⁵ och i enskilda regioner (Glenngård 2015). Arbetet med att utveckla ett ramverk för styrning och ledning av kommunal hälso- och sjukvård till äldre har löpande stämts av med styrgruppen⁶ i projektet och justerats i samråd med denna.

⁵ SKR (2021, s 16) beskriver sex viktiga beståndsdelar att ta hänsyn till vid framtagning av en metod för uppföljningsdialog mellan huvudmän och vårdgivare. Dessa anger att god uppföljning av vårdverksamheter bör: 1) vara användarvänlig för deltagande parter; 2) främja tillit mellan deltagande parter; 3) främja utveckling och lärande för deltagande parter; 4) skapa värde för deltagande parter och de som verksamheten är till för; 5) ta hänsyn till verksamhetens komplexa natur; och 6) vara resurseffektiv.

⁶ Styrgruppen består av nyckelpersoner från Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS).



2. Ramverkets aktörer och deras roller

Ramverket riktar sig till olika aktörer, som är involverade i den kommunala hälso- och sjukvården. I detta avsnitt beskrivs kortfattat dessa aktörer samt deras olika roller i det arbetet.

2.1 Aktörer

2.1.1 Huvudman

Som huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården har kommunen det övergripande ansvaret för att invånarna får en god vård. (12 kap. 1 § HSL). Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård och i planering och utveckling samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (11 kap. 2-3 §§ HSL). Som huvudman kan kommunen teckna avtal med vårdgivare. Avtalen kan ha olika innehåll men kommunen har alltid det övergripande ansvaret för att invånarna får en god hälso- och sjukvård (15 kap. 1 § HSL).

2.1.2 Vårdgivare

Vårdgivare utför hälso- och sjukvård. Kommunen är ofta själv vårdgivare för kommunal hälso- och sjukvård. Som vårdgivare ansvarar kommunen för att utförandet sker i enlighet med lagar och förordningar vilket bland annat innebär att bedriva vården så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL) och att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten (5 kap. 4 § HSL). Kommunala och privata vårdgivare har samma ansvar för den hälso- och sjukvård som utförs.

2.2 Roller

2.2.1 Förtroendevalda politiker

Förtroendevalda politiker som ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården ska besluta om verksamhetens riktning och ansvara för att de som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården erbjuds en god hälso- och sjukvård. I sitt arbete behöver förtroendevalda underlag för att följa upp och fatta beslut gällande kommunal hälso- och sjukvård.

2.2.2 Verksamhetschef

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten (4 kap. 2 § HSL). Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret, inklusive personalansvar, för verksamheten. Verksamhetschefen ska även säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och följs upp. Nyckeltal, som dels visar på om patienternas behov tillgodoses, dels kan ligga till grund för ett systematiskt kvalitetsarbete, kan vara en väsentlig del av det underlag som verksamhetschefen behöver för att kunna ta ansvar för sitt arbete.



2.2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och för rehabilitering (MAR)

En medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har ett särskilt medicinskt ansvar som även kan fullgöras av en fysioterapeut eller arbetsterapeut i verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering. De kallas då medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. MAS och MAR har enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - läkemedelshantering
 - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Uppföljning, som en del i vårdgivarens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, är ett verktyg för MAS och MAR att utveckla och förbättra kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården.

2.2.4 Enhetschef

Enhetschefen ska leda och utveckla verksamheten och har personal-, budget- och arbetsmiljöansvaret för verksamheten. De är ofta arbetsledare för bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och undersköterskor. Enhetschefen kan till exempel ansvara för att riktlinjer och rutiner som finns för verksamheten är kända för samtliga medarbetare, att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter och att se till att personalen har tillgång till nödvändig information och dokumentation avseende hälso- och sjukvård. Enhetschefens ansvar kan variera mellan olika kommuner då det är förvaltningschef och verksamhetschef som bestämmer enhetschefens uppdrag.

2.2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal och personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för hur de utför sitt arbete (6 kap. 2 § Patientsäkerhetslagen, PSL). Hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att denne har förutsättningar för att fullgöra uppgiften och att en god och säker vård kan upprätthållas (6 kap. 3 § PSL). Hälso- och sjukvårdspersonal ska också rapportera risker för vårdskador och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada (6 kap. 4 § PSL).

2.2.6 Verksamhetsutvecklare eller motsvarande

För verksamhetsutvecklare eller motsvarande som arbetar med systematiskt kvalitetsarbete inom kommunal hälso- och sjukvård och som stöder verksamheterna i kvalitetsutvecklingen kan detta ramverk vara ett användbart verktyg.



2.2.7 Regionens läkare

Det är regionen som ansvarar för att avsätta de läkarresurser som behövs för att ge enskilda en god hälso- och sjukvård i särskilt boende, i dagverksamhet samt när kommunen ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende och biståndsbedömda trygghetsboenden (16 kap. 1 § HSL). Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret och i det ingår att ge stöd till berörd kommunpersonal i medicinska frågor kopplade till enskilda patienter listade på respektive vårdcentral. Regionen ansvarar för att läkarinsatser sker i egen regi eller genom avtal. För regionen och de läkare som tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården arbetar för att enskilda får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård kan ramverket bidra till ökad och förbättrad samverkan mellan region och kommun gällande individer som får kommunal hälso- och sjukvård genom att nyckeltal som mäter grad av samverkan och koordinering inkluderas.



3. Utgångspunkter för ramverket

3.1 Utgångspunkter avseende aktörer och roller

Som framgår av kapitel 2 kan aktörerna inom kommunal hälso- och sjukvård ha olika roller i systematiskt kvalitetsarbete. I ramverket är dialog mellan aktörer en bärande del. Utöver mellan huvudman och vårdgivare kan dialog ske i olika led; t.ex. mellan enhetschef och medarbetare och mellan områdeschef och enhetschefer. Om vården sker i egen regi återfinns samtliga aktörer i den kommunala organisationen.

Ramverket ska vara användbart i samtliga 290 kommuner. Organiseringen av vård- och omsorgsarbetet kan se olika ut beroende på om det är en stor eller liten kommun. I de fall då det inte finns en allmänt vedertagen uppgift för en specifik yrkesroll kommer hänvisning endast ske till ”huvudman” respektive ”vårdgivare”.

3.2 Utgångspunkter avseende ramverkets syfte

Ramverket ska stödja kommunerna att långsiktigt utveckla den kommunala hälso- och sjukvården för äldre. Målen ska leda till kvalitetsutveckling inom den kommunala hälso- och sjukvården. För att nå målen och därmed säkerställa en god kvalitet kan kommunen t.ex. behöva göra omprioriteringar, avsätta mer resurser, rekrytera nya kompetenser eller utveckla nya samverkansformer med regionerna. Därför är det viktigt att de mål som tas fram och val av nyckeltal som behövs för att följa upp målen speglar såväl behov och förutsättningar i den enskilda verksamheten som övergripande mål och prioriteringar på strategisk nivå. Målen bör vara kvalitativ utveckling som kan kommuniceras till patienter, närstående, huvudman, vårdgivare, personal och invånare.

Förslaget till ramverk utgår från de observationer som gjorts under arbetet i projektet. Erfarenheter från fallstudier av uppföljning och återkoppling i hälso- och sjukvård i Nederländerna, Skottland samt studier i den svenska kontexten⁷ ligger i linje med generella slutsatser i tidigare forskning på området⁸. Även de observationer som gjorts i samband med att ramverket har testats i svenska kommuner ligger i linje med tidigare studier och forskning. Några viktiga observationer redovisas kortfattat härnäst.

⁷ Se tex Anell A. (2020) Vården är värd en bättre styrning. SNS Förlag: Stockholm; Glengård AH. Pursuing the objectives of support to providers and external accountability through enabling controls - A study of governance models in Swedish primary care. BMC Health Services Research. 2019; 19(144); Fredriksson M, Eldh AC, Vengberg S, Dahlström T, Halford C, Wallin L, Winblad U. (2014) Local politico-administrative perspectives on quality improvement based on national registry data in Sweden: a qualitative study using the Consolidated Framework for Implementation Research, Implementation Science, 9: 189; Glengård AH, Anell A. (2021) The Impact of Audit and Feedback to Support Change Behaviour in Healthcare Organisations - A Cross-sectional Qualitative Study of Primary Care Centre Managers. BMC Health Services Research.

⁸ Se tex Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, m fl. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Systematic Reviews. 2012; 13(6); Arnaboldi M, Lapsley I, Steccolini I. Performance management in the public sector: The ultimate challenge. Financial Accountability and Management. 2015, 31(1):1-22; Colquhoun H, Michie S, Sales A, m fl. J. Reporting and design elements of audit and feedback interventions: a secondary review. BMJ Quality and Safety. 2017; 26:54-60; Braithwaite J. Changing how we think about healthcare improvement. BMJ. 2018; 361; Reeves et al. (2017) Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (review). Cochrane, 6:CD000072.



För att ramverket ska bidra till systematiskt kvalitetsarbete är det viktigt att det finns en förståelse för arbetet och ett förtroende mellan huvudmän och vårdgivare, något som kan påverkas positivt av kontinuitet i relationerna mellan berörda. För att skapa förståelse för verksamheten som följs och studeras och skapa förtroende mellan huvudman och vårdgivare är dialog ett viktigt komplement till uppföljning med hjälp av nyckeltal, antingen i samband med besök i vårdgivarens verksamhet eller på distans. Vad gäller besök kan planerade (i motsats till oannonserade) besök ge en känsla av att uppföljning och återkoppling har en mer stödjande än kontrollerande roll i den berörda verksamheten. Här fyller också en löpande dialog och informella besök mellan de formella/planerade besöken och uppföljningsdialog en funktion av att bygga upp en förtroendefull relation mellan huvudman och vårdgivare.

En tätare återkoppling kan behövas till verksamheter som uppvisar problem jämfört med sådana som presterar väl, men det är viktigt med regelbunden återkoppling till alla vårdgivare för att främja kvalitetsutveckling och förtroendet mellan huvudmän och vårdgivare. Om den som ger återkoppling har en bakgrund i den typ av verksamhet som följs och bedöms kan denne uppfattas som mer legitim och förtroendeingivande än utan sådan erfarenhet.

Det är viktigt med gemensamt ägarskap, det vill säga att val av nyckeltal att följa samt rutiner och processer för uppföljning och återkoppling sker i samverkan mellan huvudman och vårdgivare, med utgångspunkt i kommunens långsiktiga målsättningar. Med hjälp av en tydlig mall för såväl uppföljning som återkoppling till verksamheter som är lika för alla kan en känsla av rättvisa och förståelse för processen stärkas. Kan dessutom relevanta medarbetare (inte bara chefer) involveras i såväl val av mål och nyckeltal att följa som i återkopplingen påverkar det kvalitetsutveckling positivt.

3.3 Kvalitet i vård och omsorg

Ramverk utgår från etablerade principer för att mäta och utvärdera kvalitet inom området i en svensk kontext. En viktig del i den svenska kontexten utgörs av "God vård och omsorg", ett samlingsbegrepp framtaget av Socialstyrelsen utifrån krav i bland annat hälso- och sjukvårdslagen. "God vård och omsorg" definierar sex kvalitetsdimensioner som en god hälso- och sjukvård samt god kvalitet i socialtjänsten ska präglas av (Socialstyrelsen 2020-6-6877). "God vård och omsorg" kan också ses som ett ramverk för uppföljningar inom hälso- och sjukvård baserat på indikatorer och andra nyckeltal (Socialstyrelsen 2020-1-6544). En god vård och omsorg ska enligt samlingsbegreppet vara:

Kunskapsbaserad. Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Säker. Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

Individanpassad. Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.

Effektiv. Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa möjliga sätt för att uppnå uppsatta mål.

Jämlig. Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.



Tillgänglig. Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

Som en del i omställningen till en god och nära vård har primärvårdens grunduppdrag reglerats i Hälso- och sjukvårdslagen (13 a kap. 1§). Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
2. se till att vården är lätt tillgänglig
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Målbilden för en god och nära vård är enligt Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2021b) att den ska:

- Utgå från individuella förutsättningar och behov
- Bygga på relationer
- Vara hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv
- Bidra till jämlik hälsa, trygghet och självständighet
- Grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

3.4 Att arbeta systematiskt med kvalitetsutveckling – några utgångspunkter baserat på forskning

Kärnan i ramverket är den så kallade PGSA-cykeln. Det är en etablerad modell för systematisk utveckling av kvalitet i en verksamhet. PGSA-cykeln bidrar med en struktur för lärande och kvalitetsförbättring som är bekant för medarbetare i den kommunala hälso- och sjukvården: att vidta en åtgärd, observera vad som händer, reflektera och dra slutsatser, och gå vidare utifrån dessa slutsatser.⁹ På ett generellt plan kan den struktureras i fyra på varandra efterföljande steg: Planera, Göra, Studera och Agera.

- ”Planera” sker utifrån befintliga förutsättningar, vanligen formella mål från lagar och förordningar, prioriteringar, ambitioner, organisation och budget. I detta steg handlar det om att bestämma vad som ska uppnås, hur och när det ska uppnås samt hur det ska gå att avgöra i vilken utsträckning målet är uppnått. Det innebär att i detta steg ska nyckeltal och målnivåer beslutas för att kunna påvisa en utveckling. Då förändrade resultat kräver förändrade arbetssätt ställs här tydliga krav på medverkan från såväl arbetsledning som relevanta berörda medarbetare i organisationen.
- ”Göra” handlar om aktiviteter och processer i vilka verksamheten utförs. Det är med andra ord i detta steg själva arbetet utförs. Eftersom det är kvalitetsutveckling som eftersträvas förutsätts någon slags förändring jämfört med hur arbetet har bedrivits

⁹ <https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/battre-varld-genom-test-i-liten-skala/>



tidigare. För att möjliggöra nästa steg (Studera) måste i detta steg även aktiviteterna följas genom en mätning och inrapportering av de nyckeltal som valts i momentet "Planera" samt under arbetets gång även dokumentera gjorda erfarenheter.

- "Studera" avser analys och tolkning av olika mätningar av verksamheten, gjorda erfarenheter och dess konsekvenser. Utgångspunkten för detta steg är de mätningar av verksamheten som gjorts, men steget omfattar mer än enbart mätning. Innebörden av ett mätvärde kräver till exempel ofta någon slags tolkning, där betydelsen av mätvärdet klargörs, till exempel i relation till ett uppsatt målvärde eller till utveckling över tid eller utfall i jämförelse med andra vårdgivare eller kommuner. Det kan handla om orsaker till mätvärdet, men också om vilka konsekvenser som ett visst mätvärde kan medföra. Att löpande notera erfarenheter kan därför vara till stor hjälp för att förstå och tolka uppmätta värden i nyckeltalen.
- "Agera" avser att dra slutsatser om vad som fungerar mer eller mindre bra i verksamheten utifrån de analyser och tolkningar som gjorts i det föregående steget. Slutsatserna är basen i den planering av vilka åtgärder som ska vidtas härnäst, i ett ytterligare varv i PGSA-cykeln.

Att genomföra kvalitetsutveckling med stöd i PGSA-cykeln innebär att stegvis genomföra små förändringar snarare än genom att en förändring i sin helhet planeras i detalj från början. Det övergripande målet ska dock finnas i sikte hela tiden.¹⁰ Att "starta i liten skala" är också en vanlig rekommendation i forskning som handlar om att leda och styra med utgångspunkt i nyckeltal. Forskning visar att det är lämpligt att i så stor utsträckning som möjligt använda information som redan samlas in i befintliga system och, om sådan information saknas, att noga överväga vilken typ av ny information som behövs för att kunna följa, utvärdera och bedöma prestationer i en organisation (se t.ex. Ittner och Larcker 2003). Det finns annars en risk för att mäta för mycket och att skapa administrativt merarbete.

Forskning visar också att det är viktigt att medarbetare som utför arbetet involveras i de olika stegen. Detta gäller såväl val av nyckeltal och målnivåer som hur de ska mätas och hur de ska följas upp. Det är oftast medarbetare som är direkt involverade i verksamheten som har bäst kunskap om vad som är lämpligt och rimligt att mäta och vilka målnivåer som är realistiska. Dessutom kan ett samskapande av uppföljningssystemet leda till att medarbetare känner sig mer motiverade att agera i enlighet med uppsatta mål för verksamheten och att de får bättre kunskap om behov och sätt att förbättra kvaliteten i verksamheten (Groen m fl 2012). Motivation handlar om medarbetares drivkrafter för att genomföra en förändring. Professionella drivkrafter kopplade till behov hos patienter snarare än externt påtvingade initiativ brukar lyftas fram som avgörande för att lyckas med förändringsarbete i hälso- och sjukvård (Weiner 2009).

¹⁰ <https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/battre-var-d-genom-test-i-liten-skala/>



3.5 Olika sorters nyckeltal

Nyckeltal avser att mäta olika aspekter av verksamheten i en organisation. Ett nyckeltal mäter vad som har åstadkommit, utförts eller genomförts. Nyckeltal indelas ofta i *strukturmått*, *processmått* och *resultatmått*¹¹ och omfattar således både förutsättningar för verksamheten, utförandet av verksamheten och, slutligen, konsekvenser av verksamheten:

- *strukturmått* mäter påverkbara förutsättningar såsom lokaler, kompetens, utrustning och rutiner.
- *processmått* mäter de aktiviteter som utförs såsom behandlingar och handläggning samt hur de utförs.
- *resultatmått* mäter utfall som bidrar till måluppfyllelse, det vill säga utfall utifrån uppställda mål för en målgrupp (Socialstyrelsen, 2020-6-6877).

Resultatmått kan delas upp i två olika värdeskapande steg: å ena sidan prestationer, å andra sidan nytta eller effekt av prestationen. En prestation är produkten av arbetet och kan vara andelen patienter som uppnår ett behandlingsmål, exempelvis blodtryck inom ett visst intervall. Nyttan eller effekten av prestationen, t.ex. minskat antal komplikationer, uppstår oftast på längre sikt (se appendix 1). I många sammanhang fokuseras verksamhetsnära prestationsmått i uppföljningen av vårdgivare eftersom effekt i termer av patientnytta dels kan påverkas av faktorer som vårdgivare inte har kontroll över, dels att det tar lång tid innan det går att se någon variation i patientnytta kopplat till vårdgivares kvalitet. Därför är det vanligt att använda resultatmått som speglar vårdgivares prestationer i den löpande uppföljningen, till exempel kliniska markörer kopplat till behandlingsmål eller implementerade åtgärdsplaner vid identifierade risker för äldre i hemmet.

Valet av struktur-, process- eller resultatmått hänger samman med vilket beteende hos vårdgivare som ska uppmuntras. Beroende på vilken sorts nyckeltal som väljs ges olika incitament och förutsättningar för vårdgivare. De flesta indikatorer och nyckeltal som används för att följa, utvärdera och bedöma vårdgivares prestationer avser strukturer och processer som är baserade på evidens om specifika orsak/verkan-samband. Avsikten med att följa och mäta sådana insatser är att motivera vårdgivare att implementera generell evidens. Utgångspunkten är att kunskap finns om de mest lämpliga strukturerna och arbetssätten (processerna) för att uppnå god kvalitet och att vårdgivare ska motiveras att införa dessa. Om önskat beteende istället hänger samman med att vårdgivare själva ska utveckla innovationer och nya arbetssätt är resultatmått bättre. Dessa anger inte hur något ska utföras utan vad som önskas uppnås. Resultatmått ger större frihetsgrader för vårdgivare att pröva egna och nya metoder för att nå målen.

I följande kapitel beskrivs hur ett nyckeltalsbaserat kvalitetsutvecklingsarbete kan struktureras för att möjliggöra kommunernas systematiska kvalitetsutveckling.

¹¹ Socialstyrelsen (2020-6-6877) gör vidare en distinktion mellan bakgrundsmått/nyckeltal, indikator och utvecklingsindikator (se appendix 1).



4. Ett nyckeltalsbaserat ramverk

Ramverket kretsar kring PGSA-cykeln med dess fyra steg Planera, Göra, Studera och Agera. Processer, nyckeltal och roller kopplas till PGSA-cykeln för att konkretisera tillämpningen av ramverket. I syfte att stödja en konsekvent och effektiv tillämpning kompletteras ramverket med checklistor och mallar. Ramverket utgår från att ¹²

1. kvalitetsmål, målvärden, nyckeltal och arbetssätt bestäms i dialog mellan huvudman och respektive vårdgivare med utgångspunkt i politiska ambitioner och resursallokeringar. Såväl relevant chef som relevanta berörda medarbetare hos vårdgivaren deltar i processen (PLANERA),
2. tidpunkt och struktur för uppföljningsdialog bestäms i samband med att kvalitetsmål och målvärden definieras (PLANERA),
3. ansvaret för att nödvändiga åtgärder för att nå uppsatta kvalitetsmål vidtas bärs av enhetschef, verksamhetschef eller motsvarande roll hos vårdgivaren. Åtgärder definieras i samråd mellan huvudman och vårdgivare, om tillämpligt (PLANERA),
4. det är vårdgivaren som genomför åtgärderna, följer arbetet och till huvudmannen rapporterar uppmätta nyckeltalsvärden och dokumenterar gjorda erfarenheter, något som med fördel görs tillsammans med berörd personal löpande under verksamhetens genomförande (GÖRA),
5. det är huvudmannen som ansvarar för att uppföljningsdialog, i syfte att bedöma kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård, genomförs systematiskt, protokollförs och justeras, i enlighet med vad som bestämts i Planera-steget (STUDERA),
6. det är huvudmannen tillsammans med relevant chef eller representant för vårdgivaren och berörda medarbetare som identifierar utvecklingsområden med utgångspunkt i uppsatta kvalitetsmål (AGERA),
7. en eventuell ny PGSA-cykel baserad på ny kunskap om problem och hinder för att uppnå gällande kvalitetsmål eller med utgångspunkt i nya kvalitetsmål initieras, vilket sker i dialog mellan huvudman och vårdgivare (AGERA),

Ramverket innehåller vägledning och stöd i form av instruktioner och exempel på hur ovanstående punkter kan/bör utföras (PGSA i sin helhet).

Syftet med ramverket är att stödja kommunernas arbete att utveckla kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård genom att planera, följa och studera verksamhetens kvalitet med utgångspunkt i nyckeltal samt att agera med utgångspunkt i identifierade förbättringsområden. Systematisk uppföljning utgår vanligen från uppsatta mål och ambitioner med verksamheten, vilket ligger i linje med utgångspunkter avseende ramverkets syfte. Härnäst presenteras i tur och ordning de fyra steg som modellen omfattar, i) Planera, ii) Göra, iii) Studera samt iv) Agera.

¹² Som påpekats tidigare i rapporten ska ramverket ska vara användbart i samtliga kommuner och att organisering av vård- och omsorgsarbetet ser olika ut i olika kommuner. Därför hänvisar vi till "huvudman" respektive "vårdgivare" i de fall då det inte finns en allmänt vedertagen uppgift för en specifik yrkesroll eller aktör.



4.1 PLANERA. Bestämna kvalitetsmål samt välja nyckeltal och arbetssätt

Det första steget i ramverket avser ”Planera” och består av tre steg. I steg 1 ska mål för verksamhetens kvalitet artikuleras och definieras med utgångspunkt i prioriterade områden, politiska målsättningar och budgetmässiga förutsättningar i form av kommunfullmäktiges resursallokering. Här föreslås God vård och omsorgs sex kvalitetsdimensioner att förhålla sig till då målen bestäms. I steg 2 ska, inom valda kvalitetsdimensioner, lämpliga nyckeltal för mätning och uppföljning väljas, med hänsyn tagen till tillgängliga resurser. Här handlar det om att konkretisera vad som ska uppnås i verksamheter och hur uppfyllandet av uppsatta mål ska kunna följas upp på olika organisatoriska nivåer i kommunen. I steg 3 ska målnivåer bestämmas och dessutom genom vilka arbetssätt målen ska uppnås.

4.1.1 Val av kvalitetsdimensioner

I Sverige används i nationell, regional och lokal uppföljning, som tidigare nämnts i avsnitt 3.1.2, de sex dimensionerna i God vård och omsorg – kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. De kan även fungera som planeringsförutsättningar. I omställningen till en god och nära vård används också SKR:s målbild att vården ska utgå från individuella förutsättningar och behov, bygga på relationer, vara hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv, samt bidra till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit (SKR 2021b).

I föreliggande arbete har Nederländerna och Skottland fungerat som referensländer och inspiration för hur ramverk kan utformas. I Nederländerna grundar sig planeringen i fyra övergripande och nationella mål:

- ledarskap och styrning
- tillräcklig och kunnig personal
- rimligt resursutnyttjande
- rätt användning av information.

Dessa är vidare nedbrutna i åtta kvalitetskriterier¹³:

- personcentrerad vård och omsorg
- säkerhet och trygghet (safety)
- boende och välmående
- ledarskap och styrning
- medarbetarnas sammansättning och kompetens
- lärande och kvalitetsförbättring
- användning av resurser samt användning av information.

I Skottland bryts nationella mål ner lokalt utifrån två olika kvalitetsramverk, ett för ordinära boenden och ett för särskilda boenden. Ramverken innehåller sex så kallade nyckelfrågor (Key Questions) med tillhörande kvalitetsnyckeltal (Quality Indicators, QI). Nyckelfrågorna ramar in kvalitetsnyckeltalen och berör för närvarande:

- patientens välbefinnande
- ledarskapet
- personalens sammansättning och kompetens
- hur boendena är utformade
- omvårdnadsplanering

¹³ I en studie av kvaliteten i omsorgen för äldre pekar Kramp (2018) på hur det är framförallt en professionell yrkesheder och hållning samt personliga fördelar av eventuella förändringar som har positiva effekter på kvalitetsutvecklingen. Rapporten lyfter däremot hur det är kommunikation, ledarskap, koordinering samt individuella patienthänsyn som uppvisar den största förbättringspotentialen.



- verksamhetens övergripande förbättringspotential.

De sex dimensionerna för God vård och omsorg speglar väl vad som framhålls i Nederländerna och Skottland. De inrymmer dessutom SKR:s målbild för God och nära vård. God och nära vård lyfter fram ansvarstagande och tillit som särskilt viktigt för en god kvalitet i vård och omsorg. God vård och omsorg handlar om kvalitetsdimensioner som en god hälso- och sjukvård samt god kvalitet i socialtjänsten ska präglas av medan God och nära vård kan ses som en målbild för den vård som ges.

Föreliggande ramverk utgår från de kvalitetsdimensioner som finns i God vård och omsorg samt God och nära vård, jämte kvalitetskriterier som används i Nederländerna och Skottland, för att formulera kvalitetsmål (Tabell 1).



Tabell 1. Förslag på kvalitetsdimensioner att använda för att sätta kvalitetsmål.

Förslag på kvalitetsdimensioner	Jämförbara uppsättningar av kvalitetsdimensioner			
	<i>God vård och omsorg</i>	<i>God och nära vård</i>	<i>Skottland</i>	<i>Nederländerna</i>
Kunskapsbaserad	Baseras vården på bästa tillgängliga kunskap och bygger på både vetenskap och beprövad erfarenhet?			Learning and improving of quality
Säker	Bedrivs riskförebyggande arbete för att förhindra skador? Präglas verksamheten av rättssäkerhet?		How well is care planned?	Safety
Individanpassad	Ges vården med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet? Ges individen möjlighet att vara delaktig?	Utgår vården från patientens individuella förutsättningar och behov? Präglas relationen med den enskilde av god kontinuitet i vårdkontakter? Bidrar vården till upplevd trygghet och självständighet hos den enskilde?	How well do we support people's wellbeing?	Person-centred healthcare and support
Effektiv	Utnyttjas tillgängliga resurser på bästa möjliga sätt för att uppnå uppsatta mål?	Präglas relationen mellan olika vårdgivare av en gemensam målbild med vården? Skapas vården med gemensamt ansvarstagande och tillit mellan olika vårdgivare? Präglas innehållet i vården av hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser?	What is our overall capacity for improvement? How good is our staff team? How good is our leadership?	Staff composition. Use of resources. Use of information. Leadership governance and management
Jämlig	Tillhandahålls och fördelas vården på lika villkor för alla?	Bidrar vården till jämlig hälsa för alla?		
Tillgänglig	Ges vården i rimlig tid?		How good is our setting?	Housing and welfare



4.1.2 Val av nyckeltal

Val av nyckeltal avser att identifiera och konkretisera nyckeltal att följa för att kunna utvärdera och påvisa utveckling i kvalitet i enlighet med de mål som satts upp. I detta avsnitt presenteras exempel på relevanta nyckeltal som, beroende på situation i en kommun, kan vara lämpliga att överväga. De sorteras under de sex kvalitetsdimensioner som presenteras i tabell 1i God vård och omsorg. Notera att en del nyckeltal kan sorteras in under flera kvalitetsdimensioner. En vägledning för respektive nyckeltal i meningen att ett högt eller ett lågt värde speglar god kvalitet presenteras för varje nyckeltal. Dock presenteras inga absoluta målnivåer då dessa måste bestämmas i varje kommun med hänsyn till utgångsvärde och lokala förutsättningar. I vissa fall kan det vara tillämpligt med en absolut målnivå, t.ex. att en läkemedelsgenomgång ska genomföras regelbundet för alla som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. I andra fall kan en relativ målnivå vara mer tillämpligt, t.ex. att den upplevda tryggheten bland brukare ska vara högre vid den senaste mätperioden jämfört med den föregående mätperioden.

De nyckeltal som identifieras för att följa och utvärdera kvaliteten i kommunens hälso- och sjukvård bör om möjligt tas fram utifrån data som kommunen redan har tillgänglig, detta för att undvika administrativt merarbete. Befintliga uppgifter kan till exempel finnas i kommunens olika verksamhetssystem eller samlas in via enkätundersökningar. I Sverige finns också en lång rad nationella datakällor som innehåller nyckeltal avseende strukturer, processer och resultat av relevans för primärvården generellt och kommunal hälso- och sjukvård specifikt (se appendix 2). Ett exempel är brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”. Andra nationellt insamlade uppgifter finns till exempel i Socialstyrelsens register och i olika nationella kvalitetsregister. Till dessa register är det ofta kommunen själv som lämnar de uppgifter som kan vara till nytta för uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården. Eftersom uppgifterna samlas in på samma sätt i alla kommuner är dessa uppgifter jämförbara mellan kommuner vilket kan bidra med kunskap då kommunen ska sätta mål för nyckeltalen.

Utöver de befintliga uppgifterna kan det ibland finnas behov av att förändra eller utöka de uppgifter som kommunen själv har tillgång till. Innan en ny insamling av data genomförs behöver nyttan med insamlingen ställas mot de kostnader som insamlingen medför. Funderar kommunen på att förändra eller utöka insamlingen av uppgifter kan en strukturerad digital dokumentation som Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer vara en bra utgångspunkt. Det ger förutsättningar för återanvändning av information exempelvis vid informationsöverföring mellan verksamheter och vid uppföljning och systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete på lokal nivå. Inom kommunal hälso- och sjukvård är det framförallt klassifikationerna ICF¹⁴ och KVÅ¹⁵ som används som gemensamt språk för olika professioner. Tillsammans med professionerna har ett urval gjorts ur ICF och KVÅ för kommunal hälso- och sjukvård. Urvalet ska ge stöd i dokumentation och till lokal uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete.¹⁶ Socialstyrelsen har också tagit fram utbildningsmaterial som stöd för hur ICF och KVÅ kan användas i strukturerad dokumentation inom kommunal hälso-och sjukvård för att

¹⁴ ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa med syfte att tillhandahålla en gemensam referensram och ett gemensamt språk för att beskriva och dokumentera funktionstillstånd, mål, behov och resultat av åtgärder. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen, 2022.

¹⁵ KVÅ är en klassifikation av vårdåtgärder som används för att beskriva och dokumentera om de är utredande, behandlande, förebyggande, stödjande och uppföljande och om de exempelvis är planerade eller utförda. KVÅ används bland annat vid inrapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister såsom patientregistret och registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen. ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård. Hämtad 2022-02-02 <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva-och-icf-i-halso-och-sjukvard/>

¹⁶ Socialstyrelsen. Att beskriva behov och resultat inom kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.



informationen ska kunna användas för lokalt systematiskt kvalitetsarbete¹⁷. Ett annat sätt att strukturera digital information är att påbörja inrapportering av data till befintliga nationella kvalitetsregister.

De kärnindikatorer som Socialstyrelsen (2021-8-7496) identifierat som lämpliga i uppföljning av omställning till en mer nära vård ingår i de exempel på nyckeltal som presenteras härnäst, så långt det är tillämpligt för den aktuella patientgruppen. Vidare presenteras datakälla där nyckeltalen kan hämtas i de fall det är tillämpligt. För några av de nationella datakällor som hänvisas till är täckningsgraden i det närmaste heltäckande medan den är låg för andra datakällor (se appendix 2). Eftersom ansvaret för att tillhandahålla primärvård till äldre i ordinärt och särskilt boende är delat mellan kommuner och regioner är en del av de föreslagna nyckeltalen sådana som berör båda dessa huvudmän även om det huvudsakliga syftet med ramverket är att främja kvaliteten och utvecklingen i kommunal hälso- och sjukvård. Vidare innehåller några av de föreslagna nyckeltalen både hälso- och sjukvårdsinsatser och omsorgsinsatser eftersom dessa i många fall är nära sammankopplade för äldre i ordinärt och särskilt boende. Merparten av nyckeltalen i tabellerna kan användas på kommunnivå, enskilda boenden, hemsjukvårdsområden eller andra enheter.

Kunskapsbaserad

I tabell 2a presenteras exempel på nyckeltal som svarar på frågan ”Är vården av äldre i ordinärt och särskilt boende kunskapsbaserad?”. Att vården är kunskapsbaserad handlar om att tillgänglig evidens – både vetenskap och beprövad erfarenhet – ska genomsyra de insatser som görs. Ett vanligt sätt att mäta om vården är kunskapsbaserad är att använda nyckeltal som mäter följsamhet till evidensbaserade riktlinjer. Nationella kvalitetsregister har sin utgångspunkt i sådana riktlinjer för olika sjukdomsområden eller patientgrupper. Svenska palliativregistret är ett exempel, där information ställs samman om kvalitet i vården i livets slutskede, baserat på evidens inom området. Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) är ett annat exempel. Där finns till exempel information i form av nyckeltal om följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer om basal demensutredning. En kunskapsbaserad vård hänger också samman med organisatorisk förmåga till förändring baserat på ny kunskap; en förmåga att ändra rutiner och arbetssätt när ny forskning blir tillgänglig eller när medarbetare identifierar nya ändamålsenliga arbetssätt i den dagliga verksamheten. I Skottland används nyckeltal som speglar förmåga till förändring i ledarskap, där information hämtas i dialog med medarbetare och patienter samt granskning av dokument.

Tabell 2a. Exempel på nyckeltal att följa upp för kvalitetsdimensionen “Kunskapsbaserad”

Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Förekomst av brytpunktssamtal	Förekomst av brytpunktsamtal för patienter som får vård i livets slutskede och senare avlider i ordinärt och särskilt boende	Process	Högt	Svenska Palliativregistret (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/journalgranskning (KVÅ XV018, XV028)
Basal demensutredning	Andel personer i ordinärt och särskilt boende med en demensdiagnos där basal demensutredning genomförts i enlighet med riktlinjer	Process	Högt	SveDem (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/journalgranskning

¹⁷ Socialstyrelsen. ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård. Hämtad 2022-02-02 <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/279/icf-och-kva-inom-kommunal-halso-och-sjukvard>



Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Kunskapsbaserat ledarskap	Förekomst av rutiner och strukturer att introducera nya arbetssätt i verksamheten då ny kunskap blir tillgänglig	Struktur	Bör finnas	Enkät till medarbetare i kommunal hälso- och sjukvård och/eller genom dialogbaserad uppföljning med vårdgivare

Säker

I tabell 2b presenteras exempel på nyckeltal som svarar på frågan ”Är vården av äldre i ordinärt och särskilt boende säker?”. Med säker avses att vården ska vara säker, att riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador och att verksamheten ska präglas av rättssäkerhet. Att tillhandahålla en säker vård handlar bland annat om att ha personal med adekvat kompetens, att ha rutiner och processer på plats som är kända för alla i verksamheten och att vården utförs enligt de lagar, förordningar och föreskrifter som finns för verksamheten. Detta innefattar att uppgifter som delegerats av sjuksköterskor och allmänläkare till ej legitimerad personal sker på ett patientsäkert sätt. I Skottland används nyckeltal som avser att mäta medarbetares kompetens och sammansättning. I den svenska kontexten kan data för att mäta personalens sammansättning hämtas i lokala administrativa system och/eller Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Önskvärt värde på andelen legitimerad personal av all personal är kontextberoende och hänger samman med t.ex., patientmix. I Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård finns nyckeltal om strukturer, processer och rutiner för omhändertagande av personer som är 65 år eller äldre i ordinärt och särskilt boende. Från denna undersökning kan lämpliga nyckeltal som avser strukturer hämtas. Ett viktigt område handlar om läkemedelsanvändning. För denna aspekt av säker vård kan information hämtas ur administrativa system i regioner och kommuner samt läkemedelsregistret i tillägg till enhetsundersökningen. Syftet med det nationella kvalitetsregistret Senior Alert är att vara ett stöd i att identifiera risker, analysera orsaker och identifiera strukturer och processer för att undvika och förebygga fall, trycksår, viktnedgång, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Ur detta register kan struktur-, process- och resultatmått hämtas. I tabell 2b anges nyckeltal utifrån exemplet trycksår. Motsvarande nyckeltal för de andra fyra områdena finns i registret.

Tabell 2b. Exempel på nyckeltal att följa upp för kvalitetsdimensionen ”Säker”

Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Rutin för läkemedelsgenomgångar	Förekomst av rutin för regelbundna läkemedelsgenomgångar för äldre i särskilt och ordinärt boende	Struktur	Högt	Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård
Genomförda läkemedelsgenomgångar	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det gjorts en läkemedelsgenomgång	Process	Högt	Administrativa system i regioner, lokal databas/ journalgranskning (KVÅ XV015, XV016, XV022, XV023)
Äldre med läkemedel som bör undvikas	Andel personer i ordinärt och särskilt boende som står på läkemedel som bör undvikas	Process	Lågt	Läkemedelsregistret eller lokal databas/ journalgranskning
Legitimerad personal	Antal legitimerad personal i kommunens primärvård per invånare	Struktur	Högt	Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen
Personal-sammansättning	Andel legitimerad personal av all personal	Struktur	Kontextberoende	Registret över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), och/eller lokala administrativa system



Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Medarbetares kompetens	Andel medarbetare i ordinärt och särskilt boende med adekvat utbildning i riskförebyggande arbete	Struktur	Högt	Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård
Riskbedömning, trycksår	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det gjorts en riskbedömning för trycksår	Process	Högt	Senior Alert (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/ journalgranskning (KVÅ PH002)
Förekomst av trycksår	Förekomst av trycksår för alla avlidna i ordinärt och särskilt boende	Resultat	Lågt	Svenska Palliativregistret (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/ journalgranskning (ICD-10-SE L89)
Åtgärdsplan, trycksår	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det upprättats en åtgärdsplan vid identifierad risk för trycksår	Process	Högt	Senior Alert (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/ journalgranskning (KVÅ AW013, ICD-10-SE L89, ICF b810)
Åtgärd, trycksår	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det vidtagits en åtgärd vid identifierad risk för trycksår	Process	Högt	Senior Alert (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/ journalgranskning (KVÅ QH001 ¹⁸ ; ICD-10-SE L89, ICF b810)

Individanpassad

I tabell 2c presenteras exempel på nyckeltal som svarar på frågan ”Är vården av äldre i ordinärt och särskilt boende individanpassad?”. Med individanpassad avses att vården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet samt att individen ska ges möjlighet att vara delaktig¹⁹. Nyckeltal för t.ex. delaktighet har tagits fram och redovisas bland annat i brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”, i Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård och i nationella kvalitetsregister, som till exempel SveDem. Dessa ligger i linje med nyckeltal som används i Skottland för att fånga aspekten ifall människor får ut så mycket som möjligt av sin tillvaro.

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av en persons pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. Syftet med en SIP i primärvården är att skapa delaktighet och trygghet för individen. Den ska utgå från vad som är viktigt för individen och vara individens plan. Dokumentet ska innehålla vad individen kan göra själv, vad hen behöver hjälp och stöd med, vem som ansvarar för vad och kontaktuppgifter till ansvariga vårdgivare²⁰. I Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård finns information om individens delaktighet vid upprättande av vårdplan. Även i nationella kvalitetsregister finns nyckeltal som avser delaktighet i beslut om insatser samt nyckeltal som direkt mäter personcentrerade insatser och aktiviteter. I SveDem finns ett processmått som mäter i vilken utsträckning personer med demens helt eller delvis erbjuds personcentrerade aktiviteter. Annan information som handlar om hur de äldre upplever sina möjligheter att påverka sin vård samt om vården ges med utgångspunkt i individens specifika behov kan med fördel hämtas från individerna själva. Sådan information samlas in i brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen. Denna omfattar både

¹⁸ KVÅ-åtgärder som finns med i Senior Alert utöver QH001: DJ010, DT026, DV025, DV051, DV052, DV055, DV137, DV138, GA023, GA025, PB009, PH001, QB008, QH001, QH010, QM005, QM009, QT007, QV002

¹⁹ <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/vardsamverkan/samordnad-individuell-plan-sip/>

²⁰ <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/vardsamverkan/samordnad-individuell-plan-sip/>



sjukvårds- och omsorgsinsatser. Vidare finns i flera kommuner egna brukarundersökningar som kan komplettera de som görs på nationell nivå.

Tabell 2c. Exempel på nyckeltal att följa upp för kvalitetsdimensionen ”Individanpassad”

Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
SIP, kvantitet	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det finns en upprättad SIP i primärvården	Process	Högt	Lokal databas/ journalgranskning (KVÅ AU124)
Delaktighet i vårdplan	Andel i ordinärt och särskilt boende som är/varit delaktiga i upprättande av vårdplan	Process	Högt	Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård
Upprättande av rehabiliteringsplan	Andel i ordinärt och särskilt boende med upprättad rehabiliteringsplan	Process	Högt	Lokal databas/ journalgranskning (KVÅ AW020)
Uppföljning av rehabiliteringsplan	Andel i ordinärt och särskilt boende med rehabiliteringsplan där uppföljning har genomförts	Process	Högt	Lokal databas/ journalgranskning (KVÅ AW024)
Personcentrerade aktiviteter	Andel personer med demensdiagnos i ordinärt och särskilt boende som erbjuds personcentrerade aktiviteter	Process	Högt	SveDem (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret)
Upplevd självständighet	Grad av upplevd självständighet bland äldre i ordinärt och särskilt boende	Resultat	Högt	Brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”
Upplevd trygghet	Grad av upplevd trygghet bland äldre i ordinärt och särskilt boende	Resultat	Högt	Brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” eller lokal databas/ journalgranskning (ICF b1528A)

Effektiv

I tabell 2d presenteras exempel på nyckeltal som svarar på frågan ”Är vården av äldre i ordinärt och särskilt boende effektiv?” samt ”Är vården av äldre i ordinärt och särskilt boende koordinerad och samordnad?”. Med effektiv avses att vården ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa möjliga sätt för att uppnå uppsatta mål. Med uppsatta mål avses de mål som finns för verksamheten i lagar, föreskrifter och förordningar men även andra mål som kommunen har för den kommunala hälso- och sjukvården. Enkelt uttryckt innebär en effektiv användning av resurser att tillgängliga resurser utnyttjas på det sätt där de gör bäst nytta för patienten. I god och nära vård är utgångspunkterna att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest effektiva arbetssättet samt att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet. Personer ska så långt det är möjligt tas om hand i hemmet och sjukhusvård ska undvikas. I öppna jämförelser finns det ett nyckeltal som visar antal vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som med en väl fungerande öppenvård bedöms kunna undvikas inom den slutna vården, så kallad undvikbar sjukhusvård. Nyckeltalet avser att vara en mått på kvaliteten i den öppna vården och kan betraktas om ett resultatmått som visar i vilken mån hälso- och sjukvård är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv. Nyckeltalet ”besök på akutmottagning 80 år eller äldre” fyller en liknande roll. Båda dessa nyckeltal ingår i kärnindikatorerna för en omställning till mer god och nära vård.

Andra relevanta nyckeltal handlar om insatser som speglar ett sjukdomsförebyggande arbetssätt. Ett exempel är följsamhet till rekommendationer om influensavaccinering av äldre – ett processmått. Ett annat exempel handlar om att förebygga fallolyckor. Fallolyckor utgör ett omfattande folkhälsoproblem bland äldre (Folkhälsomyndigheten 2021). Många fallolyckor



resulterar i höftfrakturer, vilket medför såväl lidande för den äldre personen som drabbas som stora kostnader för samhället. Att följa frekvensen av fallskador och höftfrakturer ger en bild av utvecklingen mot mer hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser (SKR 2019). I det nationella kvalitetsregistret Senior Alert finns struktur-, process- och resultatmått kopplade till förebyggande arbete för att minska risken för fall och fyra andra områden (se appendix 2). Från detta register kan process- och resultatmått inhämtas. Resultat i termer av nytta för patienter kan hämtas ur patientregistret. Process- och resultatmått i detta exempel följer en orsak/verkan-kedja. Tanken är att om det görs en riskbedömning kan risker identifieras, en åtgärdsplan upprättas och förebyggande åtgärder för att förhindra fallolyckor vidtas. Det kan då leda till att antalet fallskador minskar, både de som fordrar och inte fordrar sjukhusvård.

En viktig dimension vad gäller personcentrerad samverkan inom ramen för god och nära vård handlar om samverkan mellan olika huvudmän för hälso- och sjukvård (SKR 2019). Vad gäller vård av äldre i ordinärt och särskilt boende är samverkan mellan kommunens hälso- och sjukvårdspersonal och regionens läkare vid vårdcentraler ett relevant exempel men också samverkan då en patient skrivs ut från slutenvård och det fortsatta omhändertagandet av personen ska ske i regional och kommunal primärvård. Att en SIP i primärvården eller i samband med utskrivning från slutenvård finns upprättad är inte någon garanti för koordinering och samverkan. Alla de parter som ska involveras medverkar inte alltid och graden av gemensamt ansvarstagande och tillit kan variera bland berörda medarbetare. Det kan också finnas en bristande samsyn mellan vårdgivare i kommun och region vad gäller pågående och planerade insatser generellt. Strukturerad information om kvalitet på SIP:ar och grad av samsyn saknas i befintliga datakällor men kan samlas in genom enkät till medarbetare och/eller genom dialogbaserad uppföljning med vårdgivare (se avsnitt 4.5).²¹

Tabell 2d. Exempel på nyckeltal att följa upp för kvalitetsdimensionen ”Effektiv”

Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Undvikbar slutenvård	Antalet avslutade vårdtillfällen där patienten fått diagnos som ingår i definitionen för undvikbar slutenvård bland personer i ordinärt och särskilt boende	Resultat	Lågt	Patientregistret, Socialstyrelsen
Besök på akutmottagning 80 år eller äldre	Andel personer i ordinärt och särskilt boende 80 år eller äldre som gjort besök vid sjukhusbunden akutmottagning	Resultat	Lågt	Patientregistret, Socialstyrelsen
Vaccination mot säsongsinfluensa	Andel personer i ordinärt och särskilt boende som fått vaccination	Process	Högt	Administrativa system i regioner, administrativa system i kommuner (KVÅ DT030)
Riskbedömning, fallskador	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det gjorts en riskbedömning för fallskada	Process	Högt	Senior Alert (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/journalgranskning

²¹ Exempel på frågor kan vara: Upplever du att medarbetare i kommunal hälso- och sjukvård samt läkare från regional primärvård a) har en gemensam uppfattning om målet med pågående och planerade insatser för personer i särskilt/ordinärt boende; och b) tar sitt ansvar och genomför uppdraget? Upplever du att samarbetet fungerar väl som helhet? Modifierade frågor utifrån enkät till medarbetare i kommunal och regional primärvård i Skåne inom ramen för en uppföljning av implementering av teambaserad vårdform för äldre (Glenngård och Anell 2021).



Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Åtgärdsplan, fallskador	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det upprättats en åtgärdsplan vid identifierad risk för fallskada	Process	Högt	Senior Alert (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/journalgranskning (KVÅ AW013 samt ICD eller ICF för risktillstånd)
Åtgärd, fallskador	Andel personer i ordinärt och särskilt boende där det vidtagits en åtgärd vid identifierad risk för fallskada	Process	Högt	Senior Alert (förutsätter att vårdgivaren medverkar i registret) eller lokal databas/journalgranskning (KVÅ QB003 ²²)
Antal fallskador	Antal personer i ordinärt och särskilt boende som utsätts för fallskada i relation till antal boende	Resultat	Lågt	Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård
Slutenvårdstillfälle en fallskador	Antal personer i ordinärt och särskilt boende som vårdats på sjukhus p.g.a. fallskada	Resultat	Lågt	Patientregistret, Socialstyrelsen
Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, fallskada	Andel personer i ordinärt och särskilt boende återinskrivs efter hemgång från sjukhusvård p.g.a. fallskada	Resultat	Lågt	Patientregistret, Socialstyrelsen
Hållbarhet	Hållbart medarbetarindex i särskilt boende		Högt	Kolada
SIP i primärvård, kvantitet	Andel personer i ordinärt och särskilt boende med insats från både HSL och SoL där det finns en upprättad SIP i primärvården	Process	Högt	Lokal databas/journalgranskning (KVÅ AU124)
SIP vid utskrivning, kvantitet	Andel personer i ordinärt och särskilt boende som vårdats i slutenvård där det finns en upprättad SIP vid utskrivning	Process	Högt	Lokal databas/journalgranskning (KVÅ AU125)
SIP, kvalitet	Andel upprättade SIPar för personer i ordinärt och särskilt boende där läkare från primärvård, sjuksköterska från kommun, samt annan relevant medarbetare (t.ex. fysioterapeut) och patient/ anhörig involveras	Process	100%	Enkät till medarbetare i kommunal hälso- och sjukvård och/eller genom dialogbaserad uppföljning med vårdgivare
Grad av samsyn	Medarbetares positiva upplevelse av samsyn i pågående och planerade insatser	Resultat	Högt	Enkät till medarbetare i kommunal hälso- och sjukvård och/eller genom dialogbaserad uppföljning med vårdgivare

Jämlik

Förslag på nyckeltal som svarar på frågan ”Är vården av äldre i ordinärt och särskilt boende jämlik?” presenteras i tabell 2f. Innebörden av jämlik vård är att vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla och med respekt för alla människors lika värde. För att mäta måluppfyllelse för denna dimension måste utfall i struktur, process- och resultatmått sättas i relation till andra faktorer såsom kön, ålder, bostadsort, funktionalitet, utbildning och social ställning. Uppföljning av denna dimension görs med fördel i en kommun eller region som helhet då det finns möjlighet att studera skillnader mellan flera särskilda boenden eller hemsjukvårdsområden med hänsyn till patientmix vid respektive enhet men kan

²² KVÅ-åtgärder som finns med i Senior Alert: GA023, GA025, QB001, QD016, QG003, QM005, QM009, QM015, QN001, QN002, QN016, QT003, QT006, QT007, QT010, QT017, QV001, XV015, XV016, XV021, XV022, XV023



också göras för enskilda boenden eller hemsjukvårdsområden. I brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" finns information om ålder och självupplevt allmänt hälsotillstånd för personerna som har besvarat enkäten, vilket kan sättas i relation till utfall i olika nyckeltal, i det här fallet de äldres upplevelser av äldreomsorgen.

Tabell 2f. Exempel på nyckeltal att följa upp för kvalitetsdimensionen "Jämlik"

Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Väntetider särskilda boenden med hänsyn till kön	Genomsnittligt antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende uppdelat på kvinnor och män	Resultat	Låg spridning	Kolada samt kompletterande uppgifter om bakgrund hos de som ansökt om särskilt boende
Väntetider särskilda boenden med hänsyn till utbildning	Genomsnittligt antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende uppdelat på utbildningsnivå (eftergymnasial/ gymnasium/ grundskola/ ingen avslutad utbildning)	Resultat	Låg spridning	Kolada samt kompletterande uppgifter om utbildningsbakgrund hos de som ansökt om särskilt boende
Upplevd självständighet med hänsyn till ålder	Grad av upplevd självständighet bland äldre i ordinärt och särskilt boende uppdelat på åldersgrupper (65-74/ 75-79/ 80+)	Resultat	Låg spridning	Brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"
Upplevd självständighet med hänsyn till allmänt hälsotillstånd	Grad av upplevd självständighet bland äldre i ordinärt och särskilt boende uppdelat på hälsotillstånd (mycket gott/ ganska gott/ någorlunda/ ganska dåligt/ mycket dåligt)	Resultat	Låg spridning	Brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"
Upplevd trygghet med hänsyn till ålder	Grad av upplevd trygghet bland äldre i ordinärt och särskilt boende uppdelat på åldersgrupper (65-74/ 75-79/ 80+)	Resultat	Låg spridning	Brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" eller lokal databas/ journalgranskning (ICF b1528A)
Upplevd trygghet med hänsyn till kön	Grad av upplevd trygghet bland äldre i ordinärt och särskilt boende uppdelat på kvinnor och män	Resultat	Låg spridning	Brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" eller lokal databas/ journalgranskning (ICF b1528A)
Upplevd trygghet med hänsyn till allmänt hälsotillstånd	Grad av upplevd trygghet bland äldre i ordinärt och särskilt boende uppdelat på hälsotillstånd (mycket gott/ ganska gott/ någorlunda/ ganska dåligt/ mycket dåligt)	Resultat	Låg spridning	Brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"

Tillgänglig

I tabell 2g presenteras exempel på nyckeltal som svarar på frågan "Är vården av äldre i ordinärt och särskilt boende tillgänglig?". Med tillgänglig avses att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hon eller han har behov av. Tillgänglighet för den aktuella gruppen avser såväl tillgång till kommunal vård- och omsorgspersonal som läkare från primärvården eller en jourorganisation under dygnets alla timmar. Vidare finns det för den här gruppen i olika utsträckning möjlighet till direktinläggning på vårdavdelning eller geriatriskavdelning efter bedömning av läkare från vårdcentral eller ansvarig sjuksköterska i kommunen. Syftet är att den äldre personen, som ofta är skör, ska



slippa komma till sjukhuset via akutmottagningen då detta kan förvärra det medicinska tillståndet och skapa förvirring och oro hos individen. Sådana möjligheter till direktinläggning kan regleras i samverkansavtal mellan regioner och kommuner.

Tabell 2g. Exempel på nyckeltal att följa upp för kvalitetsdimensionen ”Tillgänglig”

Nyckeltal	Definition	Typ av nyckeltal	Måltal	Datakälla
Tillgång fast läkarkontakt	Andel i ordinärt och särskilt boende som har en namngiven läkarkontakt vid vårdcentral	Struktur	Högt	Lokal databas, regional primärvård
Tillgång fast omsorgskontakt	Andel i ordinärt och särskilt boende som har en namngiven omsorgskontakt i kommunen	Struktur	Högt	Lokal databas, kommun
Tillgång fast vårdkontakt	Andel i ordinärt och särskilt boende som har en namngiven patientansvarig sjuksköterska i kommunen	Struktur	Högt	Lokal databas, kommun
Upplevd tillgång läkare	Andel i ordinärt och särskilt boende som upplever att möjlighet att få träffa läkare är god	Resultat	Högt	Brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”
Upplevd tillgång kommunal vård- och omsorgspersonal	Andel i ordinärt och särskilt boende som upplever att tillgång till vård- och omsorgspersonal är god	Resultat	Högt	Brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”
Möjlighet till direktinläggning vid sjukhus	Förekomst av rutin för direkt-inläggning på vårdavdelning efter bedömning av läkare från vårdcentral eller ansvarig sjuksköterska i kommunen för den aktuella patientgruppen	Struktur	Bör finnas	Administrativa system i regioner, administrativa system i kommuner

4.1.3 Metod för att sätta och arbeta med mål för kommunens hälso- och sjukvård

Det finns flera faktorer som är viktiga att beakta då övergripande kvalitetsmål på enhets-, verksamhets-, och kommunnivå ska omsättas till mål för den dagliga verksamheten. En etablerad utgångspunkt är att mål ska vara SMARTA.²³ Ramverket SMART finns i flera versioner men med ungefär samma innehåll. I figur 1 förklaras ramverket med utgångspunkt i ett exempel om influensavaccination till äldre i särskilt boende.

²³ Se Doran 1981 för utförlig beskrivning och definition av SMART.



Figur 1. SMARTA mål – förklaring och exempel

S = Specifikt, ett mål ska vara så tydligt som möjligt. Använd ord för riktning i målbeskrivningen, till exempel öka, minska, eventuellt förbättra och utveckla. Ange konkret målnivå om det är möjligt. Exempel: ”100 procent i särskilda boenden ska ha erbjudits influensavaccination vid en viss tidpunkt”.

M = Mätbart, ett mål ska vara mätbart, eftersom det som går att mäta är det som blir gjort. Det man kan visa i siffror, svart på vitt. Då vet alla hur det går eller åtminstone vartåt det lutar, särskilt om man har flera mätresultat över tid. Exempel: ”Antalet som erbjudits vaccination den 30 november 2022 dividerat med antalet personer i särskilt boende samma tidpunkt”.

A = Acceperat, det är viktigt att de som ska arbeta med förbättringarna också acceperar målen. Därför måste man samråda samt förankra målen med/bland de medarbetare som ska arbeta med förändringarna och inom den aktuella enheten.

R = Realistiskt, målen ska vara realistiska, samtidigt som de ska vara reellt utmanande. Om målen inte är tillräckligt utmanande (eller djärva) så finns det en risk att man inte utvecklar nya arbetsätt utan bara försöker springa lite fortare under en tid och sedan fortsätter som vanligt. Därför är det viktigt att involvera berörda medarbetare då målen sätts.

T = Tidsatt, det är viktigt att bestämma när målen ska vara uppfyllda. Bestäm ett datum, annars är det risk för att vi skjuter det nödvändiga förändringsarbetet framför oss. Det är också viktigt att börja testa förändringar så snart som möjligt, helst redan efter några dagar efter att ni bestämt vad ni vill testa att förändra. Exempel: ”100 procent i särskilda boenden ska ha erbjudits influensavaccination senast den 30 november 2022”.

A = Ansvarstagande; det är viktigt att alla tar ansvar för målet, att alla arbetar för att uppnå målet/målen, det som man gemensamt bestämt sig för att åstadkomma, och att vem som är ansvarig för att uppnå målet är tydliggjort. Exempel: ”Det är enhetschefen vid respektive särskilt boende som är ansvarig för att målet att alla boende erbjuds influensavaccination uppnås”.

Källa: *Qulturum, Region Jönköpings län*²⁴, reviderat med stöd i *Doran 1981 samt Groen et al 2012*.

Att sätta upp och definiera SMARTA mål är inte tillräckligt för att utveckla kvaliteten i verksamheten. Förbättring förutsätter praktisk förändring i något avseende, varför arbetet med att nå uppsatta mål också måste innefatta vilka rutiner och arbetssätt som ska leda till förbättrad kvalitet. Mätningen av verksamhetens prestationer syftar i sin tur till att indikera om förändrade rutiner och arbetssätt leder till förväntade förbättringar. Det blir därför också viktigt att bestämma hur det löpande arbetet och resultatet av det observeras och dokumenteras.

Blickar vi ut från Sverige kan vi se att i Nederländerna görs en initial uppdelning mellan obligatoriska och valfria mått. Obligatoriska mått är etablerade kring: i) planering av avancerad omsorg, ii) omsorgsteamens diskussioner om felmedicinering; iii) mat och dryck. Valfria mått bestäms i ett val av två mått utifrån en uppsättning på sju förutbestämda mått. I Skottland används sex nyckelfrågor likt kvalitetsdimensionerna inom God vård och omsorg. Under varje nyckelfråga finns därefter olika kvalitetsnyckeltal (Quality Indicators) som belyser olika delar av omvårdnadsprocessen. Till dessa nyckeltal finns dessutom beskrivande exempel på hur olika kvalitetsnivåer kan ta sig uttryck i verksamheten.²⁵

²⁴ <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43165>

²⁵ I Sverige har vi två aktörer som tillsammans kan påverka kvalitetsutvecklingen i verksamheten, huvudman och vårdgivare. Huvudmannen, d.v.s. kommunen, bär det yttersta ansvaret för att vården håller rätt kvalitet och att lagstiftningens olika krav möts. I Skottland råder en annan ordning, då, först och främst, hälso- och sjukvård och omsorg om äldre planeras och följs upp av så kallade partnerskap, Health & Social Care Partnerships. Dessa är en lokal gruppering som omfattar kommunen som huvudman, vårdgivare, hälso- /sjukvårdsansvarig (NHS, motsvarande regional hälso- och sjukvård) och ett ”kluster” av självständiga läkare Partnerskapet syftar till att



I föreliggande ramverk, utformat i en svensk kontext, ses målen som lokalt betingade och de kvalitetsdimensioner som God vård och omsorg pekar ut utgör ett stöd för att identifiera lämpliga delar av verksamheten där kvaliteten behöver utvecklas. Val av nyckeltal, målnivåer och arbetssätt bestäms i dialog mellan huvudman och vårdgivare – arbetet sker med andra ord med utgångspunkt i aktuell verksamhet och bygger på en frivillighet där berörda chefer och medarbetare i stor utsträckning bestämmer vilka kvalitetsdimensioner som ska utvecklas och hur det ska gå till.

4.2 GÖRA. Genomföra planerade aktiviteter, dokumentation av erfarenheter samt inrapportering av nyckeltal

Med ”GÖRA” avses att berörd personal genomför verksamheten enligt de arbetssätt som planerats i ”Planera”-steget och som ska utveckla kvaliteten i verksamheten. Det är här kvaliteten i den hälso- och sjukvård som tillhandahålls framträder. ”Göra” föregås av ”Planera”, där förutsättningarna för verksamheten såsom resurser, organisation, arbetssätt och ansvarsfördelning slås fast, men också hur utfört arbete ska kunna mätas och följas upp. Som nämnts ovan är det särskilt viktigt att i steget ”Planera” tydliggöra vem som är ansvarig för att nå de mål som sätts upp med utgångspunkt i övergripande kvalitetsdimensioner och när målen ska vara uppnådda (se ovan; se även avsnitt 2 för ansvarsfördelning i kommunal hälso- och sjukvård i Sverige). Ansvarsfrågan är också intimt förknippad med arbetsledning, då ett kvalitetsutvecklingsarbete förutsätter att rutiner och arbetssätt förändras.

I detta steg ska genomförandet också följas. Det innebär att berörd personal och berörda chefer dels ska rapportera in nyckeltal i enlighet vad som bestämts i steget ”Planera”, dels bör dokumentera erfarenheter som görs i den dagliga verksamheten. Det förstnämnda är centralt för att kunna studera den övergripande kvaliteten med utgångspunkt i nyckeltal samt utvärdera och påvisa utveckling i kvalitet i enlighet med de mål som satts upp. Det sistnämnda är viktigt för att bättre förstå uppmätta nyckeltalsvärden och i steg 4 ”Agera” kunna dra slutsatser utifrån de analyser och tolkningar av nyckeltal som görs i steg 3, ”Studera”.

4.3 STUDERA. Utvärdera och bedöma kvalitetsutveckling

”Studera” går ut på att med hjälp av nyckeltal och dokumenterade erfarenheter utvärdera och bedöma kvalitet och kvalitetsutveckling samt identifiera utvecklingsområden med utgångspunkt i det utfall som uppmätta nyckeltalsvärden visar. Nyckeltal ska ses som verktyg i en process där en bärande del är dialog mellan de aktörer som berörs av ramverket. Nyckeltal behövs för att få en bild av faktisk måluppfyllelse, men dialog är nödvändig för att skapa förståelse av utfall och andra aktörers uppfattningar och tolkningar. Uppföljningsdialog med enskilda vårdgivare ger möjlighet för huvudmannen att kommunicera långsiktiga mål och få en djupare förståelse för kvaliteten och utvecklingsområden i verksamheten. Vårdgivaren kan erhålla en djupare förståelse av uppmätta värden i nyckeltalen genom att de kopplas till ett specifikt sammanhang via dokumenterade erfarenheter samt en ökad förståelse för hur mål på lokal nivå kan kopplas an till övergripande strategiska mål. För verksamheten ger dialogen

engagera och skapa gemensamma drivkrafter för att nå nationella kvalitetsmål. Dock är inget tydligt ansvar utpekat i partnerskapet, varför olika incitament och mål kan komma i konflikt med varandra. Det blir i denna jämförelse tydligt hur det i Sverige finns ett utpekat huvudmannansvar. Det pågår också ett arbete i Skottland med att ersätta partnerskapsmodellen med en myndighet, National Care Service, som åläggs ansvaret för kvaliteten i omsorgsarbetet.



också möjlighet och tillfälle till reflektion kring verksamheten och förståelse för densamma samt stöd i att identifiera utvecklingsområden och behov av stöd i verksamhetsutveckling (SKR 2021a: Glenngård 2017; Glenngård och Anell 2021).

Ansvar för att tillgodose behovet av primärvård hos äldre delas mellan kommuner och regioner och God och nära vård berör båda huvudmännen. De exempel på nyckeltal som presenteras i föregående avsnitt rör delar som kommunerna ansvarar för men också delar där ansvaret bärs av regionen eller är delat, inte minst vad gäller samverkan. I den metod för att följa, utvärdera och bedöma kvalitetsutveckling och identifiera utvecklingsområden som presenteras i detta avsnitt har inspiration hämtats från ett liknande ramverk som SKR har tagit fram för regional primärvård (SKR 2021a). Tanken med metoden är att den ska vara "generisk" vilket innebär att den ska kunna användas av alla kommuner oberoende av storlek. Det finns möjlighet att anpassa och använda ramverket givet lokala förutsättningar, identifierade behov och prioriteringar. Kärnan i metoden är regelbunden "uppföljningsdialog", vilket avser att, med stöd i uppföljning av nyckeltal, ha regelbundna dialogmöten mellan huvudmän och vårdgivare för att koppla ihop strategiska mål med verksamhetsnära kvalitetsutvecklingsarbete och främja utvecklingen av kommunal hälso- och sjukvård för äldre i ordinärt och särskilt boende. I kommunal hälso- och sjukvård, där organisationsstrukturen ofta består av flera hierarkiska ledningsnivåer, kan regelbundna dialogmöten vara lämpliga att ha på fler nivåer. För att säkerställa att det finns en tydlig koppling mellan strategiska mål och det verksamhetsnära kvalitetsutvecklingsarbetet är det nödvändigt att systematiskt avrapportera uppnådda resultat till ansvarig politisk nämnd. Det är också lämpligt att ha regelbundna dialogmöten mellan MAS eller verksamhetsutvecklare och kommunens ledningsgrupp, mellan enhetschefer och områdeschefer, verksamhetsutvecklare och MAS samt mellan enhetschef och medarbetare. MAS, verksamhetsutvecklare och ledningsgrupp är viktiga funktioner för att säkerställa kopplingen till strategiska mål. Relationen mellan enhetschef och medarbetare är central för att främja verksamhetsnära kvalitetsutvecklingsarbete. Vilka yrkesroller som involveras i respektive steg kan variera beroende på den enskilda kommunens organisering, något som i sin tur kan variera på grund av t.ex. storlek på kommunen. Det är dock viktigt att det finns någon yrkesroll som medverkar på flera nivåer för att säkerställa att information och lärande sker såväl uppåt som nedåt i styrkedjan som mellan enheter i kommunen. Oavsett den situationsspecifika organisationen kan uppföljningsdialogen vara värdefull genom

- att öka förståelsen mellan huvudman och vårdgivare, till exempel förvaltningens tillgänglighet, informationens relevans och uppdragets omfattning och rimlighet.
- att med hjälp av underlag från genomförda uppföljningsdialoger ge förvaltningen underlag för dialog och återkoppling mot fullmäktiges övergripande mål och riktlinjer, till exempel ur kvalitets-, effektivitets- och patientsäkerhetssynpunkt. Nämnade underlag kan också utgöra en tydlig signal till den politiska nivån om ytterligare behov av till exempel resurser och kompetensutveckling.
- att ge vårdgivare ökad förståelse för den egna verksamheten, genom stöd i tolkning av nyckeltal. I förlängningen kan verksamheter, genom uppföljningsdialoger, förbättra sin förmåga att främja bättre hälsa för boende i ordinärt och särskilt boende genom att återkommande identifiera nya utvecklingsområden, medverka i att sätta upp nya kvalitetsmål, att arbeta i enlighet med dessa och att dra lärdom genom uppföljning, återkoppling och dialog.



Ser vi till hur uppföljningen går till i Nederländerna handlar det om årliga uppföljningar då ”berörda intressenter” träffas för att utvärdera verksamheten och vid behov uppdatera uppsättningen nyckeltal som används.

I Skottland är det dels vårdgivarna själva, dels officiella kvalitetsinspektörer som gör uppföljningarna. Ansvar för kvalitetsarbetet åvilar de så kallade partnerskapen (se ovan). I projektets föregående del, leverans 4, har det i samtal med skotska berörda personer framkommit att ”husläkar-klustret” är en viktig komponent i både Planera-fasen och Studera-fasen. Läkarna har en central roll i partnerskapets kvalitetsutvecklingsarbete genom ett kontinuerligt erfarenhetsutbyte sinsemellan. Det rapporteras också att arbetet är konsekvent personcentrerat och gradvis rör sig mot ett alltmer kvalitativt fokus. Det kan möjligen härledas till husläkarens lokala närvaro som naturligt skapar ett individfokus i arbetet. Likaså kan rörelsen bort från kvantitativa mått – främst kopplade till mer organisatoriskt relaterade struktur- och processmått – till mer individrelaterade mått för upplevda resultat av arbetet förstås i relation till en utpräglad personcentrering.²⁶

Likt den skotska modellen med en verktygslåda för berörda parter har även SKR tagit fram ett verksamhetsstöd i form av tre mallar för hur uppföljningsdialoger kan göras så effektiva som möjligt (SKR, 2021a): 1) Ett förord till och förslag på struktur för uppföljningsdialogen; 2) Ett dialogstöd för huvudmannen; och 3) En struktur för dokumentation och återkoppling till den enskilda vårdverksamheten.

4.4 AGERA. Dra slutsatser av analysen och bestäm nästa steg

I steget ”Agera” övergår den analys och tolkning som gjordes i föregående ”Studera”-steg till en beslutsfas. Slutsatserna av den analys och tolkning av uppmätta nyckeltalsvärden och dokumenterade erfarenheter som görs i uppföljningsdialogen är utgångspunkten för detta steg i kvalitetsutvecklingsarbetet. Beroende på situation kan slutsatserna se väldigt olika ut. En möjlig slutsats kan vara att målet är nått och att utvecklingsarbete nu kan riktas åt ett annat håll. En annan slutsats kan vara att det återstår mer att göra innan målet är nått, vilket skulle kunna innebära ett beslut om att fortsätta utveckla arbetssättet i en ytterligare PGSA-cykel. En tredje slutsats kan vara att mer resurser behöver tillföras eller att övergripande organisationsförändringar behöver genomföras för att uppnå uppsatta kvalitetsmål. Oavsett slutsats så avser ”Agera” ett beslut om nästa steg i kvalitetsutvecklingsarbetet, vilket som regel innefattar beslut på politisk nivå. I de fall nästa steg kräver påtagliga resurstillskott kommer budgetarbetet också att påverkas, varför det blir viktigt att planera detta moment tidsmässigt i förhållande till den etablerade budgeteringsprocessen i kommunen.

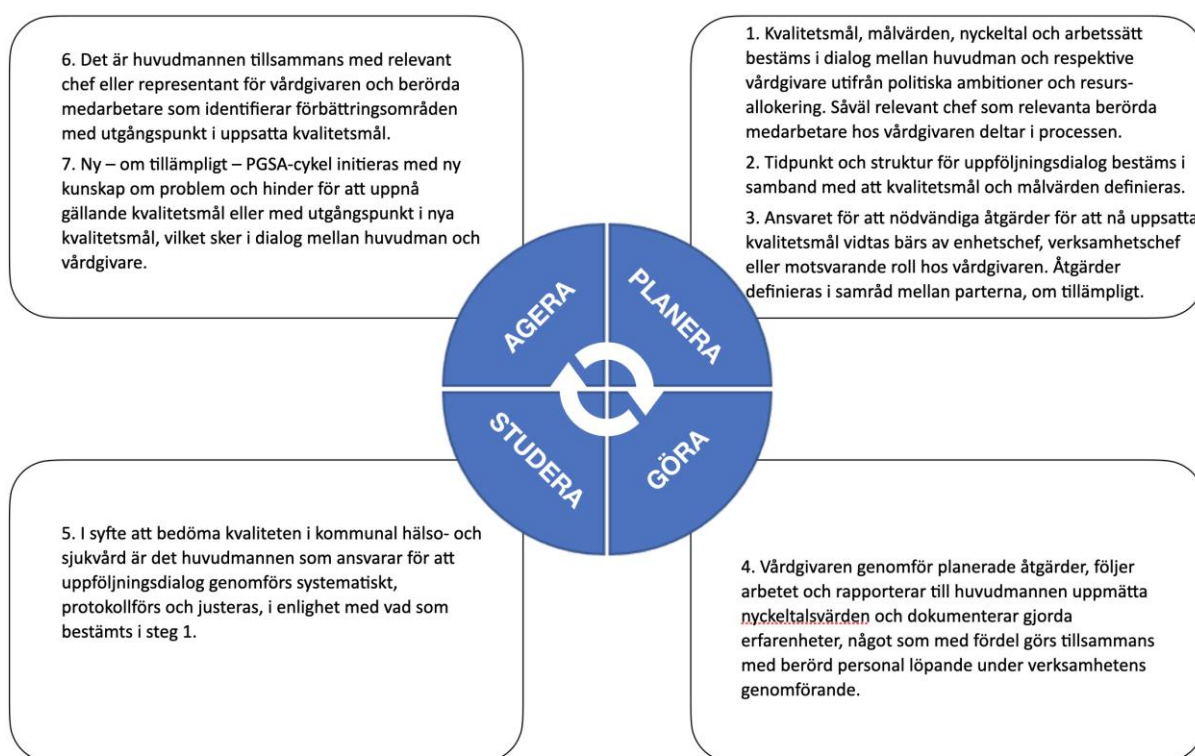
Vid en jämförelse med Skottland är det svenska kvalitetsutvecklingsarbetet starkare knutet till frivillighet. I Skottland ligger inspektionerna till grund för det fortsatta arbetet – i värsta fall ett upphörande – medan det i föreliggande ramverk istället handlar om att berörda aktörer frivilligt tar ställning till hur och mot vilka mål det fortsatta kvalitetsutvecklingsarbetet ska bedrivas.

²⁶ Partnerskapet har ingen enskilt utpekad ansvarig organisation eller roll. Arbetet i Studera-fasen kan för Skottlands räkning sägas bygga på en förväntad självutvärdering samt planerade och riskbaserade (”på förekommen anledning”) oannonserade inspektioner från den nationella inspektionsmyndigheten The Care Inspectorate. Inspektionerna granskar hur väl verksamheten lyckas uppfylla de nationella kvalitetskraven. Utfallet spänner härvidlag över en skala från 1 till 6, där 6 är det bästa (excellent) och 1 är det sämsta betyget (unsatisfactory). Om målen inte uppfylls kan the Care Inspectorate i fallande skala rekommendera till att utdöma sanktioner, i värsta fall dra in tillståndet. Feedback från inspektionen till partnerskapet ges efteråt muntligen, men också i en skriftlig rapport. Rapporten görs tillgänglig för allmänheten via inspektoratets hemsida. För att åtgärda brister i verksamheten har partnerskapen en omfattande verktygslåda med vägledningar och annan användbar information att tillgå.

5. Att använda ramverket

I detta avsnitt presenteras förutsättningar för och konsekvenser av att införa ett ramverk för uppföljning och återkoppling av kommunal hälso- och sjukvård för berörda aktörer. Ramverket består av PGSA-cykeln, nyckeltal, processer samt roller. Tillsammans syftar dessa komponenter till att visa vad ett systematiskt kvalitetsarbete **består av** och hur det kan bedrivas. Som stöd för det praktiska arbetet presenteras i detta avsnitt exempel på checklistor och mallar, baserat på test av ramverket i svenska kommuner. Motsvarande generiska mallar och checklistor återfinns i Appendix 3.

I figur 2 sammanfattas ramverket utifrån den så kallade PGSA-cykeln, där ramverkets olika steg (se avsnitt 3.4 Sammanfattning ovan) illustreras grafiskt.



Ramverket innehåller vägledning och stöd i form av instruktioner och exempel på hur ovanstående punkter kan/bör utföras.

Figur 2. Ramverk för uppföljning och återkoppling av kommunal hälso- och sjukvård för äldre personer i ordinärt och särskilt boende.

5.1. Planera: sätta kvalitetsmål samt identifiera och operationalisera nyckeltal

Planeringsarbetet kretsar kring vilka kvalitetsmål som ska sättas upp för en viss period. Verksamhetsplaner materialiseras också i kommunens budget, där varje område och verksamhet har sin ekonomiska ram specificerad. Eftersom den ekonomiska ramen ska vara en spegling av ambitionerna i verksamheten behöver planeringssteget genomföras i en tid då även de ekonomiska förutsättningarna för att utveckla kvaliteten i verksamheten kan påverkas.



Målen kan bestämmas i två principiellt olika processer. Å ena sidan kan mål sättas så kallat "top-down", vilket innebär att mål sätts av instans eller funktion som är överordnad enhets-/verksamhetschefen och där medarbetare principiellt inte involveras i val av mål och målnivåer. Det kan vara mål i form av lagstiftade mål, lokala politiska mål, etc. vilka översätts till verksamhetsmål. Å andra sidan kan mål tas fram "bottom-up", t.ex. genom att personal i verksamheten själv identifierar behov och utmaningar som därefter omsätts till mål för verksamheten. Det är dock viktigt att de mål som identifieras i verksamheten ligger i linje med övergripande prioriteringar och mål för verksamheten, det vill säga den strategiska nivån i kommunen. För att möjliggöra en planering som resulterar i att kvalitetsmål och målvärden reflekterar såväl övergripande prioriteringar som lokala behov och utmaningar utgår ramverket från att huvudmannen och vårdgivaren tillsammans medverkar i att planera. I detta steg är relationen mellan huvudman och vårdgivare i centrum. Det är ett steg då huvudman och vårdgivare tillsammans kan diskutera olika behov i verksamheten för att säkerställa en god och nära hälso- och sjukvård för äldre personer i ordinärt och särskilt boende.

Huvudmannen representeras av tjänsteperson inom den kommunala förvaltningsorganisationen, möjligen av en funktion som förvaltningschef delegerat uppgiften till. Beroende på storlek på kommun torde också verksamhetsutvecklare medverka för huvudmannens räkning. Medverkande från verksamheten kan, förutom enhets- och/eller verksamhetschef, vara relevant hälso- och sjukvårdspersonal och personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation (gäller både vårdgivare i kommunal och privat regi). Det är centralt att personer med god kunskap om hur arbetet går till i verksamheter involveras i planeringen för de mål som formuleras ska uppfattas som realistiska och accepteras av medarbetare och att alla tar ansvar för att nå beslutade mål. MAS/MAR:s roll i termer av representant för huvudman eller vårdgivare kan vara oklar men oaktat detta bör MAS/MAR alltid involveras i planeringen, givet den stora betydelse denna roll har inom kommunal hälso- och sjukvård. Här kan också en dialog med aktörer i regional primärvård, t.ex. verksamhetschefer och/eller läkare vid vårdcentraler eller en person med ett övergripande utvecklingsansvar i regionen, behöva involveras i syfte att ge vårdgivare och berörd personal i kommunal hälso- och sjukvård goda förutsättningar för samverkan i vården.

I enlighet med 4 kap §1 SOSFS 2011:9 om allmänna råd kan steget "Planera" baseras på en checklista (Box 1).

Box 1. Förslag på checklista för steget "Planera"

Checklista för planering

- a. bestäm mål, nyckeltal samt målvärden,
- b. bestäm åtgärder i form av ändrade rutiner, arbetsfördelning, arbetssätt o dyl,
- c. bestäm ansvarsfördelning,
- d. förankra ovanstående med berörd personal, samt
- e. bestäm tidpunkter alternativt tidsperiod då (i) olika mål ska vara uppnådda samt (ii) då uppföljningsdialoger ska genomföras.

I tabell 3 redovisas exempel på hur mål och nyckeltal kan konkretiseras utifrån erfarenheter från en kommun (kommun x) där steget "Planera" har testats. I tabell 4 redovisas på samma sätt exempel på struktur för uppföljningsdialoger på olika nivåer. Mål och nyckeltal samt forum för uppföljningsdialoger är planerade på ett sådant sätt att a) en koppling mellan



verksamhetsnära kvalitetsutvecklingsarbete och övergripande prioriteringar på strategisk nivå i kommunen beaktas; b) att lärande och informationsutbyte sker såväl mellan olika organisatoriska nivåer i kommunen samt mellan enheter där den patientnära verksamheten sker; och c) att dialogmöten planeras in inom ramen för redan etablerade mötesforum i så stor utsträckning som möjligt.

Tabell 3. Exempel på kvalitetsmål, nyckeltal, datakälla och arbetssätt i kommun x.

Mål	Målvärde	Nyckeltal	Datakälla & ansvar för inrapportering	Arbetssätt/åtgärd
1a. Alla särskilda boenden ska delta i Senior Alert.	Alla aktuella medarbetare ska ha behörighet och utbildning i Senior Alert.	Aktuella medarbetare med behörighet och utbildning / alla aktuella medarbetare	Lokala koordinatörer tillsammans med MAS går igenom behörigheter i Senior Alert och jämför med aktuella personal-listor.	Säkerställ behörighet & utbildning i Senior Alert, alltid vid nyintroduktion & samlat utbildningstillfälle årligen. Gäller legitimerad personal, och omvårdnadspersonal. Ansvarig: enhetschef & MAS.
2a. Alla hemsjukvårdsområden ska delta i Senior Alert.	Alla aktuella medarbetare ska ha behörighet och utbildning i Senior Alert.	Aktuella medarbetare med behörighet och utbildning / alla aktuella medarbetare	Lokala koordinatörer tillsammans med MAS går igenom behörigheter i Senior Alert och jämför med aktuella personal-listor.	Säkerställ behörighet & utbildning i Senior Alert, alltid vid nyintroduktion & samlat utbildningstillfälle årligen. Gäller legitimerad personal och omvårdnadspersonal (kontaktperson). Ansvarig: enhetschef.
1b. Strukturerat arbetssätt avseende riskförebyggande arbete för personer på särskilt boende.	Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal	Antal personer i särskilt boende med riskbedömning och insatt åtgärd vid behov / antal inskrivna personer	Senior Alert, journalgranskning Enhetschef ansvarar för uttag och sammanställning av data.	Legitimerad personal & omvårdnadspersonal (kontaktperson) gör riskbedömning och dokumenterar i Senior Alert. Ansvarig för rutin: enhetschef & MAS.
2b. Strukturerat arbetssätt avseende riskförebyggande arbete för personer inskrivna i hemsjukvården, ordinärt boende.	Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal	Antal personer i ordinärt boende med riskbedömning och insatt åtgärd vid behov / antal inskrivna personer	Senior Alert, journalgranskning Kvalitetsutvecklare ansvarar för uttag och sammanställning av data.	Legitimerad personal & omvårdnadspersonal (kontaktperson) gör riskbedömning och dokumenterar, sjuksköterska dokumenterar i Senior Alert. Ansvarig för rutin: enhetschef.
1c. Strukturerat arbetssätt för uppföljning av risker för personer på särskilt boende.	Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning	Antal uppföljda åtgärder / antal åtgärder	Senior Alert, journalgranskning Enhetschef ansvarar för uttag och sammanställning av data.	Legitimerad personal & omvårdnadspersonal (kontaktperson) gör riskbedömning och dokumenterar i Senior Alert. Ansvarig för rutin: enhetschef & MAS.
2c. Strukturerat arbetssätt för uppföljning av risker för personer inskrivna i hemsjukvården, ordinärt boende.	Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning	Antal uppföljda åtgärder / antal åtgärder	Senior Alert, journalgranskning Kvalitetsutvecklare ansvarar för uttag och sammanställning av data.	Legitimerad personal & omvårdnadspersonal (kontaktperson) gör riskbedömning och dokumenterar, sjuksköterska dokumenterar i Senior Alert. Ansvarig för rutin: enhetschef.



Tabell 4. Exempel på planering av uppföljningsdialog i kommun x.

Målvärde	Deltagare	Uppföljningsforum	Frekvens
1b & 1c. Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal. Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning.	Sjuksköterska, rehabpersonal, omvårdnadspersonal, enhetschef.	APT, särskilda boenden, varje månad, denna punkt tas upp en gång per kvartal	Varje kvartal.
2 & 2c. Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal. Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning.	Hemsjukvård, sjuksköterska, rehabpersonal, omvårdnadspersonal, enhetschef.	APT, hemtjänstgrupper, varje månad, denna punkt tas upp en gång per kvartal	Varje kvartal.
1a, 1b & 1c. Alla aktuella medarbetare ska ha behörighet och utbildning i Senior Alert. Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal. Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning.	Verksamhetschef, kvalitetsansvarig, enhetschefer, MAS, verksamhetsstrateg.	Verksamhetsmöte varannan vecka, denna punkt tas upp två gånger per år, oftare vid behov	Halvår.
2a, 2b & 2c. Alla aktuella medarbetare ska ha behörighet och utbildning i Senior Alert. Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal. Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning.	Verksamhetschef, kvalitetsansvarig, enhetschefer, MAS, verksamhetsstrateg.	Verksamhetsmöte varannan vecka, denna punkt tas upp två gånger per år, oftare vid behov	Halvår.

5.2. Göra: utföra aktiviteter eller åtgärder, löpande samla in och sammanställa uppmätta värden för respektive nyckeltal samt dokumentera erfarenheter

Vårdgivaren ska bedriva systematiskt kvalitetsarbete i linje med 3 kap 1 § SOSFS 2011:9. I detta steg rapporterar vårdgivaren data till register eller databaser på lokal eller nationell nivå, samt genomför och dokumenterar även egna mätningar om nödvändiga nyckeltalsdata inte återfinns i befintliga register eller databaser. Data behöver här inte inskränka sig till kvantitativa data. Även kvalitativa data i form av gjorda observationer kring verksamheten noteras med fördel löpande av vårdgivaren för att på så vis underlätta kommande uppföljningsdialoger där tolkning och förklaring av registrerade mätvärden utgör en central del.

Box 2. Förslag på checklista för steget ”Göra”

Checklista för göra

- Tillämpa nya arbetsätt i syfte att nå uppsatta mål.
- Etablera rutiner för att löpande notera mätvärden för fastställda nyckeltal samt rutiner för att löpande dokumentera erfarenheter.

5.3. Studera: Följa, utvärdera och bedöma kvalitetsutveckling samt identifiera utvecklingsområden och sätta nya kvalitetsmål – en checklista

Som nämnts tidigare i rapporten kan dialog ske i flera led i en kommun, mellan huvudman och vårdgivare, mellan verksamhetschef och enhetschefer och mellan enhetschef och medarbetare (se 4.3). Vid uppföljningsdialog ska både huvudmannen, och vårdgivaren medverka. Huvudmannen ansvarar för att uppföljningsdialog, det vill säga samtal om resultatet av vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete, kommer till stånd enligt gjorda överenskommelser. Liksom vid planeringen är det därför centralt att relevanta roller involveras i



uppföljningsdialogen. För huvudmannen medverkar tjänsteperson inom den kommunala förvaltningsorganisationen som förvaltningschef delegerat uppgiften till. Beroende på storlek på kommun torde också verksamhetsutvecklare medverka för huvudmannens räkning. För verksamheten kan, förutom enhets- och/eller verksamhetschef, relevant hälso- och sjukvårdspersonal och personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation medverka. MAS/MAR bör alltid involveras i uppföljningsdialog, givet den stora betydelse denna roll har i kommunal hälso- och sjukvård. Det kan också vara aktuellt att involvera regionens läkare som samverkar med kommunal hälso- och sjukvård.

I enlighet med 4 kap §1 SOSFS 2011:9 om allmänna råd kan steget ”Studera” baseras på en checklista (Box 3).

Box 3. Förslag på checklista för steget ”Studera”

Checklista för studera

- a. Sammanställ och redovisa uppnådda resultat.
- b. Tolka och förklara resultat (lärande).

Nedan redovisas exempel på agenda för respektive dialogmöte med utgångspunkt i exemplet ”kommun x”, som redovisas ovan.

Agenda, Kvartalsvis uppföljningsdialog vid APT, särskilda boenden	
<i>Deltagare</i>	Sjuksköterska, rehabpersonal, omvårdnadspersonal, enhetschef.
<i>Mål och målvärden</i>	1b & 1c. ”Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal” & ”Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning.”
<i>Ansvarig för att sammankalla till möte</i>	Enhetschef
<i>Ansvarig för att sammanställa resultat och bifoga dokument till deltagare</i>	Enhetschef
<i>Ansvarig för att presentera resultat vid mötet</i>	Enhetschef eller av denna utsedd person
<i>Deltar i diskussion där resultat tolkas och analyseras och förbättringsområden samt förslag till åtgärd för förbättring identifieras</i>	Alla deltagare
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och diskussion och återföra till överordnad organisationsnivå</i>	Enhetschef sammanfattar och rapporterar till verksamhetschef vid verksamhetsmöten.

Agenda, Kvartalsvis uppföljningsdialog vid APT, hemtjänstgrupper (ordinärt boende)	
<i>Deltagare</i>	Sjuksköterska, rehabpersonal, omvårdnadspersonal, enhetschef.
<i>Mål och målvärden</i>	2b & 2c. ”Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal” & ”Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning.”
<i>Ansvarig för att sammankalla till möte</i>	Enhetschef kallar omvårdnadspersonal & kvalitetsutvecklare kallar legitimerad personal.
<i>Ansvarig för att sammanställa resultat och bifoga dokument till deltagare</i>	Kvalitetsutvecklare
<i>Ansvarig för att presentera resultat vid mötet</i>	Kvalitetsutvecklare
<i>Deltar i diskussion där resultat tolkas och analyseras och förbättringsområden samt förslag till åtgärd för förbättring identifieras</i>	Alla deltagare
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och diskussion och återföra till överordnad organisationsnivå</i>	Enhetschef sammanfattar och rapporterar till verksamhetschef vid verksamhetsmöten.



Agenda, Halvårsvis uppföljningsdialog vid verksamhetsmöten, särskilda boenden	
<i>Deltagare</i>	Verksamhetschef, kvalitetsansvarig, enhetschefer, MAS, verksamhetsstrateg.
<i>Mål och målvärden</i>	1a, 1b & 1c. ”Alla aktuella medarbetare ska ha behörighet och utbildning i Senior Alert”, ”Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal” & ”Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning.”
<i>Ansvarig för att sammankalla till möte</i>	Verksamhetsstrateg
<i>Ansvarig för att sammanställa resultat och bifoga dokument till deltagare</i>	Verksamhetsstrateg i samråd med enhetschefer
<i>Ansvarig för att presentera resultat vid mötet</i>	Enhetschefer tillsammans med verksamhetsstrateg
<i>Deltar i diskussion där resultat tolkas och analyseras och förbättringsområden samt förslag till åtgärd för förbättring identifieras</i>	Alla deltagare
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och diskussion och återföra till överordnad organisationsnivå</i>	Verksamhetsstrateg sammanfattar resultat & diskussion samt rapporterar till ledningslag. Kvalitetsutvecklare säkerställer att erfarenheter inkluderas i patientsäkerhetsberättelsen.
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och diskussion och återföra till medarbetare i verksamheter</i>	Respektive enhetschef återrapporterar till personalgrupper via APT.

Agenda, Halvårsvis uppföljningsdialog vid verksamhetsmöten, hemtjänst (ordinärt boende)	
<i>Deltagare</i>	Verksamhetschef, kvalitetsansvarig, enhetschefer, MAS, verksamhetsstrateg
<i>Mål och målvärden</i>	2a, 2b & 2c. ”Alla aktuella medarbetare ska ha behörighet och utbildning i Senior Alert”, ”Större andel med riskbedömning (och åtgärd) jämfört med föregående kvartal” & ”Alla med insatt åtgärd ska ha fått uppföljning”.
<i>Ansvarig för att sammankalla till möte</i>	Verksamhetsstrateg
<i>Ansvarig för att sammanställa resultat och bifoga dokument till deltagare</i>	Verksamhetsstrateg i samråd med enhetschefer
<i>Ansvarig för att presentera resultat vid mötet</i>	Enhetschefer tillsammans med verksamhetsstrateg
<i>Deltar i diskussion där resultat tolkas och analyseras och förbättringsområden samt förslag till åtgärd för förbättring identifieras</i>	Alla deltagare
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och diskussion och återföra till överordnad organisationsnivå</i>	Verksamhetsstrateg sammanfattar resultat & diskussion samt rapporterar till ledningslag. Kvalitetsutvecklare säkerställer att erfarenheter inkluderas i patientsäkerhetsberättelsen.
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och diskussion och återföra till medarbetare i verksamheter</i>	Respektive enhetschef återrapporterar till personalgrupper via APT.

5.4. Agera: dra slutsatser och besluta om nästa steg

I uppföljningsdialogen ska slutsatser dras med utgångspunkt i föregående studium och analys av åtgärdernas effekt på kvaliteten. På basis av dragna slutsatser beslutas vad som ska planeras för härnäst.

Box 4. Förslag på checklista för steget ”Agera”

Checklista för agera

- a. Bestäm innebörden av lärandet för verksamheten och huvudmannen.
- b. Besluta om planeringskonsekvenser och nästa steg (eventuellt initiera ny PGSA-cykel).



6. Avslutningsvis

I föreliggande rapport presenteras ett sätt att arbeta med en strategisk målstyrning och uppföljning för att främja utvecklingen av en kommunal hälso- och sjukvård av god kvalitet. En utgångspunkt är att försöka skapa en kedja från strategiska mål, till strukturella förutsättningar för, och genomförande av, det patientnära arbetet. Rapporten är ett resultat av ett stort projekt med flera delar, där lärdomar om förutsättningar för att arbeta med ett nyckeltalsbaserat ramverk i kommunal hälso- och sjukvård har hämtats in från olika aktörer²⁷. Observationer och erfarenheter under projektets olika delar visar att det finns såväl möjligheter som utmaningar förknippade med att arbeta med ramverket på det sätt som presenteras i rapporten. Det finns goda förutsättningar i termer av en rik tillgång på data som kan användas för att följa kvalitet i kommunal- hälso och sjukvård. Det finns ett uttalat intresse och en ambition i svensk hälso- och sjukvård att stärka den kommunala hälso- och sjukvården, inte minst som en del i omställningen till ”God och nära vård”. Samtidigt varierar förutsättningarna för kvalitetsutvecklingsarbete i kommunerna. Skillnader i förutsättningar handlar om tillgång till medarbetare med rätt kompetens och kontinuitet bland personal, men också om gränssnitt mellan aktörer i kommunal hälso- och sjukvård och andra aktörer, till exempel om samverkan ska ske med många eller få vårdcentraler samt skillnader i tillgång till allmänläkare.

Det finns en stor variation vad gäller användning av data i de svenska kommunerna. Det finns också en osäkerhet i vad som är mest lämpligt att mäta och följa för att tydligt uppfylla god kvalitet i kommunal hälso- och sjukvård samt lagstadgade krav på verksamheten. Det tar sig uttryck i en önskan att någon på nationell nivå ska peka ut riktningen för hur kvalitet i kommunal- hälso och sjukvård ska mätas, inklusive vilka nyckeltal som är bäst lämpade. Den önskan kan spegla en osäkerhet i kommunerna om långsiktiga politiska mål och en osäkerhet i hur dessa ska kopplas till patientnära verksamhet. Det kan också finnas en uppfattning om att lokala prioriteringar och mål skiftar över tid, varför nationella sådana önskas då nationellt uttalade mål uppfattas som mer långsiktiga.

6.1. Huvudmän

Förtroendevalda politiker som ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården ska besluta om verksamhetens riktning och ansvara för att de som omfattas av sådana insatser erbjuds en god hälso- och sjukvård (12 kap. HSL). Om ramverket ska kunna användas i syfte att koppla ihop strategiska mål med patientnära verksamhet är det centralt att kunskap om långsiktiga mål finns tillgänglig i organisationen. För att utvecklingen ska följas över tid och ansvarsutkrävande ska kunna ske på ett ändamålsenligt sätt är också kunskap om förutsättningar och utgångsläge i den verksamhet som ska följas upp nödvändigt.

Den politiska nivån bör

²⁷ Deliverable 2 ”Diagnostic Report” är den kontexten för den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs, inklusive tillgång till relevant data för att följa kvaliteten. Deliverable 5. ”Assessment Framework Report”, på svenska: ”Ett förslag till ramverk för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård till äldre. Rapporten togs fram med utgångspunkt i, Deliverable 3 ”Case Studies Report” och Deliverable 4. ”Study Visit Reports i Nederländerna och Skottland”. Gällande Skottland har även information från en gruppintervju (2021-10-07) använts. Deliverable 6. ”Policy Dialogue Report” Målgruppen för seminariet var socialchefer, verksamhetschefer, chefer för kommunal hälso- och sjukvård, verksamhetsutvecklare eller motsvarande och MAS/MAR samt politiker på nämndnivå med ansvar för kommunal hälso- och sjukvård samt personer inom regionerna som ansvarar för samverkan med kommunerna om överenskommelser om hälso- och sjukvårdsinsatser. Dialogseminariet pågick i tre timmar. Totalt medverkade 296 personer. Deliverable 7. ”Local Support Report”. Erfarenheter från sex kommuner där ramverket har testats och validerats.



- säkerställa att det finns tydligt uttalade prioriteringar och att den önskvärda riktningen för kommunal hälso- och sjukvård tydligt kommuniceras med vårdgivare,
- signalera långsiktighet så att vårdgivare å sin sida vågar fatta långsiktiga beslut,
- sätta mål som är rimliga i förhållande till rådande utgångsläge och resurser,
- ge utrymme och tid åt en ändamålsenlig uppföljning i syfte att reflektera över status i och utveckling av verksamheten tillsammans med vårdgivare och på så vis skapa förutsättningar för ett ömsesidigt lärande.

6.2. Vårdgivare

Kommunala och privata vårdgivare ansvarar för att utförandet sker i enlighet med lagar och förordningar vilket bland annat innebär att bedriva vården så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL) och att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten (5 kap. 4 § HSL). Vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård för äldre bör:

- förankra mål och målvärden med överordnad organisationsnivå för att säkerställa att det finns en koppling till strategiska och politiska mål,
- sätta mål för nödvändiga förutsättningar för att nå uppsatta resultatmål – lägga tid på att identifiera och sätta nödvändiga struktur- och processmål,
- sätta rimliga mål baserat på rådande utgångsläge och resurser,
- fördela ansvar i organisationen för att säkerställa t.ex. behörighet till register, att arbeta i enlighet med nya metoder, att rapportera genomförda åtgärder och gjorda erfarenheter kontinuerligt samt att ta ut och sammanställa data,
- inte avgränsa kvalitetsarbetet till att rapportera utan använda data till att reflektera och lära vid särskilda mötestillfällen där dialog ("dialogforum") mellan berörda parter står i centrum,
- säkerställa att det finns representation från över- och underordnade organisatoriska nivåer i varje dialogforum,
- främja transparens mellan enheter och mellan olika nivåer i organisationen,
- avsätta en person till att ansvara för att starta upp och driva kvalitetsutvecklingsarbetet.



Referenser

Vetenskapliga artiklar och rapporter

Anell A. (2010) Värden i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.

Anell A. (2020) Vården är värd en bättre styrning. SNS Förlag: Stockholm.

Arnaboldi M, Lapsley I, Steccolini I. Performance management in the public sector: The ultimate challenge. *Financial Accountability and Management*. 2015, 31(1):1-22.

Braithwaite J. Changing how we think about healthcare improvement. *BMJ*. 2018; 361.

Colquhoun H, Michie S, Sales A, m fl. J. Reporting and design elements of audit and feedback interventions: a secondary review. *BMJ Quality and Safety*. 2017; 26:54-60.

Doran G. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *AMA Forum*. November 1981.

Glenngård AH. Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne. Lund: KEFU, 2015 (rapport 2015:2).

Glenngård AH, Anell A. Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020. Lund: KEFU, 2021 (rapport 2021:2).

Glenngård AH. Dialog och prestationsmätning – Mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård Lund: KEFU, 2017 (rapport 2017:2).

Glenngård AH. Pursuing the objectives of support to providers and external accountability through enabling controls - A study of governance models in Swedish primary care. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(144).

Glenngård AH, Anell A. (2021) The Impact of Audit and Feedback to Support Change Behaviour in Healthcare Organisations - A Cross-sectional Qualitative Study of Primary Care Centre Managers. *BMC Health Services Research*.

Fredriksson M, Eldh AC, Vengberg S, Dahlström T, Halford C, Wallin L, Winblad U. (2014) Local politico-administrative perspectives on quality improvement based on national registry data in Sweden: a qualitative study using the Consolidated Framework for Implementation Research, *Implementation Science*, 9: 189.

Groen BAC, Wouters MJF, Wilderom CPM. Why do employees take more initiatives to improve their performance after co-developing performance measures? A field study. *Management Accounting Research* 2012; 23: 120-141.

Ittner D, Larcker DF. (2003) Coming up short on non-financial performance measurement. *Harvard Business Review*; september: 88-95.



Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, m fl. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2012; 13(6).

Kramp, R. (2018), The Quality Framework for Nursing Home Care. An exploratory study towards understanding the implementation of person-centred healthcare: Which factors are involved and how do clients experience care?, Health Sciences Master Thesis, Supervisors Universiteit Twente.

Reeves et al. (2017) Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (review). *Cochrane*, 6:CD000072.

SKR (2019). Att följa omställningen till nära vård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2021a). PrimärvårdsUppföljning. Metodstöd för dialogbaserad verksamhetsuppföljning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2021b) Nära vård i hemmet för äldre. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Weiner BJ. (2009) A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4:67.

Myndighetsrapporter och SOU

Folkhälsomyndigheten 2021. Fallolyckor bland äldre.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/fallolyckor-bland-aldre/>

Socialstyrelsen 2017-1-25. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. En sammanställning baserad på samkörningar mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

Socialstyrelsen 2018-2-17. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

Socialstyrelsen 2019-10-6419. Öppna jämförelser 2019 Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

Socialstyrelsen 2020-1-6544. Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

Socialstyrelsen 2020-6-6877. Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

Socialstyrelsen 2020-12-7130. Meddelandeblad Nr 9/2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.



Socialstyrelsen 2021-6-7404. Öppna jämförelser 2021 Kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

Socialstyrelsen 2021-8-7496. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform. Statens offentliga utredningar. Elanders Sverige AB, Stockholm 2018.

SOU 2019:29. God och nära vård – Vård i samverkan. Statens offentliga utredningar. Elanders Sverige AB, Stockholm. 2019.

Relevanta lagar, förordningar, föreskrifter och propositioner

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL

Patientdatalagen (2008:355), PDL

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL

Patientlagen (2014:821), PL

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, samverkanslagen

Kommunallagen (2017:725)

Proposition 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag m.m.

Proposition 1990/91:14 Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

Proposition 1992/93:159 Om stöd och service till vissa funktionshindrade

Proposition 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre

Proposition 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag

Proposition 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården



Appendix 1. Nyckeltal och indikatorer

Socialstyrelsen skiljer mellan bakgrundsmått/nyckeltal, utvecklingsindikator och indikator avseende vilka krav som ska vara uppfyllda (tabell A1.1). För indikatorer gäller att samtliga krav som listan nedan ska vara uppfyllda, medan bakgrundsmått/nyckeltal och utvecklingsindikatorer är föremål för färre krav.

De krav som Socialstyrelsen (2020-6-6877, sid 11) ställer på indikatorer som tas fram och publiceras är att:

- Indikatorn ska ange **riktning**, vilket betyder att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.
- Indikatorn ska vara **relevant** och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra eller följa utvecklingen för och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
- Indikatorn ska vara **valid**, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
- Indikatorn ska vara **vedertagen** och bygga på kunskap, såsom nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
- Indikatorn ska vara **påverkbar** så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall.
- Indikatorn ska vara **mätbar** och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlade data.

Bakgrundsmått/nyckeltal har ofta inte någon angiven riktning och kan vara svåra att påverka men de kan likaväl vara viktiga för huvudmän och utförare av vård och omsorg att följa upp över tid. Det kan handla om befolkningsstruktur eller geografiska förutsättningar för att bedriva en verksamhet. Sådana mått kan också vara viktiga för att förstå utfall och variation i indikatorer över tid och mellan verksamheter.

Tabell A1.1. Bakgrundsmått, utvecklingsindikator och indikatorer.

Bakgrundsmått/Nyckeltal	Utvecklingsindikator	Indikator
	Riktning	Riktning
Relevant	Relevant	Relevant
Valid	Valid	Valid
	Vedertagen	Vedertagen
	Påverkbar	Påverkbar
Mätbar		Mätbar

Källa: Socialstyrelsen (2020-6-6877).

Vidare gör Socialstyrelsen en distinktion mellan olika typer av indikatorer. Denna distinktion eller uppdelning i strukturmått, processmått och resultatmått är vanligt förekommande i litteratur på området. Strukturindikatorer mäter påverkbara förutsättningar såsom lokaler, kompetens, utrustning och rutiner. Processindikatorer mäter de aktiviteter som utförs såsom behandlingar och



handläggning, och hur de utförs. Resultatindikatorer mäter utfall som bidrar till måluppfyllelse, det vill säga utfall utifrån uppställda mål för en målgrupp.

I tabell A1.2 redovisas exempel på olika typer av indikatorer inom diabetesområdet. Som framgår av tabellen kan resultatmått delas upp i intermediärt utfall och utfall. I många sammanhang fokuseras intermediära resultatmått i uppföljningen av vårdgivare eftersom utfall i termer av patientnytta dels kan påverkas av faktorer som vårdgivare inte har kontroll över och dels att det tar lång tid innan det går att se någon variation i utfall kopplat till vårdgivares kvalitet. Därför är det vanligt att använda intermediära resultatindikatorer (lead) i den löpande uppföljningen, till exempel kliniska markörer kopplat till behandlingsmål. Med uppföljning baserat på intermediära resultatindikatorer är det därför lättare att påvisa skillnader i kvalitet mellan vårdgivare och över tid jämfört med resultat i termer av patientnytta (lag).

Tabell A1.2. Exempel på olika typer av indikatorer inom diabetesområdet.

Typ av indikator	Exempel inom området diabetes
Struktur	Förekomst av diabetesmottagning med specialistsjuksköterska.
Process	Registrering av testvärden för diabetiker i Nationella Diabetesregistret (NDR).
Resultat: Intermediärt utfall	Andel diabetiker som når behandlingsmål (ex. HbA1c, blodtryck, kolesterolnivå).
Resultat: Utfall (patientnytta)	Minskat antal komplikationer (ögon, njurar, fötter) till följd av diabetes.

Källa: Anell (2010).



Appendix 2. Befintliga datakällor innehållande nyckeltal

Det finns idag olika nationella datakällor som innehåller nyckeltal och indikatorer avseende strukturer, processer och resultat i kommunal hälso- och sjukvård.

Fem sorters datakällor har identifierats:

- Register som Socialstyrelsen ansvarar för och där inrapportering av data är obligatoriskt för vårdgivare.
- Register som Socialstyrelsen ansvarar för och där data inhämtas genom enkäter till socialtjänstchefer, enhetschefer och brukare i äldreomsorg. Samtliga enkäter, förutom enkäten E-hälsa och välfärdsteknik, är frivilliga att besvara.
- Register som SKR ansvarar för och där data inhämtas från administrativa system i kommuner och regioner.
- Register som SKR ansvarar för och där data inhämtas genom enkäter till befolkningen och patienter vid vårdcentraler och sjukhus samt uppföljning av vårdgarantin. Befolknings- och patientenkäter är frivilliga att besvara.
- Nationella kvalitetsregister som specialistorganisationer ansvarar för och där data inrapporteras av vårdgivare som frivilligt väljer att medverka.

I tabell A2.1 ges en kortfattad beskrivning av de olika datakällorna och registren. Det finns över 100 nationella kvalitetsregister. I tabellen redovisas endast de nationella kvalitetsregister som Socialstyrelsen har bedömt vara relevanta för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2017-1-25; 2018-2-17).

Tabell A2.1. Befintliga datakällor av relevans för uppföljning av strukturer, processer och resultat avseende kommunal hälso- och sjukvård.

Datakälla	Datainhämtning	Innehåll
Register som Socialstyrelsen ansvarar för		
Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP)	Hälso- och sjukvårdspersonalens egna ansökningar om legitimation.	HOSP-registret omfattar personer som har sökt och fått legitimation för yrken på hälso- och sjukvårdens område.
Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, HSL	Obligatorisk löpande inrapportering från kommunerna	Uppgifter om alla personer som fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. Från och med 2019 innehåller registret även uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder (KVÅ-koder) som utförts av legitimerad personal men enbart om kommunen är vårdgivare. Personnummer för alla vårdtagare som är folkbokförda. En del kommuner registrerar även insatser av ej legitimerad personal och har ICF-koder i digital individdokumentation men Socialstyrelsen samlar inte in dessa uppgifter.
Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, SOL	Obligatorisk löpande inrapportering från kommunerna	Uppgifter om äldre och personer som har fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning och som får kommunal omsorg enligt socialtjänstlagen. Personnummer för alla brukare som är folkbokförda.



Patientregistret, PAR	Obligatorisk löpande inrapportering för vårdgivare	Alla avslutade vårdtillfällen i slutenvården, patienter som behandlats av läkare i den specialiserade öppenvården, patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV samt uppgifter om akutvåntetider och akutverksamhet. Registret innehåller bland annat uppgifter om diagnoser (ICD-kod) och åtgärder (KVÅ-kod). Personnummer för alla patienter som är folkbokförda.
Läkemedelsregistret, LMED	Obligatorisk löpande inrapportering från E-hälsomyndigheten som har uppgifter från apoteken	Alla läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek men även uppgifter om uthämtade förmånsberättigade förbrukningsartiklar, till exempel stomiprodukter och livsmedel för särskild näring för barn under 16 år. Personnummer för alla patienter/individer som är folkbokförda
Dödsorsaksregistret, DORS	Obligatorisk löpande inrapportering av läkarifyllda dödsorsaksintyg	Samtliga dödsfall som inträffat i Sverige. Dit räknas också de dödsfall där personen inte var folkbokförd i Sverige vid tidpunkten för dödsfallet. Dessa dödsfall inkluderas i registret drygt ett år efter publiceringen av den officiella statistiken om dödsorsaker. Registret innehåller bland annat dödsorsak (ICD-kod), dödsdatum och dödsplats. Personnummer för alla avlidna som är folkbokförda.
Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS	Obligatorisk årlig inrapportering från kommunerna	Uppgifter om personer som haft beslut om och verkställda insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Uppgifterna till registret samlas in en gång om året och avser förhållandena den 1 oktober innevarande år. Personnummer för alla brukare.
Undersökningar som Socialstyrelsen ansvarar för		
Kommunundersökningen	Årlig enkät till socialtjänstchefer, frivilligt att besvara.	Statistik inom nio kommunala delområden, varav äldreomsorg är ett. 12 struktur- och processindikatorer inom detta område i 2021 års enkät. T.ex. förekomst av samlad plan för handläggares kompetensutveckling, aktuell rutin för samordnad individuell plan (SIP) och användning av resultat från systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten. Redovisas på kommunnivå.
Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård	Årlig enkät till enhetschefer för hemtjänst i ordinärt och särskilt boende för personer som är 65 år eller äldre, frivilligt att besvara. Samma enkät sedan 2013.	Ett 40-tal indikatorer och nyckeltal om strukturer, processer och rutiner för omhändertagande av personer som är 65 år eller äldre i ordinärt och särskilt boende. T.ex. rutiner för en god måltidssituation, delaktighet i vårdplan, rutiner för läkemedelsgenomgångar, antal fallskador. Redovisas på



		kommunnivå, vissa indikatorer på enhetsnivå.
Brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”	Årlig enkät till brukare i äldreomsorg, frivilligt att besvara. Samma enkät sedan 2013.	Resultat av frågor om allmäntillstånd, upplevelser av hemtjänst och möjlighet att få träffa läkare. Redovisas på kommunnivå.
Enkäten om den digitala utvecklingen i kommunerna	Årlig enkät sedan 2014	Mäter i kvantitativa termer den digitala utvecklingen i kommunerna.
Register som SKR ansvarar för		
RKA	Administrativa system i kommuner och regioner samt data från myndigheter	Omkring 5000 nyckeltal uppdelade mellan regioner och kommuner samt mellan löpande och särskilda nyckeltalssamlingar.
Väntetider i vården	Obligatorisk inrapportering från regionerna varje månad	Statistik om väntetider för patienter enligt den statliga vårdgarantin: andel patienter som får kontakt med primärvård samma dag, medicinsk bedömning i primärvård inom tre dagar, besök inom specialiserad vård inom 90 dagar, påbörjad behandling/operation inom 90 dagar. Redovisas på regionnivå.
Vårdbarometern	Årlig befolkningsenkät, frivilligt att besvara.	Information om människors attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Redovisas på nationell nivå och regionnivå.
Nationella patientenkäter	Årlig enkät till patienter vid vårdcentraler och sjukhus, frivilliga att besvara.	Patientkaraktäristik och patientupplevd kvalitet, tillgänglighet, bemötande, etc. Redovisas på vårdgivar- och regionnivå.
Nationella kvalitetsregister som specialistorganisationer ansvarar för		
Senior Alert	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att identifiera risker för, att analysera orsaker till och identifiera strukturer och processer för att undvika och förebygga 1) fall, 2) trycksår, 3) viktminskning, 4) ohälsa i munnen och 5) blåsdysfunktion. Kan användas av alla vård- och omsorgsgivare som möter äldre personer. Innehåller en struktur för att planera och genomföra förebyggande åtgärders samt att följa upp åtgärder och utvärdera resultat kontinuerligt. Innehåller struktur-, process- och resultatindikatorer för de fem områdena. Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter (www.senioralert.se).
SveDem - Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att förbättra och utveckla diagnossättning och vård för demenssjuka. Innehåller en struktur för att följa utveckling över tid och i jämförelse med andra vårdgivare. Innehåller process- och resultatindikatorer, inklusive patientrapporterad hälsa (Mini-Mental State Examination, MMSE). Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter (www.ucl.ac.uk/med/psychiatry/units/ucsf/ucsf-dem/).



BPSD – Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att förbättra vården för personer med demens. Innehåller evidens-baserade vårdplaner och struktur för att utvärdera implementering av dessa. Innehåller struktur-, process- och resultatindikatorer, inklusive patient-rapporterad hälsa (Neuro Psychiatric Inventory, NPI). Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter (www.bpsd.se).
Svenska palliativregistret	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att förbättra kvaliteten i och forskning om palliativ vård. Innehåller information om kvalitet i livets slutskede, baserat på en enkät med 30 frågor som fylls i av ansvarig legitimerad vårdpersonal efter ett dödsfall. Process- och resultatindikatorer avseende munhälsa, smärta, opioid-läkemedel, ångestdämpande läkemedel, trycksår och brytpunktssamtal. Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter (www.palliativregistret.se).
Rikssår	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att effektivisera omhändertagandet av personer med svårläkta sår. Innehåller en struktur för att följa utveckling över tid och i jämförelse med andra vårdgivare. Innehåller process- och resultatindikatorer, inklusive patient-rapporterad hälsa (EQ-5D). Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter (www.rikssår.se).
Nationella Diabetesregistret, NDR	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att stödja evidensbaserad vård av patienter med diabetes. Innehåller en struktur för att följa utveckling över tid och i jämförelse med andra vårdgivare. Innehåller process- och resultatindikatorer. Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter (www.ndr.nu).
RiksStroke	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att stödja evidensbaserad strokesjukvård. Data samlas in under insjuknande och sjukhusvistelse samt genom en enkätbaserad uppföljning tre månader och ett år efter insjuknande. Innehåller process- och resultatindikatorer. Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter. Information om var patienten får sin vård efter det akuta skedet saknas (www.riksstroke.se).
Rikshöft	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att stödja evidensbaserad vård av patienter med höftfraktur. Data samlas in under sjukhusvistelsen. Innehåller process- och resultatindikatorer. Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter. Information om var patienten



		får sin vård efter sjukhusvistelse saknas (www.rikshöft.se).
Riksvikt	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att stödja evidensbaserad vård av hjärtsvikt. Innehåller en struktur för att följa utveckling över tid och i jämförelse med andra vårdgivare. Innehåller process- och resultatindikatorer, inklusive patient-rapporterad hälsa (EQ-5D). Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter. Information om var patienten får sin vård efter sjukhusvistelse saknas (www.ucr.uu.se).
Luftvägsregistret	Frivillig inrapportering av eller journaluttag från deltagande vårdgivare	Syftar till att förbättra kvaliteten av vård för personer med KOL och astma. Innehåller en struktur för att följa utveckling över tid och i jämförelse med andra vårdgivare. Innehåller process- och resultatindikatorer. Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter. Information om insatser i kommunal hälso- och sjukvård saknas (www.lvr.registercentrum.se)
SRQ - Svenskt Reumatologiskt Kvalitetsregister	Frivillig inrapportering av deltagande vårdgivare	Syftar till att förbättra kvaliteten av vård för personer med reumatologisk sjukdom. Innehåller en struktur för att följa utveckling över tid och i jämförelse med andra vårdgivare. Innehåller process- och resultatindikatorer, inklusive patient-rapporterad hälsa. Uppdateras kontinuerligt. Personnummer för alla patienter. Information om insatser i kommunal hälso- och sjukvård saknas (www.srq.nu).

Information som finns i befintliga datakällor av relevans för uppföljning av strukturer, processer och resultat avseende kommunal hälso- och sjukvård används idag i olika utsträckning och på olika sätt. Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer används bland annat för att dokumentera och följa orsakerna till att människor kontaktar vården eller socialtjänsten, vilka åtgärder som vidtas, vilka resultat det ger och hur spridda olika sjukdomar är. Socialstyrelsen har ansvaret för flera nationella och internationella hälsorelaterade klassifikationer. En klassifikation är ett system med hierarkisk uppbyggnad och indelning av objekt i grupper som har likartade egenskaper, vilket möjliggör gruppering och aggregering av information.

Klassifikationerna, med tillhörande regelverk, används både för den enhetliga dokumentationen och för rapportering till register och databaser, där den i sin tur används till exempelvis registerbaserad forskning, statistikproduktion, nationella, regionala och lokala uppföljningar, analyser och utvärderingar samt i vårdens ersättningsystem, men även för systematiskt kvalitetsarbete.

Klassifikationerna utvecklas kontinuerligt så att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna fånga nya omständigheter i sin dokumentation. Socialstyrelsen uppdaterar, förvaltar och distribuerar följande hälsorelaterade klassifikationer:



- ICD-10-SE (internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem)
- ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)
- KSI (klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter)
- KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder).

Sedan 2007 sammanställer SKR, tillsammans med Socialstyrelsen, årligen utfall i indikatorer i ”Öppna jämförelser i kommunal hälso- och sjukvård”. Data hämtas från brukar-, enhets- och kommunundersökningen, Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret, KOLADA, samt nationella kvalitetsregister. Utfall i struktur-, process- och resultatindikatorer presenteras på en aggregerad nivå för varje kommun. I några fall presenteras utfall på enhetsnivå. Samtliga indikatorer är kopplade till olika delar i ramverket ”God vård och omsorg”. En av de viktigaste källorna är Enhetsundersökningen om äldreomsorg i kommunal hälso- och sjukvård, som har genomförts på ett i stora delar jämförbart sätt sedan 2013 (Socialstyrelsen 2019-10-6419). Socialstyrelsen gör årligen en rapport till regeringen som baseras på resultaten från den årliga enkäten angående digital utveckling. I samband med publiceringen läggs data ut i ett jämförelseverktyg där kommuner och andra intressenter kan söka och jämföra uppgifter om alla kommuner som besvarat enkäten.²⁸

Nationella kvalitetsregister administreras av specialistorganisationer och bygger på frivilligt deltagande för vårdgivare. Utfall i indikatorer är tillgängliga på vårdgivar-/enhetsnivå. I många nationella kvalitetsregister finns det inbyggda strukturer som syftar till att möjliggöra kontinuerligt kvalitetsförbättringsarbete med hjälp av struktur-, process- och resultatindikatorer. Täckningsgraden i nationella kvalitetsregister är generellt dålig vad gäller personer i ordinärt boende och i viss utsträckning även för personer i särskilt boende. Det finns också en stor variation i täckningsgrad i landet. I senior alert var till exempel täckningsgraden för personer i särskilt boende 78 procent i landet med en variation mellan 69 och 94 procent bland regionerna medan den endast var 14 procent för personer i ordinärt boende år 2016 (Socialstyrelsen 2018-2-17). I tabell A2.2. ges en kortfattad beskrivning av styrkor och svagheter med de olika datakällorna och registren.

Tabell A2.2. Styrkor och svagheter med befintliga datakällor av relevans för uppföljning av strukturer, processer och resultat avseende kommunal hälso- och sjukvård

Typ av datakälla	Typ av data	Obligatorisk rapportering	Täckningsgrad	Potentiell styrka	Potentiell brist
Register som Socialstyrelsen ansvarar för och där inrapportering av data är obligatoriskt för vårdgivare.	Struktur Process	Ja	Mycket hög	Hög jämförbarhet. Samkörning med andra register via person-nummer.	Få resultatmått.
Register som Socialstyrelsen ansvarar för och där data inhämtas genom enkäter till socialtjänstchefer, enhetschefer och brukare i äldreomsorg	Struktur Process Resultat	Nej	Mycket hög	Hög jämförbarhet.	Årliga data. Ingen individinformation. Kontextlösa data.

²⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-5-7384.pdf>



Register som RKA ansvarar för och där data inhämtas från administrativa system i kommuner och regioner (KOLADA).	Struktur Process	Ja (indirekt)	100 %	Process-information.	Ingen individ-information. Osäker jämförbarhet pga olika registreringspraxis. Årliga data.
Register som SKR ansvarar för och där data inhämtas genom enkäter till befolkningen och patienter vid vårdcentraler och sjukhus samt uppföljning av vårdgarantin	Resultat	Nej	Hög	God jämförbarhet pga nationell enkät.	Ingen individ-information. Låg svarsfrekvens varför resultat bör tolkas försiktigt. Kontextlösa data.
Nationella kvalitetsregister som specialistorganisationer ansvarar för och där data inrapporteras av vårdgivare som frivilligt väljer att medverka.	Struktur Process Resultat	Nej	Generellt låg vad gäller kommunal HoS, i synnerhet i ordinärt boende	Samkörning med andra register via personnummer. Goda förutsättningar att följa utveckling i kvalitet över tid och mellan enheter.	Begränsat till specifika sjukdoms- och/eller patientgrupper.



Appendix 3. Förslag på mallar för att systematisera arbetet

Förslagen till innehåll i mallar som presenteras nedan bör anpassas till de förutsättningar och mål som finns i varje enskild kommun. Samma mallar bör används konsekvent över tid inom respektive kommun så att struktur och innehåll upplevs som lika för alla aktörer och att jämförbarheten mellan olika perioder underlättas.

Mall 1. Struktur för att bestämma mål och målvärden

Mål	Målvärde	Nyckeltal	Datakälla & ansvar för inrapportering	Arbetsätt/åtgärd

Mall 2. Struktur för att koppla mål och målvärden med uppföljningsdialog

Målvärde	Deltagare	Uppföljningsforum	Frekvens
Från Mall 1, kolumn "mål" och "målvärde"			

Mall 3. Struktur och agenda för uppföljningsdialog

Agenda, Uppföljningsdialog	
<i>Deltagare</i>	
<i>Mål och målvärden</i>	Från Mall 2, kolumn "Mål och Målvärde"
<i>Ansvarig för att sammankalla till möte</i>	
<i>Ansvarig för att sammanställa resultat och bifoga dokument till deltagare</i>	
<i>Ansvarig för att presentera resultat vid mötet</i>	
<i>Deltar i diskussion där resultat tolkas och analyseras och förbättringsområden samt förslag till åtgärd för förbättring identifieras</i>	
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och diskussion och återföra till överordnad organisationsnivå</i>	Om tillämpligt
<i>Ansvarig för att sammanfatta resultat och</i>	Om tillämpligt



diskussion och återföra till medarbetare i verksamheter

Mall 4. En struktur för dokumentation och återkoppling till enskilda verksamheter.

Denna utgörs av en dokumentmall med färdiga kapitel och rubriker som speglar uppföljningsdialogens innehåll och struktur. Det kan finnas anledning att direkt använda denna dokumentationsmall under uppföljningsdialogen, då anteckningar kan göras under förutbestämda och tydliga rubriker. Mall 4 bör avslutas tydligt med förslag till framtida mål och nyckeltal, vilka kan utgöra en central utgångspunkt för planeringen av nästa PSGA-cykel (se mall 1 och 2 ovan).

Mall 5. En struktur för dokumentation och återkoppling till överordnad organisationsnivå.

Denna utgörs av en dokumentmall med färdiga kapitel och rubriker som speglar uppföljningsdialogens innehåll och struktur. Det kan finnas anledning att direkt använda denna dokumentationsmall under uppföljningsdialogen, då anteckningar kan göras under förutbestämda och tydliga rubriker. Mall 5 bör innehålla konkret information som kan inkluderas i patientsäkerhetsberättelse samt information som direkt kan kopplas till strategiska mål gentemot nämnd eller förvaltningsledning.



Appendix 4. Teoretiska perspektiv på prestationsmätning och uppföljning

I detta avsnitt presenteras prestationsmätning är vad och vilka olika beskrivningsdimensioner som finns i begreppet ur ett teoretiskt perspektiv

Definition av prestationsmätning och uppföljning

Prestationsmätning är en delmängd av att styra och leda en organisation mot uppsatta mål. Det överordnade engelska begreppet är ”management control”. Det tar utgångspunkt i chefers arbete med att få en organisation att på bästa sätt uppnå dess mål. En dominerande lärobok på området²⁹ har under många år format synen på hur organisationer styrs och leds: här uttrycks ett samspel mellan omvärld och organisation som påverkar hur det är möjligt att styra och leda mot förutbestämda mål. Författarna tar sin utgångspunkt i en cybernetisk syn på kunskapsutveckling. Majoriteten av mänsklig verksamhet sker i öppna system, där ambitionen är att identifiera kausaliteter för att därigenom reglera orsak-verkan-kedjor. Därigenom kan människor påverka vad ett visst system presterar och vilka effekter det genererar. En vanlig modell som illustrerar denna idé är det så kallade ”PDCA”-modellen³⁰, även känd som Deming-hjulet efter dess upphovsman Edwards Deming³¹ som visar vilka steg en organisations styrning och ledning går igenom då den ständigt anpassar sig till förändringar inne i eller utanför organisationen. Att den cybernetiska synen på styrning och ledning är relevant inom hälso- och sjukvårdsområdet är belagt³².

Prestationsmätning handlar således i grund och botten om att åstadkomma något förutbestämt och göra det allt bättre över tid. Det betyder också att mätning av enbart prestationer är en isolerad företeelse som inryms i ett större sammanhang, ofta en komplex sammansättning av resurser, individer, kompetenser och ambitioner som tillsammans ska ”skapa värde” för någon slutgiltig användare av verksamhetens produkt. Ekonomistyrningsverket har skrivit en rad vägledningar på temat ”verksamhetslogik”³³), vilka utgår från en kausalkedja mellan resurser och effekter. I en verksamhet används *resurser* för att åstadkomma önskvärda effekter. Användningen av resurser uttrycks som *aktiviteter* – specifika handlingar – som resulterar i *prestationer*. Dessa prestationer kan i sin enklaste form betraktas som antal utförda aktiviteter av en specifik typ, till exempel utförda hembesök av läkare. Ett hembesök kan för en individ leda till en känsla av trygghet och ett bättre allmäntillstånd, effekter av prestationen. Enligt Frenckner³⁴ är en prestation ”det (direkt) påtagliga resultatet av en aktivitet”, verksamhetens produkt. Den känns vanligtvis igen som varor eller tjänster. Konsumtionen av dessa varor och/eller tjänster genererar effekter, ibland formulerat som ”nytta”.

Prestation och effekt är uttryck för resultatet av utförd aktivitet respektive konsumerad prestation. Det är alltså möjligt att dela upp kausalkedjan i två delar, en del som handlar om resursanvändning

²⁹ Anthony R.N. och Govindarajan, V. 2007, Management Control Systems, McGraw Hill

³⁰ PDCA står för Plan, Do, Check, Act och syftar på en kontinuerlig process av att planera och sätta upp mål för en verksamhet, att utföra de planerade aktiviteterna, att följa upp ifall aktiviteterna ligger i linje med uppsatta mål och att agera för att förbättra verksamheten och sätta upp nya eller reviderade mål. Den kallas i Sverige också för PGSA-cykeln (planera/göra/studera/agera).

³¹ Carder, B. och Ragan, P. 2005, Measurement Matters. How Effective Assessment Drives Business and Safety Performance. American Society for Quality; Shewhart, W. och Deming, W.S. 1939. Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control. The Graduate School, the Department of Agriculture, Washington.

³² Smith, P.C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J. Lindahl, A.K., Westert, G. och Tobeckuwku, K. 2012. Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy, 106, pp. 37-49.

³³ Simons, R. 1994. Levers of Control. How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal. Harvard Business Review Press.

³⁴ Se t ex Ekonomistyrningsverket. 2003. Resultatanalys för nybörjare. Ekonomistyrningsverket, 2003:17.

³⁴ Frenckner, P. 1984. Begrepp inom ekonomistyrning: en översikt. Studentlitteratur, Lund.



och en del om konsekvenserna av denna resursanvändning. Relevanta begrepp för denna uppdelning är å ena sidan *produktivitet* (antal aktiviteter/antal resurser), å andra sidan *effektivitet* (effekt/prestation). Begreppet *kostnadseffektivitet* används ibland och ska förstås som uppnådd produktivitet i förhållande till uppsatt produktivitetsmål. En distinktion görs ibland mellan *inre effektivitet*, med fokus att utföra en aktivitet på *rätt sätt*, och *yttre effektivitet*, som i stället fokuserar på i vilken grad en viss prestation har avsedd effekt – frågan handlar då om att organisationen ska *göra rätt saker*³⁵.

Det är värt att poängtera att det sannolikt är enklare att mäta produktivitet än vad det är att mäta effektivitet. Effektivitet, definierat som graden av måluppfyllelse, handlar primärt om huruvida utförda prestationer leder till avsedda effekter. Effekten det vill säga nyttan, för en individ bedöms inte lika objektivt som till exempel hur lång tid en aktivitet tog att göra eller hur mycket en arbetstimme kostar. Här ligger också prestationsmätningens kanske svåraste utmaningar: först, är vi säkra på att utförda prestationer leder till avsedda effekter? Och om nyttan är subjektivt upplevd, hur vet vi att det är sant?

Kvalitet är ett viktigt begrepp i sammanhanget. Socialstyrelsen³⁶ lyfter myndigheten att indikatorer syftar till att fånga antingen kvalitet eller effektivitet. Effektivitet definieras vanligtvis som ”graden av måluppfyllelse”. Kvalitet kan definieras som en effektiv framställning av det som förväntas av användaren³⁷. Här finns en direkt koppling till Druckers distinktion mellan att göra rätt saker och göra saker på rätt sätt. Ett nyckeltal, det vill säga ett viktigt mått på verksamheten, bör vara relevant både för produktiviteten och effektiviteten, ensamt eller i kombination med andra nyckeltal. Kvalitetsbegreppets subjektiva karaktär leder dock till att det är utmanande att mäta det på ett säkert och entydigt sätt. Utmaningen kan belysas med etablerade vetenskapliga begrepp som validitet och reliabilitet. Om ett mått avser fånga något som i själva verket inte fångas är validiteten låg. Att bestämma kön genom att mäta antalet fingrar hos en individ är inget giltigt mått. Det går emellertid att mäta konsekvent och säkert – måttets reliabilitet är hög då mätmetoden är pålitlig. Att förstå en återkommande användning av en viss vara eller tjänst som ett mått på hög kvalitet är problematiskt och trubbigt, användningen kan bero på annat än att användarens förväntningar är uppfyllda.

Olika sorters nyckeltal

Allra först, ett uppmätt värde på ett mått kan vara absolut eller relativt. Det absoluta mätvärdet kan uttryckas med en enda enhet, till exempel ”kronor”, ”antal patientbesök” eller ”antal genomförda läkemedelsgenomgångar”. Relativa mätvärden uttrycks som en kvot mellan två enheter, till exempel ”kronor / patientbesök” eller ”andel patienter som fått en läkemedelsgenomgång det senaste året”. Mätvärden kan också vara placerade på en nominell (namn), ordinal (ordning) eller kvot-skala (numerisk). Ett specialfall är när ett värde kan vara ett av två möjliga, till exempel regelbundna forum för systematiskt kvalitetsarbete ”finns” eller ”finns inte”.

En annan grundläggande uppdelning av olika sorters nyckeltal är den mellan finansiella mått och ickefinansiella mått. Finansiella mått är monetära uttryck för verksamhetens resurser, aktiviteter, prestationer och effekter. Pengar är den gemensamma nämnaren. Icke-finansiella mått har som gemensam nämnare att de *inte* uttrycks i termer av pengar. Antal och andel (grad) är vanliga

³⁵ Drucker, P.F. 2008. Managing Oneself. Harvard Business Review Classic.

³⁶ Socialstyrelsen, 2020. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. 2020-8-6877.

³⁷ Deming, W.E. 1986. Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, Massachusetts.



exempel på ickefinansiella måttenheter. När finansiella och ickefinansiella mått används parallellt eller i kombination med varandra talar vi om *flerdimensionell mätning*.

Kedjan mellan resursanvändning och uppnådda effekter är en traditionell så kallad ”input/output”-modell³⁸. Den är sprungen ur tillverkningsindustrins karaktär och behov av styrning, där budgeten och ekonomiska nyckeltal tidigt blev sinnebilden för styrning. Johnson och Kaplan³⁹ visade hur en sådan syn på styrning gradvis tappade i betydelse i takt med att internationell konkurrens utmanade tidigare lokala och förutsägbara marknader. Under den här tiden fick så kallad *flerdimensionell styrning* ett uppsving och specifikt det balanserade styrkortet⁴⁰ ändrade många verksamheters system för styrning. Det kan uttryckas som att finansiella resursförbrukningsmått inte längre räckte för att hantera en allt snabbare utvecklingstakt i många branscher: aktiviteter, prestationer och effekter kom i förgrunden som bättre indikatorer på hur väl en organisation lyckades implementera sin strategi. Flerdimensionell styrning kom att präglade styrning och ledning även av offentliga verksamheter, inte minst hälso- och sjukvården i Sverige (Kollberg och Elg, 2006).

En särskild dimension i olika mått är kausalitet. Kaplan och Norton⁴¹ gör skillnad på mått som är ”leading” (orsak) och ”lagging” (verkan). En kombination av mått kan skapas med kausalsamband i åtanke, vilket ställer krav på kunskap om dessa samband när valet av indikatorer görs. Om kunskapen är låg beträffande orsakssamband kan kombinationer istället utformas utifrån hypoteser om vad som orsakar vad. Just denna kausalitet kan relateras till begreppen evidens och beprövad erfarenhet. Inom hälso- och sjukvård hålls dessa fram som ledstjärnor för verksamheten, vilket torde utgöra goda förutsättningar för att mäta och följa upp kausala mått.

Socialstyrelsen har etablerat en uppdelning av olika ”indikatorer”, det vill säga mått som indikerar ett visst förhållande i verksamheten⁴². Där görs skillnad mellan strukturmått, processmått och resultatmått. *Struktur* avser ”påverkbara förutsättningar för verksamheten”, *process* avser ”aktiviteter som utförs” och *resultat* fångar ”utfall som bidrar till måluppfyllelse” (ibid). Uppdelningen kan kännas igen i ovanstående input/output-modell där resurser (struktur), aktiviteter (processer), prestationer och effekter (resultat) står i centrum. De två uppdelningarna kompletterar således varandra och kan tillsammans bidra till en ökad förståelse vad det är som mäts och följs upp och vilken *typ* av nyckeltal det rör sig om. Men det är inte bara en fråga om vad som mäts och följs upp, lika viktig är frågan *hur* nyckeltalen används och varför.

Olika syften med prestationsmätning

Hur ett nyckeltal används kan relateras till styrningen av en verksamhet. Styrning och ledning av hälso- och sjukvård handlar om att kontinuerligt arbeta med *prioriteringar, uppföljning och ansvarsutkrävande*⁴³. Prioriteringar avser överenskomna mål med verksamheten, uppföljning handlar om att följa utfallet av ansträngningar i verksamheten. Ansvarsutkrävande gäller frågan om vem som bär ansvaret för vad som åstadkoms. Av dessa tre olika moment i styrningen av en organisation kan utläsas att prestationsmätning – vid första anblicken endast kopplad till uppföljning – har bäring även på prioriteringar och ansvarsutkrävande.

³⁸ Frenckner, P. 1984. Begrepp inom ekonomistyrning: en översikt. Studentlitteratur, Lund.

³⁹ Johnson, H.T. och Kaplan, R. 1987. Relevance Lost. The Rise and Fall of Management Accounting. Harvard Business School Press.

⁴⁰ Kaplan, R.S. och Norton, D.P. 1992. The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance. Harvard Business Review, Jan-Feb, pp.71-79.

⁴¹ Kaplan, R.S. och Norton, D.P. 1996. The Balanced Scorecard. Translating Strategy into Action. Harvard Business Review Press.

⁴² Socialstyrelsen, 2020. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. 2020-8-6877.

⁴³ Smith, P.C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J. Lindahl, A.K., Westert, G. och Tobechwku, K. 2012. Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy, 106, pp. 37-49.



Simons⁴⁴ har pekat på hur chefer använder formella styrmedel för att målinriktat påverka – styra – den verksamhet de ansvarar för. Två metoder framstår här som särskilt relevanta. För det första kan mått betraktas som diagnosverktyg för verksamheten. För det andra kan dessa mått fungera som underlag för samtal mellan berörda parter i en organisation om vilka åtgärder som utfallet i mätningarna föranleder.

Precis som olika typer av nyckeltal kan ha olika fokus, till exempel på produktionsvolym, resursförbrukning, upplevd nytta och förnyelsetakt, så kan mått och mätningar således användas på olika sätt för olika syften. En vanlig uppdelning i sammanhanget är den mellan *möjliggörande* och *tvingande* karaktär på styrningen⁴⁵, i sig speglad i de mått som ledningen mäter och följer upp. Det handlar alltså om två olika syften för uppföljning och återkoppling, ett tvingande och ett möjliggörande. Avsikten med att mäta, följa upp och återkoppla utfall i en viss sak kan vara att få till stånd ett på förhand givet beteende eller att motivera berörda att själv förbättra sig.

En näraliggande praktisk distinktion är mellan obligatoriska kontra frivilliga mätningar. Vilka mätningar som är obligatoriska kan bestämmas av ledningen men också kopplas till lagkrav. Frivilliga mätningar kan vara frivilliga på olika organisatoriska nivåer. Den gemensamma nämnaren är att den som mäter och följer upp ett frivilligt mått gör det av egen vilja, för egna syften.

⁴⁴ Simons, R. 1994. Levers of Control. How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal. Harvard Business Review Press.

⁴⁵ Adler, P.S. och Borys, B. 1996. Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive. Administrative Science Quarterly, 41, pp. 61-89.