

Rapport 2013:2

Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre?

Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: iStockphoto

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2013

ISBN 978-91-87213-09-0

Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre?

Vårdanalys utvärdering av öppna jämförelser
av vård och omsorg om äldre

Joakim Ramsberg, Hanna Sjöberg,
Therese Östh och Line Rolfsen Sandsborg

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Projektledare Joakim Ramsberg har varit föredragande. Chefsjurist Karin Nylén har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2012-12-14
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström
Styrelseordförande

Kerstin Wigzell
Vice styrelseordförande

Anders Anell
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Joakim Ramsberg
Föredragande



Förord

Kvalitetsbrister inom vården och omsorgen om äldre har varit ett hett debattämne under senare år. Behovet av kvalitetssäkring, kvalitetsutveckling och ökad insyn har varit i fokus för debatten. Öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre lanserades 2007 som ett instrument med syfte att driva på kvalitetsutvecklingen och öka insynen i sektorn. Vårdanalys ansåg mot den bakgrunden att det är angeläget att utvärdera i vilken utsträckning de uppsatta målen med öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre har uppnåtts. Har öppna jämförelser lett till förbättringar av vården och omsorgen för äldre? Har insynen i den gemensamt finansierade vården och omsorgen om äldre ökat och har indikatorerna för att mäta resultat förbättrats? Det måste dock noteras att öppna jämförelser på detta område bedrivs inom ramen för ett antal regeringsuppdrag som ska slutrapporteras först 2014. Denna utvärdering är därför att betrakta som en "halvtidsavstämning".

Vårdanalys har i en tidigare rapport "Grönt ljus för Öppna jämförelser" (Vårdanalys 2012:4) utvärderat öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Slutsatsen i rapporten var att öppna jämförelser på det området, med relativt små medel, utvecklats till ett värdefullt instrument som har bidragit till ett ökat fokus på kvalitet och utfall för patienterna. Det finns indikationer som tyder på att de särskilt bidragit till att höja lägstanivån. Uppmärksamheten i denna rapport vänds mot öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre.

Vad gäller vården och omsorgen om äldre skiljer sig förutsättningarna för öppna jämförelser på flera sätt från jämförelserna inom hälso- och sjukvården. Det finns 21 landsting och regioner vars resultat rapporteras i öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. På äldreområdet finns det 290 kommuner vars resultat ska presenteras. Kommunerna är dessutom i många fall mycket små jämfört med landstingen och kan



antas ha begränsad kapacitet att analysera resultaten i öppna jämförelser. Underliggande data i öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården kommer till stor del från kvalitetsregister som i en del fall hör till de mest utvecklade datakällorna för sjukvård som finns i världen. Något motsvarande finns inte på omsorgsområdet idag. Trots att förutsättningarna för högkvalitativa jämförelser inom äldreområdet på flera sätt kan antas vara svårare jämfört med hälso- och sjukvården kvarstår det faktum att införandet av öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre är en av de nationella satsningarna på äldreomsorgen som fått störst uppmärksamhet under de senaste åren.

Joakim Ramsberg har varit projektledare och Hanna Sjöberg (QRC Stockholm, Karolinska Institutet), Therese Östh och Line Rolfsen Sandsborg har varit projektmedarbetare.

Vi vill framföra ett tack till de respondenter som deltagit i studien. Utan ert stora engagemang skulle utvärderingen inte varit möjlig att genomföra. Till projektet har en referensgrupp varit kopplad bestående av Maria Ottosson, Eva Sahlén och Eva Nilsson Bågenholm. Vi vill särskilt tacka referensgruppen som har lämnat viktiga synpunkter och bidrag till arbetet.

Vi hoppas genom denna rapport kunna bidra till den strategiska utvecklingen av öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre.

Stockholm i februari 2013

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef
Myndigheten för vårdanalys

Sammanfattning

Myndigheten för vårdanalys har utvärderat öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. Eftersom öppna jämförelser på det här området är under stark utveckling och drivs av flera regeringsuppdrag, varav det övergripande ska slutrapporteras först 2014, är vår utvärdering att betrakta som en "halvtidsavstämning".

UTVÄRDERINGENS BAKGRUND

Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre består av tre produkter. Den första produkten är rapporten **Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre** och tas fram i samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I rapporten publiceras information om kvalitet, resultat och kostnader inom vården och omsorgen om äldre. Sedan 2007 har rapporten publicerats årligen, till en början separat av både Socialstyrelsen och SKL, men sedan 2010 publiceras en gemensam rapport. Jämförelserna baseras på indikatorer och mått som hämtas från redan befintliga datakällor. Den andra produkten, **Äldreguiden**, är en webbaserad tjänst som Socialstyrelsen tillhandahåller. Den innehåller kvalitetsdata på kommun- och delvis på enhetsnivå och vänder sig till äldre och deras anhöriga, men även till kommunerna. Äldreguiden har funnits sedan 2007 och baseras på ett regeringsuppdrag. Från 2013 ska Äldreguiden riktas enbart till äldre och anhöriga. Den tredje produkten är undersökningen **Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden** (ofta kallad **Brukarundersökningen**). Resultaten från undersökningen publiceras på Socialstyrelsens webbplats och genomförs inom ramen för ett regeringsuppdrag till



Socialstyrelsen. Resultat från undersökningen används i rapporten Öppna jämförelser och i Äldreguiden. Notera att vår utvärdering utfördes i huvudsak innan 2012 års rapport publicerades och våra resultat baseras på 2011 års rapport och Äldreguiden som den såg ut till oktober 2012. Vi analyserar Brukarundersökningen som en datakälla till de övriga produkterna och inte som en fristående produkt.

Det framgår av den årliga rapporten och Socialstyrelsen och SKL:s hemsidor att öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre har följande syften:

- Att kommunerna, med hjälp av jämförelserna och i samarbete med landstingen, ska kunna utveckla och följa upp kvaliteten i sin verksamhet och inspirera till lokala, regionala och nationella diskussioner om hur vården och omsorgen om äldre kan bli bättre och mer effektiv. Vi kallar detta **förbättringsmålet**.
- Att förbättra insynen i den gemensamt finansierade vården och omsorgen. Vi kallar detta **öppenhetsmålet**.
- Att indikatorerna ska ge en så allsidig bild som möjligt av vården och omsorgen om äldre, bland annat genom att belysa både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden. Vi kallar detta för **datakvalitetsmålet**.

Regeringen har genom riktade satsningar stimulerat utvecklingen av öppna jämförelser. År 2009 lanserades också en *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten* i syfte att ytterligare accelerera utvecklingen.

Det saknades sedan tidigare en heltäckande och oberoende utvärdering av öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre riktad till nationella beslutsfattare.

Syfte

Syftet med Vårdanalys utvärdering är att bedöma i vilken utsträckning de uttalade målen med öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre har uppnåtts. Därutöver har vi analyserat om organisationen av arbetet varit ändamålsenlig eller inte.

Genomförande

Utvärderingen har genomförts genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Vi har genomfört intervjuer med personer på både nationell nivå och inom kommuner. Myndigheten har även studerat den vetenskapliga litteraturen på området, policyrapporter och andra dokument. Vi har

också genomfört en särskild studie av mediegenomslaget för öppna jämförelser. Utöver det har en enkätundersökning skickats till socialchefer i samtliga kommuner och verksamhetschefer i fyra kommuner. Därtill kommer analyser av statistik och data.

Inom ramen för utvärderingen har forskare från Karolinska Institutet genomfört en separat analys av organisationen av arbetet med öppna jämförelser. Organisationsanalysen baseras på studier av dokument, intervjuer och konsultation med en expertpanel.

I januari 2013 släpptes Öppna jämförelser 2012 – Vård och omsorg om äldre. Då Vårdanalys utvärdering genomfördes under hösten 2012 har inte denna rapport varit möjlig att inkludera i underlaget till Vårdanalys granskning.

UTVÄRDERINGENS RESULTAT

Vår utvärdering har tydliggjort att det finns mer kvar att göra innan öppna jämförelser har nått målsättningarna. Öppna jämförelser är dock under utveckling och har kommit en bit på väg mot att bli en produkt med betydelse för utvecklingen av vården och omsorgen om äldre. Nedan sammanfattas utvärderingen i sju slutsatser:

- ▶ Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Resultaten analyseras och används lokalt i allt större omfattning.
- ▶ Öppna jämförelser lyckas i några fall följa upp kvaliteten i vården och omsorgen av äldre som rör sig mellan kommunernas och landstingens svarsområden. I nuläget saknas dock ofta en tydlig mottagare för de indikatorer som speglar kvaliteten för äldre i gränssnittet mellan vård och omsorg. Detta minskar möjligheterna till förbättring avsevärt.
- ▶ Öppna jämförelser har medfört en ökad transparens men presentationsformen är inte lämplig för allmänhet och media. Äldreguiden som bland annat ska användas av befolkningen som underlag för val av vård- och omsorgsgivare brister i relevans och användbarhet.
- ▶ Utvecklingen av data avseende vård och omsorg om äldre är snabb, till stor del som följd av prestationsbaserade ersättningsystem för ökad rapportering till de nationella kvalitetsregistren som utvecklas på området, men också genom kommunernas ökade användning av data som medför kvalitetsssäkring av data.
- ▶ Misstro mot underliggande data begränsar genomslaget av öppna jämförelser i kommunerna. Misstron gäller bland annat om rätt data rapporteras

i kommunenkäten och om de olika datakällor som används mäter kvaliteten i omsorgen på ett riktigt sätt.

- ▶ Öppna jämförelser är inne i ett intensivt utvecklingsarbete. Det medför en svår balansgång mellan att å ena sidan kontinuerligt förbättra och utveckla nya indikatorer och att å andra sidan kunna följa resultaten över tid och mäta resultatet av förbättringsarbetet. Inriktningen att fortsätta fokusera på utveckling är nödvändig, men följderna blir att det omedelbara värdet av jämförelserna minskar under uppbyggnadsfasen.
- ▶ Organisationen för öppna jämförelser fungerar relativt väl och förmår driva utvecklingen framåt.

Förbättringsmålet: Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre

Öppna jämförelser har bidragit till bättre möjligheter för uppföljning och jämförelser av resultat av vård och omsorg om äldre. För kommunledning och verksamhetschefer inom omsorgen utgör öppna jämförelser ett underlag för att ta strategiska beslut om vilka förbättringsområden som bör prioriteras.

Öppna jämförelser har inneburit att omsorgens resultat har blivit mer tillgängliga, särskilt för kommunledningar. Det finns fortfarande ett stort fokus på budget som inte öppna jämförelser lyckas bryta, men en viktig konsekvens har varit att i någon mån underlätta möjligheterna för politiker och tjänstemän att föra en bättre dialog om innehållet i vården och omsorgen om äldre.

Det är stor skillnad på att ha information om kvalitet och att faktiskt använda sig av den. Att enbart få information om den egna organisationens plats på en rankingslista anses i benchmarkinglitteraturen ha ett mer begränsat värde än information om *hur* de som presterar bäst har lyckats uppnå de goda resultaten. Här har det nuvarande systemet med öppna jämförelser inte utvecklats fullt ut. Jämförelserna som presenteras omfattar 290 kommuner och framstår för många som oöverskådliga. Vi ifrågasätter på denna grund värdet av den skriftliga rapporten i sin nuvarande utformning. På regional nivå är kommunerna organiserade i självständiga regionala förbund (Gotlands kommun ingår dock inte i något regionalt förbund). Det finns tretton sådana regionförbund där ett läns samtliga kommuner samt landsting ingår. De analyser som genomförs inom ramen för dessa framstår som mer användbara för förbättringsarbete och har potential att bli än viktigare i framtiden.

Utvärderingen har visat att det finns ett relativt stort missnöje i en del kommuner och verksamheter med den upplevda balansen mellan nytta och insats vad gäller datainsamling till öppna jämförelser. Öppna jämförelser är i huvudsak till för att verksamheterna ska utvecklas men representanter från

kommunerna upplever ofta att de får bristfällig återkoppling samtidigt som framförallt kommunenkäten uppfattas som besvärlig att besvara. Bristerna i återkoppling och ”nyttiggörande” ligger både på den nationella och på den kommunala nivån. Det krävs också omfattande och noggranna analyser av data från öppna jämförelser om de ska kunna leda till förbättringar. Kommunerna har dessutom skilda förutsättningar att analysera resultaten och i många fall är kostnads-nyttakvoten av att investera i dessa analyser möjlig att ifrågasätta för enskilda små kommuner.

I Öppna jämförelser finns några indikatorer som speglar kvaliteten i vården och omsorgen av äldre som rör sig mellan kommunernas och landstingens ansvarsområden. Det saknas dock ofta en tydlig mottagare för dessa indikatorer, vilket minskar möjligheterna till förbättring avsevärt.

Öppna jämförelser förefaller leda till en del kvalitetsförbättrande åtgärder och upplevs leda till faktisk kvalitetsförbättring. Vi har dock inte kunnat visa någon påtaglig effekt på resultaten av publicering i Öppna jämförelser. Detta kan till en del bero på att det är för tidigt att utvärdera effekterna. Indikatorerna har hittills också ändrats frekvent mellan åren vilket försvårar både förändringsarbete och utvärdering.

Det finns en risk för negativa konsekvenser av öppna jämförelser som inte ska ignoreras. Det sägs ibland att ”det som mäts blir gjort”. Omvänt finns det en risk att det som inte mäts inte blir gjort och att resurser leds bort från en produktiv användning inom något område som inte täcks av indikatorer. Inget är heller vunnet på att samla in och rapportera data som inte används till något. Det finns dock få empiriska bevis eller exempel på sådana negativa konsekvenser.

Öppenhetsmålet: Öppna jämförelser har medfört att vårdens och omsorgens resultat är öppna – men är alltför svårtolkade för allmänhet och media

Öppna jämförelser har på flera sätt medfört en större öppenhet. Tidigare fanns avsevärt mindre offentligt tillgänglig information att tillgå om vårdens och omsorgens kvalitet och prestationer. Med introduktionen av Äldreguiden finns också en ambition att nå ut till befolkningen med information om förhållanden inom äldreomsorgen. Trots detta visar utvärderingen att öppenhetsmålet inte har uppfyllts.

Att data finns tillgänglig medför inte per automatik att befolkningen blir mer informerad eller har större insyn i vården och omsorgen. Dels krävs att uppgifterna som resultaten baseras på är korrekta och relevanta, dels att formerna för presentationen passar befolkningen och kanske framförallt de som kan anses ha störst behov av transparens, nämligen äldre i behov av vård och

omsorg. När det gäller information till äldre som utgör underlag för val av vård- och omsorgsgivare, exempelvis genom Äldreguiden, måste även hänsyn tas till att informationen måste anpassas till närstående då många äldre inte själva kan tillgodogöra sig informationen.

Då allt fler kommuner inför valfrihetssystem inom hemtjänst och särskilt boende är det särskilt viktigt med tillgänglig, korrekt och behovsanpassad information till allmänhet, brukare och anhöriga. Idag är det främst kommunpolitiker med ansvar för dessa områden, kommundienstjänstemän och chefer som känner till öppna jämförelser-rapporterna och Äldreguiden. Pensionärsföreningarna har upptäckt Öppna jämförelser och Äldreguiden och en del försöker informera om dess användningsområde, men det tycks ännu inte särskilt utbrett. Istället kan allmänheten i första hand förväntas få viss information genom mediernas rapportering, men den är av begränsad omfattning. Öppna jämförelser har skapat förutsättningar för ökad insyn och transparens av vård och omsorg men är än så länge okända och svåråtkomliga för en stor del av befolkningen.

Datakvalitet: Tillgången på jämförbara data är begränsad men utvecklas i snabb takt

För Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre är datatillgången begränsad och indikatorerna täcker inte alla viktiga aspekter för de äldre. Det finns betydande luckor i indikatorsammansättningen utifrån Socialstyrelsens ramverk för god omsorg. Likaså finns det stora luckor i indikatorsammansättningen i Äldreguiden utifrån vad äldre vill veta i samband med val. Information som är relevant i valsituationer saknas på enhetsnivå men Socialstyrelsen arbetar nu för att kunna redovisa fler indikatorer i Äldreguiden på enhetsnivå.

En stor del av jämförelserna baseras på Brukarundersökningen. Den syftar till att mäta de äldres egna bedömningar av vården och omsorgen. Undersökningen har både mätproblem och problem med bortfall i vissa grupper, särskilt för de mest sjuka äldre. Socialstyrelsen bedriver ett utvecklingsarbete för att göra det enklare för äldre att svara på enkäterna och att kunna beskriva vården och omsorgen på ett bättre sätt. 2013 kommer Brukarundersökningen också utgöras av en totalundersökning, vilket troligen kommer göra det möjligt att redovisa resultat på enhetsnivå i Äldreguiden.

Öppna jämförelser skulle behöva kompletteras med fler icke-patientrapporterade indikatorer för att ge en mer allsidig bild av vården och omsorgen om äldre. Stora ekonomiska satsningar på de mest sjuka äldre och ett ökat intresse från kommunerna för jämförande data har gjort att register utvecklas i snabb takt på äldreområdet. Detta ger förutsättningar att kunna öka och bredda resultatindikatorerna. Det är också viktigt med fler omsorgsinriktade indikatorer.

För att få tillförlitliga data krävs att täckningsgraden ökar för både de register som redan är med och för de register på äldreområdet som ännu inte är med i öppna jämförelser. De prestationsbaserade ersättningsystem som regeringen använder för att öka användningen av registren har haft en stor effekt på registrens täckning. Denna effekt är troligtvis större än effekten av jämförelserna. Det finns dock en risk att användningen och rapporteringen minskar om de ekonomiska incitamenten tas bort.

Kommunerna har ett intresse för de öppna jämförelserna, men det råder osäkerhet om alla data håller tillräcklig kvalitet för att göra jämförelser i dagsläget. Socialchefer och verksamhetschefer är tveksamma till kvaliteten på grunddata. I intervjuer och rapporter från kommunerna redovisas en uttalad efterfrågan på högre kvalitet i data. Särskilt uppmärksammas skillnader i inrapportering till Kommun- och enhetsundersökningen som ett problem. Högre datakvalitet och ökat användande går hand i hand. Genom att främja analyser och användning av resultaten i verksamhetsförbättring synliggörs dataproblem. Att kvalitetssäkra registerdata och undersökningar genom samkörningar är svårt då det i stor utsträckning saknas register att kvalitetssäkra data för äldre mot.

En annan utmaning är att ge en allsidig bild av vården och omsorgen om äldre utifrån den äldres situation som innefattar mått både på kommunernas och landstingens verksamheter och hur de fungerar tillsammans utifrån den äldres behov. Indikatorer som är beroende av att vårdgivare, utförare och huvudmän samverkar kring den äldre bör användas. Risken är dock att vissa indikatorer uppfattas som landstingsägda och vissa som kommunägda – även om de speglar den samlade kvaliteten av kommunernas och landstingens insatser för de äldre och förutsätter ett delat ansvarstagande för att förbättra vårdprocesser tvärs huvudmannagränserna. Att Öppna jämförelser uppfattas som kommunernas produkt och är användbar för dem är betydelsefullt för kunskapsstyrningen i kommunerna som tidigare haft mycket lite data att använda för jämförelser, benchmarking och förbättringsarbete. Vi uppfattar det som att relevansen för kommunerna av denna anledning har prioriterats.

Förutom att göra avvägningar mellan sjukvårds- och omsorgsinriktade indikatorer finns också skillnader i behov och förutsättningar mellan kommunerna, till exempel i storlek, som påverkar utformningen av öppna jämförelser. Exempelvis finns en motsättning mellan att presentera jämförelser av hög kvalitet och att presentera data som är användbara ur den enskilda kommunens perspektiv. Indikatorer med få observationer (under 30) exkluderas i Öppna jämförelser vilket innebär att resultat inte alltid redovisas för små kommuner.

Den snabba utvecklingen av datakällor och indikatorer medför ett tydligt

dilemma i arbetet med öppna jämförelser; å ena sidan är det nödvändigt att kontinuerligt förbättra och utveckla nya indikatorer då det kommer leda till bättre jämförelser, å andra sidan medför det betydande svårigheter att följa resultaten över tid och mäta resultatet av förbättringsarbetet. Inriktningen att fortsatt fokusera på utveckling är nödvändig, men följderna blir att det omedelbara värdet av jämförelserna minskar under uppbyggnadsfasen. Det är nödvändigt att datakvalitetsarbetet går i takt med det ökade användandet av resultaten, annars finns en risk för att felaktiga bedömningar görs baserat på öppna jämförelser.

Organisationen fungerar förhållandevis väl

Samarbetet mellan de två organisationerna som står bakom rapporten Öppna jämförelser, SKL och Socialstyrelsen, fungerar över lag väl, trots att de har delvis olika roller och intressen som kan vara svåra att förena. Vi bedömer också att den nuvarande organisationen tar fram jämförelserna till en rimlig kostnad och givet förutsättningarna till en god kvalitet. Organisationen driver utvecklingen framåt i relativt snabb takt och den begränsande faktorn är främst tillgången på bättre data.

Till skillnad från öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården är det på äldreområdet mindre diskussion kring vilken information och data som ska användas. Det beror på att det inom hälso- och sjukvårdsområdet finns avsevärt mer data att ta ställning till vilket gör att Socialstyrelsen tar en större roll som kvalitetskontrollant inom ramen för det samarbetet. Inom äldreomsorgsområdet finns inte lika mycket data att välja bland. Det medför att organisationerna tillsammans försöker göra det mesta av de data som finns vilket ger ett mer friktionsfritt samarbete.

SKL har skapat en organisation kring regionala analyser av öppna jämförelser för att uppmuntra till praktiskt användande av resultaten. Det har i stora delar varit framgångsrikt. Framförallt förefaller mindre kommuner ha nytta av de regionala analyserna.

REKOMMENDATIONER

Vår utvärdering har tydliggjort att det finns mer kvar att göra innan öppna jämförelser har nått *förbättringsmålet, öppenhetsmålet och datakvalitetsmålet*.

Utifrån utvärderingens resultat ger Vårdanalys följande rekommendationer:

► Socialstyrelsen och SKL bör intensifiera arbetet med att öka värdet av att använda jämförelserna i utvecklingsarbetet

Det sker ett intensivt utvecklingsarbete av data, men det är också viktigt att samtidigt arbeta med att förbättra möjligheterna att använda data: gör den mer användbar och mer värdeskapande. Det är angeläget att de inrapporterande verksamheterna på alla nivåer ser ett tydligt värde av det arbete som läggs ned på datainsamling. Den kommunala strukturen med 290 kommuner, varav många är mycket små, skapar också utmanande förutsättningar för att systematiskt analysera kvalitet och effektivitet i äldreomsorgen. Utökad återkoppling och snabbare återföring av resultat till de berörda verksamheterna är ett sätt att åstadkomma ökat värde av jämförelserna. Ökad involvering och engagemang av politiker är ett annat viktigt steg för att öka genomslaget av kvalitetsjämförelser i styrningen och utvecklingen av äldreomsorgen. Slutligen har utökade nationella och regionala bearbetningar och analyser stor potential att öka värdet av jämförelser, i synnerhet för många små kommuner. De befintliga regionala analyserna har många gånger varit uppskattade. Arbetet kan med ganska små medel göras ännu mer kraftfullt:

- SKL bör införa de regionala analyserna på bred front då detta arbete hittills varit framgångsrikt.
- Socialstyrelsen och SKL bör utveckla formerna för öppna jämförelser så att kommunerna och verksamheterna kan lära sig mer av varandra, av vad det är som faktiskt fungerar i andra kommuner.

► Utveckla och säkra kvaliteten i mätningar och data inklusive brukar-rapporterade utfallsmått

För att få bättre data om omfattningen av vård och omsorg om dementa vore en möjlig utgångspunkt att Socialstyrelsens patientregister utvidgas till primärvården och till att omfatta andra insatser än läkares i övriga öppenvården. Regeringen bör utreda och ta denna fråga vidare.

Kvaliteten i befintliga register och undersökningar behöver dessutom fortsätta att utvecklas, till exempel när det gäller skillnader i hur data rapporteras från olika enheter. Det är också viktigt att öka aktualiteten i data: till exempel bör arbetet med kommunenkäten kunna skyndas på både vad gäller datainsamling, bearbetning och presentation av resultat.

Bristande tilltro till resultat från kommunenkäten är en stor svaghet och minskar genomslaget betydligt. Med mer utvecklad registerdata kan behovet av rapportering i form av Kommun- och enhetsenkäten minska på

sikt. Det är också viktigt att utveckla kvaliteten och relevansen i de brukar-rapporterade utfallsmåtten, samt att kombinera dem med kliniska utfallsmått och processmått.

En stor brist är att praktiker på alla nivåer i omsorgen inte har någon möjlighet att påverka val av relevanta och rimliga mått på kvalitet, vilket står i stark kontrast till framväxten av kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Det är i det här sammanhanget viktigt att bland annat kommunerna stöder inomprofessionella nätverk, som kan ta ett större ansvar för att utveckla data på sikt. För det krävs resurser och tilltro. På det sättet bör man även kunna öka engagemanget i användningen av utdata.

► **Regeringen, Socialstyrelsen och SKL bör stärka kommunikationsarbetet för att öka insynen och förbättra informationen för val för brukare och medborgare**

I syfte att förbättra insynen vad gäller omsorgens resultat behöver öppna jämförelser innehålla mer och bättre data, men också kommuniceras tydligare och starkare av de ansvariga organisationerna SKL och Socialstyrelsen. För att allmänheten ska få en bättre insyn bör regeringen se till att organisationen som producerar öppna jämförelser har större fokus på – och tillräckliga resurser för – att bedriva ett mer offensivt kommunikationsarbete. En annan viktig utveckling är att fler och andra aktörer bearbetar och analyserar resultaten som presenteras i öppna jämförelser, till exempel genom att belysa förklaringsfaktorer till skillnader i resultat mellan kommuner i något avseende. Ett sådant ”tolkningsstöd” har stor potential att öka allmänhetens, medias och kommunernas intresse och förståelse för jämförelserna. Med tanke på de ökade inslagen av valfrihet i omsorgen och bristen på den av äldre och anhöriga efterfrågade, objektiva informationen om kvalitet i omsorgen finns också goda skäl till att på nationell nivå tillhandahålla viss information som underlag för val av vård- och omsorgsgivare. I det avseendet måste Äldreguiden utvecklas. Äldreguiden måste bli mer lättillgänglig och innehålla fler indikatorer på enhetsnivå.

► **Regeringen bör utreda förutsättningarna för att göra tillsynsinformation tillgänglig och användbar för brukare, anhöriga och medborgare**

Äldreguiden kan också kompletteras med annan typ av information utformad efter vad äldre och deras närstående vill veta. Regeringen bör utreda förutsättningarna för – och om det är ändamålsenligt – att den nybildade Inspektionen för vård och omsorg redovisar resultat från tillsynsarbetet på enhetsnivå – en modell som används i bland annat England. Detta

skulle kunna vara ett värdefullt komplement till indikatorbaserade öppna jämförelser eftersom det sannolikt inte går att utveckla indikatorer som fångar alla relevanta kvalitetsdimensioner. Revisioner av olika slag är ett komplement för att skapa öppenhet och i förlängningen stärkt förtroende för vården och omsorgen av äldre. Revisioner är också ett sätt att öka kostnaderna för att ha dålig kvalitet.

► **Regeringen, Socialstyrelsen och SKL bör stärka incitamenten för att mäta och arbeta med de äldre som utgångspunkt**

Den nationella nivån bör skapa incitament för samverkan som utgår ifrån de äldre och inte utifrån de olika huvudmännens ansvarsområden. Det är inte tillräckligt att utforma indikatorer som är gränsöverskrivande – det krävs också strukturer och utvecklade arbetsformer för landsting och kommuner att samverka i analysarbete och förbättringsarbete. Regeringen bör i detta sammanhang säkerställa en hög grad av deltagande från landstingen i det regionala analysarbetet. Frågan måste prioriteras av ledningarna i de enskilda landstingen, regionerna och kommunerna. Indikatorerna i Öppna jämförelser är utvalda för att belysa både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden. Öppna jämförelser uppfattas ändå som en produkt enbart för kommunerna och samarbetet mellan landsting och kommun förefaller outvecklat på många håll. Det finns redan flera kända framgångsfaktorer för de kommuner som har ett väl utvecklat samarbete, men de sprids inte överallt.

► **Socialstyrelsen och SKL bör utreda förutsättningarna för att införa målnivåer för vissa indikatorer**

På sikt bör målnivåer ersätta eller komplettera de relativa rankingarna för vissa indikatorer bland annat för att få en tydligare signal om vad som är bra värden eller vad som behöver förbättras och för att göra öppna jämförelser mer användbart i att prioritera bland förbättringsområden. Målnivåer kan ge information om både en ”lägsta nivå” och ”bästa praxis”. Det skulle vara en utmaning att definiera målnivåer för en hel del av indikatorerna i Öppna jämförelser, men för vissa skulle det vara fullt möjligt. En utmaning ligger i att hantera målnivåer i kontexten av kommunalt självstyre och politiska prioriteringar.



Innehåll

1. Inledning	27
1.1. Så gjorde vi studien	30
Litteraturstudie	30
Intervjuundersökning	31
Enkäter	31
Medieanalys	31
Organisationsutvärdering	32
Dataanalyser	32
2. Bakgrund – vad är öppna jämförelser?	35
2.1. I öppna jämförelser ingår olika typer av indikatorer.....	36
2.2. Visionen för öppna jämförelser är målgruppsanpassad information.....	39
3. Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen	43
3.1. Det går att jämföra.....	44
Resultaten analyseras i ökad utsträckning på lokal och regional nivå	46
3.2. Det finns en stark men avtagande misstro mot data i öppna jämförelser.....	47
Misstron finns i alla grupper	50
3.3. Öppna jämförelser stimulerar till dialog	50
Öppna jämförelser är användbart för att identifiera förbättringsområden	51



Öppna jämförelser har bidragit till ett ökat intresse för kvalitetsfrågor	52
Öppna jämförelser är ett användbart verktyg i dialogen	52
Bristande dialog med landstingen	54
Öppna jämförelser leder till kvalitetshöjande åtgärder	55
3.4. Inga statistiska belägg för att kvaliteten har förbättrats tack vare öppna jämförelser	56
Tidigare forskning lämnar inget definitivt besked	56
Variationer i resultat speglar till en del variationer i befolkningssammansättning	57
Egna analyser antyder att skillnaderna mellan kommunerna minskar	58
Skillnaderna mellan kommunerna minskar något	59
Det går inte att fastslå säkert om minskningen i skillnad mellan kommunerna beror på öppna jämförelser.	60
Samlad bedömning av öppna jämförelserns påverkan på kvaliteten i vård och omsorg om äldre	62
3.5. Öppna jämförelser kan leda till negativa konsekvenser	64
3.6. Analys och slutsatser	65
4. Transparens – öppenhetsmålet med öppna jämförelser har inte nåtts	71
4.1. Öppna jämförelser - Vård och omsorg om äldre vänder sig inte till allmänheten	71
4.2. Äldreguiden riktar sig till brukare och anhöriga men har svårt att få genomslag	72
4.3. Öppna jämförelser och Äldreguiden används i liten utsträckning av pensionärsorganisationerna	76
4.4. Genomslaget för öppna jämförelser har ökat i lokalmedierna men inte i riksmidierna	77
4.5. Analys och slutsatser	80
5. Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt	83
5.1. Datakällorna inom vård och omsorg om äldre är under uppbyggnad.....	84
5.2. Mäter öppna jämförelser vad som är god vård och omsorg?	86
5.3. Äldreguiden innehåller inte vad äldre vill veta.....	91

5.4. Datakällorna som används för öppna jämförelser är av varierande kvalitet.....	95
Öppenvården saknar tillräcklig täckning i hälsodataregistren	96
Undersökningen om äldres uppfattning om kvalitet i hemtjänst och äldreboenden	98
Kvalitetsregistren utvecklas snabbt med stöd av prestationsbaserade ersättningsystem	99
Kommun- och enhetsundersökningen genomförs på olika sätt i kommunerna	102
Brister i kostnadsdata gör det svårt att jämföra effektiviteten – Kommun- och landstingsdatabasen och kommunernas egna undersökningar	103
5.5. Problem med kvalitet i data och statistisk metodik.....	103
5.7. Analys och slutsatser	109
6. Organisationen för öppna jämförelser fungerar förhållandevis väl	115
6.1. Rapporten Öppna jämförelser tas fram i samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL	116
6.2. Samarbetet mellan SKL och Socialstyrelsen fungerar väl.....	117
6.3. Regionala analyssamarbeten.....	118
6.4. Analys och slutsatser	119
7. Bilaga.....	123
7.1. Intervjuer	123
7.2. Enkäter.....	124
Referenser	131



Inledning

I den här rapporten presenterar Vårdanalys en oberoende utvärdering av öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre. De består av tre produkter varav rapporten Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre tas fram i samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I rapporten publiceras information om kvalitet, resultat och kostnader inom vården och omsorgen om äldre. Sedan 2007 har rapporten publicerats årligen. Till en början publicerade både Socialstyrelsen och SKL separata rapporter, men sedan 2010 publicerar de två organisationerna en rapport tillsammans. Jämförelserna baseras på indikatorer och mått som hämtas från redan befintliga datakällor.

Den andra produkten, Äldreguiden, är en webbaserad tjänst som Socialstyrelsen tillhandahåller. Den innehåller data på kommun- och delvis på enhetsnivå och vänder sig till sig äldre och deras anhöriga, men även till kommunerna. Äldreguiden har funnits sedan 2007 och baseras på ett regeringsuppdrag. Från 2013 ska Äldreguiden riktas enbart till äldre och anhöriga. Den tredje produkten är undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden (ofta kallad Brukarundersökningen). Resultaten från undersökningen publiceras på Socialstyrelsens webbplats och genomförs inom ramen för regeringsuppdrag till Socialstyrelsen. Resultat från undersökningen används i rapporten Öppna jämförelser och i Äldreguiden. Notera att vår utvärdering utfördes i huvudsak innan 2012 års rapport publicerades och våra resultat baseras på 2011 års rapport och Äldreguiden som den såg ut till oktober 2012.

Det framgår av den årliga rapporten och Socialstyrelsen och SKL:s hemsidor att öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre har följande syften:

- Att kommunerna, med hjälp av jämförelserna och i samarbete med lands-
tingen, ska kunna utveckla och följa upp kvaliteten i sin verksamhet och in-
spirera till lokala, regionala och nationella diskussioner om hur vården och
omsorgen om äldre kan bli bättre och mer effektiv. Vi kallar detta **förbät-
tringsmålet**.
- Att förbättra insynen i den gemensamt finansierade vården och omsorgen. Vi
kallar detta **öppenhetsmålet**.
- Att indikatorerna ska ge en så allsidig bild som möjligt av vården och omsor-
gen om äldre, bland annat genom att belysa både socialtjänstens och hälso-
och sjukvårdens ansvarsområden. Vi kallade detta för **datakvalitetsmålet**.

Utvärderingen fokuserar på hur väl arbetet med öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre har uppfyllt målsättningarna ovan. I utvärderingen analyserar vi också om arbetet med öppna jämförelser har varit ändamålsenligt organiserat.

År 2009 tog Socialdepartementet tillsammans med Socialstyrelsen, SKL, Vårdföretagarna och Famna fram en *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten* (44). Strategin innebar bland annat att de öppna jämförelserna skulle utvecklas för att fylla ytterligare syften och rikta sig till andra målgrupper, exempelvis fungera som information till brukare och patienter för att kunna välja omsorgs- och vårdgivare. Socialstyrelsen fick samma år ett uppdrag av regeringen att fram till 2014 vidareutveckla de öppna jämförelserna och ta fram en handlingsplan för att öka tillgången till data av god kvalitet inom socialtjänsten. Inom ramen för regeringens satsning på de mest sjuka äldre har Socialstyrelsen dessutom ett uppdrag att utveckla indikatorerna för mest sjuka äldre inom ramen för öppna jämförelser. Satsningen på sjuka äldre innefattar sedan 2010 ett prestationsbaserat ersättningsystem för att exempelvis öka inrapporteringen och användningen av resultat från verksamheterna till nationella kvalitetsregister på området.

I denna utvärdering granskar vi inte genomförandet av hela strategin och dess mål (se avsnitt 2.2 nedan) eller syftena med samtliga regeringsuppdrag på området. I de delar som berör utveckling av rapporten Öppna jämförelser är det dock viktigt att relatera till strategins mål. En viktig del av strategin är till exempel målet att öppna jämförelser ska omfatta de brukar- och patientgrupper som motsvarar den största delen av omsorgens och sjukvårdens kostnader och volymer. Det är viktigt att bedöma var jämförelserna står i det avseendet idag. Strategin omfattar också en vision om att öppna jämförelser i framtiden ska kunna användas för att ge information inför brukarnas och patienternas val. Inom öppna jämförelser finns Äldreguiden som delvis har just det syftet.

Resultat från Brukarundersökningen används i rapporten Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre och i Äldreguiden. Vi analyserar Brukarundersökningen som en datakälla till de övriga produkterna och inte som en fristående produkt.

Den här utvärderingen är på sätt och vis att betrakta som en ”halvtidsavstämning” eftersom öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre till stora delar bedrivs inom ramen för pågående utvecklingsprojekt. Rapporten är disponerad utifrån målen med öppna jämförelser. Först presenteras förbättringsmålet och sedan öppenhetsmålet. Därefter kommer ett avsnitt om de data som används. Slutligen finns ett avsnitt om hur arbetet med öppna jämförelser organiseras.

Vårdanalys har tidigare utvärderat öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet med ett liknande upplägg och metod (31). De viktigaste slutsatserna från den utvärderingen var att:

- ▶ Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården
- ▶ Öppna jämförelser har medfört en ökad transparens avseende vårdens kvalitet men presentationsformen är inte lämplig för allmänhet och media
- ▶ Effekten på datakvaliteten är begränsad men öppna jämförelser bidrar till att synliggöra brister i data
- ▶ Organisationen måste utvecklas

Vi konstaterade i utvärderingen att öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens resultat med relativt små medel har utvecklats till något som har stor betydelse för sektorns utveckling. Samtidigt tydliggjorde vår utvärdering att det finns mer att göra innan öppna jämförelser har nått målen om att bidra till hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete, öka öppenheten och bidra till höjd datakvalitet.

Förutsättningarna för att genomföra och använda öppna jämförelser skiljer sig på avgörande sätt åt mellan hälso- och sjukvården och vården och omsorgen om äldre. Två viktiga skillnader är att det finns 290 kommuner, varav många har ganska få invånare och begränsad analyskapacitet, vars verksamheter ska jämföras medan det bara är 20 landsting och regioner samt Gotland som jämförs i hälso- och sjukvården. Det andra är att jämförelserna på hälso- och sjukvårdsområdet till stor del bygger på data från kvalitetsregister. Motsvarande datakällor eller tradition att mäta finns inte på omsorgsområdet. Dessutom är kommunernas verksamhet mer varierad än landstingen och kommunerna ägnar sig åt många olika saker förutom vård och omsorg om äldre.

1.1. SÅ GJORDE VI STUDIEN

Utvärderingen har genomförts genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder och arbetet kan beskrivas i följande delar:

- Litteraturstudie
- Intervjuundersökning
- Enkäter
- Medieanalys
- Organisationsutvärdering
- Dataanalyser

Litteraturstudie

Vi har gått igenom den vetenskapliga litteraturen som behandlar effekterna av öppen rapportering av kvalitetsdata. Sådan rapportering görs på olika sätt i olika länder, och omsorgens och sjukvårdens organisation och även kultur skiljer sig åt. Därför kan man inte vänta sig att internationella resultat ska vara direkt tillämpbara i Sverige. Det är ändå viktigt att kartlägga vad som har studerats med vetenskapliga metoder inom området.

Flera systematiska genomgångar av forskningsläget har publicerats. Samtliga fokuserar huvudsakligen på medicinska resultat. En relativt nyligen publicerad Cochrane-rapport är den mest rigorösa genomgången (18). Endast fyra studier uppfyller kvalitetskraven för att inkluderas i genomgången. Framförallt är det avsaknaden av en riktig kontrollgrupp som gör att de flesta studier exkluderas. Andra systematiska genomgångar har inkluderat studier med lägre evidensgrad (28), (41), (10). I alla översikter vi refererat till är författarna eniga om att tillgången på evidens är en begränsad faktor för vilka slutsatser som kan dras. Vi gör bedömningen att Cochranerapporten tillämpar alltför strikta inklusionskriterier. Särskilt i ett läge med begränsad tillgång på empiri kan även studier som inte haft en riktig kontrollgrupp ge värdefull kunskap, även om de måste tolkas med försiktighet, framförallt med avseende på slutsatser om orsakssamband. Förutom Cochrane-rapporten baserar vi därför vår egen översikt på den systematiska översikten av Fung (10). Där analyserades litteratur om effekterna av öppen rapportering av kvalitetsdata publicerad fram till och med halva 2006. Vi har använt samma sökord som Fungs artikel, men begränsat sökningen till de största och mest relevanta databaserna PubMed och EconLit. Sökningen var tidsbegränsad till litteratur publicerad efter sökningen som Fung gjort till och med första maj 2012. Sökningarna gav totalt 3 482 träffar varav 80 valdes ut genom granskning av titel. Efter läsning av sammanfattning återstod cirka 50 artiklar som lästes igenom. Av

dem togs 22 med i denna rapport (1), (2), (4), (6), (11), (12), (17), (22), (24), (29), (30), (33), (39), (43), (69), (71), (72), (73), (74), (75), (76), (78).

Vi har förutom den vetenskapliga litteraturen på området även studerat policyrapporter och andra dokument, vilka citeras löpande i texten. En utvärdering av Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre publicerades 2012 av FoU Väst (26). Rapporten ger ett värdefullt bidrag till kunskapen om öppna jämförelserns förutsättningar och konsekvenser och har varit en viktig källa i vår utvärdering. Vårdanalys utvärdering riktar sig till skillnad från FoU Väst rapporten i första hand till nationella beslutsfattare – inte kommuner – och har därför i vissa delar ett annat fokus, bland annat på den nationella organisationen av arbetet med öppna jämförelser. Vidare kompletteras datamaterialet i FoU Väst-rapporten på flera sätt, bland annat med enkäter till landets samtliga kommuner och ytterligare dataanalyser.

Intervjuundersökning

Vi har genomfört ett antal intervjuer med personer både på nationell nivå och inom de fyra kommunerna Aneby, Lycksele, Norrköping och Solna. I kommunerna har personer med olika positioner intervjuats, exempelvis politiker, höga tjänstemän och verksamhetschefer. På nationell nivå har vi intervjuat personer med kunskap om öppna jämförelser. Dessutom har personer som representerar äldre samt media intervjuats.

Enkäter

Vi genomförde webbaserade enkätundersökningar som skickades ut via e-post till socialchefer eller motsvarande i alla kommuner (n=290, svarsfrekvens 59 procent) och områdes-/verksamhetschefer i Aneby, Lycksele, Norrköping och Solna (n=63, svarsfrekvens 60 procent).

I rapporten presenteras sammanfattande deskriptiv statistik för ett urval av frågorna. Svarsfrekvenser för samtliga frågor finns redovisade i bilaga på www.vardanalys.se. Enkätfrågorna redovisas i Bilaga nedan.

Medieanalys

Retriever, ett analysföretag inom media, gavs i uppdrag att genomföra en kvantitativ analys av mediegenomslaget för öppna jämförelser. Analysen baseras på Retrievers svenska webb- och printarkiv, ett arkiv för redaktionellt material med historik från 1987.

Mediegenomslaget analyserades både med antal artiklar och förekomster fördelat över perioden 2006 fram till och med 2011 och även mediekkanaler, det vill säga vilka som har tagit upp nyheten.

Organisationsutvärdering

Inom ramen för utvärderingen har en separat analys av organisationen av arbetet med öppna jämförelser genomförts av forskare från Karolinska institutet. Organisationsutvärderingen beskriver arbetet, kostnader, kommunikation, samarbete, måluppfyllelse och ändamålsenlighet utifrån policydokument och ett antal intervjuer med personer som arbetar med öppna jämförelser, kvalitetsregister och användare av öppna jämförelser. Slutligen har en expertpanel satts samman och konsulterats. Organisationsutvärderingen finns i sin helhet att ladda ner på www.vardanalys.se.

Dataanalyser

Slutligen har vi även genomfört egna analyser av statistik och data. Ett analysföretag, Ramböll Management Consulting AB, har bidragit i arbetet med att sammanställa data och genomförde vissa analyser.

Bakgrund – vad är öppna jämförelser?

I öppna jämförelser är det möjligt att jämföra information om kvalitet, resultat och kostnader. Jämförelserna baseras på indikatorer och mått.

Öppna jämförelser togs till en början fram inom hälso- och sjukvården men har kommit att utvecklas till allt fler verksamhetsområden som kommuner, landsting och regioner ansvarar för. Öppna jämförelser publiceras nu inom sammanlagt 13 områden, bland annat inom hälso- och sjukvård, folkhälsa, företagsklimat, skola, brottsoffer och socialtjänst omfattande bland annat vård och omsorg om äldre, ekonomiskt bistånd, missbruk och hemlöshet. Det pågår också diskussioner om att ta fram öppna jämförelser på nya områden, exempelvis kollektivtrafik.

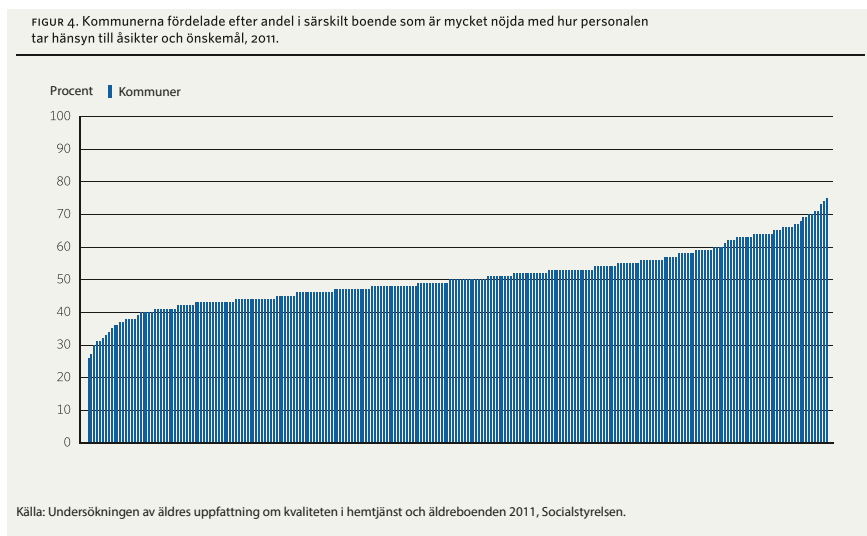
Arbetet med öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre baseras dels på flera regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, dels på en överenskommelse mellan Socialstyrelsen och SKL om att publicera indikatorer för vård och omsorg om äldre i en gemensam rapport.

Huvudprodukten är den årliga redovisningen av Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre. I den årliga redovisningen ingår både den skriftliga rapporten med tillhörande bilagor, data och analyser som publiceras av Socialstyrelsen och SKL på webben. Den skriftliga rapporten har en bilaga som enbart publiceras på webben där indikatorerna beskrivs. Data till indikatorerna hämtas från många datakällor, exempelvis hälsodataregistren vid Socialstyrelsen, registret över kommunernas SoL-insatser och data från de tre kvalitetsregistren Senior alert, Svenska palliativregistret och Riksstroke. Ett antal indikatorer är baserade på Brukarundersökningen. Varje år samlas material in från kommunerna genom en årlig enkät. SCB:s ekonomistatistik och SKL:s verksamhetsstatistik (från SKL:s och SCB:s gemensamma publikation Vad kostar verksamheten i din kommun?) används för

att redovisa kostnader som bakgrundsinformation.

I Öppna jämförelser redovisas indikatorer i tabeller och diagram och som ett stöd för läsaren finns en kort text som kommenterar vad indikatorn handlar om och hur en tolkning kan göras. Redovisningen omfattar däremot inte någon analys av orsakerna till variationer i resultat. Det dras inte heller några slutsatser om konsekvenserna av variationerna. Figur 1 visar ett exempel på hur data presenteras i Öppna jämförelser.

Figur 1. Exempeldiagram från Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2011, s. 21.



Efter redovisningen av de olika indikatorerna presenteras en ranking av kommunerna i samlad tabellform. Värdena är relativa och kommunernas ranking illustreras med hjälp av färger, där den bästa fjärdedelen av kommunerna får grön färg, den sämsta fjärdelen får en röd färg och hälften i mitten gul för varje indikator (se Figur 2).

2.1. I ÖPPNA JÄMFÖRELSE INGÅR OLIKA TYPER AV INDIKATORER

Det finns olika typer av indikatorer. De klassificeras vanligen som resultat-, process- eller strukturindikatorer. En resultatindikator ska mäta slutresultatet för brukaren, till exempel "Procentandel personer 65 år och äldre som var mycket nöjda med hur hemtjänstpersonalen bemöter dem". Många av de resultatindikatorer som redovisas i öppna jämförelser bygger på brukarens

Figur 2. Exempeldiagram från Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2011, s. 136.

Område	Läkemedelsgenomgångar och riskfylld behandling						
Delområde							
Indikatornamn	24. Läkemedelsgenomgångar			25. Tre eller fler psykofarmaka		26. Olämpliga läkemedel	
Indikatorbeskrivning	Procentandel i särskilt boende som erhållit minst en läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna. 65 år och äldre. 2010			Procentandel i särskilt boende som använder tre eller fler psykofarmaka. 80 år och äldre. 1 nov 2010		Procentandel inom särskilt boende som använder långverkande bensodiazepiner, läkemedel med antikolinerga effekter, tramadol och/eller propiomazin. 80 år och äldre. 1 nov 2010	
	Procent	Jämf. 2010	Ranking	Procent	Ranking	Procent	Ranking
Min - max	0-100			0,1-27,3		4,1-34,5	
Riket	66			15,2		17,4	
Örebro							
Askersund	41	↑	230	13,5	131	14,6	85
Degerfors	85	↑	98	17,3	218	21,4	230
Hallsberg	82	↑	104	16,1	190	20,8	218
Hällefors	86	↓	96	10,2	60	26,6	273
Karlskoga	48	↑	212	9,7	50	13,2	60
Kumla	33	↑	243	11,6	86	19,8	204
Laxå	100	→	1	15,4	174	17,9	158
Lekeberg	69	↑	150	23,9	280	30,4	280
Lindesberg	83	↑	102	12,4	102	19,1	190
Ljusnarsberg	0	↓	277	3,0	6	18,2	163
Nora	100	→	1	15,0	164	18,7	175
Örebro	74	↑	128	16,3	196	11,6	33
Västmanland							
Arboga	66	↑	159	14,5	155	18,2	163
Fagersta	94	↓	68	14,9	162	24,8	261
Hallstahammar	29	↑	248	11,8	92	17,3	142
Kungsör	35	↓	241	11,7	90	12,8	54
Köping	60	↓	178	9,7	48	18,2	163
Norberg	100	→	1	9,7	49	14,5	84
Sala	72	↑	138	12,8	111	18,9	181
Skinnskatteberg	82	↑	104	11,4	79	25,0	263
Surahammar	99	↑	42	15,1	166	18,3	167
Västerås	80	↓	111	13,5	129	17,7	151
Dalarna							
Avesta	15	↓	265	23,0	277	28,5	277
Borlänge	65	↑	162	16,5	201	23,8	249
Falun	68	↓	153	17,3	217	16,7	125
Gagnef	40	↓	232	13,4	128	24,4	256
Hedemora	72	↑	138	11,1	74	15,4	103



egen rapportering av utfallet och det finns få mer objektiva mått på resultat.

En processindikator är en mätbar och påverkbar indikator som antas ha betydelse för vårdprocessens resultat. Det finns även intermediära resultatmått, som till exempel ”tillgodosedda rehabiliteringsbehov efter stroke”, som mäter någon händelse som kan sägas ligga mellan processen och slutresultatet för brukaren. Helst ska intermediära mått och processindikatorer ha en bevisad koppling till slutresultatet för brukaren. Ett exempel på en processindikator är andel patienter som får ”riskbedömningar trycksår”. En strukturindikator mäter förutsättningarna för att uppnå goda resultat och kan till exempel svara på om det finns personal med en viss utbildning tillgänglig.

Alla typerna av indikatorer är på ett principiellt plan användbara, fast för olika syften och för olika målgrupper. Till exempel har resultatindikatorer stort värde för att utvärdera en verksamhet men har samtidigt begränsningar när de används för verksamhetsutveckling eftersom de ofta påverkas av många bakgrundsfaktorer och kan reagera långsamt. Den faktiska användbarheten av olika indikatorer beror på hur de är konstruerade och används.

Konstruktionen av indikatorer görs av SKL och Socialstyrelsen i samråd med organisationer som representerar professioner, anhöriga, brukare och vårdföretagare samt med stöd av en expertgrupp med forskare (26).

I den nationella strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården anges att indikatorerna i öppna jämförelser bör uppfylla följande krav (44):

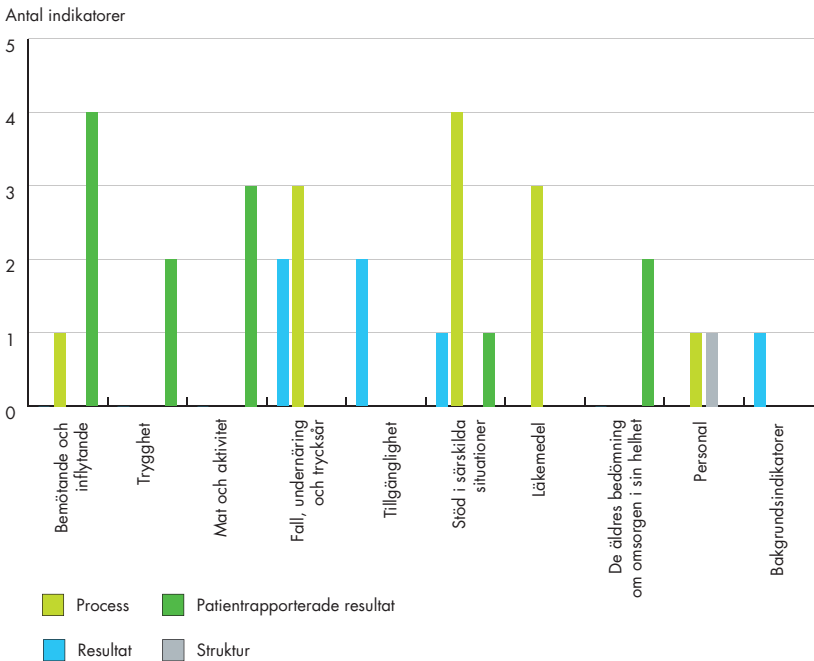
- **Accepterade och tillförlitliga.**
- **Hämtas från redan tillgänglig information** som offentlig statistik, nationella kvalitetsregister eller återkommande undersökningar.
- **Påverkbara mellan redovisningsintervall.**
- **Lätta att följa upp** genom att vara tillgängliga och med kort tidsfördröjning.
- **Omprövas om de inte är relevanta.**
- Helst vara **jämförbara mellan länder.**
- **Omfatta samma tidsperiod.**
- Helst **belysa resultat**, men kan utgöras av process- och strukturindikatorer om det finns starkt samband med resultat.

Förutom dessa aspekter måste den som ställer samman jämförelserna göra ett medvetet urval bland de indikatorer som uppfyller grundkraven. I detta avseende är det viktigt att välja indikatorer som speglar de förhållanden man vill belysa. Beroende på syftet med mätningen kan det finnas skäl att välja

mått som är antingen mycket breda eller mycket detaljerade. Även antalet indikatorer som krävs för att belysa en kvalitetsaspekt beror på vad syftet är och vem mottagaren är.

I 2011 års rapport ingår 31 indikatorer i jämförelserna samt 12 bakgrundsindikatorer som redovisar kostnader och hälsotillstånd i kommunen. Endast en av 31 indikatorer som ingår i jämförelserna är en strukturindikator. Figur 3 visar fördelningen på olika områden och typer av indikatorer. Resultatindikatorer som rapporteras av brukare redovisas separat.

Figur 3. Indikatorer i Öppna jämförelser 2011 - Vård och omsorg om äldre.



2.2. VISIONEN FÖR ÖPPNA JÄMFÖRELSE ER ÄR MÅLGRUPPSANPASSAD INFORMATION

Visionen om öppna jämförelser som formuleras i den tidigare nämnda nationella strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (42) är: *Aktuell information när du vill ha den som du vill ha den.* Inom några år kommer det, enligt visionen, finnas lättillgänglig, aktuell, ändamålsenlig, målgruppsanpassad och tillförlitlig information som stödjer:

Bakgrund – vad är öppna jämförelser?

- fria val för patienter och brukare
- förbättrings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- granskning och utvärdering av hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Strategin säger också att öppna jämförelser ska:

- Omfatta brukar- och patientgrupper som motsvarar den största delen av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens kostnader
- Vara anpassade och tillgängliga för alla relevanta målgrupper
- Kunna användas som ett verktyg för att styra berörda verksamheter
- Analyseras och omsätts i praktiskt utvecklingsarbete av lokala funktioner

Inom äldreområdet finns redan det webbaserade verktyget Äldreguiden som en del av öppna jämförelser. Äldreguiden syftar till att stödja brukarnas val av vård- och omsorgsgivare. I Äldreguiden presenteras, till skillnad från i öppna jämförelser-rapporten, viss information på enhetsnivå.

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

Öppna jämförelser börjar efter ett initialt motstånd bli ett verktyg för att identifiera förbättringsområden och stärka dialogen mellan ledning och verksamhet. Öppna jämförelser har stimulerat till verksamhetsförbättrande åtgärder.

Det övergripande målet med öppna jämförelser är främst att förbättra vården och omsorgen om äldre. Det vi har valt att kalla **förbättringsmålet** innebär att öppna jämförelser ska ge kommuner underlag för att – i samarbete med landstingen – utveckla och följa upp kvaliteten i sin verksamhet. Jämförelserna ska också inspirera till lokala och nationella diskussioner om kvaliteten på vård och omsorg om äldre. Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre vänder sig därför i första hand till beslutsfattare, förvaltningschefer samt verksamhets- och kvalitetsansvariga i kommunerna. I rapporten får dessa grupper en överblick över resultaten för den egna kommunen och kan samtidigt jämföra resultaten med andra kommuner.

Logiken i öppna jämförelser som stöd för verksamhetsutveckling bygger på att tre viktiga faktorer uppfylls. För *det första* att det är möjligt och meningsfullt att med hjälp av mått och indikatorer beskriva och jämföra verksamheten som olika kommuner eller andra enheter utför (vilket är den information som tillhandahålls i öppna jämförelser). För *det andra* att mottagaren av informationen analyserar och tolkar den och för *det tredje* att verksamheterna och professionerna reagerar och förändrar något så att verksamheten verkligen blir bättre. Det sistnämnda steget kan, men måste inte, komma efter en omvärldsreaktion av något slag. Det innebär att omvärlden reagerar på

resultaten i publiceringen och försöker få verksamheten att förbättra sig eller att den som har ett sämre resultat väljs bort av brukare och patienter.

Omvänt finns det faktorer som kan leda till att den önskade positiva förändringen uteblir, eller att det till och med blir ett negativt utfall. En sådan faktor är misstron mot att de data som används mäter det resultat som verksamheterna faktiskt presterar. Reaktionerna på data från både omvärlden och verksamheterna kan också leda bort från det önskade utfallet. Om till exempel en verksamhet reagerar på ett dåligt resultat genom att börja manipulera den inrapporterade statistiken leder det inte till något positivt utfall.

I de följande avsnitten presenteras resultat från utvärderingens intervjuer, enkäter, litteraturgenomgång och analyser. Vi konstaterar nedan att:

- Det finns en utbredd – men minskande– skepsis mot att det går att jämföra. Kommuner och berörda verksamheter anser att mått och indikatorer i öppna jämförelser endast delvis är relevanta
- Resultaten analyseras i ökad utsträckning på lokal och regional nivå
- Det finns en uttalad misstro mot data i öppna jämförelser
- Öppna jämförelser stimulerar till förbättringsåtgärder
- Det är för tidigt att säga om öppna jämförelser har positiva effekter på kvaliteten i vård och omsorg om äldre
- Öppna jämförelser skulle kunna leda till negativa konsekvenser

3.1. DET GÅR ATT JÄMFÖRA

Att det går att jämföra är naturligtvis en förutsättning för att öppna jämförelser ska kunna ha någon effekt och användning och om det stämmer att det finns omätbara dimensioner eller aspekter av kvalitet så kan de inte heller förbättras av öppna jämförelser.

Många av intervjupersonerna i undersökningen är skeptiska till att det går att ta fram meningsfulla jämförande kvalitetsdata för framförallt omsorgen om äldre. Också de intervjuade i en tidigare studie uttrycker påtagliga tvivel till att indikatorerna i öppna jämförelser är meningsfulla mått på kvaliteten i omsorgen (26). De intervjuade menar att mycket av det som är kvalitet i omsorg inte går att mäta. Till och med i själva öppna jämförelser-rapporten sägs det att ”denna typ av redovisning kan aldrig ge en fullständig bild av verksamhetens kvalitet. Många viktiga kvalitetsaspekter går helt enkelt inte att mäta eller redovisa i form av statistik” (66). Några intervjuade, liksom i tidigare intervjustudier, har påtalat att det finns en slagsida mot vårdindikatorer snarare än omsorgsindikatorer. Dessa uppfattas som ”hårdare” i betydelsen att de är lättare att sätta en siffra på, men alltför ensidigt fokus på dessa gör att

mätningen sammantaget mister en del av sin giltighet (26). Skepsisen innebär dock inte att intervjupersonerna menar att det överlag är meningslöst att mäta. Tvärtom är de intervjuade – liksom i tidigare studier (26), (34) – som regel positiva till mätningar och jämförelser eftersom det finns viktiga aspekter av vården och omsorgen som faktiskt går att mäta och jämföra.

Det framkommer bland de intervjuade i både vår och tidigare studier att indikatorerna som finns med i Öppna jämförelser och Äldreguiden tolkas som en direkt funktion av vilka områden som nationellt anses viktiga inom vård och omsorg om äldre. Det uppfattas som ett sätt att uppifrån berätta vad som är viktigt. Indikatorsetet är i realiteten kanske snarare ett pragmatiskt urval baserat på vad som finns tillgängligt och vad som går att mäta, men det är inte så det uppfattas. Det förklarar kanske den i vissa fall starka reaktionen på vad som anses vara bristande validitet i indikatorsetet – det vill säga att det inte mäter det som det utger sig för att mäta.

En intervjuad person på nationell nivå menar att äldreomsorgsområdet är relativt omodernt vad gäller mätningar av resultat och i den aspekten ligger långt efter hälso- och sjukvården. Det är också flera intervjuade som påpekar att motståndet mot indikatorerna och mätningarna minskat allteftersom. Här bör det lyftas fram att Socialstyrelsen uppfattats som lyhörda för kommunernas synpunkter på mätningarnas utformning vilket säkert bidragit till att skynda på acceptansen för mätningarna.

Flera äldreomsorgsboenden har varit föremål för skandaler de senaste åren. Dessa boenden har som regel haft bra eller normala resultat i Äldreguiden, vilket spär på misstankarna om bristande validitet i mätningarna i många ögon, även om Öppna jämförelser och Äldreguiden inte i sig har någon koppling till tillsynen av äldreboenden (68), (26).

Det råder delade meningar om huruvida data i Öppna jämförelser ska användas för relativa rankningar mellan kommunerna. Färgmarkeringarna som i rapporten används för att med färgerna grönt, rött och gult markera den fjärdedel av kommunerna som har bäst respektive sämst resultat och de femtio procent däremellan anses tydliga och pedagogiska men förrädiska. Färgerna refererar inte till någon absolut nivå och indikerar inte något visst resultat som bör uppnås. Grönt kan fortfarande vara dåligt och rött kan vara godkänt. En intervjuad tjänsteman tog de boendes åsikter om maten som exempel på ett område där det räckte med ett ganska mediokert resultat för att bli ”grön”: ”Varför ska inte alla, eller nästan alla, boende få mat som de tycker är god?”

Hur stora skillnaderna är mellan olika kommuner som har rött, grönt eller gult skiljer sig åt mellan indikatorerna. Ibland kan skillnaderna vara ganska små medan det för en annan indikator kan signalera mycket stora skillnader.

Resultaten analyseras i ökad utsträckning på lokal och regional nivå

Indikatorer i Öppna jämförelser redovisas utan att orsakerna till resultaten analyseras eller att det dras skarpa slutsatser om konsekvenserna av dem. Jämförelserna kommenteras till viss del som ett stöd för läsaren. Det betonas i Öppna jämförelser att för att gå vidare med utvecklings- och förbättringsarbetet måste kommunen själv analysera resultaten och identifiera förbättringsområden. För att ett meningsfullt förbättringsarbete ska kunna bedrivas är det därför nödvändigt att resultaten analyseras och tolkas noggrant på lokal nivå. Vissa intervjupersoner framhåller att det är en av huvudpöängerna med jämförelser och att det stora värdet ligger i de analyser som initieras som en följd av publiceringen av Öppna jämförelser.

Kapaciteten att göra egna analyser varierar stort mellan kommunerna. Det finns 290 kommuner och de minsta har färre än 3 000 invånare medan de största har flera hundratusen invånare. Det är till exempel viktigt att kunna välja ut relevanta jämförelsekommuner. Det blir överblickbart att jämföra med 289 andra kommuner samtidigt och dessutom meningslöst eftersom förutsättningarna skiljer sig åt så mycket. Några av de vi intervjuat pekar särskilt på hur svårt det är att identifiera vilka andra kommuner som det vore meningsfullt att jämföra med.

SKL har på olika vis stöttat kommunerna i deras arbete med att analysera resultaten. SKL har bland annat varit med och tagit fram en analyshandbok som ger vägledning om hur resultaten från öppna jämförelser inom socialtjänsten kan tolkas och analyseras på lokal nivå. Handboken föreslår konkreta steg för hur resultaten kan bearbetas. För varje steg i beskrivningen finns detaljerade instruktioner och exempel på hur specifika resultat kan brytas ner och översättas till riktlinjer för förbättringsarbete. Det läggs stor vikt vid att bryta ner informationen på regional nivå och att jämföra resultaten med andra kommuner och landsting samt över tid.

Handboken riktar sig till ledningen och förvaltningen inom kommunerna. Tanken är att ge stöd kring hur kommunerna kan använda och analysera informationen i Öppna jämförelser och stötta en utveckling där detta sedan kan användas för att stimulera förbättringsarbete. Handboken uppmanar även kommunerna att hämta inspiration från varandra och bidra till samarbete och gemensamt lärande. (64)

SKL har även stöttat regionala analyser av resultaten från Öppna jämförelser. De har organiserat projekt som syftar till att utveckla arbetet i kommunerna för att analysera och använda sina resultat.

Det finns sedan ett par år en försöksverksamhet i nio regioner där SKL har bidragit med finansiering och kunskap. SKL har, ibland tillsammans med

Socialstyrelsen, genom konferenser och informationsträffar stöttat arbetet med att ta till sig informationen från öppna jämförelser. Det har hittills resulterat i fem regionala rapporter som på olika vis har behandlat användningen av öppna jämförelser på kommun- och landstingsnivå.

De regionala analyserna har i varierande grad inkluderat öppna jämförelser i sitt arbete. De flesta rapporterna bygger på länens resultat i Öppna jämförelser vilket sedan har brutits ner på kommunal nivå. Det har gjorts jämförelser mellan kommunerna, med landstingen och med det nationella genomsnittet för att identifiera områden i behov av förbättringsarbete. De flesta rapporterna har haft som mål eller delmål att med hjälp av analyserna kunna ta fram underlag för prioriteringar kring verksamhetsutvecklingen inom länet. Några av regionerna har påbörjat arbete för att ta fram en analysmodell för att kontinuerligt kunna tillgodogöra sig resultaten av öppna jämförelser. De flesta regioner är positiva till öppna jämförelser men några menar också att mer arbete krävs för att kvalitetssäkra mätresultaten. Ett par av rapporterna tar upp kvaliteten i de data som rapporteras in till nationella register och påpekar att mer kan göras för att kvalitetssäkra de data som kommuner och landsting rapporterar in. Som ett resultat av det menar dessa regioner att målet med deras regionsprojekt inte har kunnat uppnås fullt ut då resultaten på vissa områden anses osäkra (9, 23, 32, 36, 79). Box 1 visar hur Västerbotten presenterar en regional analys för att göra den relevant och användbar för kommunerna i regionen.

En politiker tog upp som ett hinder att regionrapporterna som regel är tjänstemannadrivna produkter där politikerna inte har något inflytande över vilka områden som väljs ut för analys. Den intervjuade politikern föredrog att själv ta fram jämförelser i kommun- och landstingsdatabasen Kolada, men noterade att Kolada är svårt och har ett onödigt krångligt gränssnitt som gör att de flesta politiker inte använder den.

3.2. DET FINNS EN STARK MEN AVTAGANDE MISSTRO MOT DATA I ÖPPNA JÄMFÖRELSE

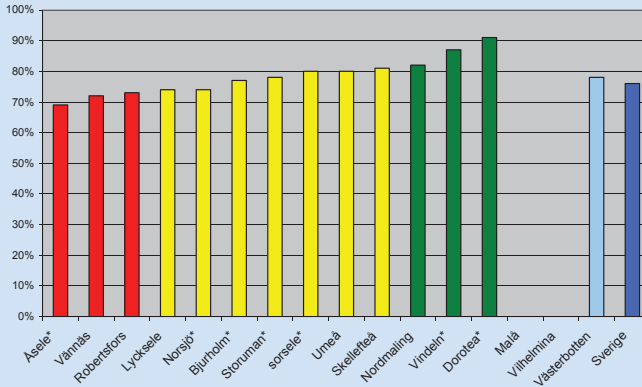
Några intervjupersoner anser att det i princip går att mäta kvalitet i omsorgen men att de mått som används i Öppna jämförelser är mycket dåliga och inte alls förmår spegla verksamhetens kvalitet på grund av detta. Det finns en ganska utbredd misstro mot de data som används. Detta har även kommenterats i tidigare studier (25), (34). I intervjuerna framkom flera exempel på tillfällen när resultat i öppna jämförelser ifrågasatts på grund av förmodat felaktiga data.

Box 1. Region Västerbottens arbete med analysstöd till länets kommuner.

Region Västerbotten stöttar det lokala analysarbetet bland annat genom att ta fram regionrapporter. I rapporterna presenteras överskådliga analyser för hur kommunerna i länet presterat på de olika indikatorerna i Öppna jämförelser. I rapporten nämns också vilken eller vilka kommuner i landet som har bäst resultat på de olika indikatorerna. I figuren nedan visas ett exempel från området "bemötande inom hemtjänst".

1. Bemötande inom hemtjänst

Procentandel personer 65 år och äldre som var mycket nöjda med hur hemtjänstpersonalen bemöter dem, 2011.



I Västerbottens regionala rapporter för öppna jämförelser inom vissa andra delar av socialtjänsten utvecklas detta stöd ytterligare genom att rapporten ger goda exempel på lösningar i jämförbara kommuner utifrån SKL:s kommungruppsindelning. I första hand hänvisas till kommuner i Västerbotten och norra Sverige, men ibland också från andra delar av landet om det är nödvändigt. Den egna kommunens resultat redovisas i en tabell med varje indikator för sig tillsammans med en liknande kommun som löst frågan, inklusive telefonnummer till kommunens växel samt en länk till dess hemsida för att underlätta kontakt med de som har bättre resultat än den egna verksamheten. Exemplet i tabellen nedan gäller hemlöshet.

Indikatorer 2012	jämförbar kommun med Ja-svar	Telefonnummer	Hemsida
Uppsökande verksamhet riktad till hemlösa personer, 2011	Gävle	026-17 80 00	www.gavle.se
Plan för arbete mot hemlöshet			
Rutiner för förebyggande arbete av vräkning bland barnfamiljer			
Samverkan med bostadsföretag/hyresvärdar, övergripande			
Samverkan med bostadsföretag/hyresvärdar, enskilda ärenden			
Samverkan med frivilligorganisationer, enskilda ärenden	Umeå	090-16 10 00	www.umea.se

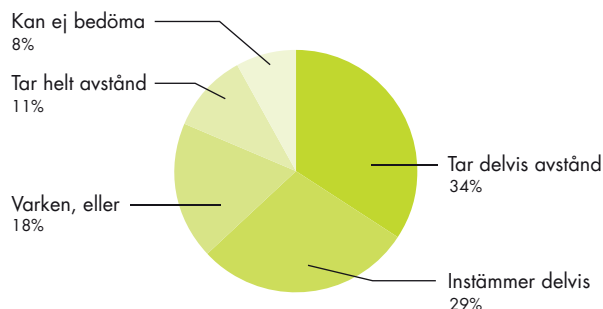
Källa: Region Västerbotten FoU, Regional rapport Öppna jämförelser 2011:01 Vård och omsorg om äldre, 2012.

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

Både i våra intervjuer och tidigare studier förekommer ganska ofta reaktionen att resultaten inte alls stämmer med den egna bilden av olika aspekter av verksamheten. Resultaten framstår ibland till och med som obegripliga: egna mätningar hade i en av våra intervjukommuner visat god kontinuitet i hemtjänsten medan resultaten i Öppna jämförelser visade påfallande dålig kontinuitet. Det här fenomenet ansågs i en tidigare rapport så framträdande att själva undertiteln på rapporten är ”hur kunde det bli så här?” som en kommentar till just detta (25).

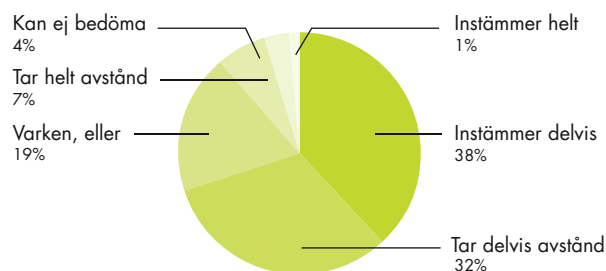
I den enkätundersökning som vi genomförde framgår det att verksamhetschefer och socialchefer är ganska negativa till att öppna jämförelser i sin nuvarande utformning ger en riktig bild av verksamheten som de är chef över. Ingen av verksamhetscheferna instämmer helt och bara 29 procent instämmer delvis i påståendet att öppna jämförelser på ett korrekt sätt speglar verksamheten och resultaten som uppnås i deras verksamhet (se Figur 4 och Figur 5).

Figur 4. Andel verksamhetschefer som håller med om påståendet att öppna jämförelser på ett korrekt sätt speglar verksamheten och resultaten som uppnås.



Av socialcheferna är det bara någon enstaka som instämmer helt, men 38 procent som delvis instämmer i att öppna jämförelser på ett korrekt sätt speglar verksamheten och resultaten som uppnås i kommunen.

Figur 5. Andel socialchefer som håller med om påståendet att öppna jämförelser på ett korrekt sätt speglar verksamheten och resultaten som uppnås i kommunen.



De underliggande data som upplevs som särskilt svaga är de som samlas in i kommunenkäten och däribland kanske framförallt måtten som rör personalen. De flesta intervjuade har av erfarenhet från den egna kommunen bilden att enkäten kan fyllas i på många olika sätt och med högst skiftande tolkningar av måtten. Det finns en oro för att resultaten blir orättvisa för att andra kommuner eller enheter avsiktligt eller oavsiktligt rapporterar in uppgifter på ett helt annat sätt. Det finns en tendens som framkommer i intervjuerna att de egna resultaten är någorlunda tillförlitliga, men att det är tveksamt om andra kommuners resultat är det. Detta beror enligt de intervjuade både på att tolkningen av frågorna varierar men också att andra medvetet felrapporterar.

Misstron finns i alla grupper

I intervjuerna uttrycker alla, både personer som jobbar i verksamheten, höga tjänstemän och politiker ungefär samma skepsis mot kvaliteten på data. Detta bekräftas också i våra enkäter till socialchefer och verksamhetschefer. Drygt en fjärdedel i båda grupperna tar helt eller delvis avstånd från påståendet att data är av tillräckligt god kvalitet: en inte särskilt positiv bedömning av datakvaliteten – men förvisso bättre än vad vi hade väntat oss efter intervjuerna.

Intervjuerna visar dock att misstron har minskat något med tiden. En troligtvis starkt bidragande faktor till detta har varit att organisationen som producerar öppna jämförelser upplevs som lyhörd för kritik och att kommunenkäten och andra datakällor har utvecklats påtagligt. En annan bidragande faktor kan i många fall vara det regionala analysstödet som gör det lättare att tolka vad data betyder – och vad den inte betyder. En intervjuad person uttryckte att ”Öppna jämförelser nu är väsensskilt från när det först kom – då var det ingen som förstod och den hamnade i bokhyllan”.

3.3. ÖPPNA JÄMFÖRELSE STIMULERAR TILL DIALOG

Två uttalade syften med öppna jämförelser är att de ska ge kommunerna underlag för att – i samarbete med landstingen – utveckla och följa upp kvaliteten i sin verksamhet. Jämförelserna ska också inspirera till lokala och nationella diskussioner om kvaliteten på vård och omsorg om äldre. Målen är ganska vaga och därmed inte så lätta att följa upp, men vår slutsats är att öppna jämförelser till viss del har bidragit till att utveckla verksamhetsuppföljningens roll i styrprocessen i kommunerna, även om det är något oklart i vilken omfattning.

Öppna jämförelser är användbart för att identifiera förbättringsområden

Jämförelserna fungerar i många kommuner som underlag för identifiera förbättringsområden inom vården och omsorgen om äldre, vilket både våra intervjuer och enkäter visar. Hela 89 procent av socialcheferna och 78 procent av verksamhetscheferna som svarat på vår enkät instämmer helt eller delvis i påståendet att öppna jämförelser är användbart för att identifiera förbättringsområden. I en tidigare studie av Äldreguiden har de intervjuade enhetscheferna internt i ledningsgruppen reflekterat över resultaten och "sett över" de områden där man fått ett sämre resultat (34).

Öppna jämförelser pekats ut som en del av egenkontrollen i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ställer krav på ledningssystem i bland annat kommunerna. Det är ett allmänt råd till vårdgivare och de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS att använda öppna jämförelser i lednings- och kvalitetsarbetet.

Enligt våra intervjuer är öppna jämförelser också användbart för att prioritera bland förbättringsområden. Det anses nödvändigt att fokusera på några få delar av öppna jämförelser i sitt förbättringsarbete. Enligt en intervjuad utgår ledningen nu från de områden där kommunen presterar sämre resultat och styr resurserna dit: "Förut var det lite mer vad vi har lust med".

Det finns en utveckling inom kvalitetsregister och öppna jämförelser på hälso- och sjukvårdssidan mot att arbeta med målnivåer, bland annat för att få en tydligare signal om vad som är bra värden eller vad som behöver förbättras och för att göra öppna jämförelser mer användbart i att prioritera bland förbättringsområden. Målnivåer är dock inget vi har funnit något enhetligt stöd för i våra intervjuer och enkäter vad gäller vård och omsorg om äldre. Några av våra intervjupersoner tycker att det vore en mycket bra, till och med nödvändig, utveckling medan andra antingen inte tror att det är möjligt eller inte viktigt. Endast 18 procent av socialcheferna såg det som ett prioriterat utvecklingsområde. En av de intervjuade tyckte att det skulle vara stressande med målnivåer och "ganska skönt att slippa".

Det skulle vara en utmaning att definiera målnivåer för en hel del av indikatorerna i öppna jämförelser. Hur stor andel av brukarna skulle till exempel behöva vara nöjda med maten eller hemtjänsten för att det ska anses tillfredställande? En annan utmaning ligger i att hantera målnivåer i kontexten av kommunalt självstyre och politiska prioriteringar.

Öppna jämförelser har bidragit till ett ökat intresse för kvalitetsfrågor

Det kan vara svårt att skilja på orsak och verkan när det gäller öppna jämförelsernas bidrag till ett ökat intresse för kvalitetsfrågor eftersom öppna jämförelser som samhällsprojekt skulle kunna bero på ett ökat intresse för kvalitet. 65 procent av socialcheferna uppger dock att öppna jämförelser har bidragit till ett ökat intresse hos kommunledningen för kvalitetsfrågor inom vård och omsorg om äldre. Över 60 procent av verksamhetscheferna uppger i enkäten dessutom att de helt eller delvis håller med om att öppna jämförelser har bidragit till att öka deras *eget* intresse för kvalitetsfrågor inom vård och omsorg om äldre.

Resultat från öppna jämförelser syns numera i styrande dokument som årsredovisningen och äldreomsorgsplanen i många kommuner vilket kan vara ett utslag av ett ökat intresse för kvalitet, men kan också bero på andra faktorer.

Öppna jämförelser har inneburit att omsorgens resultat har blivit mer tillgängliga, särskilt för kommunledningar. Det tydliga intrycket från intervjuerna är ändå att det fortfarande finns ett stort fokus på budget som inte öppna jämförelser lyckas bryta. En konsekvens av öppna jämförelser har visserligen varit att i någon mån underlätta möjligheterna för politiker och tjänstemän att föra en bättre dialog om innehållet i vården och omsorgen om äldre, men betydelsen förefaller begränsad. I flera kommuner har de intervjuade resonerat runt att siffrorna i öppna jämförelser är användbara i förhandlingarna om den kommunala budgeten, att de ger argument för att försvara den egna budgeten gentemot framförallt skolans budget. En politiker påpekade dock att detta är tveeggat eftersom kommunstyrelsens politiker kan peka på andra kommuner med lägre kostnader och/eller bättre resultat. Öppna jämförelser blir på det viset ett verktyg i ett förhandlingsspel, men knappast det verktyg för verksamhetsutveckling som det var tänkt att vara.

Öppna jämförelser är ett användbart verktyg i dialogen

Genom öppna jämförelser har politiker och tjänstemän enligt vår utvärdering ett verktyg och gemensamt kunskapsunderlag att använda för att ha en meningsfull dialog om resultat. Det anses trots brister och problem vara ett relevant och meningsfullt diskussionsunderlag. Öppna jämförelser har åtminstone i vissa kommuner börjat betyda en del för kommunikationen mellan ledningarna och verksamheterna, vilket bekräftas i enkäterna till både socialchefer och verksamhetschefer. Där svarade 80 procent av socialcheferna att de helt eller delvis höll med om att öppna jämförelser var användbar i dialogen mellan ledning och verksamhetsansvariga.

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

En undersökning (n=11 svarsfrekvens 85 procent) från regionförbundet i Jönköping visade att resultaten från öppna jämförelser efterfrågas av olika funktioner i kommunerna i länet (se Tabell 1).

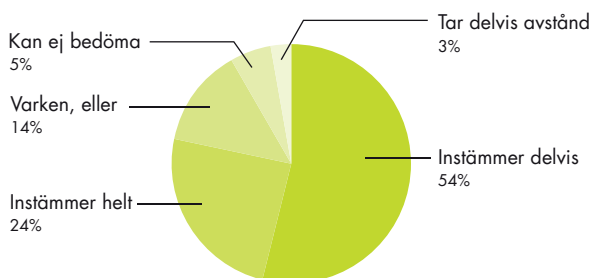
Tabell 1. Efterfrågan på öppna jämförelser bland olika funktioner i kommuner i Jönköpings län.

Funktion	Andel kommuner (n=11) där funktionen efterfrågar resultat från öppna jämförelser
Närmaste utskott/nämnd	100%
Övriga politiker	63%
Socialchef	100%
Funktions-/enhetschef	100%
Personal	13%
Ingen efterfrågan	0%
Annan funktion*	25%

*Kommunchef, ekonomichef, pensionärsråd

Som framgick av Figur 4 är verksamhetscheferna ganska negativa till att öppna jämförelser i sin nuvarande utformning skulle ge en riktig bild av verksamheten som de är chef över. Ändå håller en klar majoritet, 69 procent, helt eller delvis med om att öppna jämförelser är användbart i dialogen mellan dem och deras medarbetare. De håller i ännu större utsträckning med om att öppna jämförelser är användbart i dialogen mellan dem och deras chefer/kommunledning.

Figur 6. Enkät svar från verksamhetschefer på frågan om de anser att öppna jämförelser är användbart i dialogen med deras chefer/kommunledning.



Bristande dialog med landstingen

I en rapport från SKL lyfts ett nära samarbete mellan kommuner och landsting fram som en framgångsfaktor i äldreomsorgen (63). Det som kännetecknar ett bra samarbete är en tydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommun som fastställs i både övergripande och lokala överenskommelser. Kommuner och landsting med ett framgångsrikt samarbete etablerar samverkansforum på både strategisk och operativ nivå och driver gemensamma projekt som syftar till att överbrygga gapet mellan sjukvården och äldreomsorgen. Slutligen har de väl fungerande rutiner för att tillgodose vård och omsorgsbehov oavsett huvudmannaskap.

Målet att landsting och kommuner tillsammans ska använda resultaten från öppna jämförelser förefaller dock inte uppfyllas i någon större utsträckning i många kommuner. En intervjuperson säger att de inte ens pratar med landstinget. Det kan vara svårigheter att finna fungerande och produktiva samarbetsformer som ligger bakom detta. En annan intervjuad uttrycker det som att ”vi har gjort vårt men landstinget har inte gjort sitt”. Det bristande samarbetet upplevs som besvärligt eftersom vissa indikatorer påverkas lika mycket eller mer av vad landstinget gör än av vad kommunen gör.

Vi konstaterar dock att det är denna som är själva poängen med att dessa indikatorer valts ut att vara med i öppna jämförelser. I öppna jämförelser-rapporten står det att: ”indikatorerna ska ge en så allsidig bild som möjligt av vården och omsorgen om äldre, bland annat genom att belysa både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden”. En regressionsanalys (se bilaga på www.varदानalys.se) visar också att resultatet i öppna jämförelser för en kommun varierar med vilket landsting kommunen ligger i (även om samvariationen inte är statistiskt signifikant för samtliga landsting), vilket indikerar att landstingens insatser är betydelsefulla för kommunens resultat i öppna jämförelser.

Det finns samtidigt en mycket klar uppfattning bland flera intervjuade, både på nationell och kommunal nivå, att Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre är en produkt som enbart vänder sig till kommunerna. Eftersom resultaten redovisas på kommunnivå är detta förstås naturligt, men det måste ändå anses problematiskt om ett av syftena är ökat samarbete i syfte att förbättra resultaten för de äldres bästa. Några anser att resultaten inte alls bör redovisas i samma rapport vilket vore ett steg i motsatt riktning.

De regionala analyserna som stötts av SKL har alla tagits fram med inblandning från både kommuner och landsting. Inom de organisationer som byggts upp kring de regionala projekten behandlas information i de flesta fall både på kommunal- och landstingsnivå. Det är för tidigt att säga vad ett sam-

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

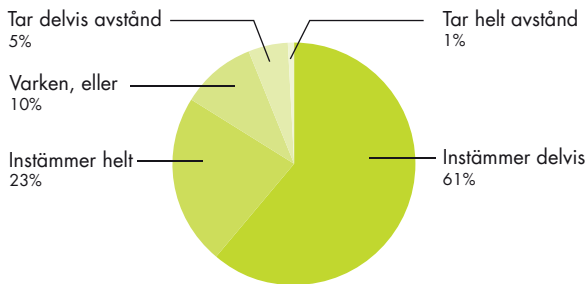
arbete i den formen leder till, men kan mycket väl visa sig vara framgångsrikt eftersom åtminstone kommunerna förefaller uppskatta de regionala analyserna mycket. Vi vet inte vad landstingen anser i den frågan.

Öppna jämförelser leder till kvalitetshöjande åtgärder

Det finns evidens i den vetenskapliga litteraturen – främst från det medicinska området – för att öppen rapportering av data stimulerar sjukhus och andra vårdenheter till kvalitetsförbättrande åtgärder (se till exempel (10) för en systematisk genomgång av ett stort antal studier). Men det är viktigt att notera att det inte innebär samma sak som att *kvaliteten* verkligen har förbättrats.

Lindgren (26) konstaterar att öppna jämförelser har fått ett starkt genomslag i två av tre undersökta kommuner. Det yttrade sig bland annat så att mål för verksamheterna har ersatts eller kompletterats med mål kopplade till indikatorer i öppna jämförelser. I de kommuner vi intervjuat har genomslaget också varierat men inte beskrivits som lika starkt som i Lindgrens studie. Detta visar sig också i att en stor majoritet av socialcheferna, över 80 procent, helt eller de facto instämmer i att öppna jämförelser är användbart för att bedriva förbättringsarbete i omsorgen om äldre (se Figur 7).

Figur 7. Enkät svar från socialchefer på frågan om öppna jämförelser är användbart för att bedriva förbättringsarbete i vård och omsorg om äldre i kommunen.



När det gäller Äldreguiden framkommer i en tidigare studie att ingen av de intervjuade verksamhetscheferna upplevt att ledningen (vare sig det är kommunen eller ett företag) försökt påverka boendet att få bättre resultat som en följd av ett svagt resultat i Äldreguiden. De intervjuade verksamhetscheferna upplever i det närmaste inget externt tryck på förändring som ett resultat av dåliga siffror i Äldreguiden – såvida inte media publicerar dem (34).

Vår intervjustudie innehåller inte på något vis ett representativt urval av kommuner, men från våra intervjuer finns det flera exempel på kommuner

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

som har initierat kvalitetsförbättrande åtgärder som en följd av resultat i öppna jämförelser. Ett typiskt fall kan vara att öppna jämförelser gjorde chefen för ett särskilt boende uppmärksam på att nattfastan för de boende var för lång. Det gjorde att boendet startade ett förbättringsarbete (och förbättrade resultatet). Ett annat exempel är en kommun som identifierar förbättringsområden utifrån resultat i Öppna jämförelser och Äldreguiden – till exempel information och tvätt och städ – och sedan lägger dessa som förbättringsområden i månatliga kvalitetsplaner till områdeschefer som i sin tur lägger in dem som uppdrag till personalen.

3.4. INGA STATISTISKA BELÄGG FÖR ATT KVALITETEN HAR FÖRBÄTTRATS TACK VARE ÖPPNA JÄMFÖRELSE

Öppna jämförelser förefaller alltså stimulera till dialog och förbättringsarbete. Men kvalitetsförbättrande åtgärder är i sig inget mål utan bara ett medel för att nå just högre kvalitet.

70 procent av socialcheferna instämmer dock helt eller delvis i påståendet att öppna jämförelser har bidragit till kvalitetsförbättring i sin kommuns vård och omsorg om äldre. Nästan 60 procent av verksamhetscheferna håller helt eller delvis med om att öppna jämförelser har haft en positiv effekt på kvaliteten och/eller effektiviteten i deras verksamhet.

Detta är i sig starka argument för att öppna jämförelser verkligen bidrar till förbättrade resultat, men frågan är så central att vi har försökt undersöka den med ytterligare empiri.

Tidigare forskning lämnar inget definitivt besked

I den vetenskapliga medicinska litteraturen finns bara svagt empiriskt stöd för att öppen redovisning av data leder till förbättrade kliniska resultat. Bland annat Rand (5) har dock konstaterat att effekterna av den här sortens information är svåra att isolera eftersom den ofta är en del av mer omfattande program och satsningar. Det skulle vara möjligt att designa randomiserade studier på det här området eller utnyttja kvasiexperimentella data, men det har inte gjorts i Sverige.

En artikel av bland annat svenska registerforskare redovisade erfarenheter från fem länder. De kom till slutsatsen att man genom att publicera resultat öppet för både vården och allmänheten kan sjukdomsregister få vårdprofessionella att arbeta med sina resultat samt hitta och sprida *best clinical practice*. Detta leder i sin tur till förbättrade resultat (21). Men resultaten i andra vetenskapliga studier som studerat frågan är blandade och sammantaget

snarast något negativa. Det finns alltså evidens (systematiska översikter till exempel (18), (10) och tillkommande individuella studier (39), (6), (11), (69)) för att kvaliteten *inte* förbättras, vilket förstås inte betyder att den försämras. Dessa studier gäller sjukvård och till stor del nordamerikanska förhållanden, framförallt amerikansk hjärtsjukvård, och har troligen generellt liten relevans för förhållanden inom svensk äldreomsorg.

En intressant kanadensisk studie jämförde ”dolda” jämförelser med öppna jämförelser i en registerbaserad studie. Där drog forskarna slutsatsen att konfidentiell rapportering av data räcker i ett offentligt finansierat sjukvårdssystem där sjukhusen inte konkurrerar om patienterna (11). Att offentliggöra data medförde ingen ytterligare kvalitetsförbättring, något som också till en viss del stöds av en omfattande metaanalys (13). Det är intressant att i det sammanhanget notera att några av de intervjuade i en tidigare studie om Äldreguiden framhåller just att jämförande publicerad kvalitetsdata är relevant framförallt på grund av att de upplever att de verkar i en konkurrenssatt verksamhet (34).

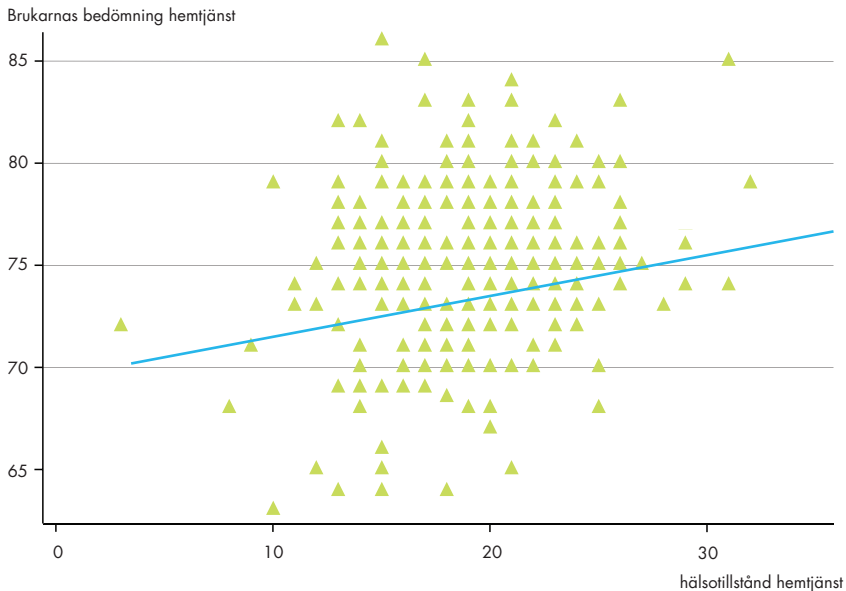
Variationer i resultat speglar till en del variationer i befolkningssammansättning

Från öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet vet vi att resultatmått som överlevnad eller livskvalitet till en inte obetydlig del speglar variationer i befolkningssammansättningen snarare än variationer i hälso- och sjukvårdens kvalitet när de presenteras i öppna jämförelser (23), (14). Detta gör resultatmått mer svår använda i förbättringsarbete. För processmått är evidensen för en effekt av öppen publicering mer positiva (42), (22), (73).

Egna regressionsanalyser av data i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre visade att bakgrundsfaktorer kunde förklara en inte obetydlig del av variationen i resultat (se bilaga på www.vardanalyt.se). Det var dock ingen stor skillnad mellan process- och resultatindikatorer i det avseendet. Bakgrundsvariablerna inkluderade bland annat andelen över 80 i kommunen, utbildningsnivå, kommunens ekonomiska resultat, vilken kommutyp det var och vilket landsting den låg i. För några indikatorer är förstås sambandet starkare än för andra. Några av de starkaste bakgrundsvariablerna visade sig – inte oväntat – vara mått på de äldres hälsa. Se till exempel sambandet mellan brukarnas bedömning av hemtjänsten och det egenrapporterade hälsotillståndet för brukare i hemtjänsten som visas i Figur 8. Det framgår att de brukare som är friskare också tenderar att vara mer nöjda med hemtjänsten.

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

Figur 8. Samvariation mellan brukarnas egenrapporterade hälsa och bedömning av hemtjänsten.



Det är känt att de verksamheter som är sämre utvecklas mest av jämförande data, medan de som redan är bra inte utvecklas lika mycket (13), (71), (73), (61). I det specifika fallet öppna jämförelser bör det medföra att det är de kommuner som är ”röda” som utvecklas mest. Vidare finns det en förskjutning i tid så att resultat som publiceras ett visst år visar situationen flera år tidigare och sedan potentiellt påverkar utfallet under kommande år.

Egna analyser antyder att skillnaderna mellan kommunerna minskar

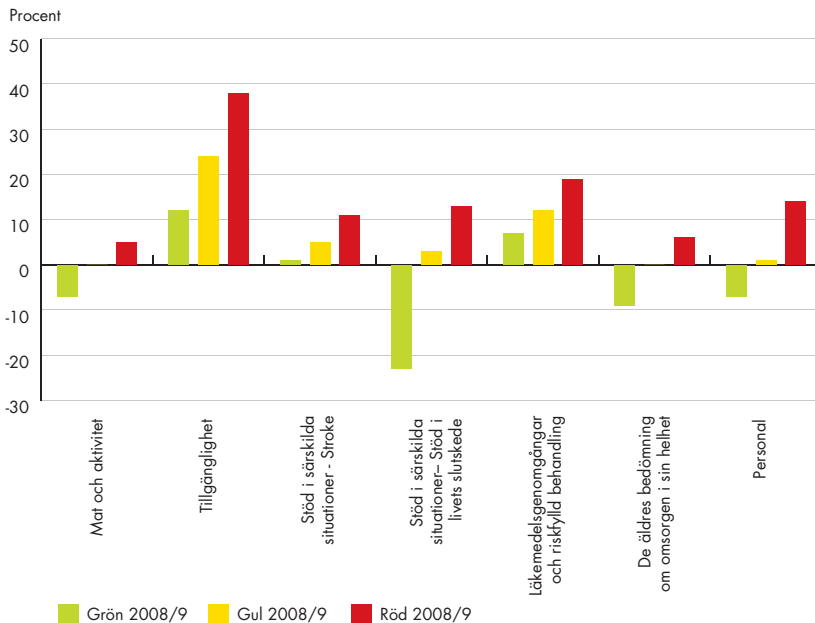
Mot bakgrund av resonemanget ovan presenteras här tre olika analyser som syftar till att undersöka om Öppna jämförelser bidrar till ökad kvalitet i vården och omsorgen om äldre.

1. En analys av utvecklingen över tid för indikatorerna på olika områden.
2. Avsaknaden av en kontrollgrupp i analysen ovan gör att slumpmässiga variationer och andra förklaringar inte kan uteslutas. Därför har vi gjort två analyser som försöker komma runt detta problem:
 - a. En analys av mått i den nationella brukarundersökningen där en grupp används som indikatorer i Öppna jämförelser och en annan grupp inte gör det.
 - b. En analys som jämför utvecklingen för de som är rödmarkerade med de som är sämst av de gulmarkerade. Dessa grupper har ganska likartade resultat, men signalvärdet antas vara större med en rödmarkering.

Skillnaderna mellan kommunerna minskar något

I syfte att undersöka om öppna jämförelser har någon kvalitetshöjande effekt jämfördes i en analys utvecklingen mellan antingen 2008 eller 2009 och 2010 eller 2011 för sju områden. Färgmarkeringen i figuren är baserad på ranking av index basåret så att den sämsta fjärdedelen på indexet fått röd markering, den bästa fjärdedelen en grön och de 50 procent i mitten en gul. Två års tidsförskjutning valdes för att det är den (kortaste) tid som krävs för att kommunen ska hinna observera ett resultat och vidta åtgärder året efter som sedan kommer med i rapporten året efter det. Två områden – bemötande och delaktighet samt fall, trycksskador och undernäring – har bara data med ett års intervall och det är därmed inte tillräckligt för att någon förändring ska kunna ske på grund av öppna jämförelser. Som framgår av Figur 9 är det tydligt att kommuner som fått sämre resultat två år tidigare förbättrats påfallande mer än de som fått bättre resultat. På flera av områdena har de bästa i genomsnitt till och med försämrats. Detta resultat antyder att regression mot medelvärdet är en starkt förklarande faktor för flera av områdena: ”mat och aktivitet”, ”stöd vid avlidande”, ”de äldres bedömning om omsorgen” och kanske även ”personal”.

Figur 9. Genomsnittlig förbättring i procent för kommuner med olika resultat på sju områden i öppna jämförelser. Förändring gäller med två och i ett fall tre års förskjutning.



Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

En del av förändringen skulle kunna bero på att de kommuner som har röda resultat skiljer sig från de som har gula eller gröna med avseende på bakgrundsvariabler som befolkningens socioekonomi och hälsotillstånd eller kommunens ekonomi. Dessa faktorer kan i sin tur påverka utvecklingen över tid för de olika områdena. I ett försök att kontrollera för detta har vi genomfört regressionsanalyser där bakgrundsvariabler kan konstanthållas (se Bilaga på www.vardanalys.se). Resultaten presenteras i Tabell 2. Ett positivt värde i kolumnen ”Effekt” betyder att de kommuner som hade en röd markering förändrades mer än de som inte hade det. Ju större siffra desto större skillnad i utveckling. Notera att skillnaden mäts för ett index som bara går mellan 0 och 1. Analysen visar att även med hänsyn tagen till bakgrundsvariabler förbättrades de ”röda” kommunerna statistiskt signifikant mer än de ”gröna”.

Tabell 2. Regressionsanalys av resultat i öppna jämförelser med ett antal bakgrundsvariabler.

Områden i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2011	År	Indikatorer	Huvudkomponent	Effekt	R ²	Medelförändring för hela index
Mat och aktivitet	2011/2009	2	Resultat	,095***	0,27	-0,003
Tillgänglighet	2011/2008	2	Resultat	,142**	0,85	0,235
Stöd i särskilda situationer - Stroke	2010/2008	2	Resultat	,072***	0,45	0,053
Stöd i särskilda situationer – Stöd i livets slutskede	2011/2009	4	Process	,287***	0,70	-0,002
Läkemedelsgenomgångar och riskfylld behandling	2010/2008	3	Process	,098***	0,34	0,112
De äldres bedömning om omsorgen i sin helhet	2011/2008	2	Resultat	,112***	0,26	-0,006
Personal	2011/2008	1	Struktur	,178***	0,28	0,022

a. Medel av förändring i respektive index för samtliga kommuner oavsett färg.

Stjärnorna *, ** och *** i tabellen avser om resultatet är signifikant enligt 10, 5 eller 1 procentsnivån.

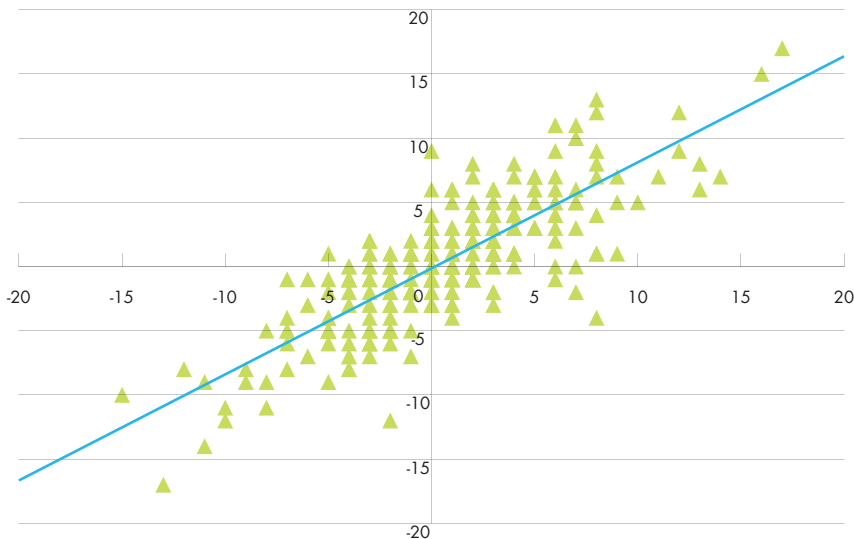
Det går inte att fastslå säkert om minskningen i skillnad mellan kommunerna beror på öppna jämförelser.

Skillnaden mellan kommunerna tenderar att minska något för flera av de indikatorer som är med i öppna jämförelser. Detta behöver inte innebära att öppna jämförelser har orsakat minskningen. Avsaknaden av en kontrollgrupp

(det vill säga möjligheten att studera utvecklingen i en liknande grupp men utan påverkan av den variabel vi vill studera effekterna av) gör att slumpmässiga variationer (regression mot medelvärdet) och andra förklaringar inte kan uteslutas ligga bakom den observerade minskningen. Därför har vi gjort två analyser som försöker komma runt detta problem: a) en analys av mått i den nationella brukarundersökningen där en grupp används som indikatorer i öppna jämförelser och en annan inte gör det och b) en analys som jämför utvecklingen för de som är rödmarkerade med de som är sämst av de gulmarkerade.

- a. *Brukarundersökningen*. Flera indikatorer i öppna jämförelser tas från den återkommande nationella brukarundersökningen, men det finns också många frågor i undersökningen som *inte* används som indikatorer i öppna jämförelser. En hypotes är då att kvaliteten bör utvecklas snabbare på de mått som väljs ut till öppna jämförelser än på de som inte gör det. En analys av detta visas i Figur 10. Linjen i figuren har något mindre än 45 graders lutning vilket antyder att det finns en viss skillnad i utveckling mellan mått i brukarundersökningen som används som indikatorer i öppna jämförelser och de som inte gör det. Problemet med analysen är att de mått som väljs ut till öppna jämförelser är just utvalda av en anledning, troligtvis för att de är viktigare än de andra. Detta kan i sig förklara eventuella skillnader.

Figur 10. Förändringen mellan mättillfällen för mått i Brukarundersökningen som publiceras i öppna jämförelser (X-axeln) och de som inte gör det (Y-axeln).



Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

b. *De två sämsta kvartilerna.* Den här analysen utgår från observationen att de som har resultat i den nedersta kvartilen får en röd markering medan de som har resultat i den tredje kvartilen har ganska likartade resultat men blir gulmarkerade. Vi har hypotesen att signalvärdet är större av en rödmarkering vilken borde leda till att de utvecklas mer. Denna analys genomfördes för de fyra indikatorer som funnits med oförändrade sedan 2008:

1. Fallskador per 1000 invånare
2. Andel personal med omvårdnadsutbildning på gymnasienivå
3. Övergripande omdöme om hjälpen (hemtjänst)
4. Avvikelse från standardkostnad

Dessa analyserades med regressionsanalyser i syfte att kunna konstanthålla vissa bakgrundsfaktorer (se bilaga på www.vardanalys.se). Resultatet av regressionsanalyserna var att de som var rödmarkerade utvecklades något mer än de som låg i den sämsta halvan av de gula. Båda de sämsta kvartilerna utvecklades mer än de två bästa kvartilerna och den tredje utvecklades mer än den andra kvartilen. Den sistnämnda observationen är just den effekt som vi inte tror beror i första hand på öppna jämförelser. Resultaten kan illustreras med diagram över förändring för de olika grupperna (utan hänsyn till kontrollvariabler). Se Figur 11.

De som var bland de 25 procent med lägst resultat 2008 (kvartil 1) hade signifikant bättre utveckling än de i kvartil 2 under perioden för indikatorerna "personal med vård- och omsorgsutbildning", "omdöme om omsorgen i ordnärt boende" och "avvikelse från standardkostnad". De i kvartil 1 hade dock sämre utveckling än den andra kvartilen för indikatorn "fallskador". Alla skillnaderna var signifikanta utom "avvikelse från standardkostnad". Det förefaller dock finnas ett betydande inslag av regression mot medelvärdet: alltså slumpmässiga variationer som bara beror på att om det råkar bli ett mycket högt (eller lågt) värde vid ett måttillfälle så är det hög sannolikhet att mätvärdet blir lägre (högre) nästa gång. I åtminstone de tre sista jämförelserna ser det ut som att de som är bäst försämras lika mycket som de som är sämst förbättras, vilket är exakt det mönster vi väntar oss att regression mot medelvärdet skapar.

Samlad bedömning av öppna jämförelserns påverkan på kvaliteten i vård och omsorg om äldre

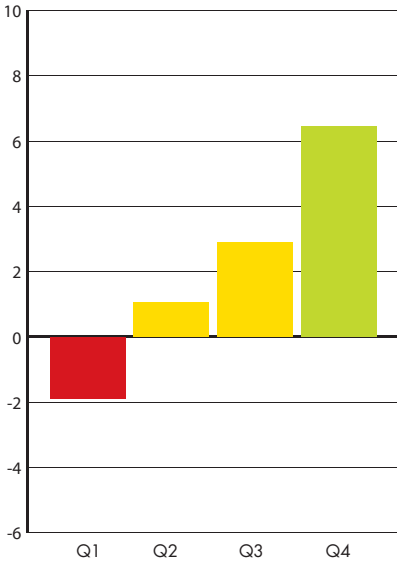
De data som presenterats ovan antyder att öppna jämförelser skulle kunna bidra till att höja lägstnivån och därmed medverka till att skillnaderna mellan kommunerna minskar. Resultaten skulle dock även kunna förklaras av an-

Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten av vården och omsorgen

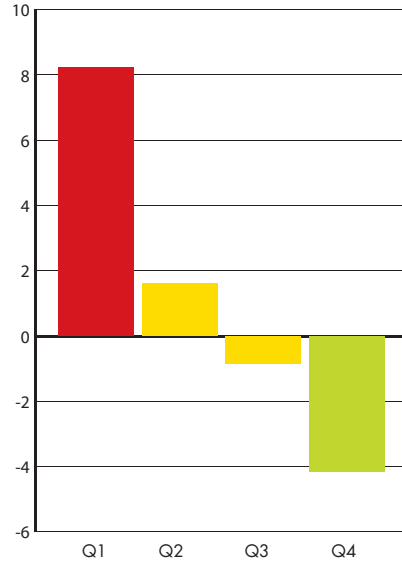
Figur 11. Panel 1-4 visar utvecklingen av några indikatorer mellan åren 2008-2011 för kommuner med resultat i öppna jämförelser år 2008 som basår.

Kvartiler definieras efter resultat i öppna jämförelser basåret; Q1=röd; Q2&Q3=gul; Q4=grön

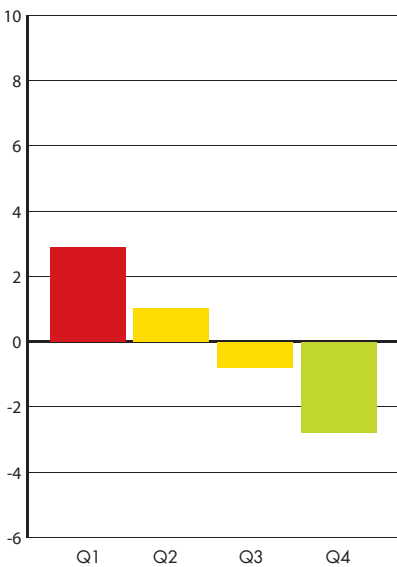
Panel 1 Fallskador



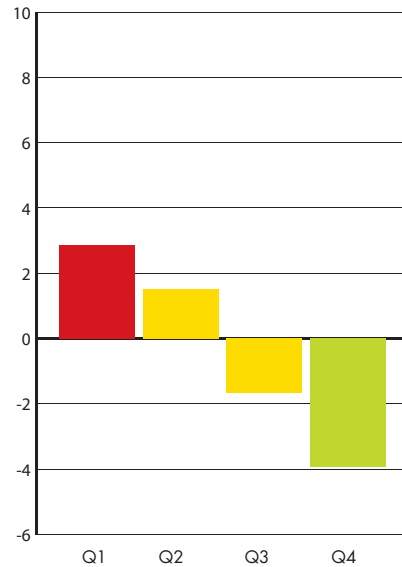
Panel 2 Vård- och omsorgsutbildning



Panel 3 Omdöme och ordinärt boende



Panel 4 Avvikelse från standardkostnad



dra faktorer. Till exempel kan förändringen bero på en allmän underliggande trend mot högre kvalitet eller på att vi observerar slumpmässiga variationer. Trots försök att skapa en kontrollgrupp kan vi inte utesluta alternativa förklaringar. Det förefaller till exempel finnas ett betydande inslag av regression mot medelvärdet, vilket syns både i analyserna av flera hela områden och i analysen av de fyra enskilda indikatorerna där de som är bäst försämrade lika mycket som de som är sämst förbättras.

Det förefaller ändå rimligt att det kan finnas en viss effekt, eftersom andra resultat i vår utvärdering tyder på detta. För det första visar svaren i intervjuer och enkäter att öppna jämförelser har bedömts ha en positiv påverkan på kvaliteten. För det andra har vi funnit belägg för att öppna jämförelser lett till kvalitetsförbättrande åtgärder.

3.5. ÖPPNA JÄMFÖRELSE KAN LEDA TILL NEGATIVA KONSEKVENSER

Det finns en litteratur som diskuterar teoretiska, möjliga oönskade och negativa konsekvenser av att öppet rapportera data (26), (42). Den allvarligaste negativa konsekvensen skulle troligen vara om mätningarna leder till en ojämlig tillgång till vård eller omsorg (26), (8). Det skulle kunna inträffa till exempel om sjukvården eller omsorgen väljer bort de svårast sjuka brukarna och patienterna för att få bättre resultat. En annan allvarlig oönskad effekt är om uppmärksamheten på ett område som rapporteras öppet sker på bekostnad av andra utfall som inte rapporteras. Vidare finns det farhågor, både i litteraturen och bland de intervjuade, om att öppna jämförelser kan ge verksamheterna anledning att felrapportera data för att se bättre ut i jämförelsen.

Det finns inte så mycket empiriska belägg för att rapporteringen faktiskt skulle leda till oönskade konsekvenser (10). Men det kan bero på att frågan är bristfälligt studerad. Cirka 15 procent av både socialchefer och verksamhetschefer som deltagit i våra enkätundersökningar instämmer helt eller delvis i att öppna jämförelser har lett till negativa eller oönskade konsekvenser, vilket antyder att risken inte är försumbar.

Lindgren skriver i sin rapport om några frapperande exempel på så kallad nivellering mot genomsnittet där kommuner med goda resultat på indikatorer i öppna jämförelser bestämt sig för att till året efter ha som mål att bli sämre. Detta för att ledningen anser att det är onödigt (dyrt, får man förmoda) att vara bättre än genomsnittet. (26)

Från USA finns vissa rapporter om manipulering av data i sjukvården (8). Även i Storbritannien påstår forskare att data i vården manipuleras men också att patienternas vård påverkas direkt (23). Ett exempel är akutpatienter

som för några år sedan lades i tält utanför dörrarna till akutmottagningar för att inte räknas med i kvalitetsmätningarna (3). Men på hjärtområdet har både amerikanska och brittiska studier visat att kirurgerna *inte* väljer bort svårare patienter (8), (42).

De personer som intervjuats för den här utvärderingen har inte lämnat några konkreta exempel på att öppna jämförelser lett till negativa eller oönskade utfall. Men många håller med om att det ändå kan finnas risker. Verksamheterna kan till exempel börja styra mot det som mäts på bekostnad av andra viktiga områden. Eller så kan vissa saker som är viktiga för brukarna, men svåra att fånga i mätningar falla bort (10).

Det finns relaterad litteratur som behandlar om ekonomiska incitament kopplade till kvalitetsindikatorer leder till oönskade konsekvenser eller inte. Socialpsykologisk forskning har visat att externa incitament, som ersättnings-system, riskerar att konkurrera ut interna incitament som yrkesstolthet (7).

En del forskning (till exempel (24)) tyder på att det är först när ekonomiska styrsystem kopplas till en indikator som den får ett ordentligt genomslag. Det vore inte förvånande om det samtidigt också ökar riskerna för negativa konsekvenser. I linje med detta har det från medierna till exempel kommit rapporter om bland annat underrapportering av förlösningsskador i syfte att få ekonomisk bonus (70).

Det finns exempel i Sverige på att indikatorer som används i öppna jämförelser av vårdens kvalitet och effektivitet också används i ekonomiska incitamentsystem. I vår enkät har dock endast en socialchef uppgivit att indikatorer från öppna jämförelser i någon form används i ersättningssystem i kommunen.

3.6. ANALYS OCH SLUTSATSER

Öppna jämförelser (och Äldreguiden) har bidragit till något bättre möjligheter för uppföljning och jämförelser av resultat av vård och omsorg om äldre. För kommunledning och verksamhetschefer inom omsorgen utgör öppna jämförelser ett visst underlag för att ta strategiska beslut om vilka förbättringsområden som bör prioriteras.

Öppna jämförelser har inneburit att omsorgens resultat har blivit mer tillgängliga, särskilt för kommunledningar. Det finns fortfarande ett stort fokus på budget som inte öppna jämförelser lyckas bryta, men en viktig konsekvens har varit att i någon mån underlätta möjligheterna för politiker och tjänstemän att föra en bättre dialog om innehållet i vården och omsorgen om äldre.

Måtten som presenteras i öppna jämförelser speglar till en viss del variationer i befolkningssammansättningen snarare än variationer i kvalitet och



effektivitet i vård och omsorgen om äldre. Det finns dock inte någon omfattande diskussion om case-mix justering på det sätt som vi sett inom öppna jämförelser på hälso- och sjukvårdsområdet.

Det finns inte heller någon stor debatt om målnivåer. På sikt bör målnivåer ersätta de relativa rankingarna för vissa indikatorer bland annat för att få en tydligare signal om vad som är bra värden eller vad som behöver förbättras och för att göra öppna jämförelser mer användbart i att prioritera bland förbättringsområden. Det skulle vara en utmaning att definiera målnivåer för en del av indikatorerna i öppna jämförelser, men för vissa skulle det vara fullt möjligt (framförallt för de mer medicinska indikatorerna (t.ex. strokeindikatorerna) och säkert även en del av processmått (t.ex. flera läkemedelsindikatorer). En utmaning ligger i att hantera målnivåer i kontexten av kommunalt självstyre och politiska prioriteringar. Det är inte självklart vem som ska sätta målnivåerna för indikatorer som inte går att basera på medicinsk evidens. Aktörer på den nationella nivån, till exempel Socialstyrelsen, skulle kunna få mandat att sätta målnivåerna efter ett "golv", en lägstanivå, som kommunerna inte får gå under oavsett det kommunala självstyret eller politiska prioriteringar.

Det är stor skillnad på att ha information om kvalitet och att faktiskt använda sig av den. Att enbart få information om den egna organisationens plats på en rankingslista anses i benchmarkinglitteraturen ha ett mer begränsat värde än information om *hur* de som presterar bäst har lyckats uppnå de goda resultaten (59). Här har det nuvarande systemet med öppna jämförelser inte utvecklats fullt ut. Jämförelserna som presenteras i rapporten omfattar 290 kommuner och framstår som oöverskådliga för många. Vi ifrågasätter på denna grund värdet av den skriftliga rapporten i sin nuvarande utformning. De analyser som genomförs på regional nivå framstår i det avseendet som centrala och med stor potential att bli ännu viktigare.

En ny, systematisk forskningsgenomgång av studier på vårdområdet har också genomförts som undersöker resultatmätning och återkoppling av den egna prestationen i relation till en professionell standard eller en målnivå (13). Den visade bland annat att granskning och återkoppling har störst effekt om den åtföljs av en tydlig åtgärdsplan. Att öppet publicera information som upplevs som rankingslistor kan ha en viss effekt – via mekanismen "naming and shaming", men sammanfattningsvis går det sannolikt att nå bättre resultat med mer raffinerade mekanismer, i linje med vad som diskuterats ovan.

Utvärderingen har visat att det finns ett relativt stort missnöje i en del kommuner och verksamheter med den upplevda balansen mellan nytta och insats vad gäller datainsamling till öppna jämförelser. Öppna jämförelser är

i huvudsak till för att verksamheterna ska utvecklas men representanter från kommunerna upplever ofta att de får bristfällig återkoppling samtidigt som framförallt kommunenkäten uppfattas som besvärlig. Bristerna i återkoppling och ”nyttiggörande” ligger både på den nationella och på den kommunala nivån. Det krävs också omfattande och noggranna analyser av data från öppna jämförelser om de ska kunna leda till förbättringar. Kommunerna har dessutom oerhört skilda förutsättningar att analysera resultaten och i många fall är kostnads-nytta kvoten av att investera i dessa analyser möjlig att ifrågasätta.

Öppna jämförelser förefaller leda till en del kvalitetsförbättrande åtgärder och upplevs leda till faktisk kvalitetsförbättring. Vi har dock inte kunnat visa någon påtaglig effekt på resultaten av publicering i öppna jämförelser. Detta kan säkerligen till en del bero på att det är för tidigt att utvärdera effekterna. Indikatorerna har hittills också ändrats frekvent mellan åren vilket försvårar både förändringsarbete och utvärdering.

Det finns en risk för negativa konsekvenser av öppna jämförelser som inte ska ignoreras. Det sägs ibland att ”det som mäts blir gjort”. Omvänt finns det en risk att det som inte mäts inte blir gjort, och att resurser leds bort från en produktiv användning inom något område som inte täcks av indikatorer. Inget är heller vunnet på att samla in och rapportera data som inte används till något.

Transparens – öppenhetsmålet med öppna jämförelser har inte nåtts

Med introduktionen av Öppna jämförelser och Äldreguiden har insynen i vården och omsorgen om äldre blivit bättre. Men presentationsformerna är inte tillräckligt anpassade för befolkning och brukare för att skapa full transparens.

Ett uttalat syfte med öppna jämförelser är att de ska öka medborgarnas insyn i de verksamheter som beskrivs i jämförelserna. Det framhålls att medborgarna i ett demokratiskt samhälle har rätt till full insyn i vad gemensamt finansierade verksamheter åstadkommer – helt enkelt vad man får för pengarna.

4.1. ÖPPNA JÄMFÖRELSE – VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE VÄNDER SIG INTE TILL ALLMÄNHETEN

Transparens och insyn för medborgarna kan åstadkommas antingen direkt genom att medborgarna själva läser en produkt som Öppna jämförelser, eller indirekt genom att media, brukarorganisationerna och andra aktörer använder sig av öppna jämförelser-rapporterna och förmedlar resultaten till medborgarna. Rapporterna om Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre är dock inte i realiteten anpassade för att läsas av allmänheten och används sällan av medborgare, brukare och media. Istället vänder den sig främst till beslutsfattare, förvaltnings- och verksamhetschefer och kvalitetsansvariga i kommunerna (66). De flesta kommuner verkar inte heller använda rapporten i kontakter med medborgare. En SKL-rapport från 2009 visar att endast sju procent av de kommuner som infört vårdval inom hemtjänst presenterade in-

formation från öppna jämförelser-rapporten till brukare som stöd för val av utförare (77).

Ett tillkortakommande med rapporten som flera intervjupersoner i utvärderingen lyft fram är att Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre saknar information nedbruten på enhetsnivå. Informationsnyttan för allmänheten kan därför ifrågasättas eftersom underlaget inte räcker för att bedöma kvaliteten på olika boenden eller av utförare av hemtjänst och kan därför inte heller stödja val av äldreomsorg inom en viss kommun.

4.2. ÄLDREGUIDEN RIKTAR SIG TILL BRUKARE OCH ANHÖRIGA MEN HAR SVÅRT ATT FÅ GENOMSLAG

Som en del av öppna jämförelser har Socialstyrelsen tagit fram det webbaserade verktyget Äldreguiden som vänder sig främst till äldre och personer med behov av vård och omsorg och deras närstående (se Box 2).

Ett syfte är att den ska kunna vägleda äldre och deras anhöriga i val av utförare av äldreomsorg (57). Till skillnad från rapporten Öppna jämförelser som endast innehåller uppgifter på riks- och kommunnivå, kan vården och omsorgen av äldre även jämföras på enhetsnivå. Äldreguiden ger uttryckligen bara en *allmän* vägledning om förhållanden på enheter och i kommuner och ger inte ett komplett underlag för val av utförare. Från och med 2013 är det dock tänkt att Äldreguiden ska bli mer medborgarinriktad med mer lättillgänglig och överskådlig information för att bland annat stödja val av hemtjänst eller äldreboende (58). Äldreguiden skulle också kunna kompletteras

Box 2. Exempel från Äldreguiden på Socialstyrelsens webbsida.

The screenshot shows the 'Äldreguiden' web application. The main heading is 'Jämför vård och omsorg om äldre'. Below this, there are two columns for selecting 'Vård enheter' and 'Vård kommuner'. A table is displayed with the following columns: 'Uppgifter', 'Placering', 'Längd', 'Längd', 'Längd', 'Längd', 'Längd', 'Längd', 'Längd', 'Längd'. The table contains data for various municipalities and care units, with values ranging from 0 to 100.

Uppgifter	Placering	Längd	Längd	Längd	Längd	Längd	Längd	Längd	Längd
...

med annan typ av information utformade efter vad äldre och deras anhöriga vill veta. Exempelvis kan redogörelser från tillsynens inspektioner publiceras – en modell som används i bland annat England (se Box 3).

Box 3. Tillsynsmyndigheten Care Quality Commission i England.



Care Quality Commission

Care Quality Commission i England är en oberoende statlig organisation som ansvarar för tillsynen av kvalitet i hälso- och sjukvård och socialomsorg. Kommissionens uppgift är att registrera, övervaka och granska vård- och omsorgsgivare och säkerställa att de nationella riktlinjerna om kvalitet och säkerhet efterföljs. Kvalitetsindikatorerna som undersöks består bland annat av hälsa och personlig vård, sociala aktiviteter, klagomål och skydd, miljö och personal. Care Quality Commission utövar inspektioner av alla vård- och omsorgsinrättningar och kan vidta åtgärder såsom varningar, böter eller återkalla vårdgivares registrering om de inte uppfyller kraven. De bistår även med vägledning och hjälp till vårdgivare så att de kan förbättra kvaliteten. Resultaten av inspektionen, som består av både kvantitativa och kvalitativa data, presenteras i en rapport där det framgår vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras, vilket också offentliggörs för allmänheten. På kommissionens hemsida finns all information om inspektioner, resultat och åtgärder om varje vårdgivare. Presentationsformatet på webben är lättöverskådligt och utformat för att enkelt kunna hitta olika vårdverksamheter i olika områden. Exempelvis är det möjligt att söka efter äldreboenden inom ett visst område genom att klicka på en karta och få upp en översiktsbedömning om boenden med länkar till mer information. Analysen och underlaget för utvärderingarna beskrivs och förklaras utförligt och uppdateras kontinuerligt allteftersom nya inspektioner genomförs. Se exempel från hemsidan nedan.

Activity: NQ39 148
Orchard Care Org

Summary of our latest checks

Standards of treating people with respect and involving them in their care	✓
Standards of providing care, treatment & support which meets people's needs	✓
Standards of caring for people safely & protecting them from harm	✗
Standards of staffing	✓
Standards of management	✗

CQC warns Orchard Care Homes.Com (3) Limited that it is failing to protect the safety and welfare of the people using the service
8 August 2012

Regulator demands immediate improvement at North Shields nursing home.

The Care Quality Commission has issued a formal warning to Orchard Care Homes.Com (3) Limited, registered provider of Respite care home, Hildon Road, North Shields, Tyne and Wear stating that they must make urgent improvements to standards of care in their further action.

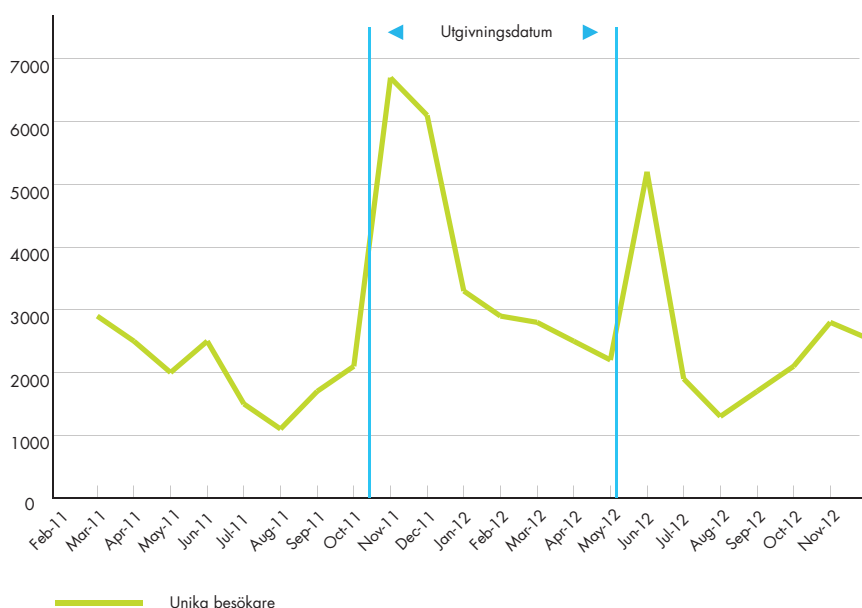
The warning follows an unannounced visit by inspectors to the home on 16 June 2012, carried out to check compliance against previously identified shortfalls in the management and recording of medicines. A Pharmaceutical Inspector with the Care Quality Commission carried out the inspection of Activity.

- CQC inspectors found, when they examined a sample of records, that some medicines could not be administered because supplies for some service users had run out, and some medicines were not always administered at the prescribed times, which meant that the medicines may not have been fully effective.
- There was insufficient guidance for the correct administration of medicines mixed with food or drink to ensure staff administered these medicines in a safe, appropriate and consistent way.
- Inspectors were concerned that the procedure for the administration and recording of prescribed creams and monitoring creams dispensed to carers was not properly managed.
- Any problems which had been identified to improve the management of medicines were not always being followed or closely monitored by the home manager.

Källa: Care Quality Commission www.cqc.org.uk

Enligt den besöksstatistik för Äldreguiden vi tagit del av för åren 2011 och 2012 har Äldreguiden ca 35–40 000 unika besökare under en 12 månadersperiod. Relaterat till antalet personer som bor på särskilt boende (ca 95 000) eller har hemtjänst (drygt 200 000) är det att beteckna som ganska många besökare. Särskilt som det är känt att det främst är nya brukare som gör aktiva val (20) och endast hälften av landets brukare inom hemtjänsten och en liten andel av de boende på särskilt boende omfattas av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) (19). Antalet unika besökare är dock som störst under utgivningsmånaden (oktober 2011 och maj 2012) och minskar sedan kraftigt. Detta tyder på att det snarare är media och andra intressenter än brukare och anhöriga som använder Äldreguiden.

Figur 12. Antalet unika besökare till Äldreguiden från februari 2011 till november 2012.



Det är alltså osäkert i vilken mån Äldreguiden används just av brukare och deras anhöriga, men det förefaller vara i relativt liten utsträckning. Flera intervjupersoner menar att Äldreguiden inte är allmänt känd och knappast används av de som behöver informationen mest – brukarna. En uppenbar anledning är för att många äldre varken äger en dator eller vet hur den kan användas i sammanhanget. Däremot framhåller flera vi pratat med att Äldreguiden kan vara till hjälp för anhöriga till brukare som därmed på ett indirekt

sätt får information om förhållanden inom äldreomsorgen. Det förutsätter dock att kommunerna når ut och informerar om detta verktyg eftersom ansvaret för information om utförare och vilken omsorg brukare har rätt till vilar på kommunerna.

Några företrädare för pensionärsorganisationer som har intervjuats inom utvärderingen tycker inte att kommunerna gör tillräckligt för att informera befolkningen och framförallt brukare om förhållanden inom äldreomsorgen. Informationen sträcker sig ofta till hänvisningar eller länkar till öppna jämförelser-rapporten eller Äldreguiden på kommunens hemsida, vilket anses otillräckligt samt exkluderar en stor del av den äldre befolkningen som inte har tillgång till Internet. Enligt Socialstyrelsen är vidareinformatörer, såsom kommunernas biståndshandläggare, viktiga kanaler för att nå ut till brukare och anhöriga (52). Det verkar emellertid inte som om kommunerna använder Äldreguiden i kontakten med medborgare i någon större utsträckning.

På en enkätfråga till socialcheferna om kommunernas biståndshandläggare använde Äldreguiden som ett underlag för att stödja brukares val av utförare svarade 71 procent nej och endast 10 procent att de delvis gjorde det. Flera av respondenterna angav orsaken att deras kommun inte hade infört lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), medan andra påpekade att kommunen inte hade så många utförare att välja på. Men flera pekade även på orsaken att Äldreguiden inte var tillförlitlig och att den innehöll för många felaktigheter. De ansåg inte att den redovisade en korrekt eller fullständig bild av förhållanden inom äldreomsorgen och att andra faktorer som inte täcktes av indikatorerna var minst lika viktiga. En intressant kommentar till varför den inte användes var att ”det kan väcka förhoppningar som inte går att infria p.g.a. avsaknad av plats på det valda boendet”.

För att medborgare ska få god insyn i verksamheterna och kunna göra bedömningar om äldreomsorgen grundade på fakta och kunskap krävs också att kvaliteten på data är tillfredställande, något som ifrågasatts vad gäller Äldreguiden (se kapitel 5). Flera av intervjupersonerna från brukarorganisationerna påpekar att den inte är idealisk för att göra en samlad bedömning om vård- och omsorgen i en enhet eftersom den till stor del bygger på självrapporterad data som kommuner och enheter lämnat. Många menar att det finns stora brister i rapporteringen och att det behövs evidens i de uppgifter som lämnas. En ansvarig för äldreomsorgen i en kommun menar att det går att skriva hur godtyckligt som helst för att på så sätt få bra resultat och påpekar vidare att så även sker i verkligheten.

4.3. ÖPPNA JÄMFÖRELSE OCH ÄLDREGUIDEN ANVÄNDS I LITEN UTSTRÄCKNING AV PENSIONÄRSORGANISATIONERNA

Som nämnts ovan är Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre inte anpassade för befolkningen att läsa eller för att stödja brukares val av äldreomsorg. Istället finns Äldreguiden på Socialstyrelsens hemsida som uttryckligen riktar sig till brukare och närstående. Utvärderingen visar dock att ingen av presentationsformerna fått ordentligt genomslag hos de som företräder målgruppen äldre. Några av pensionärsrepresentanterna som vi har intervjuat har endast hört talas om rapporten Öppna jämförelser och Äldreguiden, andra har bläddrat i rapporten någon enstaka gång och några andra är helt ovetande om dess funktion.

Några pensionärsföreträdare på nationell nivå är överlag positiva till Äldreguiden som de anser har stort värde trots att den innehåller ganska ”grova mått” och kanske inte alltid ger en helt korrekt bild av hur det är på en enhet. En intervjuperson menar att Äldreguiden är ”bättre än ingenting” och att med det verktyget ”finns det i alla fall *någonting* att visa upp”. Det framhålls att styrkan ligger i att jämförelser kan göras på enhetsnivå då få anser att kommunnivån är särskilt intressant. Några av pensionärsrepresentanterna framhåller att kommunerna är dåliga på att informera om äldreomsorgen och att Äldreguiden därför kan vara ett bra sätt att sprida kunskap till allmänheten. Flera berättar att Öppna jämförelser och Äldreguiden är användbara i kommunikationen med de kommunala pensionärsråden (KPR). Genom KPR kan förbunden informera och tipsa om förhållanden i vården och omsorgen som de anser bör lyftas upp. Det är dock oklart huruvida de lokala förbunden tar sig an den informationen eller om den når fram överhuvudtaget. De samtal vi haft med representanter på lokal nivå visar överlag att jämförelserna inte används nämnvärt i deras arbete, ett fåtal berättar att jämförelserna kan nämnas under informationsträffar eller föreläsningar och två personer berättar att resultat från rapporterna ibland tas upp i kommunikationen med kommunpolitiker. En övervägande majoritet känner bättre till öppna jämförelserrapporterna än Äldreguiden. En representant ansåg det vara svårt att sprida information om Äldreguiden eftersom den bara finns tillgänglig på internet och påpekade: ”Jag vet inte hur man ska presentera den.”

Flera anser att det finns stora förbättringsbehov och att det i dagsläget kan vara krångligt att använda jämförelserna. Ingen tror att varken rapporten eller Äldreguiden har haft det genomslag och användning som förhoppningen var. En representant påpekade: ”Äldreguiden används nog för lite i förhållande till det arbete som läggs ner på den.”

4.4. GENOMSLAGET FÖR ÖPPNA JÄMFÖRELSE HAR ÖKAT I LOKAL-MEDIERNA MEN INTE I RIKSMEDIERNA

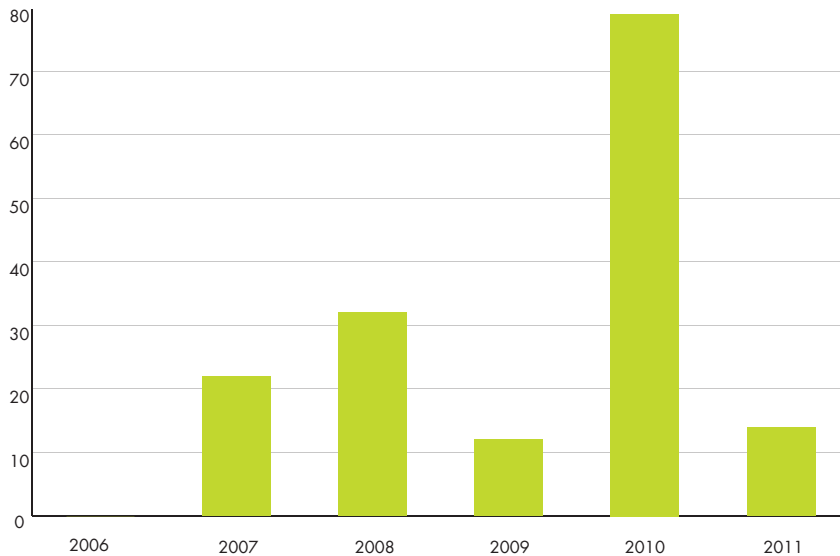
Socialstyrelsens medieinitiativ vad gäller öppna jämförelser har i huvudsak rört frågor om ojämlikhet i hälsa, vård och omsorg där uppgifter från Öppna jämförelser utgör ett viktigt underlag. Äldreguiden har använts som underlag för ett antal lokala debattartiklar som Socialstyrelsen producerat i två omgångar. Den första behandlade läkemedelsgenomgångar och den andra fokuserade på riskbedömningar inom äldreomsorgen. Likartad information läggs ut på Socialstyrelsens och SKL:s hemsidor. SKL hänvisar också till Kommun- och landstingsdatabasen Kolada som innehåller alla basdata från öppna jämförelser samt ger regelbundet ut nyhetsbrevet ”Kolada”. På liknande sätt hänvisar Socialstyrelsen till Äldreguiden och till rapporten om Äldres uppfattning om äldreomsorgen, som visar vad äldre tycker själva om sin äldreomsorg, samt ger ut e-postnyhetsbrevet ”Öppna jämförelser”.

Flera av intervjupersonerna har intrycket att mediernas intresse för öppna jämförelser var större i början och att det nu har avtagit. En kommunpolitiker menar att öppna jämförelser ”sprängde en vall” första gången den släpptes med stor uppmärksamhet över den nyvunna transparensen, men att det nu lagt sig. En analys av genomslaget i medierna visar att intresset från riksmidierna och fackpress visserligen har avtagit, medan det har ökat från lokalmedierna. Medieanalysen bygger på sökningar i Retrievers Mediearkiv, där svensk tryckt press, etermedierna och webb tagits med. Pressmeddelandesajter och nyhetsbyråer har exkluderats, liksom sociala medier. Uppskattningsvis ligger totalsiffran för mediegenomslag under åren 2006 -2011 på cirka 2 000 artiklar som refererar till någon av rapporterna inom antingen hälso- och sjukvård eller vård och omsorg om äldre, där ungefär en fjärdedel handlar om vård och omsorg om äldre. Anledningen till att det är svårt att få fram exakta siffror är att rapporterna benämns på olika sätt av medierna.

Antalet riks- och lokalartiklar där Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre benämns varierar under åren, men ökade kraftigt år 2010 då Socialstyrelsen och SKL påbörjade sitt samarbete.



Figur 13. Utveckling över tid av antalet artiklar där Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre refereras till.



Det verkar som om det mediala mottagandet av rapporterna har ändrats något under åren. I början låg fokus på själva rapporten som sådan, att man utvecklade en metod med öppna jämförelser och att det kan leda till förbättringar inom vård och omsorg. Under senare år används den istället som en referens till aktuella problem inom äldreomsorgen runt om i landet. Den vanligaste typen av artikel är dock genomgående under alla år en artikel där vården och förhållandena i den egna kommunen presenteras. Box 4 visar några exempel.

Box 4. Exempel på rubriker i tidningar i samband med lanseringen av öppna jämförelser-rapporter från olika år.



Vissa kommuner gör egna analyser av öppna jämförelser som används för att informera lokalpressen om resultaten. Hur dessa tas emot skiljer sig åt. En intervjuperson menade att medierna vanligtvis inte var mottagliga för goda resultat utan var mer intresserade när det gick dåligt. En annan intervjuperson påpekade att medierna aldrig kontaktade dem om resultaten eller ställde några frågor. De skrev ytterst lite om resultaten och då på ett förenklat sätt.

I en studie där enhetschefer på äldreboenden intervjuades om vilka reaktioner som resultaten från Äldreguiden gav upphov till, framkom det att anhöriga till brukare på ett boende ibland hade kontaktat enheten för att fråga om specifika resultat, men då i samband med att äldreboendet förekommit i media. Däremot upplevde inte enhetscheferna att Äldreguiden som företeelse på Socialstyrelsens hemsida frambringade någon uppmärksamhet hos brukare eller anhöriga. (34)

En journalist som vi intervjuade upplevde att materialet i Öppna jämförelser var alltför obearbetat och att det skulle vara betydligt mer intressant om det var mer lättöveråskådligt presenterat samt erbjöd bearbetade jämförelser och analyser. Färgmarkeringarna i rapporterna ansågs tydliga och bra ur ett medialt perspektiv, men opålitliga eftersom de är helt öppna för subjektiva tolkningar. En svaghet med öppna jämförelser-rapporten är att resultaten re-

dovisas aggregerat per kommun och att många avvikelser därmed ”drunknar i helheten”. Därför ansågs Äldreguiden vara mer användbar och intressant eftersom den visar resultat på enhetsnivå. På så sätt får medier möjlighet att ställa ansvariga till svars lokalt.

4.5. ANALYS OCH SLUTSATSER

Öppna jämförelser har på flera sätt medfört en större öppenhet. Tidigare fanns mycket mindre offentligt tillgänglig information att tillgå om vårdens och omsorgens kvalitet och prestationer. Med introduktionen av Äldreguiden finns också en ambition att nå ut till befolkningen med information om förhållanden inom äldreomsorgen. Trots detta visar utvärderingen att öppenhetsmålet inte har uppfyllts.

Att data finns tillgänglig medför inte per automatik att befolkningen blir mer informerad eller har större insyn i vården och omsorgen. Dels krävs det att uppgifterna som resultaten baseras på är korrekta och relevanta, dels att formerna för presentationen passar befolkningen och kanske framförallt de som kan anses ha störst behov av transparens, nämligen äldre i behov av vård och omsorg. När det gäller information till äldre som utgör underlag för val av vård- och omsorgsgivare, exempelvis genom Äldreguiden, måste hänsyn tas till att informationen måste anpassas till närstående då många äldre inte själva kan tillgodogöra sig informationen.

Då allt fler kommuner inför valfrihetssystem inom hemtjänst och särskilt boende är det särskilt viktigt med tillgänglig, korrekt och behovsanpassad information till allmänhet, brukare och anhöriga. Idag är det främst kommunpolitiker med ansvar för dessa områden, kommundjäntemän och chefer som känner till öppna jämförelser-rapporterna och Äldreguiden. Pensionärsföreningarna har upptäckt Öppna jämförelser och Äldreguiden och en del försöker informera om dess användningsområde, men det tycks ännu inte särskilt utbrett. Istället kan allmänheten i första hand förväntas få viss information genom mediernas rapportering. Öppna jämförelser har skapat förutsättningar för ökad insyn och transparens av vård och omsorg men är än så länge okända och svåråtkomliga för en stor del av befolkningen.

Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt

Datatillgången är begränsad för öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre och datakällorna täcker inte alla viktiga aspekter av vården och omsorgen. Det är särskilt svårt att mäta brukarnas uppfattning, samtidigt vilar mycket av Öppna jämförelser på den så kallade Brukarundersökningen och mer objektiva mått saknas. Register och undersökningar utvecklas dock i snabb takt och intresset finns hos användarna men det råder osäkerhet om data i dagsläget håller tillräcklig kvalitet.

I rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting anges att ett delsyfte för öppna jämförelser är att de ska bidra till en högre datakvalitet och därmed till mer faktabaserade diskussioner om hälso- och sjukvårdens resultat. Ett sådant uttalat mål om ökad datakvalitet finns inte i rapporten Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre. Däremot anges i Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården att ”För att stat, kommuner och landsting ska kunna säkerställa att de insatser som tillhandahålls ger goda och likvärdiga resultat krävs att resultaten följs upp och utvärderas. Det är en förutsättning för att styrningen på såväl lokal som nationell nivå ska baseras på kunskap.” Enligt visionsbeskrivningen i strategin ska det finnas information som ger ”lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga kunskapsunderlag” och att de ska omfatta de grupper som står för de största kostnaderna och volymerna. Indikatorerna i öppna jämförelser ska också vara accepterade och tillförlitliga. Genom att välja ut indikatorer som är användbara för målgrupperna kan motivationen att utveckla systemen



för dokumentation, inrapportering och redovisning öka, enligt strategin. Ett av de utvecklingsområden som pekas ut är infrastruktur och indikatorer, där lösningar för att fånga, kvalitetssäkra och tillgängliggöra data ska genomföras (44). För att vara användbart och ge korrekta analyser måste data vara av god kvalitet och eventuella felkällor vara kända. Med god kvalitet på data avses i öppna jämförelser-sammanhang att det inte är stora bortfall och att uppgifterna är pålitliga och därmed jämförbara (65).

Som följd av strategin fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka tillgång till data av god kvalitet inom Socialtjänsten. Uppdraget till Socialstyrelsen sträcker sig från 2009 till 2014. Målet är att det inom dessa fem år ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga kunskapsunderlag (35).

Mot denna bakgrund avsåg vi att utvärdera om de indikatorer som används inom öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre omfattar de brukar- och patientgrupper som står för den största delen av kostnader och volymer, om data kan anses vara av god kvalitet och tillförlitliga samt om öppna jämförelser har påverkat rapporteringen till register och undersökningar positivt och därmed bidragit till bättre kunskapsunderlag. Både rapporten Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre och Socialstyrelsens Äldreguiden har vägts in i utvärderingen.

5.1. DATAKÄLLORNA INOM VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE ÄR UNDER UPPBYGGNAD

De öppna jämförelserna inom vård och omsorg om äldre består huvudsakligen av data som redan samlats in, men också av data som hämtas in mer specifikt för att publiceras i rapporten Öppna jämförelser och i Äldreguiden.

Då Sverige har en lång tradition av att föra register och använda unika personnummer som bas finns det jämfört med andra länder väldigt mycket och högkvalitativa data. I jämförelse med hälso- och sjukvården är socialtjänsten inte lika väl tillgodosedd med registerdata, men i jämförelse med andra områden inom socialtjänsten som omfattas av öppna jämförelser är ändå datatillgången inom vård och omsorg om äldre god. Processen att välja ut och prioritera indikatorer från olika datakällor är inte lika omfattande inom äldreområdet som inom hälso- och sjukvården. Istället har arbetet anpassats till att datakällorna är färre, vilket också gör indikatorerna färre. Den spänning mellan Socialstyrelsen och SKL avseende syn på datakvalitet och användbarhet som noterades i Vårdanalys utvärdering av rapporten Öppna jämförelser av

hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är, enligt våra intervjuer, inte lika framträdande i arbetet med öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre. Enligt utvärderingen av öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård stod Socialstyrelsen mer för datakvalitet och jämförbarhet i data och ställde därmed högre krav på detta jämfört med SKL som fokuserade tydligare på att data skulle vara användbara och inte alltid måste vara fullt ut jämförbara (31). Inom vård och omsorg om äldre har aktörerna fått göra det bästa av de data som finns för att det ska kunna bli en produkt.

Ett syfte med öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre är att landsting och kommuner tillsammans ska använda resultaten från jämförelserna. Samtidigt har SKL och Socialstyrelsen fått göra avvägningar mellan att fokusera på indikatorer som kommunerna respektive landstingen "äger". Det finns datakällor som belyser hälso- och sjukvårdens utfall på sjukdomsspecifika områden där äldre utgör en stor andel av patienterna, som exempelvis höftfrakturer, men då en stor del av utförandet görs inom ramen för landstingens hälso- och sjukvård har det bedömts som problematiskt att ta med för många sådana indikatorer om kommunernas intresse ska kunna behållas och utvecklas. Däremot redovisas sådana indikatorer i öppna jämförelser-rapporten på hälso- och sjukvårdsområdet. I 2011 års rapport Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre användes ett sjukdomsspecifikt kvalitetsregister – Riks-Stroke. Diskussioner om att ta med fler indikatorer som avspeglar hälso- och sjukvården för äldre för att på så vis få en bättre helhetsbild utifrån äldres vård och omsorg pågår enligt några av intervjupersonerna på central nivå.

Intresset för att utveckla och använda kvalitetsregister som verktyg för uppföljning och kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården har ökat snabbt de senaste åren, vilket framväxten av flera register visar. För hälso- och sjukvården av äldre finns några specifika kvalitetsregister som utvecklas i snabb takt som Senior alert, Svenska palliativregistret, Svenska demensregistret och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Genom ett antal satsningar på bättre datainsamling i primärvård, psykiatri och i vården och omsorgen av sjuka äldre ska uppföljningsmöjligheterna förbättras, men det kommer troligen att ta tid innan alla dessa datakällor är tillräckligt utbyggda för att göra jämförelser. I uppdraget till Socialstyrelsen om att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser anges att målet är att det år 2014 ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga data avseende kvalitet, resultat och effektivitet ur ett brukar-, patient- och medborgarperspektiv. När det gäller åtgärder inom vården och omsorgen som utförs inom ramen för socialtjänstlagstiftningen gäller sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen vad gäller att lämna uppgifter till nationella kvalitetsregister. Det är endast uppgifter



som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården som får utlämnas till ett nationellt kvalitetsregister. Informationshanteringen inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är nu föremål för en statlig utredning (45).

Det finns flera utmaningar i att hitta valida mått på vården och omsorgen om äldre. Det är svårt att hitta indikatorer som utifrån brukarnas perspektiv mäter om vården och omsorgen är god och det finns en mätproblematik i att fånga brukarnas perspektiv när många inte kan besvara enkäter själva utan insamlandet måste ske via ombud som anhöriga eller personal. Flera intervju-personer i utvärderingen lyfter fram att en stor del av öppna jämförelser bygger på Brukarundersökningen och att det saknas andra, mer objektiva mått på kvalitet. Utbyggnaden av kvalitetsregister på dessa områden innebär att uppföljningsmöjligheterna genom sådana mer objektiva mått kan förbättras.

5.2. MÄTER ÖPPNA JÄMFÖRELSE VAD SOM ÄR GOD VÅRD OCH OMSORG?

De öppna jämförelserna ska, enligt den nationella strategin omfatta de brukar- och patientgrupper som står för den största delen av kostnader och volymer. Det är svårt att analysera i vilken utsträckning detta är uppfyllt. Inom hälso- och sjukvården används DRG (Diagnosis Related Groups) för att klassificera liknande diagnoser i en och samma kategori, men något liknande finns inte inom vård och omsorg om äldre.

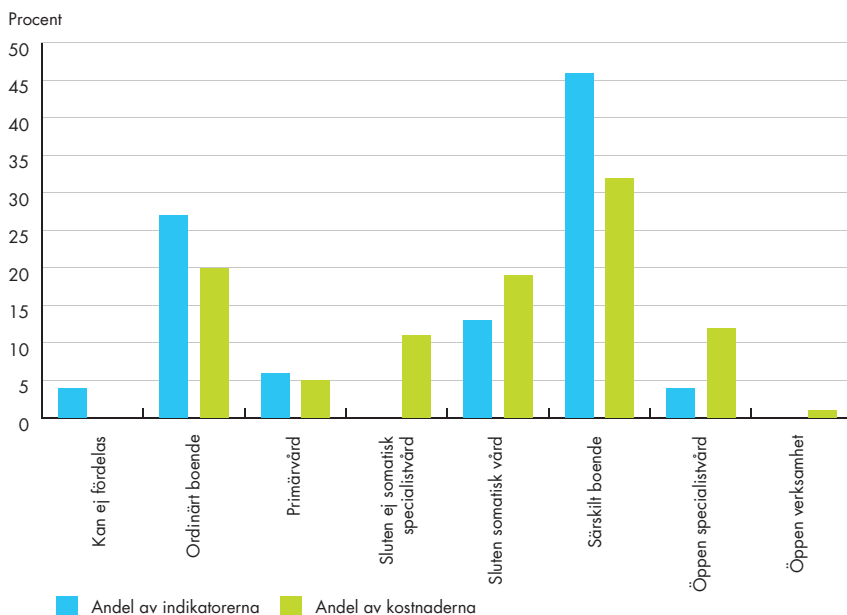
I Figur 14 visas kostnaderna för kommunernas och landstingens vård och omsorg om äldre och indikatorerna i öppna jämförelser-rapporten 2011 fördelade på organisationsformerna. Vi visar alltså inte indikatorernas fördelning på de grupper som utgör de största kostnaderna och volymerna inom vård och omsorg om äldre. Fem indikatorer mäts specifikt för hemtjänst, 15 för särskilda boenden och 11 indikatorer är inte specifika för någon organisationsform. Av dessa 11 är det två som rapporteras både för särskilda boenden och för hemtjänst, dessa är "Vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå" och "Delaktighet i genomförandeplan", två är helt övergripande: "Avvikelse från standardkostnad" och "Kommunens information på hemsidan" och resterande sju indikatorer kan anses vara indikatorer som omfattar flera delar av vården och omsorgen om äldre, både landstingskommunal och primärkommunal verksamhet. Dessa sju indikatorer kommer från Svenskt palliativregister och Riks-Stroke.

Vi kan notera att särskilt boende och ordinärt boende är något överrepresenterat när det gäller andel av indikatorerna i förhållande till andel av kostnaderna. Den slutna somatiska vården liksom den öppna specialiserade vården är båda underrepresenterade. Då ska man också vara medveten om att det är endast indikatorer från Palliativa registret och Riks-Stroke som kan anses täcka

även den landstingsutförda hälso- och sjukvården. Andra stora områden som omfattar stora kostnader och volymer som cancer, hjärt- och kärlsjukdomar i övrigt, demens och ortopedi där en mycket stor andel av patienterna är äldre, är inte täckta med indikatorer i Öppna jämförelser 2011 – Vård och omsorg om äldre. De redovisas i större utsträckning i öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Om däremot principen, att Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre ska omfatta de områden och patientgrupper där det krävs insatser från både landsting och kommuner, gäller saknas det i 2011 års rapport fortfarande indikatorer som avspeglar även det som görs inom landstingen. Exempel på det är indikatorer för kvaliteten i vården för äldre med exempelvis demens, sårproblem, cancer och hjärt- och kärlsjukdomar.

Bland intervjupersonerna är det flera som har invändningar mot indikatorer som de anser är kliniska och mer relevanta för landstingen och inte kan påverkas av kommunerna. Någon av intervjupersonerna har påtalat att öppna jämförelser kan vara en positiv kraft för samverkan mellan huvudmännen men flera har påtalat bristen på samverkan och det är för mycket indikatorer som är ”landstingsindikatorer”.

Figur 14. Kommunernas och landstingens kostnader inom olika delar av vård och omsorg om äldre som andel av totala kostnader för vård och omsorg om äldre (personer över 65) samt fördelning av indikatorer i öppna jämförelser som andel av totala antalet indikatorer*.



Källor för kostnadsdata: Socialstyrelsens lägesrapport 2010 (49); SKL aktuellt på äldreområdet 2008 – UPPDATERAD hösten 2009 (62); Socialstyrelsen (46).

*Ett antal av indikatorerna har bedömts täcka flera olika verksamheter och räknas därför flera gånger och det totala antalet indikatorer uppgår därför här till 50.



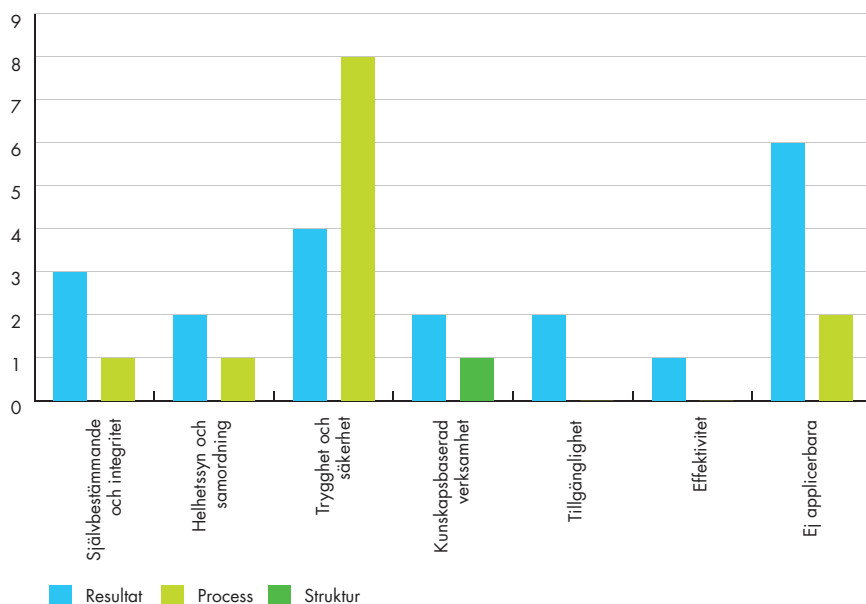
För att ta reda på om indikatorerna täcker väsentliga dimensioner i den äldres liv har vi analyserat hur indikatorerna som ingår i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre omfattar de olika dimensionerna som definieras i ramverket God vård och omsorg i socialtjänsten från Socialstyrelsen och SKL från 2010 (48):

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

I analysen har vi även definierat underkategorier till några av dessa områden och fördelat indikatorerna i öppna jämförelser-rapporten på dessa underkategorier, se Figur 15. I en kategori har de indikatorer som inte är direkt applicerbara på ramverket samlats. Det är indikatorer som mäter tjänster som erbjuds anhöriga samt brukartillfredsställelse och inte kan kategorieras in under övriga rubriker. Indikatorerna summerar till 33 stycken, vilket är två fler än antalet indikatorer i öppna jämförelser-rapporten. Det beror på att indikatorn "hänsyn till åsikter och önskemål" kan vara ett mått på både "Självbestämmande och integritet" och "Kunskapsbaserad verksamhet". Denna indikator finns för både hemtjänst och särskilt boende. Totalt 20 indikatorer har definierats som resultatvariabler, 12 som processvariabler och endast en som strukturvariabel. De bakgrundsindikatorer som finns med i rapporten men som inte används för att ranka kommunerna har inte tagits med. "Trygghet och säkerhet" och "Ej applicerbara", där den senare innefattar variabler som avser äldres bedömningar om bemötande, mat och helhet i äldreomsorgen samt tjänster som erbjuds anhöriga som samtal efter dödsfall, täcks av flest indikatorer. Förutom dessa två täcks "Självbestämmande och integritet" och "Helhetssyn och samordning" av både process och resultatvariabler. "Kunskapsbaserad verksamhet", "Tillgänglighet" och "Effektivitet" täcks inte av någon processindikator. "Effektivitet" täcks av en resultatindikator ("Avvikelse från standardkostnad") och "Kunskapsbaserad verksamhet" är det enda området som täcks av en strukturindikator. Elva av indikatorerna bygger på de äldres egna bedömningar och rapporteras in genom Undersökningen om äldres uppfattning om kvalitet i hemtjänst och äldreboenden (Brukarundersökningen). Sex av indikatorerna i "Ej applicerbara", tre av indikatorerna inom "Självbestämmande och integritet" och två av indikatorerna inom "Kunskaps-

baserad verksamhet” kommer från Brukarundersökningen. Indelningen i kategorierna kan naturligtvis diskuteras.

Figur 15. Antal indikatorer fördelade på de olika dimensionerna i ramverket God vård och omsorg i socialtjänsten.



Eftersom dessa dimensioner är mycket övergripande har vi brutit ner dimensionerna i ett utökat ramverk och fördelat indikatorerna, se Tabell 3. ”Säkerhet” och ”Brukartillfredställelse” är de två underkategorier som har flest indikatorer, tillsammans har de 13 av 33 indikatorer. Inom ”Säkerhet” inkluderas indikatorerna Läkemedelsgenomgångar, Tre eller fler psykofarmaka, Olämpliga läkemedel, Förekomst av fall, Undernäring eller trycksår, Fallskador, Riskbedömningar fall, Riskbedömningar undernäring, Riskbedömningar trycksår och inom ”Brukartillfredställelse” inkluderas Hemtjänst i sin helhet, Särskilt boende i sin helhet, Maten i särskilt boende, Bemötande i hemtjänst och Bemötande i särskilt boende.



Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt

Tabell 3. Antal indikatorer i Öppna jämförelser 2011 fördelade på ett utökat ramverk för God omsorg i socialtjänsten.

Område	Resultat	Process	Struktur
Självbestämmande och integritet	3	1	0
Självständighet	0	0	0
Inflytande, delaktighet	3	1	0
Helhetssyn och samordning*	2	1	0
Samordning	2	0	0
Kontinuitet	0	1	0
Trygghet och säkerhet	4	8	0
Upplevelse av trygghet	2	0	0
Säkerhet	2	6	0
Övrigt	0	2	0
Kunskapsbaserad verksamhet	2	0	1
Vetenskap och beprövad erfarenhet	0	0	1
Den enskildes erfarenheter tas tillvara	2	0	0
Värderingar, etik	0	0	0
Tillgänglighet	2	0	0
Tillgänglighet för personer med funktionshinder	1	0	0
Tillgänglighet av service (tillgång, väntetid etc)	1	0	0
Effektivitet	1	0	0
Kostnader Hemtjänst	0	0	0
Kostnader Säbo	0	0	0
Totalt äldreomsorg	1	0	0
Ej Applicerbara	6	2	0
Brukartillfredsställelse	5	0	0
Stöd till anhöriga	1	2	0

De flesta dimensionerna och deras underkategorier täcks av någon indikator, men inget område kan betecknas som väl täckt av både process- och resultatmått, utom kanske ”Trygghet och säkerhet”. ”Effektivitet” förefaller dåligt täckt liksom ”Kunskapsbaserad verksamhet”. Det är anmärkningsvärt att inte någon indikator täcker ”Självständighet”.

En forskningsrapport har ifrågasatt om öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre omfattar indikatorer som mäter verksamhetens effekter eller betydelse för äldre. Jämförelserna fokuserar på verksamheternas förutsättningar och processer och det är svårt att konstruera indikatorer som mäter

kvalitet i äldreomsorgen med dess komplexa förhållanden. Trots problemen bedöms indikatorerna ändå sammantaget som väl grundade mått på god vård och omsorgskvalitet. (26)

Det är alltså svårt att definiera bra indikatorer för god kvalitet inom äldreomsorgen eftersom det inte står klart vad som *är* god kvalitet i äldreomsorgen. Inom stora delar av hälso- och sjukvården är målet att patienterna ska bli friska från en sjukdom, vilket kan vara enklare att mäta. Vad som är livskvalitet, självbestämmande, integritet och tillgänglighet för en äldre person med behov av omsorg är däremot individuellt, varför det är en utmaning att formulera indikatorer. Ett sätt att hantera detta är att använda sig av brukarrapporterade mått, vilket har gjorts i ganska stor utsträckning (se vidare avsnittet Undersökningen om äldres uppfattning om kvalitet i hemtjänst och äldreboende).

Det råder delade meningar bland de som har intervjuats om indikatorerna i öppna jämförelser kan anses spegla kvaliteten i verksamheterna. Vissa anser att de inte speglar kvalitet och resultat och att indikatorerna inte är bra medan andra menar att de är bra och att de också har blivit bättre över tiden. Några av intervjupersonerna har påtalat att indikatorerna som används i öppna jämförelser har blivit bättre, utifrån relevans, men att det är för mycket fokus på åtgärder och processmått och att det finns för få resultatmått. Att jämförelserna vilar för tungt på Brukarundersökningen, att det saknas icke-brukarrapporterade mått som komplement och att det är en utmaning att fånga kvalitet i omsorgen är också sådant som intervjupersoner lyft fram.

5.3. ÄLDREGUIDEN INNEHÅLLER INTE VAD ÄLDRE VILL VETA

Äldreguiden är den produkt inom öppna jämförelser som riktar sig till brukare och deras anhöriga. Den ska ge information till grund för beslut om val av utförare. Till skillnad från öppna jämförelser-rapporten ger Äldreguiden viss information på enhetsnivå. Det gäller inte resultat från Brukarundersökningen, vilka visas på kommunnivå eller för de tre storstäderna på stadsdelsnivå. I Tabell 4 visas indikatorerna som redovisas på enhetsnivå i Äldreguiden fördelade på hemtjänst, boenden och dagverksamheter.



Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt

Tabell 4. Indikationer redovisade på enhetsnivå i Äldreguiden 2012 fördelade på hemtjänst, boenden och dagverksamheter.

Indikator	Redovisas på enhetsnivå		
	Hemtjänst	Boenden	Dagverksamheten
Aktuell genomförandeplan	X	X	X
Delaktighet	X	X	X
Utbildning, månads- avlönad personal	X	X	X
Personalörlighet	X	X	X
Rutiner för att före- bygga undernäring	X		
Riskbedömning, fall		X	
Riskbedömning, trycksår		X	
Riskbedömning, undernäring		X	
Läkemedels- genomgång		X	
Eget rum		X	
Bra måltidsordning		X	
Antal	5	10	4

En studie från Socialstyrelsen baserad på fokusgruppsintervjuer med äldre som valt utförare inom hemtjänst och med anhöriga som har varit aktiva i val av äldreboende visar att det finns en hel del svårigheter förenade med val av utförare av hemtjänst och särskilt boende. I rapporten frågas om det ens förekommer reella val. Enligt studien är informationsbrist, tidsbrist och platsbrist vanliga problem i samband med val. Informationen som ges tycker intervjupersonerna är bristfällig. Broschyrer som delas ut ses mer som reklam och aktualiteten i information är oklar. Bekantas erfarenheter är den information som ses som mest tillförlitlig. Enligt studien är det viktigt med exempelvis fakta om personalen (kompetens, personaltäthet, personalomsättning, nattpersonal samt tillgång på läkare och sjuksköterskor), för äldreboenden är lokalernas utformning och standard viktigt, program för verksamheten (aktiviteter som planeras och genomförs) och information om organisationerna som driver verksamheten är också sådant som man vill veta i samband med val. Förutom detta är stämning, bemötande, trygghet och trivsel mer svårsmatta faktorer som ses som viktiga. För att kunna göra ett val ska tydlig, aktuell, pålitlig och aktuell information om varje äldreboende och hemtjänstutförare finnas tillgänglig och vara jämförbar. (56)

Syftet med Socialstyrelsens studie var att få kunskap om äldres och anhörigas erfarenheter kring val av utförare inom äldreomsorgen och bland annat vilken information man behöver i samband med val. Det var inte en undersökning om vad äldre och anhöriga vill att Äldreguiden ska omfatta. I Tabell 5 har vi likväl gjort ett försök att fördela indikatorerna i Äldreguiden på de dimensioner som anses viktiga i samband med val av utförare enligt vad som kommit fram i Socialstyrelsens studie. Endast indikatorer som redovisas per utförare har tagits med eftersom det inte är relevant med kommunövergripande indikatorer i samband med val. Indikatorerna delaktighet och aktuell genomförandeplan har fördelats till "Övrigt". Till den dimension som avser "Uppföljning och tillsyn" har de indikatorer som avser exempelvis rutiner för riskbedömning av fall och undernäring fördelats vilket gör att det är den mest täckta dimensionen. Inga indikatorer fördelas till "Aktiviteter eller trivsel". Utifrån dessa kriterier kan det tolkas som att de indikatorer som finns på enhetsnivå i Äldreguiden omfattar en mindre del av de faktorer som brukare och deras anhöriga ser som viktiga i samband med val.



Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt

Tabell 5. Dimensioner som anses viktiga i samband med val av utförare inom äldreomsorg och fördelningen av indikatorer i Äldreguiden 2012 på dessa kriterier.

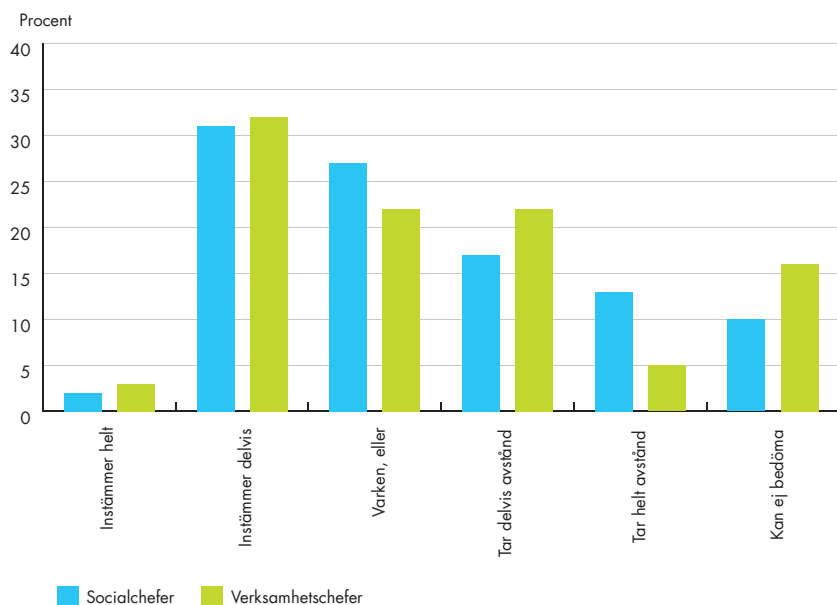
Dimension	Exempel	Antal indikatorer	Indikatorer
Personal	Utbildning, specialkompetens, t.ex. om demenssjukdomar, språk, tillgång på läkare och sjuksköterskor, social kompetens, t.ex. bra bemötande, omvårdnad, t.ex. hygien, skötsel, hantering av medicin	3	Utbildning månadsavlönad omsorgspersonal i hemtjänst, äldreboende och i dagverksamhet
Aktiviteter	Program för verksamheten, komma ut varje dag, promenader, utflykter, baka, städa		
Ägare/utförare	Privat eller kommunalt, affärsidé, profil, parboende, storlek på boende, förväntad kötid, vinstkrav, personalpolicy, personaltätthet, personalrörlighet	3	Personalrörlighet omsorgspersonal i hemtjänst, äldreboende och i dagverksamhet
Uppföljning och tillsyn	Hur det fungerar i verkligheten, trovärdighet, omdömen från boende, anhöriga, opartisk betygssättning, uppföljning av beslut, opartisk tillsyn.	5	Rutiner för att förebygga undernäring, Riskbedömning fall, Riskbedömning trycksår, Riskbedömning undernäring, Läkemedelsgenomgång
Trivsel	Stämning, atmosfär, gemenskap, samvaro, känsla		
Lokaler	Boendemiljö, arbetsmiljö för personalen, fräscht, standard, inredning, matsalen, städning	1	Eget rum, hygienutrymme, kokmöjlighet.
Övrigt	Säkerhet och trygghet, skälig livskvalitet, mat, informationens aktualitet, lättillgänglighet, tydlighet	3	Delaktighet, aktuell genomförandeplan, bra måltidsordning

Bland indikatorerna som endast redovisas på kommunnivå finns indikatorer som mat, utevistelse, bemötande, hänsyn till äldres åsikter och önskemål och trygghet som bland annat kommer från Socialstyrelsens brukarundersökning. De skulle kunna antas vara av värde vid brukares val av utförare och om dessa skulle redovisas i Äldreguiden skulle den få en bättre täckning avseende det som enligt undersökningen anses betydelsefullt för de äldre.

Av kommunernas socialchefer som har besvarat vår enkät anser drygt hälften att det är en bra idé att publicera indikatorbaserade jämförelser som

stöd för brukares val av vård och omsorg. Bland de verksamhetschefer och socialchefer som har besvarat enkäten instämmer 35 respektive 33 procent helt eller delvis i att Äldreguiden är användbar för brukare att välja äldreboende. Något fler instämmer helt eller delvis i att den är användbar för anhöriga till brukare att välja boende, 41 respektive 38 procent. Det är dock mycket få som instämmer helt i dessa påståenden, det är fler som tar helt avstånd, och nästan en fjärdedel av socialcheferna som har besvarat enkäten svarar ”varken eller”.

Figur 16. Enkät svar på frågan om Äldreguiden är användbar för brukare att välja äldreboende.



En större andel av socialcheferna och verksamhetscheferna än de som anser att Äldreguiden helt eller delvis är användbar för val instämmer helt eller delvis i att den innehåller indikatorer som är relevanta för brukare, 64 respektive 53 procent. Mycket få instämmer dock helt i detta.

Vi tolkar detta som att det aktiva stödet från socialchefer och verksamhetschefer för Äldreguidens användbarhet för brukares val är begränsat.

5.4. DATAKÄLLORNA SOM ANVÄNDS FÖR ÖPPNA JÄMFÖRELSE RÄR AV VARIERANDE KVALITET

De datakällor som användes för publicering i Öppna jämförelser 2011 – Vård och omsorg om äldre, och Äldreguiden var följande:



Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt

Nationella kvalitetsregister:

- Svenska palliativregistret
- Riks-Stroke
- Senior alert

Register och undersökningar hos Socialstyrelsen:

- Patientregistret
- Läkemedelsregistret
- Registret över kommunernas SoL-insatser
- Undersökningen om äldres uppfattning om kvalitet i hemtjänst och äldreboenden 2011
- Kommun- och enhetsundersökningen 2011

Sveriges kommuner och landsting:

- SCBs räkenskapsammandrag (RS) sammanställt i SKL och SCBs publikation "Vad kostar verksamheten i Din kommun?".
- Kommunernas egna undersökningar sammanställda i Kommun- och landstingsdatabasen

I avsnitten nedan går vi igenom dessa datakällor och dess styrkor och svagheter.

Öppenvården saknar tillräcklig täckning i hälsodataregistren

Öppna jämförelser vård och omsorg om äldre hämtar data från tre register hos Socialstyrelsen: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Registret över kommunernas SoL-insatser. Patientregistret och Läkemedelsregistret är två av hälsodataregistren på Socialstyrelsen som utgörs av ett antal författningsreglerade register som det är obligatoriskt för hälso- och sjukvården att rapportera till. Hälsodataregistren har långa tidsserier och har använts för omfattande statistik och forskning under många år och är en viktig anledning till att vi har en i internationella jämförelser mycket god statistik om hälso- och sjukvården i Sverige. Hälsodataregistren används också för att säkra och kunna arbeta med förbättringar av datakvaliteten i andra register. Det genomförs exempelvis täckningsgradsjämförelser mellan kvalitetsregistren och hälsodataregistren. Det är viktigt både för hälsodataregistren, till vilka rapporteringen är författningsreglerad, och kvalitetsregistren, till vilka rapporteringen är frivillig.

Ett problem är att hälsodataregistren inte omfattar hela hälso- och sjukvården. Det saknas i dagsläget författningsstöd för att samla in data från primärvården och den specialiserade öppenvården. Patientregistret, som är ett

av hälsodataregistren, får enligt förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen innehålla uppgifter som rör patienter som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården samt de som behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård. Cirka hälften av alla läkarbesök i öppenvården sker i primärvården och primärvården utgör 17 procent av nettokostnaderna för hälso- och sjukvården och för den saknas data om kontakter, diagnoser och åtgärder (55). Det vill säga att en stor del av den vård som ges till sjuka äldre som utförs inom den kommunala hälso- och sjukvården och den övriga öppenvården inte inkluderas och att det därmed saknas uppgifter om diagnoser, kontakter och volymer. Det gör täckningsgradsanalyser svåra för vissa av kvalitetsregistren som används i öppenvården och primärvården.

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om läkemedel som hämtas ut mot recept eller motsvarande. Registret syftar till att öka patientsäkerheten avseende läkemedelsanvändning. Läkemedelsregistret omfattar uthämtade receptbelagda läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel och omfattar uppgifter om patienten, förskrivningen och kostnaderna. Läkemedelsregistret och patientregistret samkörs för att kunna analysera hur läkemedelsanvändningen ser ut för en viss sjukdom eller patientgrupp. I Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre redovisas exempelvis hur stor andel av de äldre över 80 år i särskilt boende som hade tre eller fler psykofarmaka (53). Det som saknas i läkemedelsregistret är information om läkemedel som används på sjukhus, en del av de läkemedel som används inom dagsjukvård och öppenvård på sjukhus, vacciner samt läkemedel som säljs receptfritt (47). Att läkemedelsregistret endast innehåller information om läkemedel som är uthämtade från apoteket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel (65). Det kan till exempel finnas problem med att läkemedel som finns i läkemedelsdepåer på särskilda boenden inte finns med i Läkemedelsregistret.

Registret över kommunernas SoL-insatser innehåller uppgifter om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och omfattar drygt 350 000 personer. Registret startades 2007 och omfattar äldre och personer som har fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning med insatser enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen anger att data är jämförbar för alla år utom 2009. Dessa data används för att beskriva kommunernas skilda förutsättningar i de bakgrundsfaktorer som finns med i Öppna jämförelser som andel äldre i kommunen med beviljad hemtjänst i ordinärt boende, andel äldre i kommunen i särskilt boende samt hälsotillstånd och besvär bland hemtjänstmottagare och boende i kommunen. Registret innehåller inte uppgifter om hur många platser som finns i särskilt boende. För att kunna mäta

täckningsgraden i kvalitetsregistret Senior alert som används bland annat på särskilda boenden på patient/brukarnivå har registret istället frågat efter antalet boendeplatser i varje kommun. Alla socialchefer har fått intyga denna siffra. Senior alert kan med hjälp av det analysera hur många av de boende som täcks i registret.

Undersökningen om äldres uppfattning om kvalitet i hemtjänst och äldreboenden

Av 31 indikatorer i öppna jämförelser 2011 kom elva från Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattning om kvalitet i hemtjänst och boenden (Brukarundersökningen). Brukarundersökningen baseras på ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och syftar till att undersöka äldres uppfattning av vården och omsorgen och hur väl insatserna motsvarar äldres behov. Undersökningen har gjorts i tre omgångar. Fram till 2011 var detta en urvalsundersökning, men är nu en totalundersökning.

År 2011 svarade 56 000 individer med hemtjänst i ordinarie boende och 31 000 i särskilt boende på enkäten. Svarsfrekvensen var 67 procent för de med hemtjänst och 54 procent bland de i särskilt boende. Bortfallet är således ganska stort och dessutom besvaras hela 61 procent av enkäterna för personer i särskilt boende av anhöriga eller gode män, vilket framgår av enkäten. 77 procent av de med hemtjänst besvarade enkäten själva. Resultaten från undersökningen måste därför användas med försiktighet. För äldreboenden bör resultatet ses som en samlad bedömning från äldre och anhöriga. (51)

Flera av de som har intervjuats inom utvärderingen har påtalat att det är ett problem för tolkningen av resultaten att det är så stor andel av svaren för äldre i särskilda boende som kommer från anhöriga och att de har andra förväntningar än de äldre själva till exempel på omfattningen och formen för sociala aktiviteter. De har ifrågasatt hur relevant undersökningen blir när det egentligen är brukarens uppfattning som är intressant. Flera har påpekat att anhöriga som kommer på besök på kvällstid får en felaktig bild av boendet och att de dessutom troligen har helt annorlunda förväntningar på exempelvis aktiviteter än vad de boende har: ”vi har inte äldreomsorgen för friska 50-åringar”, som en intervjuad uttryckte det. Till detta bör läggas att det finns starka skäl att tro att bortfallet i Brukarundersökningen inte är slumpmässigt, utan att det är mer sjuka eller de med svårare funktionsnedsättning som är överrepresenterade i bortfallsgruppen.

Enligt Östergötlands regionala analysrapport från 2012 konstateras att resultaten från den nationella brukarundersökningen är viktiga för att länen och kommunerna ska kunna jämföra sig med varandra, samtidigt som de måste

tolkas med viss försiktighet. Det påpekas att det finns behov av ytterligare utveckling och uppföljning just för att fånga de allra äldstas och de mest vård- och omsorgsberoende brukarnas upplevelser av den vård och omsorg som ges. (79)

Det finns ytterligare omständigheter som gör att Brukarundersökningen varit föremål för kritik. Till exempel att frågorna mäter hur det ser ut just vid det givna tillfället och är beroende av hur den äldre mår just den dagen och att det som mäts och betraktas som en indikator för kvalitet i verksamheten inte behöver vara relevant för brukaren eftersom till exempel "kvalitet" eller "självbestämmande" kan vara olika saker för olika personer. De äldre kan också anses vara i beroendeställning gentemot utförarna och det kan komma att påverka svaren (26). En intervjuperson med verksamhetsansvar framförde att det kan vara olika hur mycket de äldre vill komma ut och delta i aktiviteter och "det förutsätts att alla vill delta och då har man tappat bort den enskildes vilja att göra si eller så (...) den enskilde kanske har bott länge ensam och varit nöjd med att komma ut en gång per vecka och att sen bli att bli erbjuden två per dag som en förskola."

En annan kritik har varit mot det "Nöjd-Kund-Index" (NKI) som har använts. I öppna jämförelser har man valt att redovisa några enkätfrågor samt att redovisa ett NKI för de äldres bedömning av omsorgen i sin kommun. Det finns dock flera problem med att använda NKI som mätmetod och för att spegla kvaliteten på insatserna (51). Socialstyrelsen har konstaterat att kritiken, framförallt vad gäller bortfallet, hur enkäten besvaras och problemen med NKI föranleder en metodöversyn av brukarundersökningen. Brukarundersökningen som redovisas i 2012 års rapport är också utformad på ett annat sätt och NKI används inte. Socialstyrelsen har också själv uppmärksammat att resultatredovisning på enhetsnivå är en viktig åtgärd (51). Socialstyrelsen har under 2012 genomfört ett utvecklingsarbete för att göra det enklare för äldre att svara på enkäterna och att kunna beskriva vården och omsorgen på ett bättre sätt.

Kritiken mot Brukarundersökningen har också gett upphov till ansträngningar för att hitta nya metoder för att bättre fånga äldres upplevelser av äldreomsorgen. Myndigheten för vårdanalys har därför fått i uppdrag av regeringen att utveckla och testa en ny kompletterande metod. En viktig komponent i det uppdraget blir även att validera Brukarundersökningen.

Kvalitetsregistren utvecklas snabbt med stöd av prestationsbaserade ersättningssystem

I 2011 års öppna jämförelser – vård och omsorg om äldre användes de tre kvalitetsregistren Senior alert, Riks-Stroke och Svenska palliativregistret. Senior



alert och Svenska palliativregistret ingår i regeringens satsning på de mest sjuka äldre och genom ett prestationsbaserat ersättningsystem stimuleras kommuner och landsting att använda registren.

Regeringens satsning på de mesta sjuka äldre har bland annat innefattat att ta fram nationella riktlinjer för den palliativa vården, utforma nationella indikatorer och stödja utvecklingen av register för palliativ vård. Målet är att 2012 ska mer än 70 procent av alla dödsfall i Sverige registreras i Svenska palliativregistret och mer än 60 procent av de avlidna ha fått ett så kallat brytpunktssamtal. Svenska palliativregistret används av alla de enheter som vårdar människor i livets slut och syftet är att förbättra vården i livets slutskede. Olika uppgifter om den sista veckan i livet för en just avliden människa rapporteras. Både kommuner och landsting registrerar data i Svenska palliativregistret och deltagandet har ökat kraftigt. År 2012 är majoriteten av specialiserade palliativa enheter med och bara några få kommuner står utanför registret. År 2011 täckte registret 53 procent av samtliga dödsfall i landet, det är en ökning med 52 procent från året innan. Fem län och 90 kommuner hade mer än 70 procent täckningsgrad. Men endast en dryg tredjedel av sjukhusdödsfallen registreras i palliativregistret. Täckningsgraden för dödsfall i cancer var 77 procent 2011 och 73 procent för dementa. För demens är inte diagnostiken lika väl tillämpad som för cancer vilket ger en viss osäkerhet i siffrorna. För att göra täckningsgradsberäkningar övergripande för alla vårdformer hämtas veckovis officiella uppgifter ifrån Skatteverket. För slutenvården kan Patientregistret användas för att analysera täckningsgraden, men enligt Svenska palliativregistret finns en viss osäkerhet i detta då landstingen använder gamla vårdensbeteckningar. (60)

I Senior alert ska alla individer som är 65 år eller äldre med någon form av kontakt med vård och omsorg inkluderas. Dessa registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Syftet med registret är att utveckla nya förebyggande arbetssätt för att förebygga skador och främja hälsan hos de äldre personer som söker vård och omsorg. Registret ska skapa förutsättningar för att värdera och jämföra olika enheters arbete (40). År 2012 fanns 16 000 användare av Senior alert och 97 procent av kommunerna var med. Kvaliteten i registrering av riskbedömningar bedöms av intervjupersoner hålla en högre kvalitet än utfallsmåtten, där det finns en underrapportering avseende trycksår och fall. I öppna jämförelser 2011 visades resultaten sammanvägt för förekomst av trycksår, fall och undernäring på grund av osäkerhet i data. Det har varit svårt att göra täckningsgradsanalyser för Senior alert, vilket har beskrivits tidigare i detta kapitel. När antalet vårdplatser på särskilt boende har begärts in från

socialcheferna har det uppmätts att 60 procent av alla vårdplatser på särskilt boende har haft registreringar. Registret har också vidtagit särskilda åtgärder för att inkludera privata utförare.

Riks-Stroke samlar in uppgifter om patientens situation vid insjuknande i stroke, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten efter tre månader och efter ett år. Registret ska bidra till att strokevården håller en hög och jämn kvalitet i alla delar av landet, vara ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete, användas för uppföljning av nationella riktlinjer för strokevård och ge öppen redovisning för olika grupper. Efter att en individ drabbats av en stroke har oftast både kommunen och landstinget ansvar för insatserna. Många äldre personer som har drabbats av stroke bor i särskilt boende eller i ordinärt boende med stöd från hemtjänsten och samverkan mellan huvudmännen är därför viktig. De uppgifter som redovisas i öppna jämförelser-rapporten är resultat från de enkätfrågor som riktas till alla strokepatienter tolv månader efter insjuknandet om funktionsförmåga och nöjdhet med kommunens och landstingets rehabiliteringsinsatser.

Täckningsgraden för Riks-Stroke anges som andel av samtliga vårdtillfällen på sjukhus för akut stroke som registreras i Riks-Stroke baserat på antal förstagångsinsjuknanden registrerade i Riks-Stroke i förhållande till antalet förstagångsinsjuknanden i akut stroke i diagnosregistret för slutenvården. År 2011 var täckningsgraden 90,5 procent men det finns problem med överdiagnostisering och registret anger att om man tar man hänsyn till detta är täckningsgraden på nationell nivå 96,5 procent. (38) Det kan också förekomma slumpmässiga variationer eftersom dataunderlaget är litet i vissa kommuner, vilket är anledningen till att indikatorn redovisas som ett genomsnitt för två år. (67)

De regionala analysrapporterna av öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre har uppmärksammat kvaliteten på de nationella registren. Ett par av regionrapporterna konstaterar att resultaten av analysen på vissa områden måste tolkas med försiktighet på grund av ojämn kvalitet i inrapporterade data. De regionala arbetsgrupperna menar att det finns behov av att diskutera och tolka de data som rapporteras in till nationella register. Som ett resultat av det poängteras värdet av att skapa ett nätverk av personer i kommuner och landsting som ansvarar för förbättringen av inrapportering av data för att öka jämförbarheten av resultaten. I ett par av regionerna var man positivt inställd till det ökade antalet registreringar till Senior alert och Svenska palliativregistret och menar att de på sikt kan ge goda möjligheter att jämföra kvaliteten i vård och omsorg i regionerna (32), (36).

Intervjupersonerna har uppmärksammat att arbetsbelastningen som in-



rapporteringen innebär är ett problem och att det finns behov av inrapporteringssystem som är integrerade med journalsystemen. Ersättningssystemen för rapporteringen till Senior alert och Svenska palliativregistret anses ha ökat täckningsgraden till registren avsevärt men det uppmärksammas också att det finns en risk för att fokus flyttas från att använda registren för förbättringar till att rapportera data för att få ta del av ersättningarna. Öppen resultatpublicering och riskerna med att de används för prestationsbaserad ersättning har varit föremål för debattartiklar, särskilt avseende primärvården de senaste åren (bl.a. (27), (16)). Det finns en risk för att ekonomiska incitament kan slå ut professionella incitament, vilket viss forskning har visat (7). En viktig fråga utifrån det är vad som kommer att hända med rapporteringen när satsningen avslutas, kommer rapporteringen att sjunka eller är registerarbetet vid det laget så väl inarbetat i verksamheterna att så inte blir fallet?

När kvaliteten i registren ökar och indikatorer från fler kvalitetsregister som är relevanta för äldre tas med i öppna jämförelser kan andelen objektiva mått på utfall öka. Det kan också minska rapporteringsbördan av kommun och enhetsenkäten. Ett exempel på det är frågorna om riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som tas in i kommun- och enhetsenkäten (se nästa avsnitt) men också rapporteras på individnivå i Senior alert.

Kommun- och enhetsundersökningen genomförs på olika sätt i kommunerna

I brist på statistik och registerdata gör Socialstyrelsen en egen datainsamling i form av årliga kommunundersökningar. Kommun- och enhetsundersökningens resultat utgör en stor del av innehållet i Äldreguiden men används även i öppna jämförelser-rapporten. Enkäten innefattar landets kommuner, stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö samt enheter i äldreboenden, hemtjänstverksamhet och dagverksamhet. Alla uppgifter på enhetsnivå och flera på kommunnivå bygger på egenrapporterade uppgifter. I undersökningen 2011 deltog 321 kommuner och stadsdelar samt cirka 5200 enheter i äldreboenden, hemtjänst- och dagverksamheter. Undersökningen omfattar sex webbenkäter (26) som skickas via e-post till svarsenheterna och kommunernas kontaktpersoner (54).

En stor andel av de intervjuade har påpekat att Kommun- och enhetsundersökningen har problem med skillnader i inrapportering från kommunerna. Dels skillnader i kodningen, dels skillnader i själva inrapporteringsförfarandet. Flera intervjupersoner har därför sagt att de inte litar på att data är tillräckligt jämförbara. Detta har också uppdragats i Jämtlands läns analysrapport av öppna jämförelser. Där uppmanas att resultaten som bygger på

kommun- och enhetsundersökningen bör tolkas med försiktighet gällande till exempel riskbedömningar då kommunerna har olika system för att registrera och dokumentera detta. Vidare påpekas att allteftersom Senior alert blir mer tillförlitligt kan jämförelserna istället göras utifrån kvalitetsregistret. (37)

Med ökad användning av resultaten kan medvetenheten om vikten av korrekt inrapporterade data öka. Kommunöverskridande jämförelser, exempelvis i de länsvisa kommunsamarbetena, och nationellt metodstöd som SKLs Handbok för öppna jämförelser inom socialtjänsten kan stödja en sådan utveckling.

Brister i kostnadsdata gör det svårt att jämföra effektiviteten – Kommun- och landstingsdatabasen och kommunernas egna undersökningar

De öppna jämförelserna ska avse både kvalitets- och effektivitetsjämförelser. Effektivitetsdata kräver att kvalitetsresultaten kan ställas i förhållande till insatta resurser. I Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre används avvikelse från standardkostnad för att jämföra effektiviteten i kommunerna. Avvikelse från standardkostnad har problem med kodningen enligt vissa intervjupersoner, vilket gör att jämförelser blir osäkra. Flera av de som har intervjuats i urvärderingen har berättat att Öppna jämförelser används i budgetdiskussioner. De kan användas för att jämföra kostnader mellan kommuner och till exempel visa på att en verksamhet är billig i förhållande till en annan kommuns verksamhet eller till andra verksamhetsområden. En av intervjupersonerna påtalade risken med att exempelvis politiker tolkar avvikelse från standardkostnad fel, drar felaktiga slutsatser och vidtar åtgärder som att minska resurserna till en verksamhet med argumentet att en annan kommun utför samma verksamhet till en lägre kostnad med likvärdiga eller bättre resultat.

Kostnad per brukare (KPB) är en metod för kommunens uppföljning av kostnader inom bland annat äldreomsorgen. KPB bygger på en individrelaterad kostnadsredovisning där de olika insatserna har kostnadsberäknats och kopplats till den enskilda brukaren. Därmed skapas goda möjligheter att följa upp och jämföra kostnader mellan olika grupper av brukare. Det är även möjligt att följa enskilda brukare över tid. I dag är cirka 80 kommuner med i KPB. Om KPB utvecklades till fler kommuner skulle det möjliggöra bättre effektivitetsanalyser.

5.5. PROBLEM MED KVALITET I DATA OCH STATISTISK METODIK

I de intervjuer och enkäter som har genomförts inom utvärderingen samt genom andra rapporter och publicerade artiklar har vissa övergripande problem med data och statistik som används i öppna jämförelser uppmärksammats.

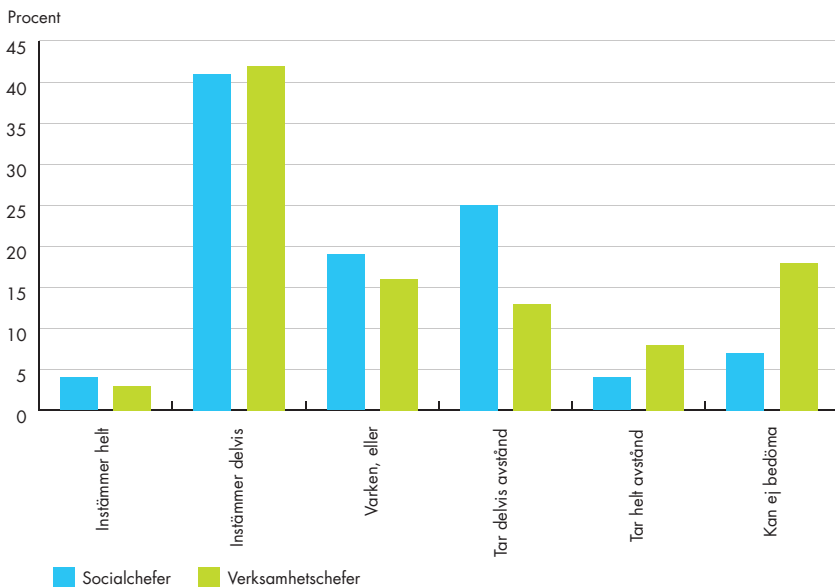


De problem med underliggande data som träder fram mest tydligt är:

- Felrapportering och skillnader i rapportering
- Avsaknad av indikatorer för viktiga dimensioner och problem med utformningen av indikatorer
- Bristande täckningsgrad i register
- Icke analyserade bortfall
- Mätproblem avseende brukarnas uppfattning
- Indikatorer som avspeglar skillnader i befolkningssammansättning snarare än kvalitet i verksamheten

Vi tillfrågade socialchefer och verksamhetschefer i vilken utsträckning de håller med om påståendet att Öppna jämförelser bygger på data av god kvalitet. Ungefär fyra av tio i båda grupperna kunde delvis hålla med om det påståendet medan en av tre socialchefer tog helt eller delvis avstånd från påståendet.

Figur 17. Enkät svar på frågan om Öppna jämförelser bygger på data av god kvalitet.



I vissa av de underliggande registren finns problem med bristande täckningsgrad. Det vill säga hur stor andel av det som registret ämnar följa som det faktiskt fångar. I vissa fall definieras täckningsgrad som hur stor andel av enheterna som utför en viss behandling eller motsvarande som deltar i ett register. Båda är viktiga för att kunna göra korrekta jämförelser.

I nästan alla register och undersökningar finns ett visst bortfall. För att

kunna göra korrekta analyser bör bortfallet analyseras så att det säkerställs att det inte påverkar resultatet. Särskilt för Brukarundersökningen har riskerna med att bortfallet inte är slumpmässigt och att de mest sjuka äldre inte svarar i tillräckligt stor utsträckning uppmärksammas.

Det finns också skillnader i hur man rapporterar, vad som rapporteras och hur olika variabler definieras. Det som oftast påtalas i intervjuerna är befarade skillnader i rapporteringen till kommun- och enhetsundersökningen. Vissa kommuner har också vidtagit särskilda åtgärder för att säkra att det som rapporteras in är korrekt, till exempel genom att kvalitetssäkra inrapporteringen centralt i kommunen. Ett annat exempel på en indikator där skillnader föreligger, enligt några av intervjupersonerna i denna utvärdering, är avvikelse från standardkostnad. En intervjuperson berättade att de hade försökt enas om en gemensam definition inom länsarbetet så att denna indikator skulle kunna bli jämförbar mellan kommunerna.

I en metodrapport om att använda öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård för analyser påpekas att ett stort problem med öppna jämförelser är att indikatorerna kommer från flera nivåer i sjukvårdssystemet. Vissa variabler omfattar landstingsnivå (t.ex. totalkostnader och hälsomått) medan andra baseras på data från olika vårdformer. För att kunna analysera orsaksamband i datamaterialet betonas att det är viktigt att informationen speglar samma nivå eller registreras inom samma vårdform (14). Samtidigt kan det vara värdefullt att öppna jämförelser inkluderar indikatorer som synliggör systemets problem med att särskilt äldre faller mellan stolarna mellan huvudmän, vårdgivare och omsorgsutförare. Indikatorer som är beroende av samverkan mellan dessa och att vården och omsorgen organiseras utifrån brukaren kan därför tjäna ett viktigt syfte.

De problem med presentation av data och statistisk bearbetning som framträder tydligast i materialet är:

- Svårigheter att hantera data från små kommuner med få observationer
- Kritik mot Nöjd-Kund-Index
- Problem med att få jämförbara data över tid då indikatorerna förändras
- Bristande aktualitet i jämförelserna
- Avsaknad av viktning för skillnader i vårdtyngd och befolkningssammansättning
- Avsaknad av målnivåer och absoluta värden

För att indikatorer ska redovisas i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre har Socialstyrelsen och SKL bestämt att indikatorerna i fråga ska byggas



på data som omfattar uppgifter för alla eller större delen av landets kommuner. Dessutom ska det för en kommun finnas minst 30 observationer bakom en indikator. Detta är en gräns som är satt för att kunna göra säkra jämförelser och antaganden utifrån data. Då ett antal av kommunerna i Sverige är mycket små kan det samlade antalet personer som finns på särskilt boende vara färre vilket har inneburit att kommuner som har rapporterat in data från brukare till den nationella patientenkäten och till kvalitetsregistren inte har fått data redovisade i rapporten. Data har dock redovisats i tabeller på webben. Personer som har intervjuats i utvärderingen har uppmärksammat problematiken kring dessa avvägningar då man vill uppmuntra användning av data och jämförelser och samtidigt måste exkludera vissa kommuner av datakvalitetsskäl. Detta gäller främst indikatorer från kvalitetsregistren och Brukarundersökningen avseende boenden. För redovisningen av Brukarundersökningen är det cirka 35 kommuner som inte redovisas i rapporten på grund av detta. En intervjuperson påtalade att detta blir ett outnyttjat verktyg för kommunen, man samlar ihop data men får inte tillbaka resultaten och då kanske kommunen måste utveckla ett eget verktyg istället. Det riskerar också att snedvrیدا det sammanslagna nationella resultatet om små kommuner exkluderas.

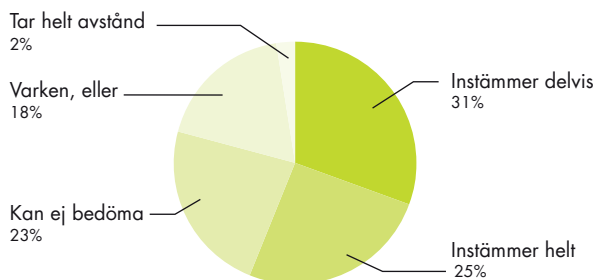
Datakällorna som används i öppna jämförelser utvecklas snabbt och det sker en kontinuerlig förbättring av indikatorerna. Från 2013 kommer Brukarundersökningen och Äldreguiden att se annorlunda ut. Det kommer troligen att öka kvaliteten och användbarheten men det försvårar för jämförelser över tid när indikatorerna förändras.

När socialchefer och verksamhetschefer tillfrågades om de anser att öppna jämförelser är tillräckligt aktuella för att vara användbara i den egna verksamheten svarade 57 respektive 40 procent att de instämmer helt eller delvis i detta påstående och 23 respektive 16 procent tar helt eller delvis avstånd från det påståendet. Bristande aktualitet i data har också uppmärksamats av några intervjupersoner.

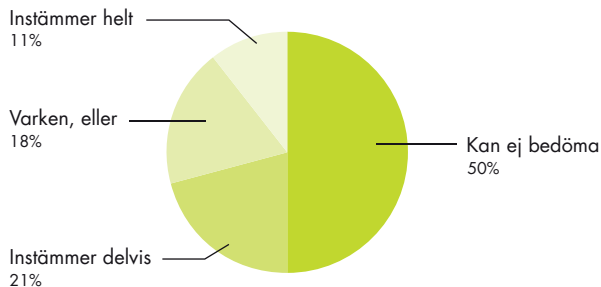
Ett problem som uppmärksamats för jämförelserna på hälso- och sjukvårdens områden är att det anses att vissa indikatorer borde justeras för skillnader i vårdtyngd. Även inom vården och omsorgen om äldre råder skillnader mellan olika utförare i vårdtyngd och mellan kommuner i befolkningssammansättning. Det råder till exempel stora skillnader mellan kommuner och boenden i hur länge brukare bor på ett boende. Analyser av Brukarundersökningen har visat att de äldres socioekonomiska status har mindre betydelse för uppfattningen om äldreomsorgen än deras hälsa och allmänna hälsotillstånd samt oro och ångest (våra egna regressionsanalyser visar samma resultat för en större del av indikatorsetet; se bilaga på www.vardanalys.se). Dessutom har födelseland en

viss betydelse. Problem med skillnader i vårdtyngd har inte uppmärksammats i intervjuerna i någon större omfattning. Bland socialcheferna i kommunerna håller drygt hälften helt eller delvis med om att resultaten borde justeras för befolknings- och brukarsammansättning (se Figur 18). Bland de verksamhetschefer som har besvarat enkäten är andelen som instämmer betydligt mindre och ungefär hälften anser att de inte kan göra en bedömning om det (se Figur 19).

Figur 18. Enkät svar från socialchefer om öppna jämförelser borde presentera resultaten justerade för skillnader i befolknings- och brukarsammansättning (s.k. case-mix justering).



Figur 19. Enkät svar från verksamhetschefer om öppna jämförelser borde presentera resultaten justerade för skillnader i befolknings- och brukarsammansättning (s.k. case-mix justering).



5.6. ÖPPNA JÄMFÖRELSE SYNLIGGÖR BRISTER I DATA OCH MANÅR TILL FÖRBÄTTRING

Öppna jämförelser är enligt strategin tänkt att skapa incitament för att rapportera rätt data och därmed få en mer faktabaserad diskussion om verksamheterna. Eftersom det finns flera stora pågående satsningar för att förbättra datainsamlingen kring vård och omsorg om äldre är det svårt att göra en bedömning av vilken effekt öppna jämförelser har haft på datakvaliteten. Satsningen på de mest sjuka äldre omfattar ett prestationsbaserat ersättnings-

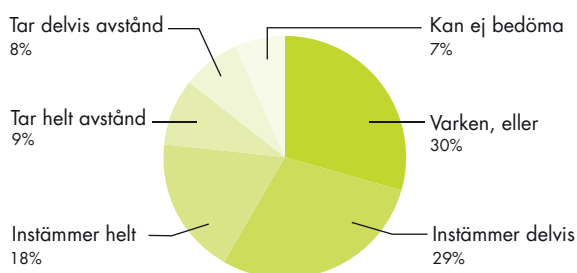


Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt

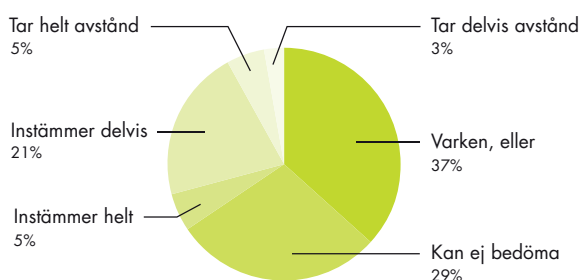
system för att öka datafångsten och användandet av data inom vård och omsorg om äldre. I överenskommelsen mellan regeringen och SKL från 2010 avsattes 50 miljoner att fördelas till kommuner och landsting för rapporteringen till Svenska palliativregistret och 50 miljoner kronor för rapporteringen till Senior alert under 2010. Denna prestationsbaserade ersättning har fortsatt årligen med en del justeringar. Rapporteringen till Svenska palliativregistret och Senior alert har också ökat rejält under dessa år. Sedan 2012 är även registren Svenska demensregistret och BPSD med i satsningen. Dessa register redovisar dock indikatorer i Öppna jämförelser först i 2012 års rapport.

När socialcheferna i landets kommuner tillfrågades om de anser att rapporteringen till olika register har förbättrats som en konsekvens av öppna jämförelser instämmer knappt hälften helt eller delvis. Av de verksamhetschefer som besvarade enkäten instämmer endast en fjärdedel helt eller delvis i att öppna jämförelser har bidragit till en ökad rapportering och användning av kvalitetsregistren (se Figur 20 och 21).

Figur 20. Enkät svar från socialchefer på frågan om öppna jämförelser har bidragit till en ökad användning av och rapportering till något eller några av de nationella kvalitetsregistren och övriga register.



Figur 21. Enkät svar från verksamhetschefer på frågan om öppna jämförelser har bidragit till en ökad användning av och rapportering till något eller några av de nationella kvalitetsregistren samt övriga register.



Genom intervjuerna har det också uppmärksammats att i och med inrapporteringen till den nationella brukarenkäten och med öppna jämförelser så har också kommunernas efterfrågan på resultat ökat.

5.7. ANALYS OCH SLUTSATSER

För öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre är datatillgången begränsad och indikatorerna täcker inte alla viktiga aspekter för de äldre. Det finns betydande luckor i indicatorsammansättningen utifrån Socialstyrelsens ramverk för god omsorg. Likaså finns det stora luckor i indicatorsammansättningen i Äldreguiden utifrån vad äldre vill veta i samband med val. Information som är relevant i valsituationer saknas på enhetsnivå men Socialstyrelsen arbetar nu för att kunna redovisa fler indikatorer i Äldreguiden på enhetsnivå.

En stor del av öppna jämförelser baseras på Socialstyrelsens Brukarundersökning som syftar till att mäta de äldres egna bedömningar av vården och omsorgen. Undersökningen har både mätproblem och problem med bortfall i vissa grupper, särskilt för de mest sjuka äldre. Socialstyrelsen har gjort ett utvecklingsarbete för att göra det enklare för äldre att svara på enkäterna och att kunna beskriva vården och omsorgen på ett bättre sätt. 2013 kommer Brukarundersökningen också utgöras av en totalundersökning, vilket kommer göra det möjligt att redovisa resultat på enhetsnivå i Äldreguiden. Vårdanalys uppdrag att utveckla en fristående, kompletterande metod för att få äldre att förmedla hur de uppfattar sin vård, samt att göra en jämförelse med Brukarundersökningen, kan också ge indikationer på eventuella systematiska skillnader och likheter i resultat. Detta kan i sin tur ge viktig kunskap som kan leda till ytterligare metodförbättringar.

Öppna jämförelser skulle behöva kompletteras med fler objektiva indikatorer för att ge en mer allsidig bild av vården och omsorgen om äldre. Stora ekonomiska satsningar på de mest sjuka äldre och ett ökat intresse från kommunerna för jämförande data har gjort att register utvecklas i snabb takt på äldreområdet. Detta ger förutsättningar att kunna öka antalet mer objektiva resultatindikatorer. Det är också viktigt att detta balanseras med fler omsorgsinriktade indikatorer.

För att få tillförlitliga data krävs att täckningsgraden ökar för de register som redan är med i öppna jämförelser och i de register på äldreområdet som ännu inte är med i öppna jämförelser. De prestationsbaserade ersättningsystemen som regeringen använder för att öka användningen av registren har haft en stor effekt på registrens täckning. Denna effekt är troligtvis större än effekten av öppna jämförelser. Med det finns en risk att användningen och



rapporteringen vänder nedåt om de ekonomiska incitamenten tas bort.

Kommunerna har ett intresse för de öppna jämförelserna, men det råder osäkerhet om alla data i dagsläget håller tillräcklig kvalitet för att göra jämförelser. Socialchefer och verksamhetschefer är tveksamma till kvaliteten på grunddata. I intervjuer och rapporter från kommunerna finns en uttalad efterfrågan på högre kvalitet i data, särskilt uppmärksammas skillnader i inrapportering till Kommun- och enhetsundersökningen som ett problem. Högre datakvalitet och ökat användande går hand i hand. Genom att främja analyser och användning av resultaten i verksamhetsförbättring synliggörs dataproblem. Det är svårt att kvalitetssäkra registerdata och undersökningar genom samkörningar då grunddata motsvarande Socialstyrelsens Patientregister för slutenvården i stor utsträckning saknas för vård och omsorg om äldre.

En annan utmaning är att ge en allsidig bild av vården och omsorgen om äldre utifrån den äldres situation och därmed innefatta mått både på kommunernas och landstingens verksamheter och hur de fungerar tillsammans utifrån den äldres behov. Indikatorer som är beroende av att vårdgivare, utförare och huvudmän samverkar kring den äldre bör användas. Risken är dock att vissa indikatorer uppfattas som landstingsägda och vissa som kommunägda – även om de speglar den samlade kvaliteten av kommunernas och landstingens insatser för de äldre och förutsätter ett delat ansvarstagande för att förbättra vårdprocesser tvärs huvudmannagränserna. Att Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre uppfattas som kommunernas produkt och är användbar för dem är betydelsefullt för kunskapsstyrningen i kommunerna som tidigare haft mycket lite data att använda för jämförelser, benchmarking och förbättringsarbete. Vi uppfattar det som att relevansen för kommunerna av denna anledning har prioriterats.

Förutom att göra avvägningar mellan sjukvårds- och omsorgsinriktade indikatorer finns också skillnader i behov och förutsättningar mellan kommunerna, vilket påverkar utformningen av öppna jämförelser. Exempelvis finns en motsättning mellan att presentera jämförelser av hög kvalitet och att presentera data som är användbara ur den enskilde kommunens perspektiv. Indikatorer med få observationer exkluderas (under 30) i öppna jämförelser vilket innebär att resultat inte alltid redovisas för små kommuner.

Den snabba utvecklingen av datakällor och indikatorerna medför ett tydligt dilemma i arbetet med öppna jämförelser; å ena sidan är det nödvändigt att kontinuerligt förbättra och utveckla nya indikatorer då det kommer leda till bättre jämförelser, å andra sidan medför det betydande svårigheter att följa resultaten över tid och mäta resultatet av förbättringsarbetet. Inriktningen att fortsatt fokusera på utveckling är nödvändig, men följderna blir att det ome-

Tillgången till jämförbara data har varit liten men utvecklas i snabb takt

delbara värdet av öppna jämförelser minskar under uppbyggnadsfasen. Det är också nödvändigt att datakvalitetsarbetet går i takt med det ökade användandet av resultaten, det finns annars risk för att felaktiga bedömningar görs baserat på öppna jämförelser.



Organisationen för öppna jämförelser fungerar förhållandevis väl

Organisationen för öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre fungerar väl trots att SKL och Socialstyrelsen har olika roller och mandat. Många olika satsningar och uppdrag påverkar och förstärker öppna jämförelser-arbetet men gör den nationella styrningen svåröverblickbar. Att socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla öppna jämförelser och tillhandahålla Äldreguiden gör rollfördelningen klarare.

Arbetet med öppna jämförelser baseras dels på flera regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, dels på en överenskommelse mellan Socialstyrelsen och SKL om att publicera indikatorer för vård och omsorg om äldre i en gemensam rapport, Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre.

Socialstyrelsen fick 2009 ett femårigt uppdrag som går ut på att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka tillgången till data av god kvalitet inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Målet med uppdraget är att det ska finnas lättillgängliga, användbara och tillförlitliga jämförelser av socialtjänstens och hemsjukvårdens resultat, kvalitet och effektivitet. Jämförelserna ska även ta hänsyn till olika intressenters behov.

Som utgångspunkt för arbetet med öppna jämförelser har Socialstyrelsen, Socialdepartementet, SKL, Vårdföretagarna samt Famna tagit fram en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Strategin syftar till att peka på viktiga utvecklingslinjer för det kommande arbetet med att utveckla och effektivisera öppna jämförelser. (44)

Baserat på den nationella strategins riktlinjer tog Socialstyrelsen fram en



handlingsplan för utvecklingen av öppna jämförelser inom äldreomsorg och hemsjukvård. I handlingsplanen presenteras ett antal delmål som till exempel att ta fram och publicera fler målgruppsanpassade nationella indikatorer på kvalitet, utveckla den officiella statistiken kring behov, insatser och kvalitet, se till att analyser av data finns tillgängliga via webben samt arbeta för att sprida resultaten till berörda målgrupper. (50)

Ett annat centralt uppdrag på området är regeringens satsningar för att förbättra vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppdraget till Socialstyrelsen innefattar ett antal olika projekt varav ett är att utveckla indikatorerna för mest sjuka äldre inom ramen för öppna jämförelser. Regeringen har även, genom Socialstyrelsen, sedan 2007 bidragit med stimulansmedel till kommuner och landsting för deras arbete med kvalitetshöjande åtgärder inom äldreomsorgen. Sedan 2010 har systemet med stimulansmedel omorganiserats till ett mer prestationsbaserat system. Omorganiseringen bygger på ett samarbete mellan regeringen och SKL för att stödja förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre. I och med detta infogades bland andra ökande krav på dokumentation och inlämning av statistikuppgifter från kommuner och landsting.

SKL har fått medel från regeringen för att ta fram och sprida verktyg för att analysera resultaten i öppna jämförelser. Arbetet bygger på en överenskommelse mellan regeringen och SKL om att utveckla evidensbaserad praktik för att skapa bättre förutsättningar för socialtjänstens möjligheter att använda relevant kunskap och informationsteknik för att resurserna ska fördelas efter vad de gör mest nytta.

SKL har även tillsammans med FoU Västerbotten, Memeologen i Västerbotten, kommunerna Umeå, Lycksele och Nordmaling tagit fram en analys-handbok som är tänkt att bidra med kunskap om hur kommunerna kan använda öppna jämförelser för att satsa på förbättringsarbete och analysera sina resultat (64).

6.1. RAPPORTEN ÖPPNA JÄMFÖRELSE TAS FRAM I SAMARBETE MEL- LAN SOCIALSTYRELSEN OCH SKL

Det finns en samordningsgrupp för nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Medlemmar i gruppen är statssekreterarna på Socialdepartementet med ansvar för hälso- och sjukvård, folkhälsa, socialtjänst och socialförsäkring, generaldirektören för Socialstyrelsen, generaldirektören för Statens folkhälsoinstitut, verkställande direktören på Sveriges Kommuner och Landsting,

Famnas generalsekreterare och Vårdföretagarnas förbundsordförande.

Det finns även samordningsgruppen för öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården med generaldirektören för Socialstyrelsen samt berörd avdelningschef och enhetschef, verkställande direktören på Sveriges kommuner och landsting samt berörd avdelningschef och enhetschef, Famnas representant och Vårdföretagarnas representant.

Det finns en arbetsgrupp med representanter från både Socialstyrelsen och SKL som hjälps åt att ta fram rapporten med hjälp av data från respektive part. Dessutom finns det en beredningsgrupp för öppna jämförelser där berörda enhetschefer och samordnare på Socialstyrelsen och SKL samt representanter från Famna och Vårdföretagarna ingår.

Vid Socialstyrelsen ansvarar enheten för öppna jämförelser på Avdelningen för statistik och utvärdering för arbetet med att ta fram öppna jämförelser. Förutom enhetschefen har enheten 17 medarbetare som bland annat har ansvar för alla områden inom öppna jämförelser samt Äldreguiden. Den sistnämnda är ett specifikt uppdrag till Socialstyrelsen liksom den nationella Brukarundersökningen.

Regeringen har avsatt cirka 10 Mkr årligen för utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten. Enligt Socialstyrelsen utgörs den största posten av Brukarundersökningen på cirka 8,5 Mkr per år. SKL får inom ramen för evidensbaserad praktik 5,5 miljoner för arbetet med att stödja länen i deras arbete att analysera och ta del av resultaten från öppna jämförelser.

För själva rapporten finns ingen direkt separat finansiering från regeringen utan arbetet genomförs med stöd av olika delar av de olika uppdragen och samarbetena.

6.2. SAMARBETET MELLAN SKL OCH SOCIALSTYRELSEN FUNGERAR VÄL

Enligt de som intervjuats i samband med organisationsutvärderingen fungerar organisationen väl för att ta fram data och sammanställa och publicera rapporter. Den stora betydelsen av samsarbetsorganisationen är enligt de intervjuade att den säkerställer produktionen av öppna jämförelser. När väl informationen gjorts tillgänglig och tyngdpunkten förskjuts att stimulera till utveckling i kommuner och landsting minskar organisationen i betydelse. Det blir i huvudsak en uppgift för SKL att skapa den rörelsen.

Inom Socialstyrelsen framhåller man att den interna organisationen är ändamålsenlig, slimmad och effektiv. Att enheten för öppna jämförelser ingår i Avdelningen för statistik och utvärdering anses vara en fördel, eftersom kompetenser och resurser är samlade och kan utnyttjas flexibelt. Samarbetet



är viktigt men det faktum att organisationerna har olika mål och roller bör uppmärksammas.

Socialstyrelsen och SKL är organisationer med olika roller och uppdrag. Socialstyrelsen är en *myndighet* som rapporterar till Socialdepartementet. Myndigheten har bland annat ett centralt uppdrag inom tillsyn (från och med den 1 juni 2013 kommer tillsynsverksamheten att bedrivas i en separat myndighet). Socialstyrelsens högsta prioritet i arbetet med öppna jämförelser är datakvalitet och jämförbarhet. Öppna jämförelser betonas som ett redskap för transparens. SKL är en *intresseorganisation* med uppgift att stödja medlemmarna. Det viktigaste är att främja användandet av data från öppna jämförelser.

Processen kring produktionen rapporten av Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL och båda parterna uppger att de ser positivt på samarbetet. Både Socialstyrelsen och SKL anser sig dock ha olika roller och intressen. I de intervjuer med kommunföreträdare som har gjorts inom utvärderingen har det framkommit att det ses som positivt att samarbetet mellan myndigheterna har förbättrats och att det är bra att de numera ger ut en gemensam rapport.

Enligt några intervjupersoner är det mindre diskussioner i arbetet med att ta fram Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre än det är inom öppna jämförelser inom hälsa och sjukvård. Detta beror på att diskussionerna i huvudsak har handlat om kvaliteten på de data som används och att det inom äldreomsorgen inte finns lika mycket data ”att vara oense om kvaliteten på”. Detta gör att de data som finns värderas på ett annat vis än inom hälsa och sjukvård där det finns mer information att ta ställning till.

6.3. REGIONALA ANALYSSAMARBETEN

Som en del av överenskommelsen mellan regeringen och SKL ska de sistnämnda hjälpa till att utveckla analysverktyg för att stödja länen i deras arbete med att tillgodogöra sig resultaten av öppna jämförelser. Med anledning av detta har SKL organiserat nio regionala projekt där man arbetar för att stödja kommunerna i att analysera och använda sina resultat. SKL har, ibland tillsammans med Socialstyrelsen, genom konferenser och informationsträffar stöttat arbetet med att ta till sig informationen från öppna jämförelser. Det har hittills resulterat i fem regionala rapporter som på olika vis har behandlat användningen av öppna jämförelser på kommun och landstingsnivå.

6.4. ANALYS OCH SLUTSATSER

Samarbetet mellan de två organisationerna som står bakom öppna jämförelser, SKL och Socialstyrelsen, fungerar över lag väl, trots att de har delvis olika roller och intressen som kan vara svåra att förena. Vi bedömer också att den nuvarande organisationen lyckats producera öppna jämförelser på ett givet förutsättningarna rimligt effektivt sätt. Organisationen driver utvecklingen framåt i relativt snabb takt och den begränsande faktorn är främst tillgången på bättre data.

Regeringens styrning av öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre är inte helt överblickbar och består av flera olika, delvis överlappande regeringsuppdrag tillsammans med en överenskommelse mellan SKL och Socialstyrelsen. Trots det verkar det ändå vara tydligt för de inblandade vad som ska produceras och vad som ingår i Socialstyrelsens olika uppdrag.

Till skillnad från öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård är det inom Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre mindre diskussion kring vilken information och data som ska användas för att ta fram rapporten. Det beror på att det inom hälsa och sjukvårdsområdet finns avsevärt mer data att ta ställning till vilket gör att Socialstyrelsen kan ta en större roll som kvalitetskontrollant i samarbetet. Inom äldreomsorgsområdet finns inte lika mycket data att välja bland. Det medför att organisationerna tillsammans försöker göra det mesta av de data som finns vilket ger ett mer friktionsfritt samarbete.

SKL har skapat en organisation kring regionala analyser av öppna jämförelser för att uppmuntra till praktiskt användande av resultaten. Det har i stora delar varit framgångsrikt. Framförallt förefaller mindre kommuner haft nytta av de regionala analyserna.



7.1. INTERVJUER

Centralt placerade nyckelpersoner och registerhållare som intervjuats är Lena Lindgren, Göteborgs universitet, Kjell Asplund, Riks-Stroke, Joakim Edvinsson, Senior alert, Tilsith Lacouture och Peter Nilsson från SKL samt Marianne Lidbrink, Karin Nyqvist och Mona Heurgren från Socialstyrelsen. En journalist intervjuades: Per Gunnar Holmgren.

I Aneby kommun intervjuades Jimmy Henriksson, Miriam Markusson Berg, Henrik Ahlgren och Lars Wier. I Solna kommun intervjuades Elisabet Sundelin och Annika Wiechel. I Lycksele kommun intervjuades Christer Ekbäck, Eva Sandgren, Ulrika Jonsson, Marie-Louise Johansson och Berith Westman. I Norrköping kommun, slutligen, intervjuades Eva Abrahamsson, Lars Carlsson och Mona Olsson.

Pensionärsföreträdare från nationella och lokala föreningar i Lund, Malmö, Linköping, Stockholm, Umeå, Uppsala och Örebro intervjuades: Gunnar Degerman (SPF), Gunvor Pettersson (SPRF), Guy Lööv (PRO), Sam Sandberg (SKPF), Percy Westerlund (KPR, UPS), Lars Wettergren (KPR), Åke Lexell (KPR, PRO), Anette Sandgren (KPR, SKPF), Karl-Axel Johansson (KPR, RPG), Inge Edman (KPR, SPRF), Sven Nilsson (KPR, PRO), Bengt Magnusson (KPR, SPF), Arne Harrysson (KPR, SPF), Sven Englesson (KPR, PRO), Eva Salin (KPR, SPF), Kerstin Karlsson (KPR, SKPF), Göte Pettersson (KPR, SPF), Kerstin Thuresson (SPF), Malte Lindborg (KPR, PRO), Margareta Salin (SPF), Gunnar Moen (KPR, RPG), Ann-Gret Dahllöf (KPR, SPF), Stig Källström (PRO), Sven Karlsson (PRO), Bengt Carlsson (PRO), Kerstin Sollander (SPF) och Peggy-Ann Svensson (SPF).

7.2. ENKÄTER

Enkät till socialchefer:

1. BAKGRUNDSINFORMATION

1.1. I vilken kommun arbetar du?

2. ÖPPNA JÄMFÖRELSE – VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE

2.1 Ange hur din kommun bedömer nedanstående påståenden. Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre...

- Är användbart för att identifiera förbättringsområden
- Är användbart för att bedriva förbättringsarbete i vården och omsorgen om äldre i kommunen
- Har bidragit till ett ökat intresse hos kommunledningen för kvalitetsfrågor inom vård och omsorg om äldre
- Har bidragit till kvalitetsförbättring i vår kommuns vård och omsorg om äldre
- Är användbart för styrning och ledning i vår kommun
- Har lett till oönskade konsekvenser eller haft en negativ effekt i något avseende
- Är användbart i dialogen mellan ledningen och verksamhetsansvariga
- Speglar på ett korrekt sätt verksamheten och resultaten som uppnås i vår kommun
- Borde presentera resultaten justerade för skillnader i befolknings- och brukarsammansättning (s.k. case-mix justering)
- Bygger på data av god kvalitet
- Bygger på data med tillräcklig aktualitet för att vara användbart
- Har bidragit till en ökad användning av och rapportering till något eller några av de nationella kvalitetsregistren och övriga register (till exempel Senior alert, Svenska palliativregistret, Riks-stroke, Patientregistret, Läke medelsregistret)
- Är användbart för befolkningen för att göra bedömningar om hur väl vård och omsorg fungerar i en kommun

Svarsalternativ:

- Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Varken, eller
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Kan ej bedöma
-

2.2. Vilka två områden skulle din kommun särskilt prioritera att öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre utvecklas inom? Kryssa två områden.

Svarsalternativ:

- Ökad datakvalitet
- Aktualitet i data
- Sammanvägda indikatorer eller index som täcker bredare områden i syfte att beskriva en hel verksamhet med ett litet antal mått
- Målgruppsanpassade publiceringsformer
- Analysstöd från nationell nivå (exempelvis från SKL)
- Analysstöd från regional nivå (exempelvis från regionala samarbeten där kommuner gör länsvisa analyser)
- Jämförelser på enhetsnivå t.ex. boenden
- Utveckling av målrelaterade indikatorer, som anger vilka kriterier som krävs för att ett visst mål ska anses vara uppnått
- Fler indikatorer som speglar kvalitet och effektivitet för hela vård- och omsorgskedjor
- Jämförelser över tid för indikatorerna på kommunnivå

2.3. Finns det något/några ytterligare områden där din kommun anser att öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre behöver utvecklas?

2.4. Används indikatorer som publiceras i öppna jämförelser i någon form av ersättnings-system för vård- eller omsorgsutförare i din kommun? (Ett bra värde på en indikator ger en högre ersättning och/eller ett sämre värde ger en lägre ersättning)

Svarsalternativ:

- Ja
- Nej
- Vet ej

2.5. Om ja på föregående fråga har de indikatorer som används i ersättningsystemet valts ut på grund av att de finns med i öppna jämförelser?

Svarsalternativ:

- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

2.6. Vad anser din kommun om antalet indikatorer i öppna jämförelser av vård och omsorg för äldre?

Svarsalternativ:

- De är för många
- De är lagom många
- De är för få

3. ÄLDREGUIDEN

3.1. Anser Du att Äldreguiden...

- a) Är användbar för en brukare att göra bedömningar om hur väl vården och omsorgen för äldre fungerar på ett visst äldreboende
- b) Är användbar för brukare att välja äldreboende
- c) Är användbar för brukare att välja utförare av hemtjänst
- d) Är användbar för anhöriga till brukare att välja äldreboende
- e) Är användbar för anhöriga till brukare att välja utförare av hemtjänst
- f) Är användbar för media att göra bedömningar om hur väl vården och omsorgen fungerar i en kommun
- g) Innehåller indikatorer som är relevanta för brukare
- h) Innehåller indikatorer som baseras på data av god kvalitet

Svarsalternativ:

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Varken, eller
- Tar delvis avstånd
- Tar helt avstånd
- Kan ej bedöma

3.2. Använder biståndshandläggarna i din kommun Äldreguiden som ett underlag för att stödja brukares val av utförare?

Svarsalternativ:

- Ja
 - Nej
 - Delvis
 - Vet ej
-

3.3. Om nej: Varför använder inte biståndshandläggarna Äldreguiden som ett underlag för att stödja brukares val av utförare?

3.4. Anser din kommun att det är en bra idé att presentera indikatorbaserade jämförelser som stöd för brukares val av vård och omsorg?

Svarsalternativ:

- Ja
 - Nej
 - Vet ej
-

3.5. Övriga kommentarer:

Enkät till verksamhetschefer:

1. VERKSAMHET

1.2. Vad är din befattning?

- a) Områdeschef eller motsvarande
- b) Chef för äldreboende (kommunalt eller privat ägd)
- c) Chef för hemtjänstverksamhet (kommunalt eller privat ägd)
- d) Chef för dagverksamhet (kommunalt eller privat ägd)
- e) Annat
 - 1.1. Om annat: Ange vad

2. ÖPPNA JÄMFÖRELSE – VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE

2.1. Känner du till SKL:s och Socialstyrelsens Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre?

Svarsalternativ:

- Ja
- Nej

2.2. Ange hur du bedömer nedanstående påståenden. Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre...

- a) Är användbart för att identifiera förbättringsområden i min verksamhet
- b) Är användbart att bedriva förbättringsarbete i vården och omsorgen om äldre i min verksamhet
- c) Har bidragit till ett ökat intresse för kvalitetsfrågor inom vård och omsorg om äldre
- d) Har haft en positiv effekt på kvaliteten och/eller effektiviteten i min verksamhet
- e) Har lett till oönskade konsekvenser eller haft en negativ effekt i något avseende
- f) Är användbart i dialogen mellan mig och mina medarbetare
- g) Är användbart i dialogen mellan mig och mina chefer/kommunledning
- h) Speglar på ett korrekt sätt verksamheten och resultaten som uppnås i min verksamhet
- i) Borde presentera resultaten justerade för skillnader i befolknings- och brukarsammansättning (s.k. case-mix justering)
- j) Har bidragit till en ökad användning av och rapportering till något eller några av de nationella kvalitetsregistren samt övriga register (till exempel Senior alert, Palliativregistret, Riksstroke, Patientregistret, Läkemedelsregistret)
- k) Bygger på data med tillräcklig aktualitet för att vara användbart i min verksamhet
- l) Bygger på data av god kvalitet
- m) Är användbart för befolkningen att göra bedömningar om hur väl vård och omsorg fungerar i en kommun

Svarsalternativ:

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Varken, eller
- Tar delvis avstånd
- Tar helt avstånd
- Kan ej bedöma

2.3. Kommentar:

3. ÄLDREGUIDEN

3.1. Känner du till Socialstyrelsens Äldreguiden?

Svarsalternativ:

- Ja
 - Nej
-

3.2. Ange hur du bedömer nedanstående påståenden. Äldreguiden...

- a) Är användbar för en brukare att göra bedömningar om hur väl vården och omsorgen för äldre fungerar på ett visst äldreboende
- b) Är användbar för en brukare att välja äldreboende
- c) Är användbar för en brukare att välja utförare av hemtjänst
- d) Är användbar för en anhörig till brukare att välja äldreboende
- e) Är användbar för en anhörig till brukare att välja utförare av hemtjänst
- f) Innehåller indikatorer som är relevanta för brukare och deras anhöriga
- g) Innehåller indikatorer som baseras på data av god kvalitet

Svarsalternativ:

- Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Varken, eller
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Kan ej bedöma
-

3.3. Kommentar:

Referenser

1. Barr JK, Bernard SL, Sofaer S, Giannotti TE, Lenfestey NF, Miranda DJ. Physicians' views on public reporting of hospital quality data. *Medical care research and review : MCRR*. 2008;65:655–73.
2. Barr JK, Giannotti TE, Sofaer S, Duquette CE, Waters WJ, Petrillo MK. Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. *Health services research*. 2006;41:663–82.
3. BBC News, 2003, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3235349.stm>
4. Bundorf MK, Chun N, Goda GS, Kessler DP. Do markets respond to quality information? The case of fertility clinics. *Journal of health economics*. 2009;28:718–27.
5. Cacace M, Ettelt S, Brereton L, Pedersen J, Nolte E. How health systems make available information on service providers – experience in seven countries. RAND Corporation, 2011.
6. Chen Y, Meinecke J. Do health care report cards cause providers to select patients and raise quality of care? Centre for Economic Policy Research, Research School of Economics, Australian National University, 2012.
7. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological bulletin*. 1999;125:627–68; discussion 92–700.
8. Epstein AJ. Performance measurement and professional improvement. I: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, redaktörer. Performance measurement for health system improvement – experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
9. FoU RV. Regional rapport öppna jämförelser 2011:01 vård och omsorg om äldre. 2011

10. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of internal medicine*. 2008;148:111–23.
11. Guru V, Fremes SE, Naylor CD, Austin PC, Shrive FM, Ghali WA, et al. Public versus private institutional performance reporting: What is mandatory for quality improvement? *American heart journal*. 2006;152:573–8.
12. Hafner JM, Williams SC, Koss RG, Tschurtz BA, Schmaltz SP, Loeb JM. The perceived impact of public reporting hospital performance data: Interviews with hospital staff. *International journal for quality in health care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / IS-Qua*. 2011;23:697–704.
13. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*. 2012;6:CD000259.
14. Janlöv N, Emtinger BG, Magnusson M, Rehnberg C. Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – en metodstudie baserad på öppna jämförelser. *Sveriges Kommuner och Landsting*, 2008
15. Jämtlands läns landsting. Äldre i jämtlands län – en redovisning av ett urval av indikatorer utifrån öppna jämförelser – gemensamma för kommunerna och landstinget inom äldreområdet. 2011.
16. Järhult B. Kärnan i läkekonsten trängs bort. *Läkartidningen*. 2012;109:1269.
17. Kang HY, Kim SJ, Cho W, Lee S. Consumer use of publicly released hospital performance information: Assessment of the national hospital evaluation program in Korea. *Health policy*. 2009;89:174–83.
18. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane database of systematic reviews*. 2011:CD004538.
19. Konkurrensverket. Kommunernas valfrihetssystem – så fungerar konkurrensen. Delrapport till regeringen. 2012
20. KPMG Bohlins AB. Konkurrensutsättning inom hemtjänst och primärvården, rapport skriven på uppdrag av Konkurrensverket. 2009
21. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31:220–7.
22. Laschober M, Maxfield M, Felt-Lisk S, Miranda DJ. Hospital response to public reporting of quality indicators. *Health care financing review*. 2007;28:61–76.

23. Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: Avoiding institutional stigma. *Lancet*. 2004;363:1147–54.
24. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England journal of medicine*. 2007;356:486–96.
25. Lindgren L. När den omätbara kvaliteten måste mätas. [Power point presentation].
26. Lindgren L. Öppna jämförelser – ett styrmedel i tiden eller ”hur kunde det bli så här?”. FoU Rapport. FOU Väst, 2012
27. Ljung R. Ekonomiska incitament ger risk för datamanipulation. *Läkartidningen*. 2012;109.
28. Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2000;283:1866–74.
29. Merle V, Germain JM, Tavolacci MP, Brocard C, Chefson C, Cyvoct C, et al. Influence of infection control report cards on patients’ choice of hospital: Pilot survey. *The Journal of hospital infection*. 2009;71:263–8.
30. Mukamel DB, Weimer DL, Spector WD, Ladd H, Zinn JS. Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes. *Health services research*. 2008;43:1244–62.
31. Myndigheten för vårdanalys. Grönt ljus för öppna jämförelser? 2012
32. Närvård i Sörmland - Kommuner och landsting i samverkan. Äldre i sörmland – kvalitetsuppföljning av vård och omsorg av äldre i sörmland 2011. 2012
33. Park J, Werner RM. Changes in the relationship between nursing home financial performance and quality of care under public reporting. *Health economics*. 2011;20:783–801.
34. Porsfelt R. Mätningens auktoritet. En studie av reaktivitet inom svensk äldreomsorg [Kandidatuppsats i sociologi]: Stockholms universitet; 2011.
35. Regeringsbeslut s2009/5079/st, (2009).
36. Regionförbundet i Jönköpings län. Kartläggning av arbete med öppna jämförelser inom socialtjänsten. 2011
37. Regionförbundet i Jämtlands län & Jämtlands läns landsting. Äldre i jämtlands län – en redovisning av ett urval av indikatorer utifrån öppna jämförelser-gemensamma för kommunerna och landstinget inom äldreområdet. 2012
38. Riks-Stroke. Riks-stroke – ett register för akut stroke. 2012; webadress: <http://www.riks-stroke.org/index.php>.

39. Ryan AM, Nallamothu BK, Dimick JB. Medicare's public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Affairs*. 2012;31:585–92.
40. Senior alert – ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. 2012; webadress: www.lj.se/senioralert.
41. Shekelle P, Lim Y-W, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. Southern California Evidence-based Practice Centre, RAND Corporation. London: The Health Foundation, 2008.
42. Shekelle PG. Public performance reporting on quality information. I: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, redaktörer. Performance measurement for health system improvement. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
43. Smith MA, Wright A, Queram C, Lamb GC. Public reporting helped drive quality improvement in outpatient diabetes care among wisconsin physician groups. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31:570–7.
44. Socialdepartementet. Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, Famna 2009.
45. Socialdepartementet. Dir 2011:111 förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.M. 2011.
46. Socialstyrelsen. Äldres vård och omsorg i skåne ur ett kostnadsperspektiv 2006
47. Socialstyrelsen. Fyra år med läkemedelsregistret. 2009
48. Socialstyrelsen. God vård och omsorg i socialtjänsten. 2010; webadress: www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgsocialtjansten.
49. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2010. 2010
50. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser i socialtjänsten – handlingsplan för socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014. 2010.
51. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2011. 2011
52. Socialstyrelsen. Kommunikationsstrategi för öppna jämförelser socialtjänst och hemsjukvård 2010–2012. 2012
53. Socialstyrelsen. Läkemedelsregistret. 2012; webadress: <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/lakemedelsregistret>.

54. Socialstyrelsen. Metodbilaga äldreguiden 2012, öppna jämförelser äldreomsorg och hemsjukvård. 2012
55. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. 2012
56. Socialstyrelsen. Val inom hemtjänst och äldreboende – fokusgrupper med äldre och anhöriga som valt utförare inom äldreomsorg. 2012
57. Socialstyrelsen. Äldreguiden. 2012; webadress: www.socialstyrelsen.se/aldreguiden.
58. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser socialtjänst och hemsjukvård – lägesrapport maj 2012. 2012
59. Sower VE. Benchmarking in hospitals: More than a scorecard. *Quality progress*. 2007;40:58.
60. Svenska palliativregistret S. Årsrapport för svenska palliativregistret verksamhetsåret 2011. 2012
61. Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser som stimulans till förbättring. 2007
62. Sveriges Kommuner och Landsting. Aktuellt på äldreområdet 2008 – uppdaterad hösten 2009. 2008
63. Sveriges kommuner och landsting. Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat 2009. 2010
64. Sveriges Kommuner och Landsting. Handbok för öj inom socialtjänsten. Sveriges Kommuner och Landsting, 2011
65. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Bilaga 2. Täckningsgradsjämförelser mellan hälsodataregistren vid socialstyrelsen och nationella kvalitetsregistren 2011. 2011
66. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre. 2011
67. Sveriges kommuner och Landsting & Socialstyrelsen. Bilaga till öppna jämförelser 2011 – vård och omsorg om äldre, bilaga 2. Beskrivning av indikatorerna. 2011
68. SVT, Carema: Äldreguiden ett dåligt verktyg, 2011, <http://www.svt.se/nyheter/sverige/carema-aldreguiden-ett-daligt-verktyg>
69. Tu JV, Donovan LR, Lee DS, Wang JT, Austin PC, Alter DA, et al. Effectiveness of public report cards for improving the quality of cardiac care: The effect study: A randomized trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2009;302:2330–7.

70. Uppdrag Granskning, 2012, <http://www.svt.se/ug/kliniker-belonas-om-de-inte-rapporterar-forlossningsskador>
71. Wang J, Hockenberry J, Chou S-Y, Yang M. Do bad report cards have consequences? Impacts of publicly reported provider quality information on the cabg market in pennsylvania. *Journal of health economics*. 2011;30:392–407.
72. Werner R, Stuart E, Polsky D. Public reporting drove quality gains at nursing homes. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:1706–13.
73. Werner RM, Bradlow ET. Public reporting on hospital process improvements is linked to better patient outcomes. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:1319–24.
74. Werner RM, Konetzka RT, Kruse GB. Impact of public reporting on unreported quality of care. *Health services research*. 2009;44:379–98.
75. Werner RM, Konetzka RT, Stuart EA, Norton EC, Polsky D, Park J. Impact of public reporting on quality of postacute care. *Health services research*. 2009;44:1169–87.
76. Werner RM, Norton EC, Konetzka RT, Polsky D. Do consumers respond to publicly reported quality information? Evidence from nursing homes. *Journal of health economics*. 2012;31:50–61.
77. Winblad U, Andersson C, Isaksson D. Kundval i hemtjänsten – erfarenheter av information om uppföljning. *Sveriges kommuner och landsting*, 2009
78. Zinn JS, Weimer DL, Spector W, Mukamel DB. Factors influencing nursing home response to quality measure publication: A resource dependence perspective. *Health care management review*. 2010;35:256–65.
79. Östergötlands kommuner och landstinget i Östergötland. Äldrerapport för östergötland 2011 – en rapport från östergötlands kommuner och landstinget i östergötland. 2012.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre?

Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre

Kvalitetsbrister inom vården och omsorgen om äldre har varit ett hett debattämne under senare år. Behovet av kvalitetssäkring, kvalitetsutveckling och ökad insyn har varit i fokus för debatten. Öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre lanserades 2007 som ett instrument med syfte att driva på kvalitetsutvecklingen och öka insynen i sektorn. Vårdanalys har gjort den första samlade, oberoende utvärderingen av öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. I rapporten adresseras ett antal centrala frågor, bland annat om öppna jämförelser har lett till förbättringar av vården och omsorgen för äldre, om insynen i den gemensamt finansierade vården och omsorgen om äldre har ökat, och om indikatorerna för att mäta resultat har förbättrats.

