

Nationella kvalitetssystem för äldreomsorg inom Europa

En kunskapsöversikt



Sveriges Kommuner och Landsting
118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, *Fax* 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting

Grafisk form och produktion ETC

ISBN : 978-91-7164-500-5

Förord

Sveriges kommuner och landsting har sedan några år tillbaka satsat på att öka tillgången på jämförbar information om kvalitet, resultat och kostnader inom de verksamhetsområden som kommuner och landsting ansvarar för.

Under vinjetten öppna jämförelser har tre rapporter publicerats som beskriver kvalitet och resultat inom äldreomsorgen. Denna utveckling har lett till att vi idag har en bredare bild om kvaliteten i detta viktiga verksamhetsområde.

Bra öppna jämförelser kräver att det är rätt saker som mäts och jämförs, samt förutsätter ökad kunskap om hur kvalitet och resultat mäts i landets kommuner, men också att man lyfter blicken uppåt och tittar på vad andra länder gör och hur långt de har kommit i samma process.

Mot denna bakgrund gav SKL uppdrag till Henna Hasson och Claire Brown, båda forskare vid bl. a. Medical Management Centre på Karolinska Institu-

tet, att sammanställa en studie som ger en översiktlig bild av de system som finns för uppföljning av kvalitet inom äldreomsorgen och redovisar fördjupade erfarenheter från England, Holland, Danmark och Spanien.

Rapporten "Nationella kvalitetssystem för äldreomsorg inom Europa" finns att ladda ned på www.skl.se. Studien har finansierats av SKL:s forskningsråd.

Stockholm i december 2009



Göran Stiernstedt
Avdelningschef för vård och omsorg,
Sveriges kommuner och landsting

Innehåll

Sammanfattning	6
Avgränsning	6
Författarna	7
Termer som används i denna rapport	7
Bakgrund	8
Syftet och frågeställningar	8
Metoder	9
Datainsamling	9
Studiens tillförlitlighet	9
Resultat	10
Kvalitetsuppföljning av äldreomsorgen i EU	10
The European Community Health Indicators project (ECHI)	10
Den integrerade öppna samordningsmetoden	11
Andra EU projekt	11
Kvalitetsuppföljning av äldreomsorgen i OECD	12
Fördjupade kunskaper om några länders kvalitetssystem	12
England	12
Nederländerna	18
Danmark	22
Spanien	26
Slutsatser	28
Referenser	29
BILAGA 1. Intervjufrågorna	31
BILAGA 2. Kort lista över ECHI indikatorer	32
BILAGA 3. En sammanfattning av en kunskapsöversikt om kvalitetsindikatorer för särskilda boende i sju länder	34

Sammanfattning

Kvalitetsutvärderingar av äldreomsorg sker på olika sätt i europeiska länder. Det saknas dock systematiska kartläggningar av de olika kvalitetssystemen. I denna kunskapsöversikt ges först en övergripande bild av EU och OECD:s arbete för utveckling av kvalitetsindikatorer för äldreomsorg. Därutöver ges en presentation av fyra europeiska länders respektive sätt att genomföra kvalitetsbedömning av äldreomsorg. De studerade länderna var Danmark, England, Nederländerna och Spanien. I inforutan i bilaga tre presenteras även resultat av en kartläggningstudie om nationella kvalitetsindikatorer i sju olika länder.

Vår kartläggning visade att det pågår såväl inom EU och OECD omfattande arbete för att utveckla indikatorer som möjliggör jämförelser mellan länder. De befintliga indikatorerna täcker emellertid inte äldreomsorgens kvalitetsaspekter. Det verkar inte heller finnas något pågående utvecklingsarbete för att ta fram specifika indikatorer som mäter äldreomsorgens kvalitet.

Inom de fyra länderna som här presenteras är man endera på väg att utveckla ett nationellt system för kvalitetsutvärdering eller så finns det redan ett sådant system för äldreomsorg. England och Holland är mest avancerade vad gäller implementeringen av ett nationellt kvalitetssystem. Danmark är precis på väg att använda ett system i större skala och Spanien är i startfasen av att utveckla ett nationellt system.

Resultat av kartläggningen visade också att länderna skiljer sig vad gäller framtagning och förvaltning av de nationella kvalitetssystemen. Exempelvis, har flera parter såsom patientorganisationer, arbetstagarorganisationer och vårdgivare i Holland tillsammans tagit fram systemet. I de andra länderna finns en särskild organisation som förval-

tar systemen. Man använder även olika kvalitetsindikatorer för att bedöma äldreomsorgens kvalitet. I Holland har man exempelvis valt att fokusera på resultatmått och lägger särskild tonvikt på att mäta brukarnas upplevelser. I Danmark ligger betoningen mestadels på organisatoriska aspekter såsom ledningsstrukturer och arbetsprocesser. I England mäter man samtliga tre områden: struktur, process och resultat.

De fyra länderna har en gemensam inriktning, nämligen att erbjuda information och resultat från kvalitetssystemet till yrkesverksamma och till allmänheten via Internet. För närvarande ligger Holland och England längst framme när det gäller informationsspridning till allmänheten. Båda länderna erbjuder resultat på kvalitetsmätningar för varje vårdgivare via Internet. För att underlätta brukarnas och deras anhörigas möjligheter att jämföra vårdgivare, har resultat summerats till en enkel och begriplig betygssättning. Det danska systemet har utvecklats mest avseende skapandet av ett lärande i organisationerna. Systemet innehåller ett webbaserat program för systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete där syftet är att ge struktur och stöd för ledningens och medarbetarnas utvecklingsarbete.

Avgränsning

Äldreomsorg definieras något olika i de studerade länderna. I denna rapport har vi fokuserat på hjälp, stöd och vård för äldre personer i deras eget hem eller i särskilda boende. Sjukhusvård har inte varit fokus i denna studie. Däremot ingår hälso- och sjukvårdsinsatser i många länders äldreomsorg och därmed berörs dessa aspekter även i denna rapport.

Författarna

Henna Hasson är forskare vid Lunds universitet, Vårdalinstitutet och Karolinska institutet. Hennes forskning har bl.a. fokuserat på mätning och utveckling av vårdkvalitet inom äldreomsorg. Hon har utvecklat enkäter för att mäta brukarnas och deras anhörigas upplevelser av äldreomsorg. Hon har även studerat ett antal kvalitetsindikatorers relation till verksamhetskostnader i särskilt boende för äldre personer. Hon har disputerade vid Uppsala universitet 2007 med avhandling "Nursing staff competence, psychosocial work environment and quality of elderly care: impact of an educational intervention" (Effekter av en utbildningsintervention på personalens kompetens, psykosocial arbetsmiljö och vårdkvalitet inom kommunal äldreomsorg).

Claire Brown är forskare vid Medical Management Centre, Karolinska Institutet. Hon är intresserad av att studera vårdkvalitet. Hon har mycket erfarenhet av studier om brukarnas upplevelser av vården. Hon har skrivit flera artiklar om ämnet och presenterat sin forskning regelbundet vid årliga konferenser som organiserad av "the International Society for Quality in Health Care".

Författarna vill tacka Vanja Blomkvist vid Uppsala Universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Socialmedicin, för hjälp med att sammanställa denna rapport och Johan Hansson vid Karolinska Institutet, Medical Management Centre (MMC) för värdefulla synpunkter för utkastet av rapporten.

Författarna vill även påpeka att alla namn på t.ex. indikatorer och ackrediteringsstandarder är översatt till svenska av författarna och inte av professionella översättare. Ursprunglig formulering kan ses i de länkarna som finns i dokumentet.

Termer som används i denna rapport

<i>Term</i>	<i>Definition</i>
Ackreditering	En formell bekräftelse, t.ex. via ett särskilt ackrediteringsinstitut, för att verksamheten uppfyller ställda krav
Kvalitetsindikator	En variabel som används för att registrera aspekter av vårdkvalitet såsom risk för trycksår.
Kvalitetssystem	Ett system som beskriver hur olika aktiviteter skall bedrivas i en organisation. Kvalitetssystemet används för att säkerställa kvalitet hos organisationens produkter eller tjänster.
Struktur	Strukturmått på kvalitet omfattar bl.a. materiella resurser (såsom lokaler, utrustning), mänskliga resurser (t.ex. antal anställda och deras kvalifikationer), och organisatoriska strukturer (t.ex. belöningsystem, medicinsk personal organisation)
Process	Processmått på kvalitet omfattar själva utförandet av vården, dvs. handlingar personalen utför själv eller tillsammans med patienten. T.ex. planering, bedömningar, åtgärder och dokumentation.
Resultat	Resultatmått på kvalitet omfattar vårdens resultat, dvs. det man vill uppnå med vården. T.ex. brukarnöjdhet.

Bakgrund

I Sverige och övriga länder i Europa pågår utvecklingsarbete för att mäta äldreomsorgens kvalitet. Några länder har på nationell nivå utvecklat system för att följa upp äldreomsorgens resultat och kvalitet. En mängd olika kvalitetsindikatorer kan tänkas bli användbara för detta syfte. Information om olika länders kvalitetssystem eller kvalitetsindikatorer har inte på något systematiskt sätt dokumenterats. Därmed finns det lite kunskap om de olika ländernas metoder för att utvärdera äldreomsorgens kvalitet. Det finns inte heller någon sammanställning av hur resultat från kvalitetsmätningarna presenteras till medborgare och verksamheter.

Syftet och frågeställningar

Syftet med kartläggningen var att få kunskap om hur EU och OECD samt olika länder i Europa för närvarande arbetar med kvalitetsuppföljning av äldreomsorg. Intentionen var framförallt att belysa nuläget och den senaste tidens arbetsinnehåll inom området. Rapporten har således inte karaktären av någon omfattande historisk överblick av kvalitetsutvecklingsarbetet inom äldreomsorg.

Följande frågeställningar belyses:

- Vilka nationella system för kvalitetsuppföljning av äldreomsorg finns i Europa?
- Vilka kvalitetsindikatorer används och vilka aspekter av vård och omsorg mäts?
- Hur presenteras resultat från kvalitetsuppföljningar för medborgarna?
- Hur planerar man för att resultat av uppföljningar ska kunna användas i verksamheter?

Metoder

Datainsamling

Studien inleddes med en omfattande granskning av webb-platser och offentlig dokumentation om europeiska kvalitetssystem för äldreomsorg. Vi använde först Google med flera söktermer såsom "quality indicators", "national quality systems", "country indicators" och "elder care". Vi sökte även i en vetenskaplig databas (Pubmed) med liknande söktermer. Därutöver genomfördes sökningar på europeiska unionens hemsidor och olika europeiska länders officiella hemsidor. Sedan gjorde vi djupare sökningar på relevant material som kommit fram vid de första sökningarna från exempelvis referenslistor. Syftet med det första steget var att få en översiktlig bild över de kvalitetssystem som finns i Europa och på så vis kunna välja fyra europeiska länder som utvecklat någon typ av nationell kvalitetssystem för äldreomsorg. Dessa länder identifierades i samråd med representater för Sveriges Kommuner och Landsting till Danmark, England, Nederländerna och Spanien. England bedömdes som intressant eftersom man där nyligen introducerat en ny organisation, kommissionen för vårdkvalitet (the Care Quality Commission CQC), som ansvarar för tillsynen av kvalitet för såväl hälso- och sjukvård som för socialomsorg. Danmark har under en längre period utvecklat ett nationellt kvalitetssystem för sjukvård och för kommunal vård och omsorg. Dessutom har man utvecklat ett web-baserat system för kvalitetsutvecklingsarbetet. Nederländerna är ett ledande exempel där man involverat äldre personer i arbetet med att identifiera vilka indikatorer som mäter vårdkvalitet ur äldre personers perspektiv. Spanien har nyligen stiftat en ny lag som garanterar alla spanska medborgare tillgång till offentlig omsorg. Lagen befäster också behovet av kvalitets-säkring. En nationell organisation, IMSERSO, som är ansvarig för äldre personer har också etablerats.

Nästa steg i studien var att göra en djupare analys av kvalitetssystemen på europeisk nivå samt i de fyra länderna. Från webbplatserna identifierades först organisationer som var ansvariga för utveckling och förvaltning av kvalitetssystem för äldreomsorg inom respektive land. Relevant dokumentation om kvalitetssystemen som fanns på organisationernas webbsidor granskades. En förfrågan om att delta i en intervju skickades ut via e-post till berörda organisationer. Oftast användes en allmän e-postadress som angavs på hemsidan för kontakter, t.ex. info eller reception. Receptionen vidarebefogade e-posten till personer som arbetade med kvalitetssystem för äldreomsorg.

Vid tredje steget intervjuades nyckelaktörer från de olika organisationerna. Vi hade även en

omfattande e-post korrespondans med ytterligare personer som bedömdes som relevanta för studien. Intervjuerna gjordes via telefon och ljudinspelades. Några personer föredrog att få svara på frågorna skriftligt. Då skickade vi frågorna via e-post. Syftet med intervjuerna och e-post korrespondansen var att ytterligare belysa utvecklingen av kvalitetssystemen i respektive land. Intervjufrågorna presenteras i bilaga 1. Alla intervjuer och skriftliga frågor genomfördes på engelska. Vi gjorde även kompletterande förfrågningar via e-post till några av de intervjuade personerna.

I slutet av rapporten finns en förteckning över webbplatser och dokumentation som användes som datakällor samt personer som kontaktats.

Studiens tillförlitlighet

De slutsatser som dras i studien kan härledas från den information som finns i olika källor såsom webbplatser, offentliga dokument, intervjumaterial och e-post kommunikation. De olika datakällorna möjliggör datatrianguleringen och därmed ökar tillförlitligheten i det insamlade materialet. Vi har därutöver bett intervjupersonerna läsa genom den relevanta delen av rapporten för att minimera risken för missförstånd.

Resultat

Kvalitetsuppföljning av äldreomsorgen i EU

En av Europeiska kommissionens (<http://ec.europa.eu>) mål är att få fram jämförbar information om hälsa och hälsorelaterat beteende hos befolkningen samt hälso- och sjukvårdssystem. Denna information är baserad på gemensamma indikatorer som omfattar hela Europa. Inom ramen för EUs folkhälsoprogram (<http://ec.europa.eu/health>) genomförs flera projekt och nätverksarbete som syftar till att ta fram indikatorer för internationella jämförelser.

The European Community Health Indicators project (ECHI)

Det främsta projektet för att utveckla kvalitetsindikatorer för EU: s medlemsstater är det europeiska projektet för hälsoindikatorer (The European Community Health Indicators project, ECHI). Arbetet genomförs inom ramen för ett samordningsprojekt - ECHIM European Community Health Indicators Monitoring (<http://www.echim.org>). Tanken är att ECHI-systemet skall omfatta alla nödvändiga aspekter av hälsa, sjukdomar, beteende, livsstil och hälso- och sjukvårdssystem. Indikatorer kring hälso- och sjukvårdssystemen omfattar tillgången till vård, kvalitet i vården, personalresurser och ekonomiska resurser. Hittills har arbetet främst handlat om att inventera vilka indikatorer som används för närvarande av t.ex. WHO, OECD och Eurostat. Dessutom har en enkätundersökning för relevanta myndigheter i de olika europeiska länderna genomförts för att undersöka vilka nationella indikatorer som används för hälsa, hälso- och sjukvård samt äldrevård. Arbetet har därmed inte handlat om att utveckla nya indikatorer. För att indikatorerna ska väljas i ECHI - listan ska de bl.a. vara relevanta, lätt-tillgängliga och jämförbara i alla EU-länder. Resultat på indikatorerna samlas in främst via Eurostat.

ECHI-listan har utvecklats i nära samarbete med många av de andra projekten inom EU: s folkhälsoprogram. För närvarande innehåller listan cirka 500 indikatorer (finns på länken: http://www.echim.org/docs/echi_longlist.pdf). Vissa indikatorer är hämtade från WHO-Euro (HFA databas), OECD (OECD Health Data) och Eurostat. Andra indikatorer har rekommenderats av projekt som drivs inom EU: s folkhälsoprogram.

Indikatorer grupperas i följande kategorier: demografi och socioekonomisk situation, hälsotillstånd, faktorer som påverkar hälsa och hälso- och

sjukvårdssystem. Det finns flera indikatorer som kan användas för att belysa äldre populationens hälsa t.ex. medellivslängd, prevalens av demenssjukdomar och depression. Inom området hälso- och sjukvårdssystem finns bl.a. indikatorer för hälso- och sjukvårdens kvalitet (health care quality/performance). Indikatorerna för kvalitet kommer huvudsakligen från OECDs projekt Health Care Indicators. Flera av dessa indikatorer finns även med i Social Protection Committees lista över indikatorer för social trygghet (se nedan).

Indikatorer för hälso- och sjukvårdens kvalitet grupperas i följande kategorier:

- Subjektiva indikatorer: indikatorerna berör patientorientering (bl.a. patienters erfarenheter av tillgänglighet, punktlighet samt patienttillfredsställelse med vården)
- Processindikatorer: indikatorer som belyser processer för medicinsk vård och effektivitet. Totalt ingår 18 indikatorer som berör sjukhusvård (t.ex. väntetid vid lårbensfraktur, väntetider för specifika operationer), barnhälsovård och specifika sjukdomsgrupper (t.ex. diabetes, cancer, astma).
- Hälsoresultat: indikatorer som belyser utfall för medicinsk vård. Totalt ingår 12 indikatorer som omfattar områdena dödlighet, antibiotikaresistens, överlevnadstal avseende cancer samt negativa resultat av diabetes och trycksår i olika typer av äldreboende.

Som listan ovan visar saknas för närvarande indikatorer för att direkt mäta äldreomsorgens kvalitet. Vi har varit i kontakt med flera personer bl.a. inom det svenska Socialdepartementet, EU Kommissionen och i ECHIM projekt för att samla uppdaterat information om läget med att utveckla indikatorer för att följa upp äldreomsorgens kvalitet på EU-nivå. Inga av dessa personer kunde berätta om att någon typ av utvecklingsarbete inom området skulle pågå för närvarande.

En kortare ECHI-lista över indikatorer har också tagits fram (http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf). Denna lista innehåller indikatorer som prioriteras och används i första hand för europeiska jämförelser. Indikatorerna i denna kortare version har grupperats enligt följande: demografi / socioekonomisk situation, hälsotillstånd, faktorer som påverkar hälsan och hälsovårdsåtgärder (inklusive underrubriker: hälso- och hälsofrämjande). Totalt finns 88 indikatorer som i första hand används i jämförelser av medlemsstaters hälso- och

sjukvårdssystem samt för medborgarnas hälsa. Dessa presenteras i bilaga 2. Det finns inga indikatorer som syftar till att mäta äldreomsorgens kvalitet.

Den integrerade öppna samordningsmetoden

På EU-nivå pågår också arbete kring den integrerade öppna samordningsmetoden (Open Method of Coordination). Den integrerade öppna samordningsmetoden tillämpas inom områdena sysselsättning, utbildning, ungdomsfrågor och social trygghet. Hälso- och sjukvård samt äldreomsorg ingår som en del i social trygghet. Den integrerade öppna samordningsmetoden omfattar bl.a.:

- kartläggning och definition av gemensamma EU-mål för varje delområde
- definition av gemensam statistik och indikatorer för uppföljning av framstegen mot de gemensamma målen
- gemensamma rapporter för att övervaka utvecklingen på de olika delområdena.

I april 2008, publicerade Europeiska kommissionens kommittén för social trygghet (Social Protection Committee) en uppdaterad förteckning över indikatorer. Dessa indikatorer hade valts framförallt i syfte att belysa sociala aspekter och inte t.ex. hälso- och sjukvårdens kvalitet. Indikatorerna presenterades i rapporten "Portfolio of overarching indicators and streamlined social inclusion, pensions, and health portfolios" (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/indicators_en.pdf).

Det finns inte heller där indikatorer som belyser äldreomsorgens kvalitet. Däremot konstaterades det i rapporten att äldrevård (long-term care) "may not be fully reflected in the current set of indicators. This is mainly because of the lack of international and comparable data. Work is in progress of developing new indicators covering for instance long-term care including statistics regarding provision and dependency rates". Vi har haft kontakt med Kommittén för social trygghet att få mer information om utvecklingsarbetet kring indikatorer för äldrevård där det inte för närvarande pågår något utvecklingsarbete kring kvalitetsindikatorer för äldreomsorg.

Indikatorer som presenteras i rapporten baseras på olika projekt för utveckling av hälsoindikatorer såsom ovan nämnda europeiska hälsoindikatorer i projektet ECHI. Dessutom baseras indikatorerna på OECD Health Care Quality Indicators projektet och de aktuella uppgifter som finns i internationella källor såsom Eurostat, OECD Health Data, WHO hälsa för alla och EU:s nationella källor. Indikator-

erna innehåller effektindikatorer samt input och process indikatorer.

För exempelvis indikatorer om tillgång till vård och ojämlikhet i utfallet fanns självrapporterade otillfredsställda behov av sjukvård, andel av befolkningen som omfattas av sjukförsäkringen, medellivslängd, självskattad begränsning i dagliga aktiviteter och självskattad allmän hälsa. Indikatorer avseende vårdens kvalitet, effektivitet, säkerhet och patientcentrerad vård var till exempel vaccinations-täckningen hos barn, underlivscancer screening, tillfredsställelse med hälso- och sjukvård, influensavaccinationer för vuxna över 65 år och bröstcancer screening. Indikatorer om långsiktigt hållbara system: utgifter och effektivitet var till exempel totala sjukvårdskostnaderna per invånare, totalt omsorg utgifter i % av BNP, akutvård säng, lönekostnader och sjukhusvistelsens genomsnittliga längd.

Andra EU projekt

Inom ramen för EU:s folkhälsoprogram pågår det också utvecklingsarbete av indikatorer för regionala EU jämförelser. Dessa projekt handlar bl.a. om "urbana hälsoindikatorer", "indikatorer för hållbar utveckling", "miljö och hälsoindikatorer", "farmaceutiska utvecklingsindikatorer", "indikatorer för socialt skydd och indikatorer för narkotikamissbruk". Mer information om dessa projekt finns på hemsidan för EU:s folkhälsoprogram (<http://ec.europa.eu/health>).

På ECHIMs hemsida finns också en lista över alla EU-finansierade projekt som handlar om att identifiera indikatorer för hälsa och vård (<http://www.echim.org>). Ett av projekten, ett forskningsprojekt placerat i Nederländerna, handlar om att ta fram indikatorer för europeisk jämförelse av palliativ vård. Huvudsyftet med projektet är att fokusera på indikatorer för olika typer av vårdinrättningar, till exempel sjukhus, särskilda boenden och hemvård. Vår kommunikation med projektledaren har visat att projektet är i startfasen och hittills har befintliga indikatorer inventerats i de olika länder och i vetenskaplig litteratur. Det verkar som att indikatorerna framförallt kommer att inkludera process och struktur.

Kvalitetsuppföljning av äldreomsorgen i OECD

OECD's hälsodatabas (OECD Health Databas; www.oecd.org/health/healthdata) jämför statistik mellan hälso- och sjukvårdssystem i 30 OECD-länder. Det omfattar perioden 1960 till 2008 för indikatorer såsom hälsa, riskfaktorer för hälsa, vård och utnyttjande (inklusive leverans och insats av läkare) hälsovårdsutgifter och dess finansiering, socialt skydd och farmaceutiska marknader. Under senaste åren har även statistik för "Långvårdresurser och utnyttjande" (Long-term care resources and utilisation) tillkommit. Denna statistik innehåller indikatorer för "omsorg, bäddar på institutioner (utom sjukhus)" (long-term care beds in institutions, other than hospitals), "omsorgsarbetstagare: formell och informell sektor" (long-term care workers: formal and informal sectors) och "omsorgsmottagare i institutioner och hemma" (long-term care recipients in institutions and at home).

År 2001 startade OECD ett projekt, Health Care Quality Indicator (HCQI) (<http://www.oecd.org/health/hcqi>), för att vidareutveckla listan över indikatorer som kan användas för att jämföra kvaliteten av hälso- och sjukvården mellan OECD-länderna. Indikatorerna valdes utifrån vetenskaplig validitet, klinisk och politisk betydelse, tillgänglighet i befintliga systemen och jämförbarheten mellan länderna. Den första rapporten, "Health care quality indicators project, initial indicators report" (<http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>), som publicerades 2006 innehöll totalt 17 befintliga indikatorer för att jämföra effektivitet av hälso- och sjukvård. Dessa berör bl.a. överlevnaden för olika cancerformer, mammografiscreening täckning för vaccinationer, astma dödligheten, väntetid för kirurgi vid lårbensfraktur och influensavaccinationer för vuxna över 65 år. Dessa indikatorer jämfördes mellan OECD-länderna i rapporten Health at a Glance (<http://www.oecd.org/health/healthataglance>) 2007. November 2009 kommer en ny version av denna rapport. Enligt vår kommunikation med projektteamet kommer rapporten att innehålla ett uppdaterat kapitel om kvaliteten i vården. En av punkterna är för kroniska sjukdomar och innehåller främst indikatorer som speglar undvikandet av sjukhusvistelser i sjukdomar som diabetes, KOL och kronisk hjärtsvikt. Projektteamet anser att indikatorerna om undvikandet av sjukhusvistelser ger information om hur primärvården och äldreomsorg (long-term care) fungerar. Dessa indikatorer baseras alltså på antagandet att vård av god kvalitet och

sjukdomsbekämpande utanför sjukhuset minskar inläggningar på sjukhus.

Enligt vår kommunikation med projektteamet finns det inte planer för att utveckla indikatorer som specifikt mäter äldreomsorgens kvalitet. Istället fokuserar arbetet på att ta fram indikatorer för specifika kroniska sjukdomsgrupper såsom hjärtsjukvård, diabetes, psykisk hälsa och cancer. Projektets fokus är alltså på hur systemen hanterar specifika sjukdomar, istället för att fokusera på specifik vård såsom primärvård, sjukhusvård eller äldrevård.

Fördjupade kunskaper om några länders kvalitetssystem

England

I England tillhandahålls hälso- och sjukvården via National Health Service (NHS). Det finns även olika hälso- och sjukvårdstjänster tillgängliga via privata vårdgivare utanför NHS och mot betalning. Social omsorg (community care eller social care) med aktiviteter som bidrar till en allmän daglig livsföring, t.ex. livsmedelsinköp, tillhandahålls av kommunernas socialtjänst efter en behovsbedömning (Department of Social Services). Liknande tjänster tillhandahålls även från privat håll mot betalning. Frivilliga organisationer såsom "Meals on Wheels" erbjuder också socialt stöd i hemmet. För äldre som inte längre kan stanna i eget boende finns äldreboenden i ett begränsat antal. Sådana boendeformer drivs i större skala av privata företag eller religiösa organisationer och en avgift debiteras för att få bo inom dessa institutioner. Det finns endast ett fåtal offentligt drivna äldreboenden. För att få en plats inom ett sådant boende görs en behovsbedömning.

1. System för kvalitetsuppföljning av äldreomsorg

Sedan april 2009 finns en ny tillsynsmyndighet i England, Care Quality Commission (CQC, www.cqc.org.uk). Denna organisation har tillsynsansvar för all hälso- och omsorgsverksamhet i England oavsett om den sker från NHS, lokala myndigheter, privata företag eller frivilliga organisationer. Dess uppdrag gäller därmed all hälso- och sjukvård samt social omsorg för vuxna. När det gäller äldrevård

och dess kvalitetsaspekter är således CQC numera ansvarig tillsynsmyndighet.

Tidigare hade flera organisationer tillsynsansvar av vård och omsorg i England. Commission for Health Improvement (CHI) hade uppdraget att inspektera NHS anläggningar. Commission for Social Care Inspection (CSCI) hade uppdraget att inspektera och kontrollera den sociala omsorgen.

Målet för Care Quality Commission är att skydda och främja hälsa, säkerhet och välbefinnande för människor som får vård och omsorg i England. Detta skall uppnås genom att:

1. registrera, övervaka och inspektera det som tillhandahålls i befolkningen avseende hälsa och social omsorg för att säkerställa att väsentliga krav på säkerhet och kvalitet uppfylls,
2. vidta effektiva åtgärder där tjänsterna inte uppfyller normerna,
3. utföra särskilda recensioner som ger information om specifika teman inom vård och omsorg såsom vissa typer av tjänster eller brukare,
4. tillhandahålla information om hur tjänsterna fungerar så att vårdgivare kan jämföras med varandra,
5. bidra med information om hälsa och social omsorg för övergripande bedömningar av kvaliteten.

CQC arbetar genom att samla in uppgifter om kvalitetsindikatorer (National minimum standards) från hela landet. CQC skall utföra inspektioner av alla vårdgivare. Innan en inspektion görs studeras all tillgänglig skriftlig information, såsom klagomål, tillbud, tidigare inspektioner och rapporter samt årlig bedömningsformulär för kvalitetssäkring (se nedan). Under inspektionen genomförs utredning av iakttagelser som gjorts via intervjuer med äldre människor, deras familjer och personal. Efter en inspektion utfärdar CQC en inspektionsrapport för varje vårdgivaren i vilken det framgår såväl uppgifter om vad som fungerar bra som vad som behöver förbättras. Inspektionsfrekvens beror på hur kvaliteten i vården bedöms (enl. en kvalitetsklassificering, se nedan). Varje ny vårdgivare får normalt genomgå en inspektion under sina första sex månader av verksamhet. CQC offentliggör resultat så att kvalitetsaspekterna blir förtydligade för allmänheten. CQC hjälper också vårdgivare med dåliga resultat så att förbättring sker. Om förbättring inte uppnås kan registrering som vårdgivaren återkallas av CQC.

2. Kvalitetsindikatorer som används

National minimum standards

CQC övervakar kvaliteten av vård och omsorg mot minimistandarderna (National Minimum Standards), vilka är fastlagda av Department of Health. Nationella minimistandarder formar de kriterier enligt vilka CQC avgör om vårdgivarna når vård- och servicestandarderna. Minimistandarderna fastställer vad som krävs minimalt – dvs. en identifikation av en standard på tjänster under vilken en vårdgivare inte får understiga. De nationella minimistandarderna är inte tvingande i lag, men viktiga riktlinjer för att stödja vårdgivare, kontrollanter och brukare för att bedöma servicestandarden. Den är också utformad så att alla kan förstå vad som förväntas så att tjänsterna kan bedömas enligt samma normer. Inom området för social omsorg finns separata minimistandarderna för särskilda boende (residential care) och hemtjänst (home help services).

För särskilda boende finns 38 minimistandarder indelade i sju områden (tillgänglig via http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4135403.pdf). Dessa områden är:

(1) Val av vårdhem som handlar om att boenden måste ge tillräckligt information så att de äldre kan göra informerade val mellan olika boenden. Val av vårdhem täcker standarder om:

- allmän information,
- information om avtal,
- information om behovsbedömning
- information om hur brukarens behov tillgodoses,
- möjlighet att besöka boendet innan man gör val mellan olika boenden,
- information om intermediate care*

(2) Hälsa och personlig vård som omfattar standarder kring:

- integritet och värdighet,
- döende och död,
- brukarens vård/serviceplan,
- brukarens möjlighet att få adekvat sjukvård,
- läkemedel

(3) Vardag och sociala aktiviteter som omfattar standarder om:

- mat och måltider,
- social kontakt och aktiviteter,
- kontakter i samhället (community contact),
- självständighet och valfrihet

(4) Klagomål och skydd omfattar standarden om:

- klagomål,
- rättigheter
- skydd

(5) Miljö som omfattar standarden om:

- lokaler,
- gemensamma utrymmen
- toaletter och tvättmöjligheter,
- anpassningar och utrustning,
- brukarens eget rum: anpassat till brukarens behov,
- brukarens eget rum: möbler och inredning
- hygien och kontroll av infektion
- uppvärmning och belysning

(6) Bemanning som omfattar teman:

- personalstyrka,
- kompetens,
- rekrytering,
- personalutbildning

(7) Förvaltning och administration som omfattar teman:

- daglig verksamhet,
- etik,
- kvalitetssäkring,
- finansieringsförfaranden,
- trygghet och service avseende användarnas pengar,
- personalövervakning,
- dokumentation,
- säkra arbetsmetoder

För hemvård finns 27 minimistandarder (finns på länken: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018671.pdf) som täcker följande fem områden:

(1) Brukarfokuserad service som omfattar standarder kring:

- information,
- bedömning av vårdbehov,
- bevis om vårdgivarens skicklighet att tillgodose brukarens behov,
- avtal,
- sekretess,
- bevis om vårdgivarens möjligheter att ge anpassad och pålitlig vård och service

(2) Personlig vård omfattar standarder kring:

- vård/serviceplan,
- integritet och värdighet,
- självständighet och oberoende,
- medicinering och hälsorelaterade aktiviteter

(3) Skydd omfattar standarder om:

- säkra arbetsmetoder,
- riskbedömningar gällande brukare och medarbetare,
- trygghet och service avseende brukarnas pengar,
- brukarnas skydd och trygghet,
- säkerhet för hemmet,
- registrering av information kring brukarens vård och service

(4) Ledning och personal omfattar:

- rekrytering och urval,
- kraven i arbetet,
- utveckling och utbildning,
- kompetens
- handledning

(5) Organisation och drift av verksamheten omfattar:

- återkoppling och kvalitetssäkring
- affärslokaler, management och planering,
- ekonomiska rutiner,
- data registrering,
- riktlinjer och rutiner,
- klagomål och återkoppling,
- kvalitetssäkring

Årligt bedömningsformulär för kvalitetssäkring

CQC kräver årligen samtliga vårdgivare att utvärdera sina egna prestationer med hjälp av en bedömningsform för kvalitetssäkring – the Annual Quality Assurance Assessment form (AQAA). AQAA är ett arbetsverktyg för egenkontroll och vårdgivaren uppmanas att rapportera hur väl de tror att de uppfyller användarnas behov. Verktöget består av ett frågeformulär som rör grundläggande fakta med graderingar avseende tjänsten.

Med stöd från AQAA-formuläret för särskilda boenden för äldre (tillgänglig via länken <http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/socialcare/careproviders/inspection/annualqualityassuranceassessment/aqacarehomesforolderpeople.cfm>) ber man vårdgivare först att med öppna svar rapportera hur brukarnas synpunkter och upplevelser tas tillvara, hur jämställdhet och mångfald försäkras, vilka hinder för förbättring har identifierats samt hur man anser att erbjuda vård som är "värd pengarna" (value for money). Dessutom ska vårdgivare

rapportera för varje område för minimistandarderna vad man anser göra bra och vilka bevis man har för väl genomfört arbete, vad kan förbättras samt planer för utvecklingsarbete. Sedan finns det en tabell att fylla i om brukare såsom namn, ålder, kön, etnicitet och familjeförhållanden. Den andra delen av formuläret ställer frågor kring boendets struktur och process för tjänster enligt följande:

- (1) Underhåll av utrustning (t.ex. Har ni någon lyft/hissanordning?),
- (2) Förvaring av farliga ämnen,
- (3) Droger och mediciner (t ex. Förvaras narkotikaklassade preparat på ett kontrollerat sätt i era lokaler?),
- (4) Infektion (t.ex. Har ni en aktiv plan för infektionskontroll? Hur många av anställda har fått utbildning i förebyggande och kontroll av infektion?),
- (5) Näringskontroll (t.ex. Utför ni näringsmässig kontroll på samtliga brukare?, Ger ni upprepad information till brukare som befinner sig i riskzonen för undernäring? Vidtar ni åtgärder för att tillgodose behoven hos brukare i riskzonen för undernäring? Hur många av er personal har fått utbildning i vård av undernärda och hur man hjälper patienter med ätandet?,
- (6) Verksamhetspolicy och dokument (Finns det policy och relevanta riktlinjer kring t.ex. våld och hot mot personal, klagomål, död av brukare, kontakter med anhöriga, brandsäkerhet, första hjälpen).

Vårdgivare ombes också att besvara ytterligare frågor kring brukare (t.ex. total antal brukare, de viktiga behovsområden antal sängliggande brukare, antal som behöver hjälp med toalettbesök), klagomål och skydd (t ex. antal klagomål som mottagits, antal klagomål som har blivit lösta under de senaste 28 dagarna?), avtal (t ex. antal brukare som är privatfinansierade och har skriftliga avtal/kontrakt), vård och stöd (t.ex. antal personer som kommit direkt från sjukhus med anvisningar/råd eller hälsoutvärdering med vårdplan som beskriver dagliga aktiviteter, antal personer som fått en granskning av sin vårdplan under de senaste tolv månaderna, antal personer som inte haft någon kontakt med familj, vänner eller en advokat under de senaste tolv månaderna) samt bemanning/personal (t ex. antal skift som under de senaste tre månaderna täckts av ordinarie vårdpersonal och utförlig demografisk beskrivning av personalgruppen).

AQAA för hemvård

(<http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/socialcare/careproviders/inspection/annualqualityassuranceassessment/aqaadomiciliarycare.cfm>) är jämförbar med den ovan beskrivna formen för särskilda boenden, med tillägg av ett avsnitt om besök till vårdmottagare i det egna hemmet, som omfattar sådana frågor som den kortaste faktiska besökstiden av någon vårdanställd, längsta faktiska besök av någon vårdanställd, vanligaste längden på besök av någon vårdanställd. Ungefärlig procentsats av avtalat besök under en timme skall anges liksom ungefärlig procentsats av avtalat besök under en halvtimme för de dagar då besöken skett.

Som anförts ovan är fokus för AQAA formulären på hur väl vårdgivarens vård och service motsvarar de lägsta tillåtna nationella standarderna. Således saknas uppgifter om de äldres livskvalitet i dessa formulär.

Riktlinjer för bedömning

CQC har utfärdat en uppsättning av riktlinjer (Key lines of regulatory assessment (KLORA, <http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/socialcare/careproviders/inspection/keylinesofregulatoryassessment.cfm>) med vägledning för att arbeta med den lagstadgade bedömningen av tjänster. Detta för att hjälpa inspektörerna att fatta beslut avseende vårdkvalitet. Dessa riktlinjer kan även användas av vårdgivare i arbetet med att förbättra kvalitén. Vägledningen ger exempel på sådant som CQC eftersöker i sin bedömning av vård och service. Det finns speciella riktlinjer enligt KLORA för särskilda boende och för hemvård. Inspektörerna bedömer vårdgivarna och betygsätter dem som utmärkt, bra, lämplig eller undermålig på olika områden. I rutan nedan presenteras exempelvis området "Val av Hem" med kriteriet "utmärkt".

Fakta Val av Hem; Kriterier för "utmärkt" vård

"Betydande tid och kraft går åt att planera för att göra tillträdet till hemmet personligt och bra genomfört. Blivande hyresgäster och deras familjer behandlas personligt och med värdighet och respekt för de livsavgörande beslut de måste ta. Det värderas högt att man kan tillgodose personliga behov av information, tröst och stöd.

Hemmet har utvecklat en omfattande redogörelse för syftet med service och användarhandboken, som är mycket specifika för vårdhemsgästerna och att man anser att olika former av boende, stöd, behandling, filosofier och specialiserade tjänster som krävs skall tillhandahållas för att tillgodose behoven hos personer som använder tjänsten. Informationen är i ett format som lämpar sig för den boende och deras familjers behov, med hjälp av till exempel lämpligt språk, bilder eller blindskrift.

Personal använder innovativa metoder för att göra den information de ger meningsfull och intressant. Vissa hem, till exempel kan använda broschyrer, fotografier eller filmer. Boenden som redan använder tjänsten kan ha varit inblandade i processen, att ge sina synpunkter och erfarenheter av att leva i hemmet och hjälpa till att utforma layouten för informationen.

Alla nyinflyttade får en heltäckande behovsbedömning före tillträdet. Detta utförs av personal med skicklighet och känslighet. Tjänsten är mycket effektiv när det gäller att få en sammanfattning av de utvärderingar som genomförs via vård förvaltningsbestämmelserna och insisterar på att få en kopia av vårdplanen innan den släpps. För personer som är boende med egna medel, görs bedömningen av en mycket kvalificerad personal. Individer stöds och uppmuntras att vara delaktiga i bedömningsprocessen. Information samlas in från en rad källor, inklusive andra berörda

yrkesutövare och med de enskilda avtal där vårdnadshavarens intressen beaktas.

Granskningen är inriktad på att uppnå positiva resultat för människor och detta innebär att se till att den utrustning, personal och specialiserade tjänster från hemmet uppfyller de etniska kraven och mångfalden av behov hos den enskilde. De sex delarna av mångfald: kön (även könsidentitet), ålder, sexuell läggning, ras, religion eller övertygelse och funktionshinder.

Innan överenskommelsen om upptagande tjänst går man noggrant igenom om man anser sig ha kapacitet från vårdhemmets sida att svara mot de behov som finns i behovsbedömningen och att man för varje enskild blivande gäst äger den kapacitet i hemmet som behövs för att möta deras behov. Blivande boende gäster ges möjlighet att spendera tid i hemmet. En enskild anställd avsätts för att ge dem information och särskild uppmärksamhet, för att hjälpa dem att känna sig bekväm i sin nya omgivning och ge dem möjlighet att ställa några frågor om hur det är att leva på hemmet.

Alla boende får ett skriftligt avtal med innehåll som de har kommit överens om. Detta ger tydlig information om avgifter och extra avgifter som är utöver, som uppdateras och hålls aktuell. Denna information är meningsfull och tillhandahålls i lämpliga språk och format, såsom i stor stil, blindskrift så att den är lätt läsa. I dokumenten finns också ytterligare förklaringar, så att alla fullt ut förstår informationen. Användningen av kontaktpersoner för att stödja människor uppmuntras. Kontraktet granskas och ändras vartefter livsförhållandena för den boende förändras.

Texten är från KLORA med riktlinjer för särskilda boenden för äldre och den är tillgänglig på CQC 's hemsida. Översättningen har gjorts av författarna.

Nationella indikatorer för lokala myndigheter

Utöver de nationella minimum standarderna finns regeringens nationella indikatorer för lokala myndigheter (local authorities and local authority partnerships). Indikatorerna täcker områden såsom hälsa, boende, sysselsättning, utbildning, samhällsgemenskap, ekonomisk utveckling, säkerhetsfrågor och miljö. Resultat av dessa indikatorer används framförallt på övergripandenivå av regeringen för planering av välfärdstjänster. Dessa indikatorer är numera de enda indikatorer som de lokala myndigheterna rapporterar till staten. Totalt används 85 indikatorer för 2008/09 och ytterligare 13 indikatorer kommer att användas 2009/10 (tillgänglig via länken <http://www.communities.gov.uk/publications/localgovernment/indicatorsdefinitions>). 15 indikatorer berör äldre eller äldreomsorg. Dessa är:

- Att uppnå oberoende för äldre människor genom rehabilitering / övergångsvård (intermediate care) (Definition: Andelen äldre som skrivits ut från sjukhus till eget hem eller särskilt boende för rehabilitering, med intention att flytta tillbaka till eget hem)
- Brukares självrapporterade erfarenhet av omsorg
- Brukares upplevelser av respekt och värdighet i behandling och bemötande
- Vård i livets slut – tillgång till lämplig behandling för att det skall vara möjligt att dö hemma (Definition: Andelen dödsfall som sker hemma)
- Antal klienter inom socialtjänst som får riktat stöd för självhjälp (Self Directed Support) per 100 000 invånare
- Försenade överföringar i vårdkedjan (Definition: Genomsnittlig andel av försenade överföringar från NHS-sjukhus)
- Väntetider för behovsbedömning av socialt omsorgs (alla vuxna)
- Väntetider för iscensättandet av omsorg efter behovsbedömning
- Antal akuta vårddagar per capita och viktad population (viktad med ålder)
- Anhörigvårdare som fått behovsbedömning eller uppföljning samt fått specifikt stöd eller råd och information
- Personer som får stöd via socialtjänst (alla vuxna)
- Förväntat hälsosamt liv vid 65 års ålder
- Tillfredsställelse med såväl sitt hem som med grannskap bland personer över 65
- Den omfattning av stöd som äldre behöver och kan få för att kunna leva ett oberoende liv hemma
- Rättvis behandling med lokala tjänster

3. Resultatredovisning för medborgare

CQC har uppdrag att offentliggöra resultat så att kvalitetsaspekterna blir förtydliga för allmänheten. På CQC hemsida under fliken "Find care services" kan man söka bland alla vårdgivare för att se deras tillsynsrapporter. Utöver tillsynsrapporten finns även en övergripande kvalitetsklassificering för varje vårdgivare. Kvalitetsklassificeringen görs med hjälp av en "stjärna" som sträcker sig genom fyra nivåer, från ingen stjärna (undermålig) till tre (3) stjärnor (bra) för att göra jämförelser mellan vårdgivare enkel för medborgarna. Beslutet om ett övergripande kvalitetsbetyg baseras på både kvalitativa och kvantitativa data för att skapa en enhetlig användning av samtliga information. CQC håller också regelbundna möten som delvis är öppna för allmänheten. Det är möjligt att personligen delta i möten eller att skicka frågor inför mötena. Protokollet och tillhörande dokument om dessa möten finns också på webbplatsen.

Bedömningar av de nationella indikatorerna för lokala myndigheter kommer att tillkännages offentligt årligen. De första resultaten visas på en ny webbsida som lanseras under december 2009.

4. Användning av resultat i verksamheter

CQC syftar till att rapportera resultaten av sitt arbete så att det hjälper dem som arrangerar och tillhandahåller tjänster, för att se var förbättringar behövs och lära av varandra om vad som fungerar bäst. CQC hjälper också vårdgivare som har en bristande resultat till att förbättra sin verksamhet. CQC kan också använda en lång rad befogenheter med syfte att snabbt vidta effektiva åtgärder när tjänster inte fungerar. På hemsidan ingår en flik för vårdgivare och personal där praktisk vägledning avseende inspektioner, AQAA och KLORA riktlinjer anges.

* Definition av Intermediate care: "Older people will have access to a new range of Intermediate care services at home or in designated care settings, to promote their independence by providing enhanced services from the NHS and councils to prevent unnecessary hospital admission and effective rehabilitation services to enable early discharge from hospital and to prevent premature or unnecessary admission to long term residential care." Källa: National Service Framework for Older People, 2001

Nederländerna

Nederländerna har tidigare haft en hög andel av äldre i olika typer av boenden såsom vårdhem och på psykiatriska och somatiska avdelningar på sjukhus. Men äldreomsorgen övergår i allt högre grad till att erbjudas i den äldres hemmiljö. Ansvar för äldres hälso- och sjukvård ligger enligt lag inom den nationella offentliga förvaltningen, men privata vårdgivare ökar i antal. Hemtjänst och annat stöd för äldre personer i hemmet är kommunernas ansvar. På liknande sätt som i England är hälso- och sjukvården en nationell angelägenhet medan den sociala omsorgen ligger inom kommunernas ansvarsområde. Inom båda dessa sektorer finns det såväl offentliga som privata vårdgivare. Privata vårdgivare representeras av såväl vinstdrivande som icke-vinstdrivande organisationer. För att få offentlig vård och omsorg testas äldre personers vårdbehov via en kommunal kommitté för utvärdering av behovens omfattning (Gemeentelijke Indicatiecommissie).

1. System för kvalitetsuppföljning av äldreomsorg

Sedan 2007 finns ett nationellt system för övervakning av vårdkvalitet, The Quality Framework for Responsible Care. Genom Quality framework samlas information för olika ändamål såsom intern information för ledning, information för yrkesverksamma och klienter samt extern redovisning för nederländska inspektionen för hälsovård (se nedan). Nederländsk lagstiftning har krävt av vård- och omsorgspersonal att ge en "ansvarsfull" vård och service, som för första gången definierades och gjordes mätbar i det nationella kvalitetssystemet. Kvalitetssystemet har fastställts av en ledningskommitté som består av patientorganisationer, arbetstagarorganisationer, vårdgivare, försäkringsgivare, nederländska inspektionen för hälsovård och ministeriet för hälsovård. Framtagandet av det nationella systemet har pågått under flera års tid och inneburit ett nära samarbete mellan de olika parterna. Inriktningen har varit och är att hitta en ram som alla parter kan enas om.

Kvalitetssystemet innehåller standarder för vård med en uppsättning indikatorer. Systemet innehåller också ett kontrollsystem för kvalitet. Kontrollsystemet definierar roller för de inblandade parterna. Styrkan i kvalitetssystemet anses vara det intensiva engagemang man haft från alla inblandade parter (patient- och vårdgivarorganisationer, branschorganisationer osv.)

I Nederländerna finns det två huvudsakliga orga-

nisationer som är involverade i den direkta övervakningen av vårdkvalitet. Nederländska Inspektionen för hälsovård (The Dutch Inspectorate for Health Care; <http://www.igz.nl>) har som sitt huvuduppdrag att övervaka folkhälsan, främja och upprätthålla säkerhet, kvalitet och tillgänglighet av hälso- och sjukvård. Inspektionen för hälsovård fullföljer sitt uppdrag genom att identifiera hälsorisker, kontrollera tillhandahållandet av hälso- och sjukvård samt utredningar av folkhälsosituationen bland medborgarna. Inspektionen har således ett bredare uppdrag än att bara övervaka vårdkvalité. Dessutom övervakar inspektionen kvaliteten av all hälso- och sjukvård samt social omsorg inklusive särskilda boenden för äldre, hemsjukvård och hemtjänst. Totalt kontrollerar inspektionen över 25 lagar som exempelvis "Care Institutions Quality Act" and "Individual Health Care Professions Act". De arbetsmetoder som inspektionen förfogar över är allmän tillsyn, tematisk tillsyn (djupgående analyser) och tillbudstillsyn inklusive utredningar av olyckor. Inspektionen använder information från det nationella kvalitetssystemet när de bedömer kvaliteten. Inspektionen besöker även vårdgivare regelbundet för granskning och tillsyn.

Förutom Inspektionen har även Det nederländska centrat för konsumentprövning av hälsovården (the Dutch Centre for Consumer Experience in Health Care; www.centrumklanterveringzorg.nl), ansvar för uppföljning av kvalitet inom äldreomsorgen. CKZ ska se till att alla instrument som används för att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet är noggrant utvecklade, vetenskapligt validerade och att klienterna är delaktiga i detta utvecklingsarbete. CKZ övervakar följaktligen kvaliteten på sjukvården ur ett klientperspektiv. En nationell standard för att mäta patienternas erfarenheter kallas för Konsument Kvalitetsindex (Consumer Quality-Index alt. CQ-index eller CQI) som baseras på det amerikanska frågeformuläret CAHPS och det nederländska instrumentet OF-FERT. Konsument Kvalitetsindexet används inom det nationella kvalitetssystemet för att mäta brukarnas uppfattning av vårdkvalitet. Alla instrument som har godkänts av CKZ publiceras på deras hemsida. CKZ ackrediterar organisationer att använda CQ-index.

Båda organisationerna, Inspektionen och CKZ, övervakar således kvaliteten bland såväl offentliga som privata vårdgivare. De har befogenhet att använda sanktioner om vårdgivare inte uppnår tillräckligt hög kvalitet.

Förra året togs frågan upp om att inleda certifiering av vårdgivare som ett led i arbetet inom det nationella kvalitetssystemet. Fördelen med detta skulle exempelvis bli en mer grundlig självutvärdering och på så sätt erhålla en mer tillförlitlig information.

Beslut om certifieringen kommer att tas senare under 2009.

2. Kvalitetsindikatorer som används

De indikatorer som ingår i det nationella kvalitetssystemet finns presenterade på engelska i rapporten 'Quality Framework Responsible Care Nursing, Care and Home Care' ([http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20\(english\).pdf](http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20(english).pdf)). Indikatorer är ett resultat av flera års samarbete mellan de parter som ingår i styrgruppen Responsible Care.

Indikatorer mäts antingen via brukarundersökning eller via självskattning av vårdgivaren. Mätningssättet för varje tema är markerade i tabellen nedan.

Brukarnas upplevelser av vården anses som mycket viktiga källor till information i det nationella kvalitetssystemet. För en majoritet av indikatorerna finns frågor som är riktade till klienter och som efterfrågar deras erfarenheter och uppfattningar. T.ex. CQ-index för Omvårdnad och hemsjukvård består

av tre frågeformulär som är riktade till specifika målgrupper: ett för klienter som bor på särskilda äldreboenden, ett för företrädare för klienter som har ett geriatriskt boende inom psykiatri (till exempel familjemedlemmar) och ett för klienter och vårdtagare som bor hemma och som erhåller personlig omvårdnad och/eller omsorg i hemmet. CQ-index är följaktligen inte avsett för vårdtagare som endast har hjälp med hushållstjänster.

När man bearbetat och utvecklat det nationella kvalitetssystemet har man gjort en distinktion mellan mätning av struktur, process och resultat. Utgångspunkten har varit att i möjligaste mån mäta resultat. Den bakomliggande tanken var att det som personal och organisationer gör för att tillhandahålla vård inte skall rapporteras i detalj. Däremot är det viktigt att vissa resultat uppnås och därmed utvecklas fler resultatmått. Struktur- eller processindikatorer som har tydliga och direkta samband med resultaten, kan tillämpas om det inte finns några resultatindikatorer tillgängliga eller om dessa är svåra att mäta.

Kvalitetsindikatorerna täcker tio teman som är desamma oavsett om vården sker i särskilda boenden eller i hemmet. Varje tema har flera underka-

Kvalitetsindikatorer			
Mätningssätt			
Tema	(1) Bukarundersökning	(2) Organisationens självskattning	
		a) Organisationsnivå	b) Brukarnivå
Vård- / livsplan	x		
Kommunikation och information	x		
Fysiskt välbefinnande	x		
Vårdsäkerhet	x	x	x
Hemmiljö- och levnadsvillkor	x		
Deltagande och social tillgänglighet	x		
Psykiskt välbefinnande	x		x
Säkerhet boende / bostad	x	x	
Tillräcklig och kompetent personal	x	x	
Samarbete i vården	x		

tegorier. Till exempel temat "Fysisk välbefinnande" har två underkategorier "erfarenheter av fysisk vård" och "erfarenheter av måltider". Kvalitetsindikator för "erfarenheter av fysisk vård" berör i vilken utsträckning som klienter (eller företrädare för klienter) upplever god fysisk omsorg. För varje målgrupp (boende, företrädare och klienter som bor hemma) finns 2-5 frågor om vilka erfarenheter och åsikter de har om fysisk omvårdnad. Frågorna för klienter som bor i särskilt boende är: Får du vård när du vill/önskar? Får du den vård som du ber om? Byter man inkontinensprodukter när det behövs?

Frågorna för klienter som bor hemma: Har du fått hjälp med din personliga vård (t.ex. stöd med att duscha/tvätta sig, påklädning, kamma håret, etc) på tider som du vill få hjälp med detta? Får du vård som på ett sätt som du vill?

Frågorna för klienters företrädare är: Ger man vårdinsatser vid rätt tidpunkt och så ofta som de behövs? Utförs vårdinsatserna på ett värdigt och respektfullt sätt? Ser vårdgivaren ren och välvårdad ut? Byter man inkontinentprodukter i tid? Sköts den boendes tandhygien på ett bra sätt?

De tio teman för kvalitetsindikatorer presenteras här nedan tillsammans med underkategorier;

1. Vård- och livsplanering

- 1.1 Vård och omsorgserfarenheter (Vård- och livsplanering)
- 1.2 Delaktighetserfarenheter (t.ex. Hur ofta du får yttra dig i frågor som rör din egen vård eller behandling? Hur ofta talar dina vårdgivare med dig om vad som måste göras?)

2. Kommunikation och information

- 2.1 Behandlingserfarenheter (t.ex. Hur ofta behandlas du artigt av dina vårdgivare? Hur ofta är dina vårdgivare lyssnande och uppmärksamma på vad du säger?)
- 2.2 Informationserfarenheter (t.ex. Har ni fått tillräckligt med information från vårdgivaren om vad den kan göra för dig?)
- 2.3 Upplevelser av kommunikationen och möjligheterna att nå personal per telefon

3. Fysiskt välbefinnande

- 3.1 Erfarenheter av fysisk omvårdnad
- 3.2 Erfarenheter av måltider

4. Vårdsäkerhet

- 4.1 Trycksår,
- 4.2 Näringsmässiga förhållanden/situationer,
- 4.3 Fallolyckor,
- 4.4 Avvikande medicinska händelser/situationer,
- 4.5 Psykofarmaka,
- 4.6 Omfattning av influensavaccinationer (för både klienter och personal),
- 4.7 Inkontinens
- 4.8 Foley ballongkateter,
- 4.9 Beteendeproblem,
- 4.10 Fysiska begränsningar,
- 4.11 Policy för fysiska begränsningar,
- 4.12 Erfarenhet av professionalitet och säkerhet i vårdprocesser (t.ex. Tar vårdgivare och sjuksköterskor hänsyn till att du kan klara vissa uppgifter på egen hand? Är vårdgivare öppna för att arbetet utförs på ett sätt som du önskar?)
- 4.13 Erfarenhet av respekt och rättigheter som gäller begränsning av den fria rörligheten (t.ex. frågar man om din uppfattning eller ber man om din tillåtelse när det gäller åtgärder som kan begränsa din rörlighet?)

5. Hemmiljö- och levnadsvillkor

- 5.1 Erfarenheter av boendekomfort (t.ex. är temperaturen i ditt hem bekväm?)
- 5.2 Erfarenheter av socialt klimat (t.ex. Upplever man att atmosfären bidrar till att de boende interagerar på ett glatt och positivt socialt sätt? Är det en trevlig atmosfär vid måltider?)
- 5.3 Erfarenhet av integritet i boendet (t.ex. Har du tillräckligt med integritet när du använder toaletten? Upplevs hemtjänsten som ett intrång i ditt dagliga liv när vårdgivare besöker dig i ditt hem?)

6. Deltagande och social tillgänglighet

- 6.1 Erfarenheter av dagliga aktiviteter och deltagande (t.ex. Har du tillräckligt med möjligheter att delta i aktiviteter och dagliga händelser? Erbjuder din vårdgivare tillräckligt med stöd olika sätt att ta tillvara dagarna med sociala kontakter och aktiviteter?)
- 6.2 Erfarenhet av oberoende/självständighet (t.ex. Kan du gå till sängs och stiga upp när du vill? Kan du hantera det dagliga livet med vård i hemmet på ett enkelt sätt?)

7. Psykiskt välbefinnande

- 7.1 Erfarenheter om psykiskt välbefinnande (t.ex. Känner du dig ensam? Erbjuder din vårdgivare tillräckligt emotionellt stöd i samtal och är han / hon en bra lyssnare?)
- 7.2 Depression/nedstämdhet (Antal klienter som har visat tecken på depression under de senaste tre dagarna. I depression ingår att man visat tre av följande negativa uttryck, ilska, ångest, fixering vid egen hälsa och gråt.)

8. Säkerhet i boende/ bostad

- 8.1 Erfarenhet av säkerhet i hemmet / boendet (t.ex. Brukar du känna dig trygg hemma? Vet du vad du ska göra i händelse av brand? Visar vårdgivare tillräcklig hänsyn till säkerheten med att förebygga olyckor i och kring hemmet?)
- 8.2 Erfarenhet av tillförlitlighet bland personal (t.ex. Behandlar vårdgivare de boendes tillhörigheter med tillräckligt stor omsorg? Håller vårdgivare tider? Hanterar vårdgivare dina konfidentiella personuppgifter och privata frågor respektfullt?)
- 8.3 Anvisningar och instruktioner för hissar och lyftanordningar (Fråga till organisationen "Kan du bevisa att anställda som arbetar med lyftanordningar och hissar har fått i uppdrag att göra detta?")

9. Tillräcklig och kompetent personal

- 9.1 Erfarenhet av tillgång till personal (t.ex. Får du hjälp i tid när du måste gå på toaletten?, Hur många olika vårdgivare kommer in i din lägenhet i en månad?)
- 9.2 Tillgänglighet avseende sjuksköterska (Fråga till organisationen - Kan man erbjuda en boendeform med en väl fungerande omvårdnad och/ eller behandling - att det finns en sjuksköterska tillgänglig under hela dygnet alla dagar veckan och att sjuksköterskan kan vara på plats inom 10 minuter?)
- 9.3 Tillgänglighet avseende läkare (Fråga till organisationen Kan man erbjuda en boendeform med en väl fungerande omvårdnad och/eller behandling - att det finns en läkare tillgänglig under hela dygnet alla dagar veckan och att läkaren kan vara på plats inom 30 minuter?)
- 9.4 Kompetens för speciell och riskfylld behandling (Fråga till organisationen "Kan du bevisa med hjälp av ett" praktiskt prov "att det testats om personal har kompetens att utföra riskfylld behandling och att testresultatet når upp den standard som krävs?")

10. Samarbete i vården

(Har vårdgivare ett gott samarbete med andra discipliner såsom husläkare, specialister, sjukgymnaster, dietister?)

En standard för "bäst praxis" är kopplad till varje indikator. Jämförelser inom det nationella kvalitetsystemet görs alltså mot bästa möjliga praxis istället för minimistandarder. Mål för varje indikator är antingen ett genomsnittligt värde per indikator eller "värde för bästa praxis" som identifierats i relevant litteratur.

De första bedömningarna med Quality Framework utfördes mellan april 2007 och april 2008. Resultatindikatorer mättes inom 1797 organisationer (eller avdelningar) och brukarindikatorer inom 855 organisationer. Därefter görs mätningarna årligen. Kontinuerlig anpassning av Quality Framework och indikatorer görs vid behov. I den nuvarande Quality Framework har man exempelvis inte fokus på särskilda brukarkategorier, såsom brukare med endast rehabilitering eller psyko-geriatriska klienter. Eventuellt kommer det framtida utvecklingsarbetet att fokusera på vissa patientgrupper, men inget beslut om detta har ännu så länge fattats.

3. Resultatredovisning för medborgare

Information från Quality Framework lämnas till allmänheten via en folkhälsportal på Internet (www.kiesbeter.nl). Portalen är för medborgare som har frågor om hälso- och sjukvård, sjukförsäkring och hälsa. Information i portalen är tillförlitlig och kan hjälpa till att göra informerade val.

I portalen finns resultat på indikatorer, inspektionsrapporter, en sammanfattning av patienters upplevelser och ranking med graderingar/betyg för varje vårdgivare. Klienter och deras anhöriga kan därför använda informationen i bedömningen en vårdgivare. En av styrkorna med Quality Framework är just den omfattande rapporteringen till allmänheten.

4. Användning av resultat i verksamheter

Quality Framework kan användas av ledning och personal för intern kontroll och för kvalitetsförbättring. De anställda är aktivt engagerade i att förbereda och genomföra mätningar. Det ansågs som mycket viktigt att arbetet med Quality Framework skulle vara en del av de yrkesverksammas ordinarie arbete och att det inte skulle betraktas som en extra börda. Syftet är att resultaten kan omsättas i konkreta förbättringar av arbetsmetoder.

Ett program, "Care for better" (Zorg voor Beter, www.zorgvoorbeter.nl) för ett framgångsrikt genomförande av Quality Framework har inletts. Alla instrument och övrig information som är viktig för mätning av indikatorerna finns på webbplatsen för "Care for better". Vårdgivare som fungerar bra i vissa områden har möjlighet att dela med sig av sin kunskap och erfarenhet genom detta program. Detta sätt att understryka idén med Quality Framework, som ett sätt att arbeta för högsta kvalitet i stället för den lägsta, anses mer stimulerande för de anställda. Därutöver är jämförelse av arbetsplatser med bästa praxis ett sätt att skapa starka incitament till förbättringar.

Sjukförsäkringsföretag liksom det Nederländska Inspektionen för hälso- och sjukvård (the Dutch Inspectorate for Health Care) samt olika patientorganisationer har alla tillgång till resultaten från Quality Framework.

Danmark

Den danska hälso- och sjukvården samt vård och omsorg är till största del offentligt organiserad. År 2007 genomfördes en reform inom dansk offentlig sektor som bl.a. syftade till att förbättra koordinationen mellan olika vårdgivare. Med reformen fick kommunerna en större roll i vård och social omsorg. Sedan reformen, är regionerna ansvariga för de flesta sjukhus som tillhandahåller somatisk och psykiatrisk sjukvård. Totalt finns det fem regionala enheter i Danmark. Utövandets av professionell vård som exempelvis den som utförs av allmänpraktiserande läkare utanför sjukhusens regi, innebär eget företagande med ersättning från respektive region. Sedan reformen, är kommunerna ansvariga för äldreomsorg, socialvård, psykiatrisk öppenvård, prevention och andra hälsoinsatser, samt rehabilitering och vård som inte direkt är kopplad till den slutna vården på sjukhus. Kommunerna ansvarar därmed för hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering som ges utanför sjukhusen för äldre personer, samt alla typer av äldreboenden (motsvarande särskilt boende, service boende etc.). Totalt finns det 98 kommuner i Danmark. Kommunerna fattar beslut om stöd och omsorg utifrån individernas behov, oavsett om den tillhandahålls av offentliga eller privata vårdgivare.

1. Systemet för kvalitetsuppföljning av äldreomsorg

Under 2002 infördes en nationell modell för kvalitetssäkring av vård och omsorg - "Den Danske Kvalitetsmodell" (DDKM). Kvalitetsmodellen fokuserar framförallt på organisationers interna kvalitetsutvecklingsarbete. Den innehåller inga direkta möjligheter för att jämföra kvaliteten mellan olika vårdgivare. Den bakomliggande idén med skapandet av modellen, var att integrera några av de tidigare nationella och regionala projekten - inklusive kliniska databaser, kliniska riktlinjer, ackrediteringsplaner samt nationella mätinstrument för patienttillfredsställelse - till ett heltäckande system som omfattar alla områden av hälso- och sjukvårdssektorn.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS; www.ikas.dk) grundades år 2005 med syftet att ansvara och vidareutveckla DDKM. Därmed fick IKAS ett övergripande ansvar för det danska kvalitetssystemets strategiutveckling och planering. I våra intervjuer med nyckelpersoner från IKAS betonades koordination mellan olika vårdgivare som ett viktigt led i arbetet med att bygga upp ett nationellt kvalitetssystem.

Apotekssektorn var den första som började använda DDKM-systemet ("DDKM apoteker"). I dagsläget används systemet av mer än hälften av alla danska apotek. Planerna är att alla danska sjukhus, såväl offentliga som privata, ska omfattas av "DDKM sygehus". Den första versionen av DDKM sjukhus lanseras under augusti 2009. Arbetet med DDKM för primärvården ("DDKM præhospitale") pågår och ackrediteringsstandarder för primärvården beräknas bli lanserade 2011.

DDKM för kommunal verksamhet började utvecklas år 2005. Grundprincipen var att ackrediteringsstandarderna för den kommunala vården skulle följa de internationella principerna för god kvalitet, som beskrivs av International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQUA). Kommunala ackrediteringsstandarder utvecklades tillsammans med personal från kommunal vård. Även brukarorganisationer konsulterades i utvecklingen av DDKM för kommuner.

För närvarande finns det en tillgänglig version av DDKM för kommuner, som frivilligt kan användas av kommunerna. De första tre kommuner, Horsens, Favrskov och Bornholms, har påbörjat arbetet med användning av DDKM i sin verksamhet. Flera andra kommuner planerar att starta inom kort. Slutfasen av att utveckla DDKM för kommuner pågår och eventuellt kommer DDKM för kommuner att kompletteras med ytterligare ackrediteringsstandarder.

DDKM systemet bygger på ackreditering. Grundprinciperna är att varje organisation internt fastlägger en minimal nivå av god kvalitet inom ett antal områden, som sedan följs upp i form av grad av uppfyllelse. Fel och brister som upptäcks under processens gång används för att förbättra kvalitén. Innan det slutliga ackrediterandet/godkännandet, skall en extern undersökning utföras av en representant från IKAS. Då intervjuas bl.a. brukare, personal och ledning för att bedöma kvalitetsarbetet. Dessutom undersöks skriftliga material såsom avvikelserapporter. Ackrediteringsstyrelsen kan tilldela tre typer av ackreditering: organisationen blir ackrediterad, blir ackrediterad med kommentarer eller blir inte ackrediterade. Den externa utvärderingen upprepas vart tredje år. De interna målen för en minimal nivå av god kvalitet revideras också vart tredje år eftersom ackrediteringen baseras på basis av den kontinuerliga kvalitetsutvecklingen.

2. Kvalitetsindikatorer som används

DDKM kommuner

Ackrediteringsstandarderna har utgångspunkt i gällande lagstiftning, men alla aspekter av olika vårdprocesser är inte nödvändigtvis inkluderade. Till exempel omfattas inte arbetsmiljö av ackrediteringsstandarderna eftersom detta område är välreglerat i lagstiftningen. En ackrediteringsstandard beskriver de krav som organisationen måste leva upp till inom ett antal utvalda områden.

För DDKM kommuner finns det nuvarande 31 ackrediteringsstandarder på tre nivåer: organisatorisknivå, allmännivå och sjukdomsspecifiknivå. För närvarande pågår utvecklingsarbete av ytterligare standarder, som bl.a. handlar om tandvård, demensvård, missbruk och kroniska sjukdomar.

Ackrediteringsstandarderna för kommunerna har sammanställts i en handbok "Akkrediteringsstandarder fra 1. og 2. fase for det kommunale sundhedsvæsen" (<http://www.ikas.dk/Kommuner/Akkrediteringsstandarder-for-kommuner.aspx>). I handboken beskrivs för varje ackrediteringsstandard målet med standarden, mål eller användargrupp (t.ex. högsta ledning eller medicinsk ansvariga sjuksköterskor), områden/verksamheter som berörs av standarden (t.ex. enheter som delar ut mediciner) och indikatorer för utvärdering av uppfyllelsen av standarden. Dessutom anges relevant lagstiftning rörande varje ackrediteringsstandard och övrig relevant litteratur. Nedan redovisas kort de 31 ackrediteringsstandarderna.

Organisatoriska ackrediteringsstandarder

De organisatoriska ackrediteringsstandarderna omfattar övergripande, organisatoriska åtgärder och riktar sig till den högsta ledningen och enhetschefer. De organisatoriska ackrediteringsstandarderna består av fyra teman med totalt 15 ackrediteringsstandarder. Dessa är:

1. Kvalitet och riskhantering:

- Kommunen har ett handlingsprogram med tillhörande planer för fastläggande av ramarna gällande kvalitets- och riskbedömning,
- Kommunen organiserar kvalitets- och riskhante-ringsinsatser,
- Kommunen förebygger, identifierar, värderar och begränsar – och om så är möjligt – eliminerar risker för brukare, ledare och medarbetare,
- Kommunen rapporterar, analyserar och följer upp oförutsedda händelser
- Ledningen prioriterar och implementerar kvalitetsförbättringar och ny kunskap på området där kvalitén inte är i överensstämmelse med kvalitetsmålen, eller där det finns en uppenbar skaderisk för brukaren.

2. Ledarskap

- Kommunen arbetar efter ett verksamhetsunderlag, som är gemensamt för ledarskap, drift och utveckling på alla nivåer inom kommunen,
- Kommunen arbetar enligt ett ledarskapsunderlag som beskriver vilka krav och förväntningar som kan ställas på en ledare,
- Kommunen drivs utifrån systematisk planering och drift,
- Kommunen övervakar, använder och makulerar personuppgifter på ett säkert sätt
- Kommunens byggnader, anläggningar och övriga faciliteter understödjer kommunala uppdrag, drift och säkerhet för brukare, ledare, medarbetare och leverantörer.

3. Dokumentation och datahantering

- Kommunen har en systematisk och enhetligt tillvägagångssätt vid utformning och tillämpning av strategier, riktlinjer och instruktioner i relation till DDKM,
- Kommunen använder ett system för att hantera strategier, riktlinjer och instruktioner i relation till DDKM
- Brukaren har en journal, som är uppdaterad, lättillgänglig och som innehåller alla relevanta data relaterat till behandling.

4. Rekrytering och kompetensutveckling

- Kommunens anställningsprocedur innebär tillsättning av kompetenta ledare och medarbetare, som vid anställningstillfället får en strukturerad introduktion av arbetsuppgiften
- Kommunen arbetar systematiskt med kompetensutveckling med utgångspunkt från respektive enhets behov.

Allmänna ackrediteringsstandarderna

De allmänna ackrediteringsstandarderna syftar till att processen för patienter och medborgare samordnas på en hög nivå med tydliga ansvarsområden. DDKM ska ge en grund för samarbete mellan olika sektorer och enheter t.ex. genom ett gemensamt språk och en gemensam förståelse av vad kvalitet är. De allmänna standarderna omfattar tre teman och totalt åtta ackrediteringsstandarder. Dessa är:

1. Samordning, kontinuitet och övergångar:

- Sektorer och kommuner samarbetar med brukarens övergång mellan sektorer eller kommuner och med brukarens ambulerande behandlingsprocedur
- Kommunen samarbetar om brukare som får sjukvård.

2. Medicinering:

- Mottagande av läkemedelsordination dokumenteras i journalen,
- Läkemedlet har en giltig dispens,
- Läkemedlet administreras korrekt
- Läkemedlet transporteras och förvaras på ett säkert och korrekt sätt.

3. Hygien:

- Kommunen har hygienföreskrifter, som fastlägger ramarna för hygien
- Ledare och medarbetare känner till och använder hygienföreskrifterna och handhygien utförs korrekt.

Specifika ackrediteringsstandarderna

De specifika ackrediteringsstandarderna omfattar tre teman med totalt åtta ackrediteringsstandarder som riktar sig mot definierade patientgrupper. Dessa är:

1. Palliativ vård

- Alla involverade parter samarbetar kring den palliativa insatsen till brukare,
- För brukare med behov av palliativ insats genomförs en systematisk genomgång av brukarens uppfattning om den egna livskvaliteten med hänvisning till en anpassning till insats motsvarar de rättigheter
- Brukaren i behov av palliativ insats får behovsbaserad symptomlindring.

2. Trycksår

- Kommunen arbetar systematiskt med förebyggande av trycksår
- Kommunen arbetar systematiskt med behandling av brukare med trycksår.

3. Rehabilitering

- Kommunen beskriver rehabiliteringsåtgärder som står tillförfogande enligt gällande förordningar med hänvisning till Sjukvårdslagen § 140,
- Det betyder att man utarbetar och genomför en individuell rehabiliteringsplan för rehabiliteringsprocessen i enlighet med Sjukvårdslagen § 140
- Brukarens rehabiliteringsbehov utformas som delmål vilka är uppställda i den kommunala rehabiliteringsplanen.

System för jämförelser mellan vårdgivare och mellan kommuner

Inom ramen för DDKM finns ingen möjlighet att jämföra indikatorer på nationell basis kommuner emellan. Däremot finns det i Danmark tre olika hemsidor för jämförelser mellan kommuner.

Hemsidan "nyckeltal" (<http://www.noegletal.dk>) innehåller över 200 nyckeltal, vilka kan jämföras mellan kommuner. Dessa publiceras av Velfärdsmi- nisteriet sedan 1993. Nyckeltalen täcker allmänna områden såsom befolkningsstatistik, ekonomi och personal. Dessutom finns det möjlighet att jämföra särskilda sektorer såsom äldreomsorg. För äldre- omsorg finns följande nyckeltal att jämföra mellan kommunerna:

- Äldreutgifter (brutto) för personer i åldrarna 65+ och 67+
- Äldreutgifter (netto) för personer i åldrarna 65+ och 67+
- Utgifter för bostadsbidrag per pensionär
- Antal mottagare av bostadsbidrag per 100 hus- håll
- Antal platser på sjukhem (plejehjem) och vårdcentra (plejecentre) per 1 000 inv. i åldrarna 65+/67+
- Antal platser med hemtjänst (plejeboliger) per 1 000 inv. i åldrarna 65+/67+
- Antal platser med äldrebostäder (ældreboliger) per 1 000 inv. i åldrarna 65+/67+
- Antal platser med skyddat boende (beskyttede boliger) per 1 000 inv. i åldrarna 65+/67+
- Avgift för levererade måltider per dag (absoluta tal)
- Avgift för måltider på vårdhem (plejehjem) per måltid (absoluta tal)
- Avgift för avlastningsvistelse per dygn (absoluta tal)

På hemsida för Danmarks statistik (www.statistikbanken.dk) finns möjlighet att jämföra statistik på kommunnivå. Det finns statistik som berör bl.a. brukare av olika äldreomsorgstjänster såsom hemtjänst, särskilda boenden, rehabilitering och dagverksamhet (t.ex. antal personer med hemtjänst uppdelat på kön, ålder, typ av service och antal levererad hemtjänst i timmar per vecka, månad osv.), medarbetare inom äldreomsorgen (t.ex. antal heltidsanställda) samt kostnader för äldreomsorg.

På en särskild hemsida (www.brugerinformation.dk) finns också möjlighet att göra jämförelser mellan kommuner och mellan vårdgivare inom en kommun. Information som finns är följande:

kontaktppgifter, typ av boende, antal boende, fast anställd vårdpersonal, värderingar och nor- mer, service- och aktivitetserbjudanden, insatser för dementa, bostädernas storlek, inredning samt tillsynsrapporter.

3. Resultatredovisning för medborgare

Danska lagen säger att kvalitetskontroller måste publiceras och offentliggöras. DDKM kommun har hittills endast pilottestats med personal inom kom- munal verksamhet. Mot slutet av 2009, kommer brukarna att få tillgång till resultat via Internet. Vår intervjuperson betonade dock att det är osäkert vad brukare inom äldreomsorg kommer att göra utifrån resultat i DDKM. Det kanske är få äldre som t.ex. vill flytta till ett annat äldreboende med hänvisning till resultat i DDKM. Däremot öppnas möjligheten för de äldres anhöriga att använda resultat för att pressa kommuner att uppnå bättre kvalitet.

En del data för sjukhus är publicerade på Inter- net för att förenkla jämförelser och valmöjligheter. Så långt är det möjligt att jämföra kvalitet för sju diagnosområden (diabetes, lungcancer, schizofreni, hjärtbesvär, höftledsfraktur, stroke och akut opera- tion av blödande magsår), liksom patienternas upp- levelse av tillfredsställelse/belåtenhet med vården för samtliga uppmätta sjukhusavdelningar. På så sätt kan patienter välja sjukhus efter resultat.

4. Användning av resultat i verksamheter

DDKM utvecklades i syfte att skapa lärande och kva- litet i vården genom en löpande bedömning av orga- nisationers resultat jämfört med målen som beskrivs i ackrediteringsstandarderna. Tanken är att DDKM ligger till grund för ett systematiskt kvalitetsutveck- lingsarbete. Därmed kännetecknas DDKM av att inte bara fokusera på kvaliteten i vården, utan också på de processer och strukturer som stöder omhändertagan- det av patienter och medborgare. IKAS erbjuder råd och stöd vid ackrediteringsprocessen för organisatio- nerna. Alla organisationer har t.ex. möjlighet att få en ackrediteringsrådgivare från IKAS.

DDKM bygger på en grundläggande modell för systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete. Modellen innehåller fyra steg: (1) Planera; kommunen och vårdorganisationerna skriver vägledande dokument som beskriver hur kvalitetsmålen i ackrediterings- standarder uppnås, (2) Utföra; ovan nämnda doku- ment implementeras i praktiken, (3) Utvärdering; kvalitén på tjänsterna utvärderas, (4) Åtgärder;

resultaten av utvärderingen studeras och åtgärder vidtas där det finns brister i kvalitet.

Allt arbete kring DDKM sker via ett nationellt webbaserat system, Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling (TAK; www.ikas.dk/TAK-systemet.aspx). Målet med TAK är att ge struktur och tillsyn till ackrediteringsprocessen. TAK möjliggör samverkan mellan olika kommunala enheter. Datauppgifterna kan gemensamt delas istället för att skickas runt och bli arkiverade på många olika platser. Alla enheter har möjlighet att registrera sitt arbete, lägga till kommentarer, aktivitetsplaner och uppföljningsdata i TAK. Ledningen får en överblick för kvalitetsutvecklingsarbetet inom hela kommunen.

Spanien

Den 1 januari 2007 trädde lagen om personlig frihet och vårdberoende (The Personal Autonomy and Dependent Care Law / Ley de Apoyo Para el Cuidado de Personas Dependientes) i kraft i Spanien. Den garanterar offentligt stöd för människor som inte kan klara sig själva och sitt dagliga liv på grund av sjukdom, funktionshinder eller ålder. Detta var första gången som Spanien behandlade frågan om vårdbehov som en offentlig fråga på en samhällslig nivå. Traditionellt har informell och privat omhändertagande varit den vanligaste formen av äldrevård i Spanien. Sociodemografiska förändringar, som exempelvis ökande andel kvinnor på arbetsmarknaden, har ökat trycket för myndigheterna att erbjuda vård och omsorg för äldre personer.

I Spanien har socialt omhändertagande av äldre, såsom hemtjänst och särskilda boenden, organiserats av 17 självstyrande regioner. Varje region hanterar själv organisationen av vård och omsorg liksom tillhörande kvalitetskontroller. Den nya lagen kräver mer samarbete såväl mellan regionerna som mellan centrala och lokala myndigheter. Det finns dock en del problem avseende ansvarsfördelning av sociala tjänster. Dessa tjänster är ålagda att skötas regionalt, men den nya lagen är en nationellt stiftad lag, vilket i sin tur skapat förvaltningskonflikter mellan vissa regioner och staten. Speciellt gäller detta för de regioner som styrs av oppositionspartiet. Dessa konflikter har medfört att genomförandet av lagen utvecklas långsamt.

De tjänster som erbjuds till äldre enligt den nya lagen är t.ex. personliga larmsystem, hemtjänst (städning och hjälp med personlig vård), dag- och nattverksamhet och särskilda boenden. Det förväntas att det mesta av tjänsterna skall vara tillgängliga via offentlig omsorg. Hälso- och sjukvård tillhandahålls alla medborgare från statligt håll via National Health

System (NHS). Detta är ett decentraliserat vårdssystem under vilket varje region lyder och bedriver vård.

1. Systemet för kvalitetsuppföljning av äldreomsorg

Eftersom de självstyrande regionerna har en oberoende förvaltning, när det gäller tillhandahållandet av äldrevård, är de också i princip ansvariga för kvalitetsövervakning. Få regioner publicerar egna kvalitetsuppgifter eller rapporter. Således är det oklart om något system för övervakning används på regional nivå. De flesta regioner ha lagar, riktlinjer och andra normativa dokument om hur äldrevården skall organiseras. Dessa dokument handlar bl.a. om omfattning och kvalifikationer avseende personal, apparatur, tjänster och organisation. T.ex. kan det finnas regler för hur stor yta ett rum skall ha i särskilda boenden. Däremot verkar inte regionerna ha enhetliga system för utvärdering av kvaliteten på vården och tjänster som levereras.

På nationell nivå finns för närvarande ingen formell kvalitetsbedömning av äldreomsorg. Det mest betydande nationella organ, med uppdrag att sköta tillsyn av vårdkvalitet i äldreomsorg, är Institutet för Äldre Personer och Sociala Tjänster, IMSERSO (Institute of Older Persons and Social Services; www.seg-social.es/imserso). IMSERSO inledde sin verksamhet 2004 och är en social institution med ansvar för förvaltningen av icke-avgiftsfinansierad ålderspension och genomförandet av systemet för social trygghet när det gäller funktionshindrade, äldre personer, flyktingar och invandrare. IMSERSO har ett övergripande ansvar för tillhandahållandet av äldreomsorg, men de facto inga befogenheter, eftersom de flesta av tjänsterna överförts till respektive självstyrande region. Den nya lagen betonar dock vikten av att mäta vårdkvalitet. Den kräver bl.a. att vårdgivarna registrerar sig och aktivt deltar i vårdutvärderingar, som kontrollerar effektivitet av tjänster och kostnader. Inom ramen för den nya lagen skall gemensamma kriterier för kvalitetsplanering, kvalitetsindikatorer, ackreditering av vårdgivare och jämförelse av vårdgivare etableras. Lagen börjades tillämpas under 2007 och är planerad att implementeras stegvis under en åtta år lång period. Men av skäl som nämnts ovan genomförs lagen långsamt och det är följaktligen för tidigt att utvärdera utvecklingsarbeten i Spanien som avser nationell kvalitetskontroll.

Dock har lagen inneburit några ändringar gällande tillhandahållandet av äldreomsorg. Ett nytt organ inom IMSERSO, SAAD (Sistema para la Autonomia y Atención de la Dependencia; http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/dep_laad).

html) har införts. SAAD ansvarar för frågor om behov och det nationella statistiksystemet. Således har SAAD verktyg för att implementera den nya lagen. SAAD kan styra upp de regionala organisationernas sätt att hantera de interna processerna med anknytning till lagen. Alla offentliga förvaltningar med ansvarsområden kring äldre och äldres vård/omsorg skall samarbeta och delta i det nya systemet. Till exempel, har en lista på mer än 150 indikatorer med avsikt att bedöma äldre personers behovsnivå färdigställts inom SAAD. Syftet är att skapa en profil för varje person med omsorgsbehov med information om personens insatser och dess kostnader.

2. Kvalitetsindikatorer som används

På nationell nivå, förbereder en avdelning inom IMSERSO, The Observatory of Older People, årligen socialtjänst indikatorer (social service indicators) för äldre i Spanien. Dessa presenteras i rapporten Äldre personer i Spanien (Older people in Spain - Las Personas Mayores en España; <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/index.html>). Dessa sociala tjänsteindikatorer avser antalet användare av olika sociala tjänster, användarprofil, antal äldreboendeplatser och fördelning av ägande, kostnadstäckning och jämförandekostnader. År 2006 lade man till ytterligare några helt nya indikatorer som ett resultat av den nya lagen. De nya indikatorerna handlar om antal personer; med omsorgsbehov, med vård och omsorg i hemmet och med familjestöd. Denna information kan användas för kvalitetsbedömning av hur väl strukturer för äldreomsorg svarar mot behoven hos de äldre i Spanien.

IMSERSO upprätthåller även en databas med information om särskilda boenden och andra boendeformer för äldre personer i Spanien (<http://www.imsersomayores.csic.es/recursos/index.html>). Databasen innehåller uppgifter om typ av boende, typ av användare, verkställande organisation, antal platser, typ av rum, typ av platser (permanent eller tillfälliga), pris, villkor för tillträde, antal inskrivna äldre, antal anställda samt typ av utrustning och tjänster. Men för närvarande finns inte någon information om kvaliteten på dessa tjänster. Den information som finns är strukturell och anger endast nivåer av strukturella regler för vård och omsorg.

Indikatorer för hälso- och sjukvårdssystemet är i enlighet med europeiska hälsoindikatorer (ECHI, European Community Health Indicators) (t.ex. sjukhussängar per invånare, antal läkare och sjuksköterskor, medborgarnas användning av hälsovård, läkemedelsanvändning och dödlighet för olika sjukdomar). På ett liknande sätt finns det hälsorela-

terade indikatorer i enlighet med ECHI indikatorer (t.ex. medellivslängd, tobaks- och alkoholkonsumtion, självskattad hälsa och sjuklighet).

Användarnas syn på hälso- och sjukvårdstjänster har mätts med National Health Survey Spanien regelbundet sedan 1997. Sjukvårdsanvändarnas uppfattning om och hur nöjda de är med hälso- och sjukvården (inte specifikt med äldreomsorg) kartläggs genom intervjuer. Dessutom utförs en nationell undersökning, Condiciones de Vida de los Mayores, av Observatory of Older People inom IMSERSO. Den mäter bl.a. äldre människors omsorgsbehov med indikatorer som gäller svårigheter med dagliga aktiviteter och behov av stöd för dagliga aktiviteter.

3. Resultatredovisning för medborgare

Det finns en webbportal om äldre personer (Portal Mayores; www.imsersomayores.csic.es) som ger information till medborgare angående äldre, åldrandet och äldreomsorg. Portalen är en elektronisk plattform som är riktad till äldre personer, personer som arbetar med äldre och forskarvärlden. Den skapades 2001 som ett resultat av ett samarbetsavtal mellan IMSERSO och Spanska Vetenskapsrådet (the Spanish Scientific Research Council). Det huvudsakliga innehållet i Portal Mayores berör områden såsom sociala tjänster, hälso- lagstiftning, statistik, forskning, politik och ekonomi. Äldreportalen innehåller bl.a. IMSERSOs databas över särskilda boenden för äldre personer. Detta gör det möjligt att söka efter områden och lokalisering av boenden i olika regioner i Spanien. Även IMSERSOs rapporter om äldre i Spanien publiceras på äldreportalen.

Inom ramen för SAAD programmet planeras en flerkanalplattform med information till allmänheten t.ex. via Internet. Ännu så länge saknas detaljerad information om detta.

4. Användning av resultat i verksamheter

Äldreportalen innehåller visserligen dokumentation som är relevant för den som arbetar med äldre. Men den saknar vägledning för hur man skulle kunna använda informationen på ett systematiskt sätt i verksamheter.

Inom ramen för SAAD planeras ett öppet IT-system för att möjliggöra enkel integration med kommunala och regionala myndigheter. Systemet skall verka för hantering av processer som att exempelvis bedöma behovsnivå, omsorgsjusteringar och vissa uppföljningsrutiner.

Slutsatser

Följande slutsatser har dragits från resultaten:

- Nationella kvalitetssystem har utvecklats och organiseras på olika sätt i de berörda länderna. I Holland har flera aktörer, såsom patientorganisationer, arbetstagarorganisationer och vårdgivare, tillsammans utvecklat ett nationellt kvalitetssystem. Dessa aktörer har även gemensamt ansvar för implementering av systemet. I England har ett flertal förändringar genomförts under de senaste åren som handlar om tillsyn av vård och omsorg. En ny organisation (Care Quality Commission) har bildats under 2009 som har ansvar för tillsyn av all vård och omsorg för vuxna inklusive äldreomsorg. I Danmark och Spanien har en särskilt organisation fått ansvaret för att utveckla och implementera det nationella kvalitetssystemet. Danmark är i slutfasen av att genomföra det nationella kvalitetssystemet för kommunal vård och omsorg. I Spanien är detta arbete för närvarande i en uppbyggnadsfas.
- Det finns en stor variation av kvalitetsindikatorer som används inom de olika länderna. I England finns det ett antal nationella indikatorer för offentlig verksamhet som rapporteras till regeringen. Äldreomsorgens kvalitet följs upp mer specifikt genom de nationella minimum standarderna som täcker kvalitetsområden som struktur, process och resultat. I Holland har man medvetet koncentrerat sig på att använda resultatindikatorer. Det danska systemet omfattas indikatorerna av lednings- och arbetsprocesser. I Spanien har man hittills en nationell databas för strukturella aspekter såsom antal anställda och vårdtagare, samt typ av rum och utrustning.
- Holland och Danmark har tydligt involverat äldre personer i framtagandet av kvalitetsindikatorer. I Holland mäts också de flesta av indikatorerna utifrån brukarnas upplevelser. Vårdorganisationers självskattningar används som datakällor i England, Holland och Danmark. England och Danmark gör även regelbunda externa inspektioner för att bedöma kvaliteten.
- Alla fyra länder använder Internet för att sprida information om äldreomsorg och dess kvalitet. I England och Holland finns alla rapporter för varje vårdorganisation tillgängliga för allmänheten på Internet. I båda länderna betygssätts också varje vårdorganisation (t.ex. från 0 till 3 stjärnor) för att jämförelser av vårdgivare skall vara så enkel som möjligt för brukare och anhöriga. I Holland har också en särskilt folkhälsportal utvecklats för att sprida tillförlitlig information om vård och hälsa till medborgarna. Danmark kommer att publicera resultat på kvalitetssystemet via Internet när systemet väl är implementerat i större skala.
- Stödfunktioner för organisationerna och dess möjligheter att använda resultat från kvalitetssystemet är mest utvecklat i det danska systemet. Syftet är att skapa lärande i organisationerna. Allt arbete kring kvalitetssystemet sker via ett webb-baserat system. Där kan alla berörda parterna samarbeta kring datainsamling och ledningen får en överblick för kvalitetsutvecklingsarbeten i olika delar av organisationen. I Holland finns en särskild hemsida för vårdorganisationer där erfarenheter kan delas för att stimulera utvecklingsarbetet.
- Vad gäller EU eller OECD nivå så verkar det inte för närvarande finnas något arbete för att ta fram indikatorer som specifikt mäter äldreomsorgens kvalitet. Däremot pågår det flera olika projekt som syftar till att bl.a. ta fram indikatorer för att mäta äldres hälsa eller kvalitet för vård angående specifika sjukdomar som exempelvis diabetes.

Referenser

Relaterat till EU och OECD

European commission, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Social protection and Social integration, 2008, Portfolio of overarching indicators and streamlined social inclusion, pensions, and health portfolios

European Observatory on Health Systems and Policies hemsida www.euro.who.int/observatory

ECHIMs hemsidan www.healthindicators.org

EUs hemsida för folkhälsa: http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

OECD hemsida för hälsa: www.oecd.org/health

Personlig kontakt med:

Niek Klazinga – OECD Health Division, Health Care Quality Indicator Project

Kristoffer Lundberg – Socialdepartementet, Analysfunktionen

Relaterat till England

Hemsida för National Health Service www.nhs.uk

Hemsida för Care Quality Commission (CQC) www.cqc.org.uk

Hemsida för Department of Health www.dh.gov.uk

Hemsida för Audit Commission www.audit-commission.gov.uk

Department of Health, 2001, National service framework for older people, Tillgänglig på hemsidan för Department of Health

Communities and Local Government & HM Government, 2008, National Indicators for Local Authorities and Local Authority Partnerships: Handbook of Definitions.

Personlig kontakt med

Savio Toson – Methodology Adviser, Care Quality Commission

Relaterat till Nederländerna

Hemsida för The Dutch Inspectorate for Health Care www.igz.nl

Hemsida för The Dutch Centre for Consumer Experience in Health Care www.centrumklantervaringzorg.nl

Hemsida för "Care for better" (Zorg voor Beter) www.zorgvoorbeter.nl

Hemsida för Transparent Care (Zichtbare Zorg) www.zichtbarezorg.nl

Hemsida för folkhälsportalen www.KiesBeter.nl

Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition:

Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Personlig kontakt med:

Karen van Ruiten – projektmedarbetare, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Programma Zichtbare Zorg

Diana Delnoij – Chef för Centre for Consumer Experience in Health Care

Kathrin Woitha – Researcher, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Department of Anesthesiology, Pain and Palliative Medicine

Relaterat till Danmark

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) hemsida www.ikas.dk

Sundhedsstyrelsen hemsida www.sst.dk

Hemsida för kommunal nycketal www.noegletal.dk

Hemsida för Indenrigs- og Socialministeriet www.ism.dk

Hemsida för "brugerinformation" (jämförelser av kommuners verksamhet och vårdgivare) www.brugerinformation.dk

Hemsida för Danmarks statistik www.statistikbanken.dk

Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder fra 1. og 2. fase for det kommunale sundhedsvæsen, 2008, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)

Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 1. version, 2008, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)

Ministry of the Interior and Health & Ministry of Social Affairs, Report on health and long-term care in Denmark, april 2005.

Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(6): 1-164.

Personlig kontakt med:

Anne Mette Villadsen – Områdeschef för kommuner, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

Relaterat till Spanien

Hemsida för Imsero www.seg-social.es/imsero

Hemsida för Portal Mayores www.imersomayores.csic.es

Hemsida för SAAD www.saad.mtas.es

Durán A, Lara JL, van Waveren M (2006). Health system review: Spain, Health Systems in Transition, 2006; 8(4):1-208.

Personlig kontakt med:

Antonio Abellan García – forskare vid Spanish Scientific Research Council (Consejo Superior Investigaciones Científicas, CSIC)

Adela Varela Marimón – medarbetare vid Observatorio de Personas Mayores, Portal Mayores, IMSERSO

Övriga referenser

Hemsida för International Society for Quality in Health Care: www.isqua.org

BILAGA 1.

Intervjufrågorna

Your profession and current workposition

Can you recommend anyone else we should interview (within your organisation or in other organisations)?

Your length of experience with working with quality indicators or the national quality system

Can we contact you again if we would have further questions regarding the quality system or indicators?

1 a) Is there a national system for monitoring quality of elderly care in your country?

(if there is a system that is not national –what parts are missing, for instance private care providers or some geographical areas?)

1 b) From your perspective: How was the national system developed?

2) Were older persons' needs and wishes taken into account when the system was developed? (i.e. were any older people organizations etc. asked for opinions?)

3) How has the quality of care been defined in the system?

4) What quality indicators are used in the system to measure quality of older people care?, How were the indicators chosen?

5) How is the relation between quality of care and older people's quality of life taken into consideration in the system?

6) Who has access to the results from the systems?

7) Are the results presented to citizens, care providers or older people/their families?

8) How is it intended that the results of quality the measurements should be used in older people care organizations?

9) Are there any strengths or weaknesses you identify in the system?

Something else you would like us to know about the system/quality indicators?

Are there any other organizations in your country working with national quality system for elder care or with quality indicators for elder care?

BILAGA 2.

Kort lista över ECHI indikatorer

Uppdaterat i juni 2008

A) Demographic and socio-economic factors (9)

- 1 Population by sex/age
- 2 Birth rate, crude
- 3 Mother's age distribution
- 4 Total fertility rate
- 5 Population projections
- 6 Population by education
- 7 Population by occupation
- 8 Total unemployment
- 9 Population below poverty line and income inequality

B) Health status (30)

- 10 Life expectancy
- 11 Infant mortality
- 12 Perinatal mortality
- 13 Disease-specific mortality; Eurostat, 65 causes – an example: Suicide
- 14 Drug-related deaths
- 15 Smoking-related deaths
- 16 Alcohol-related deaths
- 17 Excess mortality by heatwaves (June 2008 addition)
- 18 Selected communicable diseases (June 2008 addition)
- 19 HIV/AIDS
- 20 Cancer incidence
- 21 Diabetes
- 22 Dementia
- 23 Depression
- 24 AMI
- 25 Stroke
- 26 Asthma
- 27 COPD
- 28 Low birth weight
- 29 Injuries: home/leisure, violence
- 30 Injuries: road traffic
- 31 Injuries: workplace
- 32 Suicide attempt
- 33 Self-perceived health
- 34 Self-reported chronic morbidity
- 35 Long-term activity limitations
- 36 Physical and sensory functional limitations
- 37 General musculoskeletal pain
- 38 Psychological distress
- 39 Psychological well-being (June 2008 addition)
- 40 Health expectancy: Healthy Life Years (HLY)
- 41 Health expectancy, others: i) Life expectancy in good self-perceived health
- ii) Life expectancy without self-reported chronic morbidity

C) Determinants of health (14)

- 42 Body mass index
- 43 Blood pressure
- 44 Regular smokers
- 45 Pregnant women smoking
- 46 Total alcohol consumption
- 47 Hazardous alcohol consumption (Life expectancy, Infant mortality, 12 Perinatal mortality)
- 13 Disease-specific mortality; Eurostat, 65 causes – an example: Suicide
- 14 Drug-related deaths
- 15 Smoking-related deaths
- 16 Alcohol-related deaths
- 17 Excess mortality by heatwaves (June 2008 addition)
- 18 Selected communicable diseases (June 2008 addition)
- 19 HIV/AIDS
- 20 Cancer incidence
- 21 Diabetes
- 22 Dementia
- 23 Depression
- 24 AMI
- 25 Stroke
- 26 Asthma
- 27 COPD
- 28 Low birth weight
- 29 Injuries: home/leisure, violence
- 30 Injuries: road traffic
- 31 Injuries: workplace
- 32 Suicide attempt
- 33 Self-perceived health
- 34 Self-reported chronic morbidity
- 35 Long-term activity limitations
- 36 Physical and sensory functional limitations
- 37 General musculoskeletal pain
- 38 Psychological distress
- 39 Psychological well-being (June 2008 addition)
- 40 Health expectancy: Healthy Life Years (HLY)
- 41 Health expectancy, others: i) Life expectancy in good self-perceived health
- ii) Life expectancy without self-reported chronic morbidity

C) Determinants of health (14)

- 42 Body mass index
- 43 Blood pressure
- 44 Regular smokers
- 45 Pregnant women smoking
- 46 Total alcohol consumption
- 47 Hazardous alcohol consumption
- 48 Use of illicit drugs
- 49 Consumption/availability of fruits

- 50 Consumption/availability of vegetables
- 51 Breastfeeding
- 52 Physical activity
- 53 Work-related health risks
- 54 Social support
- 55 PM₁₀ (particulate matter) exposure

D) Health interventions: health services (25)

- 56 Vaccination coverage in children
- 57 Influenza vaccination rate in elderly (June 2008 addition)
- 58 Breast cancer screening
- 59 Cervical cancer screening
- 60 Colon cancer screening (June 2008 addition)
- 61 Timing of first antenatal visits among pregnant women (June 2008 addition)
- 62 Hospital beds
- 63 Physicians employed
- 64 Nurses employed
- 65 Mobility of professionals
- 66 Medical technologies (CT/MRI)
- 67 Hospital in-patient discharges, limited diagnoses
- 68 Hospital daycases, limited diagnoses
- 69 Hospital daycase/in-patient discharge ratio, limited diagnoses
- 70 Average length of stay (ALOS), limited diagnoses
- 71 General practitioner (GP) utilisation
- 72 Other outpatient visits
- 73 Surgeries: PTCA, hip, cataract
- 74 Medicine use, selected groups
- 75 Patient mobility
- 76 Insurance coverage
- 77 Expenditures on health
- 78 Cancer survival
- 79 30-day in-hospital case-fatality AMI and stroke (June 2008 addition)
- 80 Equity of access
- 81 Waiting times for elective surgeries
- 82 Surgical wound infections
- 83 Cancer treatment delay
- 84 Diabetes control

E) Health interventions: health promotion (4)

- 85 Policies on ETS exposure (Environmental Tobacco Smoke)
- 86 Policies on healthy nutrition
- 87 Policies and practices on healthy lifestyles
- 88 Integrated programmes in settings, including workplace, schools, hospital

BILAGA 3.

En sammanfattning av en kunskapsöversikt om kvalitetsindikatorer för särskilda boende i sju länder

I en nyligen publicerad artikel gjordes en inventering av nationella indikatorer för särskilda boende i sju länder. Fokus var framförallt på indikatorer som bedömdes kunna mäta resultat av omvårdnad (nursing sensitive indicators). De länder som ingick i studien var USA, Australien, Norge, Nya Zeeland, England, Sverige och Danmark. För att erhålla relevant nivå av jämförbarhet valdes länder som hade liknande vårdssystem för äldreomsorg. Utöver inventering av indikatorerna undersöktes även dess tillförlitlighet. Forskarna gjorde en systematisk sökning i vetenskapliga databaser och på webbplatser med information inom ämnesområdet. Man intervjuade även experter på området i flera länder. Den exakta tidsangivelsen för insamlingsperioden saknas, men uppgifter i texten antyder att man haft tillgång till data 1990 fram till september 2007.

Resultaten visade att alla länder utom Sverige hade nationellt standardiserade bedömningar av äldres behov vid antagning till särskilt boende. I USA används "Resident Assessment Instrument Minimum Data Set" (RAI-MDS). England hade utvecklat ett eget instrument, "Single Assessment Process for Older People", som baserades på RAI-MDS. Australiens instrument för behovsbedömning var baserat på WHO's International Classification of Functioning (ICF). I Norge hade man inkluderat delar av RAI-MDS och ICF i sitt bedömningsinstrument. I Nya Zeeland och i Danmark hade man utvecklat egna program för bedömning av äldres funktionsförmåga (Fællessprog i Danmark och National needs assessment i New Zealand).

Kvalitetsindikatorer som används för att mäta kvalitet vid särskilda boenden hade endast i USA systematiskt kopplats till det bedömningsinstrumentet som används vid antagning till ett boende. Nationella kvalitetsindikatorer från RAI-MDS användes i USA. Däremot i England var relationen mellan "the Single Assessment Process for Older People" inte sammankopplade med de nationella kvalitetsindikatorerna som användes (Minimum Standards for Care Homes for Older People). I Australien användes totalt 4 standarder med 44 indikatorer och i Nya Zeeland 42 standarder grupperat i 6 områden. Norge hade totalt 5 indikatorer. Författarna rapporterar att Sverige och Danmark inte hade några nationella kvalitetsindikatorer för att mäta kvalitet på särskilda boende.

Författarna fann en stor innehållsmässig skillnad mellan de omvårdnadskänsliga indikatorerna i de olika länderna (dessa presenteras i tabellen). Australien hade exempelvis en bredare begrepps- bildning medan USA hade mer specifikt definierade

indikatorer. Som ett exempel på detta efterfrågade en kvalitetsindikator för inkontinens i Australien "effektivitet i omhändertagandet av den boendes inkontinensproblem". I USA fanns däremot flera specifika indikatorer för området inkontinens. Även England användes indikatorer som är mycket breda som exempelvis för de boendes mathållning "Meals and Mealtimes".

Resultaten visade även att ett fåtal av indikatorerna var systematiskt testade när det gäller tillförlitlighet. Därutöver saknades information om hur indikatorerna hade utvecklats. Författarna påpekade det anmärkningsvärda i att det inte fanns säkerställda belegg för att kvalitetsindikatorerna skulle kunna uppvisa meningsfulla skillnader i vårdens kvalitet. Författarna framhöll därför en viss oro för kvalitetssäkring med de omvårdnadskänsliga indikatorerna i särskilda boende. Man rekommenderade en utveckling av kvalitetsindikatorer som följer en mer systematisk process med omfattande empirisk undersökning.

Beskrivning av utvalda omsorgskänsliga indikatorer för särskilda boende

Land	Benämning på indikator	Beskrivning
USA	1. Ny fraktur	Andel boende med nya frakturer efter senaste bedömning i RAI-MDS
	2. Falltillbud	Andel boende med fallincidenter under de senaste 30 dagarna efter senaste bedömning i RAI-MDS.
	3. Mer deprimerad och ängslig	Andel boende vars gradering av sinnesstämning visar mer nedstämdhet än vid den senaste bedömningen i RAI-MDS. Stratifiering genom att exkludera boende som uppvisar att maximum på skalan eller ligger i koma.
	4. Beteendesymptom som påverkar andra	Andel boende med beteendesymptom som är störande för andra (ex. verbalt missbruk, fysiskt missbruk eller opassande/störande beteende) vid den senaste bedömningen i RAI-MDS. Riskjustering (högriskgrupp med kognitiv svikt, (definierat psykotiskt tillstånd eller manodepressivitet).
	5. Depression (utan ordinerad antidepressiv behandling)	Andel boende med depression (fördefinierade symptom) utan behandling vid senaste bedömning i RAI-MDS
	6. Tecken på kognitiv försämring	Andel boende som nyligen fått en nedsatt kognitiv förmåga i den senaste bedömningen RAI-MDS.
	7. Låg-risk boende med inkontinensproblem	Andel boende som ofta var inkontinenta vid den senaste bedömningen i RAI-MDS. Stratifiering genom att exkludera personer med kognitiv försämring. Är rörelsehindrad, ligger i koma, har kvarliggande kateter eller har ostomy.
	8. Kvarliggande kateter	Andel boende som har/haft kateter insatt och som mestadels varit kvarliggande vid senaste bedömning i RAI-MDS. Riskjustering (högriskgrupp när boende alltid eller nästan alltid har tarminkontinens eller trycksår i tredje eller fjärde stadiet).
	9. Inkontinens utan stödplan för toalettbesök	Andel boende med tillfällig eller frekvent urin- eller tarminkontinens eller en inkontinens utan toalettbesöksplan eller träningsprogram vid senaste bedömningen i RAI-MDS.
	10. Avföringsproblem	Andel boende med förstoppning vid den senaste bedömningen i RAI-MDS.
	11. Urinvägsinfektion	Andel boende med urinvägsinfektion vid den senaste bedömningen i RAI-MDS.
	12. Viktminskning	Andel boende som uppvisar en viktminskning med 5% eller mer de senaste 30 dagarna eller med 10% eller mer de senaste 6 månaderna efter den senaste bedömningen i RAI-MDS. Stratifiering genom exkludering av boende som får vård i livets slut.
	13. Sondmatning	Andel boende med sondmatning efter senaste bedömningen i RAI-MDS.
	14. Uttorkning	Andel boende med uttorkningssymptom (infallet överstiger intag) efter senaste bedömning i RAI-MDS.
	15. Värk	Andel boende med måttlig smärta så gott som dagligen eller olidlig smärta ett antal ggr efter senaste bedömning i RAI-MD. Riskjustering (high risk när det är oberoende av eller ändras oberoende av det dagliga beslutsfattandet).
	16. Behov av hjälp med dagliga aktiviteter har ökat	Andelen boenden med försämrade Late-Loss ADL. (en eller två nivåer av ADL-försämring) självprestanda sedan den senaste RAI-MDS bedömningen. Stratifiering genom att exkludera boende med ingen av de fyra Late-Loss ADL som inte kan visa ytterligare försämring, de som är medvetlösa, har sjukdom i slutstadiet eller får vård i livets slut.
	17. Sängliggande boende	Andel boende som vistas den mesta tiden till sängs eller sittande efter senaste bedömningen i RAI-MDS. Stratifiering genom att exkludera boende som är medvetlösa.
	18. Försämrade förmåga att förflytta sig	Andel boende vilkas värde för transport har ökat mellan den senaste bedömningen och den föregående i RAI-MDS i de flesta. Riskjustering (hög risk grupp när de boende nyligen haft fallincidenter, behöver omfattande stöd eller är mer beroende vid måltider, behöver omfattande stöd eller är mer beroende vid toalettbesök). Stratifiering med exkludering av boende som är helt beroende, är i koma, är i slutskedet av sjukdom, eller får vård i livets slut.
	19. Nedgående förmåga att motionera	Andel boende med ökande oförmåga att röra sig enligt ROM mellan den senaste och den föregående bedömningen i RAI-MDS. Stratifiering genom exkludering av boende med maximal förlust av rörelseförmåga enligt ROM vid den senaste bedömningen.
	20. Fysiska begränsningar	Andel boende som varit fastspända dagligen sedan den senaste bedömningen i RAI-MDS
	21. Liten eller ingen aktivitet	Andel boende med liten eller ingen aktivitet vid den senaste bedömningen i RAI-MDS. Stratifiering med exkludering av boende som ligger i koma.
	22. Trycksår	Andel boende med stadium 1-4 för trycksår sedan den senaste bedömningen med RAI-MDS. Riskjustering (hög risk grupp Proportion of residents with stage 1-4 pressure ulcers on most recent assessment in RAI-MDS. Riskjustering (high risk grupp när rörlighet i sängen är nedsatt, vid medvetlöshet och när boende lider av undernäring).
	23. Standardiserade behov, bedömning som ligger till grund för vårdplan	De boende bedöms vid antagningen

Beskrivning av utvalda omsorgskänsliga indikatorer för särskilda boende (forts.)			
Land	Benämning på indikator	Beskrivning	
Australien	24. Beteendepåföljning	Överensstämmelse med standarden: "Behoven bland boende med utmanande beteenden förvaltas effektivt" enligt den senaste inspektionen.	
	25. Kontinensuppföljning	Överensstämmelse med standarden: "Boendes kontinens förvaltas effektivt enligt senaste inspektionen."	
	26. Nutrition och vätskebalans	Överensstämmelse med standarden: "Boende får tillräcklig näring och vätska enligt den senaste inspektionen."	
	27. Värk uppföljning	Överensstämmelse med standarden: "Alla boende är optimalt smärtbefriade" enligt den senaste inspektionen	
	28. Rörlighet, färdighet och rehabilitering	Överensstämmelse med standarden: "Samtliga boenden har optimal rörlighet och smidighet" enligt den senaste inspektionen	
	29. Hudvård	Överensstämmelse med standarden: "De boendes hud och hudhälsa är samstämmig med deras allmänna hälsotillstånd" enligt senaste inspektion. En legitimerad sjuksköterska är ansvarig för omvårdnad och vård på sjukhemmet – såväl för den inledande och fortlöpande vården som för dess planering.	
	30. Standardiserade behovsbedömning som ligger till grund för vårdplan	Inledande och fortlöpande utvärdering, planering och genomförande av vård, utförs av en legitimerad sjuksköterska.	
	31. Klinisk vård, specialiserade omvårdnadsbehov och andra tillhörande hälsotjänster	Överensstämmelse med standarden: "De boende får lämplig klinisk vård, boendes behov av specialiserad vård av sjuksköterska identifieras och utförs av lämplig och kvalificerad vårdpersonal" enligt senaste inspektion. Boende remitteras vidare till lämpliga specialister i enlighet med deras behov och preferenser.	
	32. Munvård och tandhälsa	De boendes munvård och tandhälsa åtgärdas och följs upp.	
	33. Känselbortfall	Överensstämmelse med standarden: "De boendes känslobortfall identifieras och åtgärdas effektivt" enligt senaste inspektion	
	34. Sömn	Överensstämmelse med standarden: "Den boende kan erhålla och uppnå naturlig sömn och sömn-rytm" enligt senaste inspektion.	
	35. Emotionellt stöd	Överensstämmelse med standarden: "Varje boende får stöd med att anpassa sig till livet i den nya miljön och fortlöpande" enligt den senaste inspektionen	
	36. Infektionskontroll	Det finns ett effektivt infektionsprogram.	
	Norge	37. Fysiska begränsningar	Andel boende som är mentalt retarderade och där man fattat beslut om systematiska begränsningar enligt Socialtjänstlagen vid den senaste bedömningen i IPLOS.
		38. Standardiserade behov bedömning som ligger till grund för vårdplan	Boende som får sociala och hälsorelaterade tjänster bedöms efter behov.
		39. Munvård och tandhälsa	Boende får årligen en munbedömning som utförs av tandvårdspersonal.
40. Infektionskontroll		Vårdenheten skall ha ett kontrollprogram för infektionstillbud, som används i preventivt syfte och som innebär anmälningsplikt till nationella myndigheter.	
Nya Zeeland	41. Nutrition och vätskebalans	De individuella behoven och konsumtionen av mat och nutrition är uppfyllda vid den senaste inspektionen.	
	42. Standardiserade behov, bedömning som ligger till grund för vårdplan	Konsumenterna får den service som motsvarar deras individuellt bedömda behov.	
	43. Infektionskontroll	Konsumenter, besökare, tjänsteutövare och allmänheten skall skyddas för exponering av infektion. Infektion som kan förebyggas sker genom tillhandahållandet av tjänster och anmälan om infektion till ansvarig myndighet och där behandling krävs skall den iscensättas omgående och effektivt enligt föreskrivna lagar.	
England	44. Mat och måltider	Överensstämmelse med standarden: "Serviceanvändare får en varierad, tilltalande och näringsrik diet. Dieten är anpassad till individen och följer registrerade krav. Användaren får inta sina måltider i en tilltalande miljö och på flexibla tider" vid den senaste inspektionen.	
	45. Standardiserade behov, bedömning som ligger till grund för vårdplan	Ingen serviceanvändare flyttar in till vårdhemmet utan att han/hon har fått sina behov bedömda och försäkrade om att dessa skall införlivas, att serviceanvändarens hälsa, personliga och sociala vårdbehov finns ertecknade i en individuell vårdplan.	
	46. Hälsovård	Överensstämmelse med standarden: "Den registrerade personen (chef för vårdhemmet) främjar och upprätthåller omvårdnadstjänsten och för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård i enlighet med bedömda behov" (personlig hygien, munvård, preventive trycksårsbehandling, kontinens-uppföljning, mental hälsa, fysisk aktivitet, kost och vikt hänsyn till personliga önskemål samt tillgång till specialist för hörsel och syn) vid senaste inspektion.	

Källa: Nakrem, S, Guttormsen Vinsnes, A, Harkless, G.E, Paulsen, B, Seim, A (2009) Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice *International Journal of Nursing Studies*, 46, 848–857.



Sveriges
Kommuner
och Landsting

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se