

# Kvalitet i äldreomsorgen: Nordiska erfarenheter

Nordens Välfärdscenter

Inspirationshäfte

Från expertmötet i Stockholm den 30 september-1 oktober 2013





norden

Nordens Vårdscenter

Kvalitet i äldreomsorgen:  
Nordiska erfarenheter

**Nordens Vårdscenter**

[www.nordicwelfare.org](http://www.nordicwelfare.org)

© december 2013

Författare: Ann Patmalnieks

Redaktion: Elizabeth Dahler-Larsen och Nino Simic

Foto från konferensen: Fredrik Sjögren

Genrebilder: Aldershjemene i Akureyri, Island

Omslagsfoto: Aldershjemene i Akureyri, Island

Grafisk design: [www.hakvik.se](http://www.hakvik.se) Byrå Siffra & Grafik AB

Tryck: MIX Grafiska AB

ISBN: 978-87-7919-095-5

Upplaga: 500

Ansvarig utgivare: Ewa Persson Göransson

**Nordens Vårdscenter**

**Sverige**

Box 22028, SE-104 22 Stockholm

Sverige

Besöksadress: Hantverkargatan 29

Telefon: +46 8 545 536 00

[info@nordicwelfare.org](mailto:info@nordicwelfare.org)

**Nordens Velfærdscenter**

**Danmark**

Slotsgade 8, DK-9330 Dronninglund

Danmark

Telefon: +45 96 47 16 00

[nvcdk@nordicwelfare.org](mailto:nvcdk@nordicwelfare.org)

**Nordens Vårdscenter**

**Finland**

Topeliusgatan 41 a A, FI-00250 Helsingfors

Finland

Telefon: +358 20 7410 880

[helsingfors@nordicwelfare.org](mailto:helsingfors@nordicwelfare.org)

Kan beställas och laddas ner på

[www.nordicwelfare.org](http://www.nordicwelfare.org)

## Förord



Den här dokumentationen bygger på expertmötet "Kvalitet i äldreomsorgen: Nordiska erfarenheter", den 30 september-1 oktober 2013 i Stockholm. Evenemanget är ett av fyra möten som utgör en del i det svenska ordförandeskapet i Nordiska ministerrådet 2013.

### PROGRAM FÖR SVERIGES ORDFÖRANDESKAP I NORDISKA MINISTERRÅDET 2013 INOM SOCIAL- OCH HÄLSOPOLITIK

Under 2013 är Sverige ordförande i Nordiska ministerrådet. Huvudtemat för det svenska ordförandeskapet i Nordiska ministerrådet är den nordiska välfärdsmodellen och dess utmaningar. Det nordiska samarbetet inom social- och hälsosektorn baseras på gemensamma värderingar, vilka utgör fundamentet i den nordiska välfärdsmodellen. Dessa värderingar handlar om medborgarnas lika möjligheter, social sammanhållning och trygghet för alla.

### UTMANINGAR FÖR VÅRD OCH OMSORG

En gemensam utmaning för de nordiska länderna är de demografiska förändringarna och de konsekvenser dessa får. På social- och hälsoområdet är en del av utmaningen

hur länderna ska möta en ökande andel av äldre i befolkningen som har ett mer omfattande behov av vård och omsorg. Att diskutera detta och att ta del av varandras erfarenheter står högt på den svenska dagordningen.

Möten, seminarier och konferenser som Nordens Välfärdscenter arrangerar under det svenska ordförandeskapet i Nordiska ministerrådet, på uppdrag av det svenska socialdepartementet:

**11–12 APRIL KONFERENS OM ERFARENHETER AV ASSISTANSREFORMEN**

I de nordiska länderna pågår en diskussion kring att skapa nya eller att vidareutveckla regler om assistans. De svenska erfarenheterna från det två decennier långa arbetet med assistansreformen gör att det finns kunskap om insatsernas kvalitet och brukarnas synpunkter, reglernas utformning och utveckling av rättspraxis, ansvarsfördelning och kostnadskontroll samt ekonomiska prognoser. Syftet med konferensen är att lyfta frågan om assistans till en nordisk nivå och dela med sig av de svenska erfarenheterna samt att diskutera utmaningar för reformen.

**30–31 MAJ EXPERTMÖTE OM STÖD TILL PERSONER SOM HJÄLPER ELLER VÅRDAR NÄRSTÅENDE**

Stöd och hjälp, vård och omsorg är ett offentligt åtagande i de nordiska länderna. De nordiska länderna har olika system för att stödja anhöriga som hjälper eller vårdar närstående. Expertmötet handlar om möjliga åtgärder för att minska dessa personers ohälsa och svårigheter att kombinera förvärvsarbete eller studier med vård av närstående. Även skillnaderna mellan kvinnor och män belyses.

**30 SEPTEMBER–1 OKTOBER EXPERTMÖTE OM KVALITETEN I ÄLDREOMSORGEN**

De demografiska utmaningarna är något som är gemensamt för de nordiska länderna. En del av utmaningen är en ökande andel äldre befolkning med ett mer omfattande behov av vård och omsorg. I de olika nordiska länderna diskuteras i dag de bästa sätten att mäta och följa upp kvaliteten i äldreomsorgen. Expertmötet syftar till att utbyta erfarenheter kring nationella uppföljningssystem för kvaliteten i äldreomsorgen, hur efterlevnaden kontrolleras samt olika samarbetsinitiativ.

**17-18 OKTOBER EXPERTMÖTE OM VÄLFÄRDS-TEKNOLOGI INOM ÄLDREOMSORGEN**

Den nordiska välfärdsmodellen bygger till stor del på innovation och flexibilitet som medel för att möta nya utmaningar. För att klara de framtida utmaningarna krävs innovativt tänkande och nya former av insatser inom vården och omsorgen om äldre personer. Välfärdsteknologi kan bidra till ökad trygghet, säkerhet, aktivitet och delaktighet i samhället.

Mötet ska inspirera till fortsatt utveckling och implementering av välfärdsteknologi i de nordiska länderna. Vi vill även fördjupa samarbetet mellan de nordiska länderna kring standardisering av digitala trygghetslarm. Här har vi gemensamma utmaningar som vi kan tjäna på att anta tillsammans – både ur de äldres, skattebetalarnas, kommunernas och företagens perspektiv.

Läs mer på: [www.regeringen.se/norden2013](http://www.regeringen.se/norden2013)

Kvalitet i äldreomsorgen: Nordiska erfarenheter

INNEHÅLL

Nya utmaningar för Norden.....	6
Ryktet viktigare än ekonomin .....	8
Helhetssyn hjälper äldre .....	12
Skapa ett gemensamt språk .....	16
Äldre kan utvecklas .....	18
Använd systemen med omdöme .....	20
Bedömningen är grunden .....	24
Lagen ska ge kvalitet .....	28
Äldretjänsten som förändrades .....	30
Oroande utveckling kan vändas .....	34
Att mäta det psykosociala.....	38
Slutdiskussion - se indikatorerna i sitt sammanhang.....	44
Så ska samarbetet fortsätta .....	49
Att mäta kvalitet är svårt men nödvändigt .....	50



Nya utmaningar för Norden



Bild vänster:  
Ragnwi Marcelind,  
statssekreterare hos  
Sveriges barn- och  
äldreminister Maria  
Larsson

Ragnwi Marcelind, statssekreterare hos Sveriges  
barn- och äldreminister Maria Larsson, hälsade  
välkommen.

"Äldreomsorgen i Norden står inför utmaningar när fler  
sjukdomar kan botas och vi lever längre. Äldre och anhöriga  
ställer allt högre krav, tekniska innovationer introduceras och  
det finns en ökad mångfald gällande organisations- och  
driftsformer.

Norden har de piggaste 75-åringarna i världen. Vi måste  
kunna anpassa våra insatser efter dagens äldre. Vi behöver  
följa upp att kvaliteten på vård och omsorg motsvarar det de  
vill ha och behöver.

Frågan om ett nationellt kvalitetssystem har kommit upp från  
flera aktörer i Sverige efter diskussioner om missförhållanden  
inom äldreomsorgen. Kommunala och privata aktörer har  
efterfrågat en enhetlig uppföljningsmodell, där man kan peka  
på brister och kvalitet som inte håller måttet. För att äldre  
ska kunna göra val krävs transparenta system för mätning  
och utvärdering.

Alla nordiska länder brottas med samma frågeställningar, som  
hur man mäter på bästa sätt. Vi kan komma vidare i vår  
utveckling genom att samverka och utbyta kunskaper.  
De nordiska länderna hör till dem som satsar mest på områ-  
det. Vad får de äldre för livskvalitet för de resurser som  
samhället satsar? Och får de det de vill ha?"

Vi måste kunna an-  
passa insatserna efter  
dagens äldre.

"HOW TO DRIVE PERFORMANCE IN THE HEALTH CARE SECTOR: THE TUSCANY EXPERIENCE", SABINA NUTI

Ryktet viktigare än ekonomin



Bild vänster:  
Professor Sabina Nuti från  
Laboratorio Management  
e Sanità, Istituto di  
Management, Scuola  
Superiore Sant'Anna,  
Pisa.

Gör system som mäter kvalitet lättillgängliga och begripliga för personer från olika professioner, uppmånade professor Sabina Nuti från Italien.

Norden har en mer utvecklad äldreomsorg än Italien, så vad kan en italiensk professor bidra med till ett expertmöte om kvalitet i äldreomsorgen? Frågan ställdes retoriskt av Sabina Nuti, professor i hälsoekonomi från Pisa, Italien.

– Det jag vill dela med mig till er är vårt planeringssystem. I

vårt land där vi pratar mycket och mäter lite har det inneburit en stor förändring, sa Sabina Nuti.

Planeringssystemet har utvecklats för hälso- och sjukvården i Toscanaregionen, och har sedan spridits till sju regioner. Vårdens kvalitet mäts genom en stor mängd indikatorer, 250 totalt, som har tagits fram tillsammans med yrkesverksamma inom vården. Indikatorerna gäller till exempel medicinhantering, hygien, informationssystem och arbetsolyckor.

– För att förbättra hälsan behöver vi ha med alla dessa faktorer. Särskilt de senaste åren har det varit viktigt; hur klarar man nedskärningar utan att kvaliteten försämras?

Resultaten offentliggörs i media och på webben, så att både personal och patienter kan jämföra sjukhus och regioner. Sjukhusen rankas inte i någon lista, utan resultatet för samtliga indikatorer presenteras.

– Alla har både bra och dåliga resultat. Sjukhusen kan se: "Det här gör vi bra, det där behöver vi förbättra." Jag tror inte på att räkna ihop allt, det behöver vara uppdelat.

Varje sjukhus eller region får sina resultat synliggjorda på ett slags måltavla.  
– Om man har bra resultat träffar man målet mitt i prick. Varje kula är länkad till styrkor och svagheter.

Resultatet delas in i grönt, ljusgrönt, gult, orange, rött. Det finns även en prestationskarta där man kan hamna på "utmärkt", "på rätt väg", "håll ett öga på" eller "varning".  
– Är det för enkelt med färgerna och måltavlan? Nej, det måste vara enkelt eftersom vi vill få politiker, läkare, sjuksköterskor, kommunaltjänstemän att tala samma språk, annars går inte budskapet fram, sa Sabina Nuti.

Benchmarking och erfarenhetsutbyte är en viktig del av systemet. Sjukhusen och regionerna kan lära av varandra.  
– Alla regioner tror att de inte kan göra mer än de redan gör, men när man tar del av andras resultat förstår man att det är möjligt.

Sedan 2005 har kvaliteten på vården förbättrats tack vare systemet, som Sabina Nuti menar skulle gå att tillämpa även



Professor Sabina Nuti

på vård och omsorg för äldre. För 60 procent av indikatorerna har det skett en förbättring.

I Italien finns ett belöningssystem som är kopplat till resultaten, 20 procent av sjukhuschefernas lön påverkas av hur det går enligt indikatorerna.

- Men det är inte alls lika effektivt för att åstadkomma förändring som att publicera resultaten från kvalitetsundersökningen. Ryktet är viktigare än ekonomin, sa Sabina Nuti.

När resultaten ska tolkas gäller det att hålla ögonen öppna så att det blir rättvist.

- Medborgare ska få samma vård för samma behov. Geografiska variationer ska minskas, så att man inte i en region måste vänta en månad på ett ingrepp som man någon annanstans får på tre dagar.

Men rättvisa kan även handla om att den som är fattig och lågutbildad och behöver mer vård också ska få mer vård, påpekade Sabina Nuti. Det bör också bli rättvist generationer emellan.

- Satsar man mycket på de äldre måste man samtidigt komma ihåg att förebygga ohälsa bland de yngre.

Hon betonade också att kvaliteten inte automatiskt blir bättre för att man utvecklar ännu fler kvalitetsindikatorer.

- Man ska inte ta fram fler indikatorer om de inte används. Använd de som finns och delge resultaten till berörda professioner.





"DEN OANPASSADE VÅRDEN FÖR DE TACKSAMMA ÄLDRE",  
ANNE EKDAHL

## Helhetssyn hjälper äldre



Bild vänster:  
Anne Ekdahl,  
geriatriker och ord-  
förande i Svensk  
Geriatrisk Förening.

Äldre patienter jämför information med delaktighet, konstaterade geriatriskern Anne Ekdahl.

Kvaliteten på vården förbättras om man tar ett helhetsgrepp och patienten själv blir verkligt delaktig.

"Har du varit med och planerat din behandling på sjukhus?"  
Geriatriskern Anne Ekdahl ställer frågan till äldre patienter i sin

avhandling "Frail Elderly Patients in Hospital. The Challenge of participation in Medical Decision Making", Linköpings universitet.

En av dem som bypass-opererats svarar: "De kom upp och ritade en skiss på hur det såg ut och vilka kärl som skulle bytas."

– Patienterna uppskattar information och jämför det med delaktighet, trots att informationen ofta är svår att förstå. De känner sig underlägsna sjukvården, inte minst läkarna, sa Anne Ekdahl.

Multisjuka äldre har svårt att ifrågasätta vårdens beslut och känner stort förtroende för vården. De äldre kan känna sig ovälkomna, samtidigt som de tycker synd om den stressade personalen, visar Anne Ekdahls avhandling, som även tar upp hur vårdpersonalen ser på de äldre.

– Det blev mycket prat om pengar, brist på sängar och tid och felaktiga ersättningssystem. Någon sa: "Vårt system bygger på att ju fler av dessa patienter du kan undvika, desto bättre går det ekonomiskt", berättade Anne Ekdahl.

Personalen fokuserar på utskrivningar och har liten direkt kommunikation med patienterna. Personalen uttrycker stor frustration, till exempel över att behöva skicka hem patienter. Ersättningssystemen i Sverige har fokus på sådant som antal ingrepp och tillgänglighet, inte på förebyggande och helhetsomhändertagande, konstaterade Anne Ekdahl.

En typisk geriatrisk patient idag är född på 1920-talet, och har många diagnoser. 90 procent har någon typ av hjärt-kärlsjukdom. Ögon- eller hörseldiagnoser är vanliga, liksom lungsjukdomar, diagnoser från det muskuloskeletala systemet och neurologiska åkommor. Många har haft en tumörsjukdom eller diabetes.

Frågan är då hur dessa sköra äldre bäst ska tas om hand av vården.

– Det som de behöver är ett helhetsomhändertagande, det som internationellt kallas Comprehensive Geriatric Assessment, CGA, menade Anne Ekdahl.

CGA innebär att det görs en medicinsk, psykologisk, social



Anne Ekdahl

och funktionell bedömning som underlag för diagnoser, planering och fortsatt uppföljning av äldre.

– Det finns evidens för att CGA ökar möjligheten för den äldre att bo kvar hemma, liksom överlevnaden och den kognitiva förmågan.

Det som skiljer denna typ av vård från vanlig vård är bland annat att medlemmarna i vårdteamet är väl insatta i varje patients totala sjukhistoria och att tid prioriteras för teammöten, samtal och samverkan, även med patienten och närstående.

Anne Ekdahl ser tre förutsättningar för att kvaliteten på vården av multisjuka äldre ska bli bättre. Förutom fokus på helhetssyn genom CGA menar hon att ersättningssystemen måste anpassas för sköra äldres behov, och att den gerontologiska och geriatriska kompetensen måste höjas.

Anne Ekdahl arbetar själv med CGA vid Äldremottagningen på Vrinnevisjukhuset i Norrköping.

– Jag har aldrig känt mig så lite frustrerad som läkare som när jag får arbeta på det här sättet.

Det som de behöver  
är helhetsomhändertagande.





"ETT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT FÖR ATT IDENTIFIERA OCH FÖLJA UPP ÄLDRES BEHOV", ANN-KRISTIN GRANBERG

## Skapa ett gemensamt språk



Bild vänster:  
Ann-Kristin Granberg från  
Socialstyrelsen i Sverige

Med hjälp av klassifikationssystemet ICF ska det bli lättare för äldre att få stöd och hjälp utifrån sina behov, berättade Ann-Kristin Granberg från Socialstyrelsen i Sverige.

Ska man arbeta med äldreomsorg och kvalitetsfrågor räcker det inte att mäta hur bra olika insatser är, konstaterade Ann-Kristin Granberg, utredare på svenska Socialstyrelsen.

- Vi behöver fokusera mer på individens behov. I Sverige pratar vi mycket om insatser, och mäter dem. Vi erbjuder

dessutom insatser utifrån de som redan finns, i stället för att utgå från den enskildes behov.

För att bättre kunna se vilka dessa är, har Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen utvecklat en modell för att beskriva behov och insatser inom vård och omsorg för äldre. Utgångspunkten är att det ska bli bättre för såväl den äldre som för verksamheter och beslutsfattare. Modellen bygger på ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt, samt strukturerad dokumentation med användning av Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF.

- Det behövs ett gemensamt språk, så att individens behov beskrivs på ett likvärdigt sätt i hela landet.

Hittills har beskrivningar av behov till stor del gjorts i fritext, sa Ann-Kristin Granberg.

- Det skrivs kilometervis om de äldre, men materialet är svårt att använda för att göra jämförelser och skapa systematik.

Med hjälp av den nya modellen kan det göras en mer strukturerad dokumentation, både av vilka begränsningar individen har och av vad som är målet. Bland annat kan stödjande och hindrande omgivningsfaktorer och nedsättning i kroppsfunktioner dokumenteras i fritext. Klarar personen till exempel att städa, tvätta, gå ut med sopor? Vilka mellanmännsliga interaktioner och relationer har den äldre?

Handläggarna bedömer på nytt utifrån egna iakttagelser och det som kommit fram i samtal med den äldre och till exempel närstående.

Efter behovsbedömningen fattas beslut om insatser, som sedan genomförs och följs upp.

- Handläggarna gör ett nytt bedömt funktionstillstånd och frågar sig: har vi nått målet? Resultatet kan leda till att man börjar om igen, med en ny bedömning av behoven.

Hittills har modellen prövats i tre omgångar i sju svenska kommuner. Målet är att samtliga 290 kommuner ska börja.

- Vi har sett en stor efterfrågan på de nationella utbildningar som vi erbjuder lokala processledare inom äldreomsorgen. Det är ett omfattande och långsiktigt förändringsarbete som kräver ett nytt sätt att tänka. Som någon sa: "Det är mycket mindre att skriva, men man får tänka mer", sa Ann-Kristin Granberg.



Ann-Kristin Granberg

"KVALITETSARBETE I PRAKSIS - ERFARINGER FRA DANSKE PROJEKTER PÅ ÆLDEROMRÅDET", RIKKE SØNDERGAARD

Äldre kan utvecklas



Bild vänster:  
Rikke Søndergaard,  
programledare på  
Socialstyrelsen, Danmark

Danmark går från kompenserande till aktiverande hjälp för äldre, berättade Rikke Søndergaard. Socialstyrelsen ska hjälpa kommuner att förebygga att äldre förlorar funktionsförmåga.

En läkare som är fast knuten till vårdhemmet. Detta är en av de konkreta åtgärderna i danska Socialstyrelsens projekt för att öka kvaliteten inom vård och omsorg för äldre, berättade Rikke Søndergaard, programleder på Socialstyrelsen. Med en läkare på plats kan brukarna få hjälp där de är, samtidigt som sjukhusbesöken blir färre. Kommunikationen mellan vårdpersonal, brukare och läkare kan förbättras.

- Är det svårt att få tag på läkare kan det leda till att folk läggs in på sjukhus, även om det inte skulle ha behövts. En stor del av brukarna vill ha hjälp där de bor. Vårdpersonal och läkare är också nöjda med samarbetet.

Men det har varit svårt att genomföra försöket fullt ut.

- Allt är inte rosenrött. Det har varit riktigt svårt att rekrytera läkare så vi har fått minska antalet försöksställen. Det är också en utmanande uppgift för läkarna som har kunnat få hundra nya patienter, med många komplexa behov.

Ett annat projekt, Förebyggandeprojektet, har som mål att fler äldre ska få hjälp att bevara sina fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågor och ha en god livskvalitet. Avsikten är även att beroendet av hjälp från andra ska minska eller komma senare. Två kommuner ingår i ett pilotprojekt, men tanken är att fler kommuner ska kunna använda metoden. Det finns sju insatsområden: fysisk aktivitet, fall, demens, ensamhet och social isolering, näring, alkohol och självmordsbeteende.

Rikke Søndergaard berättade även att det 2011 tillsattes en kommission för att undersöka om man på vårdhem och äldreboenden kan understödja de boendes livskvalitet och grad av självbestämmande. Denna äldrekommission kom med 43 konkreta råd och lyfte fram fem grundläggande värden: inflytande över det egna livet, respekt för olikheter, goda upplevelser varje dag, medmänsklighet i fokus, samt en värdig avslutning på livet. Fem projekt har nu dragit igång som en följd av kommissionens rapport, bland annat för att öka medarbetarnas fokus på de boendes livskvalitet. En metod som kan användas för att mäta livskvaliteten på vårdhem är ASCOT-modellen. Livskvalitet definieras genom värden för boende, personlig omvårdnad, mat och dryck, trygghet, social kontakt, aktiviteter och kontroll.

En undersökning genomförd av SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, visar att livskvaliteten på en rad områden förbättras för de flesta äldre, när de kommer till vårdhem eller vårdboende.

- Där ser vi den största potentialen för att stärka de äldres sociala kontakter.

Hittills har hemtjänstarbetet i Danmark haft en detaljerad dokumentations- och registreringspraxis.

- Men man ska inte bara dokumentera för dokumentationens skull, den måste ha kvalitet. Den ska innehålla upplysningar som lyfter kvaliteten och gagnar brukaren.

**Mer om de fem projekten: [www.socialstyrelsen.dk/aeldre/livskvalitet-og-selvbestemmelse](http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/livskvalitet-og-selvbestemmelse)**

"HVORDAN KAN AKKREDITERING BIDRAGE TIL KVALITETSUD-  
VIKLING? ERFARINGER FRA SYGEHUSVÆSENET", CARSTEN ENGEL

Använd systemen med omdöme



Bild vänster:  
Carsten Engel från  
Danmarks Institut for  
Kvalitet og Akkreditering i  
Sundhedsvæsenet, IKAS.

Akkrediteringssystem kan vara av stor vikt för  
kvalitet och verksamhet, men se upp för fall-  
gropar som att tro att varenda detalj måste doku-  
menteras, manade Carsten Engel från det danska  
akkrediteringsinstitutet IKAS.

Akkrediteringssystem kan ge systematik, skapa överblick,  
öppenhet och yrkesmässig diskussion. De kan leda till priori-  
teringar, ge ett gemensamt språk och lyfta fram förbisedda  
områden, konstaterade Carsten Engel från Danmarks Institut  
for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS.  
Institutet arbetar med ett standardiseringsprogram som på  
sikt ska omfatta hela det danska hälsoväsendet.

- Akkreditering är en strategi för att understödja kvalitetsut-  
veckling. Huvudelementet är att man skapar ordning i sina  
nyckelprocesser. Det handlar också mycket om klokt an-  
vändande av data, att de inte bara samlas in, utan att man  
använder dem för beslut och uppföljning.  
Akkreditering är ett uttryck för att man kan ha tillit till en  
organisation, betonade han.
- Ledningen tar ansvar för organisationens prestationer.  
Kraven i en akkrediteringsstandard kan röra strukturer,  
processer och resultat.

När en organisation börjar med arbetet brukar fokus ligga på  
struktur och processer. Deltagarna vill veta exakt vad de ska  
göra för att bli ackrediterade.  
– Med tiden kommer fokus att ligga mer på resultat. Det är  
en lärandeprocess som sker då man implementerar stan-  
darden. Meningen med att ackreditera är att få något att ske,  
sa Carsten Engel.  
Det som granskas kan vara allt från medicineringen till  
kommunikation mellan aktörer när en patient till exempel flyt-  
tar från sjukhus till primärvård.

IKAS har hittills genomfört en stor akkreditering av sjukhus,  
apotek och prehospitala tjänster genom att använda Den  
Danske Kvalitetsmodel, DDKM.  
– Vi planerar också ett pilotprojekt som kan bli riktigt spän-  
nande, där vi inte ska ackreditera en institution utan  
kvaliteten av insatserna för en viss befolkningsgrupp. Det kan  
till exempel bli multisjuka äldre i en kommun.

Verktygen som används för att nå förändring är akkrediter-  
ingsstandarder och extern evaluering. Dokument går igenom  
och ledningen intervjuas. Dessutom spåras det hur beslut om-  
sätts i verkligheten. Man går ut och frågar personalen vad  
som faktiskt görs.  
– De flesta sjukhus som deltagit har blivit ackrediterade, men  
de flesta behövde också förbättra sig på ett antal punkter.

Typiska anmärkningar rörde medicineringsstandarder, hjärt-  
stoppsbehandling, smärtbehandling, användande av kliniska  
riktlinjer, beredskapsplan, byggnader, dokumentstyrning och  
kvalitets- och riskbedömningsstandarder.  
Sjukhusen som deltagit bedömde överlag att arbetet med  
DDKM hade ökat den organisatoriska och yrkesmässiga



kvaliteten, medan den patientupplevda kvaliteten inte höjts på motsvarande sätt.

Carsten Engel pekade på en risk att överimplementera kvalitetssystem, så att de används utan egen eftertanke. Meningen är inte att systemen ska användas urskiljningslöst.

- Man ska förstås inte ställa frågor om alkoholvanor till spädbarn, bara för att det finns sådana frågor. Vägen till kvalitet är inte heller att dokumentera och registrera absolut allt i tabeller.

Det spelar stor roll vilken implementeringsstrategi ledningen använder, menade han. Det kan göras uppifrån och ner, men blir bättre om de berörda får vara med och diskutera vad standarden kan ha för betydelse.

- Man kan använda standarden som en bra fråga snarare än ett svar; vad betyder den för oss?

Carsten Engel berörde även kort ackreditering av äldreomsorg i den kommunala sektorn i Danmark, något som har påbörjats i fem projektkommuner. Där finns inte något övergripande kvalitetssystem, men standarder som rör sjukvård, fysisk och ergonomisk träning, tandvård och beroende-behandling.

### Visste du att...

... ackreditering uppstod i USA för snart hundra år sedan, när läkare ville reglera samarbetet med de sjukhus de skulle arbeta på.

## Läs mer om internationella erfarenheter av ackreditering inom äldreområdet:

### Accreditation Canada:

[www.accreditation.ca](http://www accreditation.ca)

### Aged Care Standards and Accreditation Agency, Australien:

[www.accreditation.org.au](http://www accreditation.org.au)

### Joint Commission International:

[www.jointcommissioninternational.org](http://www jointcommissioninternational.org)

### Danmarks Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet:

[www.IKAS.dk](http://www IKAS.dk)

"FRÅN BEDÖMNINGEN AV INDIVIDUELLA BEHOV TILL NATIONELL PLANERING – FULL ANVÄNDNING AV RAI-SYSTEMET", HARRIET FINNE-SOVERI

Bedömningen är grunden



Bild vänster:  
Harriet Finnesoveri,  
docent i geriatri vid  
Helsingfors universitet  
och enhetschef vid  
Institutet för hälsa och  
välfärd, THL.

exempel äldre. Det görs en systematisk och standardiserad bedömning av äldre personers behov och tas hänsyn till fysisk och psykisk förmåga, kognition och sjukdomar, hemmets förhållanden, med mera. Sedan görs vårdplaneringen utifrån denna bedömning av individens behov.

En icke vinstdrivande forskarförening står bakom den internationella standarden Inter-RAI, som THL har ett kontrakt med. I standarden ingår en helhetsmässig bedömning av behov, Comprehensive Geriatric Assessment, CGA. Inter-RAI är en del av journalföringen, och omfattas av samma lag. De äldre kan inte säga nej till att medverka.

Kvalitetsarbetet börjar med en bedömning av den äldres individuella behov, utifrån ett särskilt frågeformulär. Bedömningen kan göras av en sjuksköterska, eller av andra yrkesgrupper som har fått utbildning i systemet.  
– Vi tar hänsyn till allt från kognitiv förmåga till medicinska behov. Sedan gör vi vårdplaneringen utifrån det. Vård och människa bestämmer tillsammans, säger Harriet Finne-Soveri.

Hon beskriver en kvalitetscirkel, som börjar med den individuella bedömningen, fortsätter med att uppgifterna matas in i Inter-RAI-systemet, som leder till planeringen av insatser som sedan utförs.  
– Vi får olika skalor och algoritmer som kan användas i vårdplaneringen. Vi ser problem och styrkor, och kan bedöma risker, till exempel för fall, trycksår, undernäring med mera. Sedan måste vi gå tillbaka till människan och se: har den individuella vårdplaneringen fungerat som den skulle? Om inte måste man göra något annat. Ny utgång vid Inter-RAI används också för att göra jämförelser mellan och inom regioner och vårdenheter.  
– Allt som avviker från medeltalet är sådant som man behöver göra någonting åt.

THL samlar in kopior på bedömningar som gjorts enligt RAI, och två gånger om året skickar de ut benchmarkingresultat till deltagarna, för att de ska kunna se hur de ligger till. Hur uppfylls de olika kvalitetskriterierna jämfört med övriga?

Harriet Finne-Soveri gav ett exempel på hur Inter-RAI använts inom ett boende under 2006-2010. Ett hus på ett äldreboende valdes ut och fick så att säga börja från början

Finland är ett av de länder som kommit längst i Norden när det gäller att mäta kvalitet inom äldreården. Kvalitetssystemet Inter-RAI är spritt över stora delar av landet.

Nio av de tio största städerna i Finland använder kvalitetssystemet Inter-RAI, som började användas år 2000.  
– I slutet av 2012 bodde varannan finländare någonstans där RAI användes. En tredjedel av äldreomsorgen är med, berättade Harriet Finne-Soveri, docent i geriatri vid Helsingfors universitet och enhetschef vid Institutet för hälsa och välfärd, THL.  
Idén bakom systemet är att förbättra den professionella vårdkvaliteten och vårdeffektiviteten för sårbara personer, till

och intervjua sina boende och deras närstående.

– Huset valdes ut för att de boende var ganska dementa, med tanken att kan vi göra något för de här människorna som har en svår demens, kan vi göra något även för andra. Inom sex år hade det dagliga livet förbättrats för de boende på en rad punkter, såsom fysisk förmåga, kognition, beteendeproblem, depression. Samtidigt kunde man dra ner medicinerna och ha färre sänggrindar.

– Det här är de värsta resultat som jag någonsin har sett. Man kan fråga sig: varför gör man det här först när de har bara några år kvar av sina liv? Hur kommer det sig att man inte tidigare har lyssnat på dessa människor och sett deras styrkor?

Insatserna var egentligen inte avancerade, menar Harriet Finne-Soveri.

– Det var till exempel lite motion alla dagar, men på ett sätt som människan tyckte om. Något som de ville göra, inte något som personalen ville. Och det var inte enligt våra tidtabeller, utan när den här människan ville göra det.

Hur har man då gjort för att ge systemet en sådan spridning? Harriet Finne-Soveri svarade:

– När en kommun börjar tittar de på andra kommuner, "Aha, använder ni den skalan?" Att benchmarkingsystemet skapades är nog en förklaring. Det blir ett slags "infektion med det goda".

Inter-RAI passar bra även för hemvården, anser Harriet Finne-Soveri. Där har man dessutom en chans att ge den äldre en bättre livskvalitet under längre tid. Men det kan bli svårt att genomföra i praktiken, på grund av att hemtjänsten har för lite personal.

– De kan ha svårt att hitta tid till den första bedömningen, som tar en timme. Till saken hör också att personalen måste skolas för att kunna använda systemet. Tid måste reserveras för bedömningar och detta måste ledas ordentligt. Resultatet för en tredjedel av indikatorerna har blivit betydligt bättre under åren 2001-2009, och då ska man beakta att de äldre som kommer till vårdenheterna har blivit sämre, eftersom allt fler bor kvar hemma längre. Sedan finns områden där ingenting händer.

– Så, är vi bra eller dåliga på åldringsvård i Finland? Vi kan

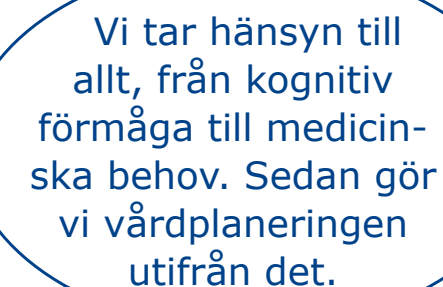
konstatera att 2000 när vi började med RAI var vi sämre än många länder. Vi har förbättrats betydligt. Nu har vi till exempel kommit till en medelnivå när det gäller smärtlin-dring, jämfört med till exempel övriga Europa.

Harriet Finne-Soveri ställde till sist frågan: Vad är vård-kvalitet?

– Kanske ska man tänka att bra kvalitet handlar om att den äldre personen kan använda sin potential. Om vi tappat bort potentialen med den vård vi ger är vi vilse.

Det forskarna utan tvekan har kommit fram till är att nog-grann bedömning lönar sig.

– Det är klienten som får nyttan. Men en viktig sak är att om man börjar med systematik måste man vara jättelångsiktig, och ge regelbunden feedback till individen själv, personalen och vårdenhetens ledning. Ledarskapet är viktigare än vad vi tänkte i början. Det är där det faller eller blommar.



Vi tar hänsyn till allt, från kognitiv förmåga till medicinska behov. Sedan gör vi vårdplaneringen utifrån det.



"QUALITY THROUGH LEGISLATION", MINNA-LIISA LUOMA

## Lagen ska ge kvalitet



Bild vänster:  
Minna-Liisa Luoma,  
ministerrådgivare på  
Finlands Social- och  
hälsovårdsministerium.

Finlands nya lag ska stärka äldre människors rättigheter. För att äldres röster ska höras ska kommunerna ha särskilda råd för de äldre.

I juli 2013 trädde en ny lag i kraft i Finland, Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre.

- Lagen innehåller mycket som förbättrar kvaliteten inom äldreomsorgen, och detta är också ett av huvudsyftena med den, sa Minna-Liisa Luoma, ministerrådgivare på Finlands Social- och hälsovårdsministerium.

Målsättningen är att lagen ska främja de äldres livskvalitet, hälsa, funktionsförmåga och möjlighet att klara sig på egen hand, men också ge dem större inflytande över de tjänster de erbjuds.

Kommunerna ska erbjuda de tjänster som krävs för att de äldre ska må bra och ha en god funktionsförmåga. Riskgrupper ska erbjudas hälsoundersökningar och hembesök. För att de äldre ska bli delaktiga ska det bildas särskilda råd för äldre i kommunerna. Mindre kommuner kan få bilda råd tillsammans.

- Det ska vara möjligt att delta i ett sådant råd även för den som har en funktionsnedsättning, sa Minna-Liisa Luoma.

Inflytandet gäller även på individnivå. En äldre människa ska kunna påverka planering, införande och utvärdering av de tjänster som erbjuds.

När en äldre person eller personens anhöriga kontaktar kommunen ska behoven utredas och tjänster erbjudas inom rimlig tid.

Men hur ska man då försäkra sig om att tjänsterna håller en god kvalitet? En grund för god kvalitet är enligt lagen tillräckliga resurser, med tanke på bemanning, kompetens, ledarskap och lokaler.

- Det handlar också om processerna, att analysen av behoven görs på ett bra sätt och att insatserna utvärderas.

Tillstånds- och tillsynsverket, Valvira, sätter upp regler för utvärdering och uppföljning, och har även rätt att göra inspektioner och kräva åtgärder om de upptäcker avvikelser. Böter kan utfärdas.

Men bara lagen räcker inte, sa Minna-Liisa Luoma.

- Den är ett uttryck för vad regeringen vill, men för att intentionerna ska bli verklighet behöver vi konkret verksamhet i kommunerna och hos vårdenheterna. Därför kommer vi att göra en regional runda, då vi åker till tolv städer och berättar om lagen och kvalitetsrekommendationerna. Det görs även pilotstudier. Vi tror att vi kan få en bättre kvalitet på äldreomsorgen, och en bättre livskvalitet för de äldre.

"PROCESSER OG DIMENSJONER I KVALITETSMÅLINGER. ERFARINGER FRA ELDTJENESTEN I AKUREYRI", HALLDÓR S GUÐMUNDSSON

Äldretjänsten som förändrades



Bild vänster:  
Halldor. S Guðmundsson,  
lektor vid Universitetet i  
Island, samt administrativ  
chef för ett hem för äldre.

– Kvalitetsarbetet på Island är på gång. Vi har föreskrifter och krav som rör kvalitet, processer och mätning. Kommunalt och statligt finns lagar och regler som kräver en satsning på kvalitet.

Välfärdsdepartementet kom för ett par år sedan med en ram för tillsyn och kvalitetskontroll inom kommunerna, som kan användas som underlag för kvalitetsarbete. Men tillsynen har inte kommit igång. Det beror enligt Halldór S. Guðmundsson både på den ekonomiska krisen och på en pågående diskussion om att överföra äldreomsorgen helt till kommunerna.

Det görs andra interna och externa utvärderingar av verksamheten och systemet Inter-RAI används på Island, men Halldór S. Guðmundsson ser brister:

– Det behöver bli tydligare hur äldre och anställda ska involveras i evalueringar av kvalitet.

I Akureyri drivs äldreomsorgen, till skillnad från på andra håll på Island, av kommunen på egen hand. Det är i denna kommun som Halldór S. Guðmundsson arbetar praktiskt med äldreomsorg, och det är där det har skett en förändring under senare år.

– Det har varit ett målinriktat arbete, med konsensus om mål och nödvändiga förändringar. Satsning på mindre enheter, bort med flerbäddsrums. Vi har lagt vikt på dagplatser och omorganiserat utifrån brukarens behov, i stället för utifrån gruppen äldres. Vi har brukarråd inom institutionen.

För tillfället är de igång med en evaluering av tjänsterna och en kvalitetshandbok. Kommunen har också redan utvecklat en del policies för verksamheten. Kommunens arbetssätt är så pass speciellt att man talar om Akureyri-modellen, som betonar samarbete och samordning i närsamhället, med brukaren och dennes behov i centrum. Syftet är att uppnå bättre tjänster med högre effektivitet.

– Det har sagts att kvalitet representerar ett förnuftigt val bland många möjligheter. Kvalitet är inte en tillfällighet.

I framtiden tror Halldór S. Guðmundsson att fokus på brukardimensionen kommer att bli än större.

– Vi gör en kvalitetsundersökning hos oss vartannat år, där brukaren med hjälp av sina familjemedlemmar svarar på

Att skapa kvalitet handlar om att ändra på vanor,  
sa Halldór S. Guðmundsson. Äldretjänsten i  
Akureyri på Island sätter brukaren i centrum och  
satsar på barn, djur och växter på boenden.

En viktig del av arbetet med kvalitet inom äldreomsorgen är att ändra på vanor. Förändringen måste vara målinriktad och ha ett syfte, sa Halldór S. Guðmundsson som är lektor vid Islands universitet, samt administrativ chef för ett hem för äldre, uppdelat i sju enheter.



frågor. 2011 fick vi en del önskemål om förbättringar, till exempel ville de ha bättre information om kontaktpersoner och ett större utbud av aktiviteter.

Andra undersökningar berör de anställdas utbildningsbehov, tillgång till informationsteknik, bland annat. Det görs även mätningar enligt Inter-RAI-metoden, som har visat att de är på rätt väg. En viktig del i arbetet med att ge de äldre på boendena i Akureyri en ökad livskvalitet är att utgå från ett teoretiskt underlag, påpekade Halldór S. Guðmundsson.

Äldretjänsten i Akureyri arbetar sedan 2006 enligt Edenideologin, ett samarbete via Danmark. Edens grundtanke är att ålderdomen kan vara en tid av fortsatt utveckling för människor. För att råda bot på de äldres ensamhet och hjälplöshet ska det till exempel finnas barn, djur och växter på boendena, vilket det också gör i Akureyri.

(Se bilder i detta inspirationshäfte)

– Det finns lekplatser vid boendena och lekhörnor inne på avdelningarna. Vi har kaniner, katter, fiskar och fåglar. Det finns höns och lamm.

Några gånger om året kommer förskole- och grundskoleelever på besök, ett exempel på involveringen av närsamhället.

En del av kvalitetsarbetet inbegriper också välfärdsteknologi. Inom det området behöver man arbeta med fördomar när det gäller ålderdom och teknik, tror Halldór S. Guðmundsson.

– För ett tag sedan kom några elever, och det första de såg var en dataskärm med information om det som händer i huset, och vid sidan av det en dator med touch-skärm. "Wow, vi är på ålderdomshem och de har datorer här!"





"THE TREND IN QUALITY OF CARE IN ICELANDIC NURSING HOMES SINCE 1999 AND CHANGES SINCE SETTING GOALS FOR QUALITY IMPROVEMENT IN 2010", INGIBJÖRG HJALTADÓTTIR

Oroande utveckling kan vändas



Bild vänster:  
Ingibjörg Hjaltadóttir från  
Universitetssjukhuset i  
Reykjavik har skrivit en  
doktorsavhandling vid  
Lunds universitet.

Kvalitetsmätningar visade på brister på isländska äldreboenden. När man vet var nivån borde ligga blir det enklare att förbättra, menar Ingibjörg Hjaltadóttir.

Alla vårdhem på Island använder kvalitetssystemet RAI och instrumentet the Minimum Data Set, MDS. Det är obligatoriskt sedan 1996. Sedan 2003 beräknas 60 procent av anslagen till vårdhemmen utifrån resultaten. 2008 förändrades reglerna för vilka som kan få bo på vårdhem, så att reglerna

blev striktare. Den bakgrunden gav Ingibjörg Hjaltadóttir från Universitetssjukhuset i Reykjavik, innan hon delade med sig av resultat från sin doktorsavhandling, framlagd vid Lunds universitet. "Icelandic Nursing Home Residents: Their Mortality, Health, Functional Profile, and Care Quality, Using the Minimum Data Set Over Time".

I den första studien som hon berättade om användes Delphi-metoden, där en expertpanel fastslog tröskelvärden för 20 kvalitetsindikatorer, bland annat depressionssystem, fall, beteendeproblem, inkontinens, viktnedgång, uttorkning, felanvändning av psykosmediciner.

Det visade sig att hälften av de isländska vårdhemmen 2009 behövde förbättra sina rutiner när det gällde depressioner, medicinering och aktivitet.

- Till min förvåning fanns det stora skillnader bland vårdhemmen. En del av dem hade riktigt dåligt resultat, ungefär en tredjedel av dem. Det blev kraftiga reaktioner på detta – och media försökte förstås ta reda på vilka hemmen med de sämsta resultaten var.

Diskussionerna ledde till att Hälsodirektoratet och Organisationen för vårdhem hade tre stora möten och kom fram till att de längre fram ska presentera resultaten öppet på internet, något som nu förbereds. En annan följd är att det startats olika projekt för att förbättra kvaliteten på vården.

I en annan av Ingibjörg Hjaltadóttirs studier gjorde hon en retrospektiv analys av data som samlats in från vårdhemmen med Minimum Data Set under 1999-2009. Analysen visade att resultaten hade försämrats för 16 av 20 kvalitetsindikatorer. De boende var i hög grad deprimerade och övermedicinerade.

- Detta blev en stor chock. Efter att ha jobbat inom äldre vården i tjugo år trodde jag att det hade blivit bättre och bättre. Men bara en indikator visade en förbättring, den som handlade om regelbundna toalettbesök.

2009 visade 49 procent av de boende på isländska vårdhem tecken på depression. 65 procent fick 9 eller fler olika mediciner. 40 procent hade beteendeproblem som påverkade andra. 55 procent hade få eller inga aktiviteter. Ingibjörg Hjaltadóttir ser här ett samband: de äldre som inte får

stimulans blir deprimerade, får beteendeproblem som sedan medicineras.

– Till saken hör att tröskelvärdena inte är satta där vi helst skulle vilja att de låg, utan på en nivå som har ansetts rimlig för vårdhemmen, för att inte avskräcka dem från att försöka nå målen.

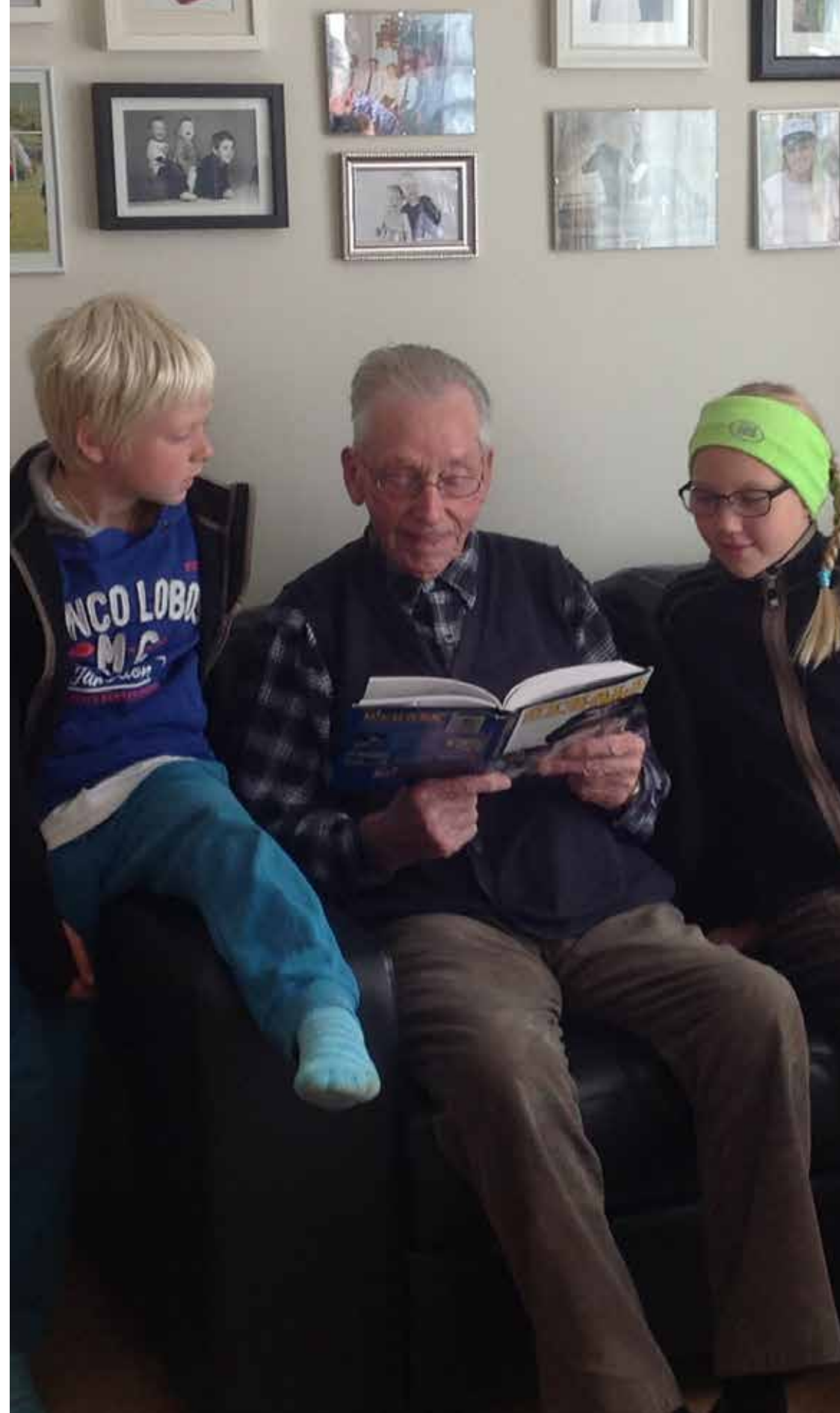
Frågan var då varför resultaten hade försämrats så mycket. Blir människor sjukare? Nej, mellan 1996 och 2006 hade de som kom in på vårdhemmen inte blivit sjukare eller mer dementa.

– Utvecklingen är verkligen oroande. När jag presenterade resultaten för vårdhemmen hade vi många diskussioner, och de började verkligen titta på indikatorerna. Tidigare hade de jämfört sig med snittet, och trott att läget har varit bra om de legat nära det. Men då har de inte vetat att det har funnits problem över hela landet.

Ingibjörg Hjaltadóttir har följt upp resultaten från sin avhandling. Sedan 2009 har symtomen gått ner, ett resultat av att vårdhemmen börjat försöka förändra. Bland annat används signifikant färre mediciner, aktiviteterna har ökat och beteendeproblemen minskat, liksom antalet trycksår.

Hennes slutsats är att kvalitetsindikatorerna är ett värdefullt verktyg för att lyfta fram områden som behöver förbättras. Tröskelvärdena ger åtkomliga mål för de isländska vårdhemmen. Att se förändringar över tid kan bidra till att man uppmärksammar brister som kanske annars skulle förbises.

– Men vi måste komma ihåg att Inter-RAI bara är ett sätt att se på kvalitet. Vi måste också titta på sådant som bemanning och kvaliteten på byggnader, åsikter från boende, anhöriga och personal.





"MÅLING OG EVALUERING AV KVALITET, I KVALITETSARBEID OG OFFENTLEG INFORMASJON", KARI H. EIKA, THORSTEIN OUREN

## Att mäta det psykosociala



Bild vänster:  
Kari H. Eika, seniorrådgivare på norska Helse- og omsorgsdepartementet.

Hur mäter man att maten smakar gott eller att någon blir behandlad med respekt? Norge håller på att utveckla nya kvalitetsindikatorer. Svårast att fånga är den psykosociala kvaliteten.

Alla sidor av kvalitet är inte lika lätta att mäta, påpekade Kari H. Eika, seniorrådgivare på norska Helse- og omsorgsdepartementet.

- Vi bör tänka igenom vilka omsorgstjänsterna är. Är de bara medicinska, eller finns det andra element som har betydelse?

I Norge specificerar inte lagen vad god medicinsk kvalitet är, standarder utvecklas ständigt så det vore inte ändamålsenligt, berättade Kari H. Eika. Men det finns en föreskrift om omsorgskvalitet, där det talas om att tjänsterna genom internkontroll ska försöka täcka grundläggande behov. I en lång lista beskrivs vilka behoven är. Respekt och trygghet, sociala behov, nyttig mat och tillräckligt att dricka, är bara några av punkterna.

- Som offentlig myndighet bör vi bry oss om alla dimensioner, både medicinska och psykosociala. Det finns dimensioner som brukaren själv känner in på skinnet, som respekt och trygghet. Men de som verkligen är beroende av tjänsterna har något som vi brukar kalla svag konsumentsoverensikt. De kan veta att något inte är bra, men inte ha resurser att säga ifrån eller byta tjänst. De kan vara dementa, sakna anhöriga eller ha ett komplicerat förhållande till sina anhöriga.

För många medicinska dimensioner finns tydliga kvalitetsindikatorer som saknas för de psykosociala dimensionerna.

- Här kan vi ställa en kättersk fråga: smakar maten gott? Det är ganska viktigt för gamla människor som har mist mycket och kanske inte orkar så mycket. Hur kan vi mäta om maten smakar gott? Att det finns eget kök på en inrättning säger något, men ger inte hela svaret.

Handlar det om medicinsk kvalitet kan specialister vara ganska ense om hur den ska definieras. När det gäller de sociala dimensionerna är det tjänstemottagaren som vet bäst, sa Kari H. Eika.

- Yrkespersonerna måste därför förstå under vilka villkor brukaren lever, vad som är viktigt för personen. Tjänstemottagaren sitter med facit, men har ofta svårt att förmedla det fullt ut.

Vad kan det då finnas för alternativ till kvalitetsindikatorer? En avhandling från 1995, med data från 1980-talet, av den norska forskaren Britt Slagsvold är fortfarande aktuell, sa Kari H. Eika.

- Två av varandra oberoende psykologer gjorde deltagande-observationer av kvalitet och kom till snarlika resultat. När observationerna däremot ställdes mot kvalitetsindikatorer fanns det inget eller negativt samband för psykosocial kvalitet.



Mycket har hänt på indikatorfältet på senare år när det gäller medicinsk behandling och vård, men Kari H. Eika har ännu inte sett något som pekar på att resultatet skulle bli annorlunda om man gjorde samma studie om psykosocial kvalitet idag.

Det finns vissa utmaningar med kvalitetsindikatorer, påpekade hon. För det första bygger de på självrapportering.

– De bästa vårdgivarna är de som är mest kritiska och uppmärksamma, de märker brister och rapporterar oftare än de som inte synar sin verksamhet. Det kan leda till att de bästa faktiskt framstår som de sämsta. Det kan också finnas utrymme för manipulation av data. När det handlar om självrapportering är vi också beroende av att någon gör tillsyn efteråt.

Nästa fråga är om många kvalitetsindikatorer verkligen ger en helhetsbild av omsorgskvaliteten.

– Jag tror inte det, eftersom särskilt psykosociala dimensioner är svåra att mäta. Man måste ha andra mål och informationskällor än kvalitetsindikatorer. Det gäller att använda kvalitetsindikatorer med sunt förnuft.

Norges andra talare, Thorstein Ouren, seniorrådgivare på Helsedirektoratet i Norge, beskrev hur systemet för kvalitet inom äldreomsorgen fungerar.

Kommunerna i Norge ansvarar enligt lag för att alla som bor i kommunen får nödvändiga hälso- och omsorgstjänster. Kommunerna ska också driva kvalitetsarbete och ha internkontroll. Kommunenes arbeidsgiver-, interesse- och medlemsorganisasjon, KS, har ingått ett kvalitetsavtal med regeringen.

– Detta är ett viktigt instrument för ett gott samarbete, konstaterade Thorstein Ouren.

Helsedirektoratet ansvarar för att utveckla nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer, medan Helsetilsynet står för en överordnad tillsyn för samtliga hälso- och omsorgstjänster.

Norge har statlig – ekonomisk och juridisk- ramstyrning av kommunerna.

– Staten anger vilka uppgifter som ska lösas, men det ställs få krav på hur mycket kommunen ska ordna av en tjänst eller hur kommunen ska organisera sina tjänster. Det står kom-



Thorstein Ouren, seniorrådgivare på Helsedirektoratet i Norge.

munerna relativt fritt att prioritera, sa Thorstein Ouren. Detta betyder att mycket av det som handlar om kvalitetskontroll ligger ute hos kommunerna. Det finns få nationella riktlinjer och standarder.

– Utmaningen som ligger i detta ser vi om vi tittar på demografin. I detta lilla land har vi 428 kommuner. Oslo, den största kommunen, har 613 000 invånare, medan Utsira, den minsta har 218. Det är också stora skillnader i yta. Förutsättningarna i kommunerna ser mycket olika ut.

Kvalitetsindikatorer har använts länge, men inte systematiskt och mest inom sjukvården. Därför införde Helsedirektoratet 2011 ett nationellt kvalitetsindikatorsystem, med syfte att samordna utvecklingsarbetet och användandet av kvalitetsindikatorer inom alla hälso- och omsorgstjänster. Behoven inom omsorgen skiljer sig i hög grad från dem inom sjukvården, konstaterade Thorstein Ouren.

– Brukarna inom omsorgen har behov av tjänster i ett livsloppsperspektiv, med fokus på funktion. Det handlar inte om enskilda diagnoser. Brukarens upplevelse av livskvalitet och mål för den egna hälsan måste väga tungt.

De kvalitetsindikatorer som ska användas måste göra nytta för såväl brukare som beslutsfattare.

– Det vi gör måste vara relevant för kommunerna, annars kommer de inte att använda systemet.

En annan viktig sak är att mätningarna ska ske utifrån den dokumentation som redan görs, för att inte öka på rapporteringsbördan för personalen. Nya indikatorer bör bli en del av kommunernas befintliga journalsystem.

Ett problem är att det finns för lite evidensbaserad kunskap om kvalitetsindikatorer, och att den kunskap som ändå finns är riktad till boende på institution, inte de som bor hemma. Helsedirektoratet har nu arbetat med indikatorerna i ett och ett halvt år. En indikator är undernäring. Här finns forskning och riktlinjer att utgå från. Helsetilsynet har tidigare påpekat stora och systematiska brister på detta område.

– Det vi har föreslagit är indikatorer som anger andel brukare med kartlagd näringsstatus och andel med risk för undernäring, liksom andel sjukhem som kan garantera att nattfastan inte är längre än elva timmar.

Hur ska då Helsedirektoratet göra för att införa en ny

indikator? Planen är att man först ska komma med riktlinjer, till exempel för förebyggande och behandling av undernäring. Sedan samlas erfarenheter från lokala projekt där man använt riktlinjerna i praktiken. Därefter rekommenderas hur kommunerna genom sina journalsystem ska arbeta för att stötta en god kvalitetsutveckling. Kommunerna ska sedan rapportera till ett nationellt hälsoregister, där man ska samla underlag till nationella kvalitetsindikatorer. För vissa indikatorer kommer dock processen att vara mindre omfattande.

Andra områden där Helsedirektoratet utvecklar eller önskar utveckla kvalitetsindikatorer är: personal/kompetens, läkemedel, demens, rehabilitering/habilitering, fall, trycksår, psykisk hälsa, tandhälsa och hälsofrämjande arbete.

Yrkespersonerna måste förstå under vilka villkor brukaren lever, vad som är viktigt för personen.





SLUTDISKUSSION

Se indikatorerna i sitt sammanhang



Kvalitet är ett begrepp med många olika dimensioner, konstaterade deltagarna under expertmötets slutdiskussion. Indikatorer måste användas med gott omdöme. När resurserna minskar blir det än viktigare att veta vad som ger kvalitet.

Geriatrern Anne Ekdahl, Sverige, lyfte fram vikten av patientcentrering och helhetssyn.

- Man ska akta sig när man väljer vilka kvalitetsregister man

ska registrera i så att de inte motverkar varandra på olika sätt.

Att dokumentera kan innebära en belastning för dem som arbetar i vården.

- Vi som jobbar med mulitsjuka äldre i vardagen sitter och kämpar med datajournaler och elektroniska ordinations- och registreringsystem. Vi måste börja tänka på risknyttan med det vi håller på med.

Något Anne Ekdahl särskilt tog med sig från mötet var Sabina Nutis framställning om hur man kan göra registreringsystem tillgängliga och begripliga.

- Varför inte använda det enkla att dela in resultat i rött och grönt för att få en överblick?

Jukka Lindberg, beställarchef för äldretjänster, Tavastehus kommun, Finland, sa att Norden har goda system på enhets- och nationell nivå för att mäta kvalitet.

- Det som oroar mig är hur det blir framöver. Om vår regering skär ner en miljard de närmaste åren, kommer det att innebära fem procent för min budget i kommunen. Den nedskärningen kommer att påverka kvaliteten. Hur ska vi göra då? I England såg de genom skärpta kriterier till att bli av med tio procent av klienterna, för att klara servicen.

Thorstein Ouren, seniorrådgivare, Helsedirektoratet, Norge, gav ett exempel från en ganska stor norsk kommun där de har integrerat kvalitetsmål i hela sitt styrsystem.

De har en målkarta, där man kan hamna på rött, gult eller grönt för enskilda målparametrar. Men det som sker är att när man har fått grönt ljus så glömmer man att följa upp, man tappar uppmärksamheten på helheten, menade han.

- Kvaliteten är inte uppnådd förrän brukaren har en förändring som personen själv uppfattar som en kvalitetsförbättring. Om man tittar på en indikator som rör läkemedel bör man också till exempel titta på fallfrekvensen, eftersom man vet att läkemedel kan leda till fall. Man behöver se indikatorerna i ett sammanhang.

Han tyckte också att det är betänkligt att rangordna kommuner efter enskilda indikatorer, så att man ser att en är bättre än en annan.

- Det viktigaste med kvalitets indikatorer är att de används för lärande och kvalitetsförbättring lokalt, inte för att se vem som är bra eller dålig.



Carsten Engel, vicedirektör för IKAS, Danmark, konstaterade att det är mycket pedagogiskt att visa resultat i kvalitetsmätningar med rött, gult, grönt men att det innebär en risk om man bara ser på kvalitet punktvis och inte som en utveckling över tid.

– Det finns teknik som gör att man kan följa sin kvalitet över tid. Det är viktigt att man använder sina kvalitetsdata på flera olika sätt. Men det är en utmaning att finna verktyg som möjliggör allt detta.

Eigil Boll Hansen, docent, KORA, Danmark, sa att det under de två mötesdagarna hade blivit tydligt hur många olika dimensioner kvalitet består av.

– Vi talar om medicinsk, psykosocial, brukarupplevd, ekonomisk kvalitet. Man kan inte mäta allt hela tiden. Det finns flera nivåer där man har användning för information om kvalitet. Inom politiken behöver man den för att prioritera vart man ska ge pengar, de som arbetar med den enskilda individen behöver annan information.

Eva Nilsson Bågenholm, mötets moderator och tillika den svenska regeringens äldresamordnare, konstaterade att alla brottas med samma problem: att bygga ett heltäckande system med så få indikatorer som möjligt.

– Men det finns ju ett som är relativt heltäckande, Inter-RAI. Är ni som arbetar med det nöjda, och vad finns det för brister?

Ingibjörg Hjaltadóttir, Universitetssjukhuset, Reykjavik, sa sig vara ganska nöjd med Inter-RAI.

– Men det finns förstås begränsningar. Till exempel måste vi när vi publicerar resultat för vårdhemmen även presentera andra kvalitetsindikatorer än Inter-RAI. Det är mycket viktigt att se på vad brukare och anhöriga säger. I Minnesota använder de systemet, men kompletterar med att göra enkäter med brukare.

Island förbereder sig för att använda Inter-RAI mer inom hemvård, och gör det i Reykjavik.

– När vi började titta på data för hemvård såg vi att smärta

förekom i hög grad. Personalen har fått lära sig mer om smärta, och det har haft resultat.

Harriet Finne-Soveri, avdelningschef, THL, Finland, såg liksom Ingibjörg Hjaltadóttir Inter-RAI:s stora förtjänster, men pekade också på behovet av utveckling:

– Jag kan tänka mig att vi måste fördjupa frågorna, speciellt för den sociala biten.

Hon pekade på vikten av uppföljning.

– Drar man ner på sömnmediciner är det klart att man måste se hur personerna sover. Samma sak med psykosmediciner, vad som händer med beteendemässiga problem om medicinerna dras ner?

Under mötet diskuterades frågan om att offentliggöra resultaten från kvalitetsmätningar. Harriet Finne-Soveri var funder-sam.

– Under femton år har jag tittat på ranking, och sett att varje år är någon bra på något, och en annan på något annat. Det förändras från år till år. Men tyvärr finns det de som ligger still, som inte gör ett bra arbete. Frågan är om det är en bra sak att publicera vilka de är?

Harriet Finne-Soveri ställde också frågan om vad som händer med vårdkvaliteten när man är tvungen att begränsa.

– Om pengarna tar slut är det en sak, men arbetskraften? Hur delar man ut det minskande lilla som man har att dela ut? Är det den som skriker högst eller den tysta multisjuka? Vi har bråttom med kvalitetssystemet, eftersom det kan skydda den som inte har någon som talar för dem.

Inter-RAI kommer aldrig att bli heltäckande och finnas i alla finska kommuner, eftersom systemet är ganska krävande att ta i bruk, ansåg Jukka Lindberg, Tavastehus kommun.

– Jag tror inte att det fungerar för de små kommunerna. Men vi behöver gemensamma instrument som bygger ihop primärvård, äldreomsorg och socialtjänst.

Kent Löfgren, kansliråd på svenska Socialdepartementet, lyfte



fram vikten av kvalitetsarbete inför kommande demografiska och ekonomiska förändringar.

– För tjugo år sedan hade Sverige en usel ekonomi. De nedskärningar som skedde, gjordes med osthyvel, utan hänsyn till vilka konsekvenserna skulle bli. I det läge vi har nu, då kommunerna inte har akut kollektiv ekonomisk kris, är det kvalitetsarbete vi har fokuserat på under många år en god förberedelse för en situation då vi ser fler äldre, men en avtagande ökning av resurser.

Inga-Kari Fryklund är förbundsdirektör på Vårdföretagarna, en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi. Hon berättade att Vårdföretagarna har skissat på en modell för utvärdering, där man använder det som rapporterats in i olika kvalitetsregister.

– Vi tror att man skulle kunna få en tydlig jämförelse mellan offentliga och privata vårdgivare. Det måste vara transparens när man kan välja vård som man kan i Sverige. Våra företag räds inte att visa upp vad man gör. Är man inte tillräckligt bra måste man bli bättre, annars har man inget där att göra.

Gert Knutsson, ämnesråd på Socialdepartementet i Sverige, beskrev hur departementet önskat lyfta fram ämnet kvalitet inom äldreomsorgen under det svenska ordförandeskapet i Nordiska ministerrådet.

– Vi vill från svensk sida att vi ska fortsätta diskutera de här frågorna mer strukturerat. Tanken är att det här ska få en fortsättning, under Islands år som ordförandeland, men också genom Nordens Välfärdscenters projekt.

### Att tänka på i kvalitetsarbetet:

- Se kvalitetsindikatorerna i sitt sammanhang. Förbättras resultatet för en indikator, kan det samtidigt försämrats för en annan.
- Även om ni har nått målet, gör uppföljningar.

## Så ska samarbetet fortsätta

Nordens Välfärdscenter ser till att det nordiska samarbetet kring kvalitet utvecklas. En nordisk modell för "Best practice" kan bli resultatet.

Nordens Välfärdscenter ska i samarbete med representanter från alla nordiska länder och självstyrande enheter göra en screening av kvaliteten inom äldreomsorgen i Norden. Projektledare är Elizabeth Dahler-Larsen på Nordens Välfärdscenter.

Projektet kommer också att bidra till att samla in och sammanställa erfarenheter från länderna. Tanken är att det ska utmynna i erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan nordiska intressenter.

Ambitionen är att projektet genom att visa vilka de största utmaningarna är för att skapa kvalitet inom äldreomsorgen, ska kunna ge rekommendationer om vad länderna bör arbeta vidare med. Det ska också ge en grund till ett formaliserat samarbete, som på sikt kan leda till en nordisk modell för "Best practise" inom området.

**Följ projektet på [www.nordicwelfare.org](http://www.nordicwelfare.org), gå in under Projekt.**

# Att mäta kvalitet är svårt men nödvändigt



Bild vänster:  
Eva Nilsson Bågenholm,  
svenska regeringens  
äldresamordnare.

Eva Nilsson-Bågenholm, den svenska regeringens  
äldresamordnare och expertmötets moderator,  
summerar sina intryck.

"Äldreomsorgen i Norden kännetecknas av hög grad av  
professionalisering och hög kvalitet. Det finns dock brister och  
den demografiska utvecklingen ger nya utmaningar. Äldre  
personer ställer krav på kvalitet i välfärden och samhället  
måste kunna möta de behoven. Redskap behöver utvecklas  
för att kunna värdera kvalitet. Expertmötet visar att de  
nordiska länderna har närmat sig utmaningen på olika sätt  
och det inte finns någon enkel lösning.

Att mäta kvalitet är svårt, men nödvändigt. Det är idag  
lättare att mäta sjukvård än omsorg vilket exemplet från  
Finland visade. De använder Inter-RAI som infördes på  
90-talet och har nu spridits till cirka 30 procent av kom-  
munernas äldreomsorg och nio av tio av de största städerna.  
Instrumentet används både för jämförelse i den egna verk-  
samheten men också mellan olika verksamheter. Man ser  
stora förbättringar i de flesta verksamheter efter att Inter-RAI  
infördes.

När man samlar data och mäter resultat måste data redovisas  
och jämföras. Den ledning som har kontroll över sin verksam-  
het har bra resultat och små variationer. Om det är stora  
variationer mellan enheter och under tid, fungerar inte  
ledningen som den borde. Att redovisa resultat öppet kräver  
mycket arbete men är nödvändigt för trovärdigheten i  
systemet.

Det finns flera olika typer av kvalitetssystem, och det är  
angeläget att de är evidensbaserade och har professionernas  
stöd. För att ta fram ett nytt system krävs en bottom-up-pro-  
cess, de professionella måste vara delaktiga och det ska inte  
öka den administrativa bördan. I Norge tar man fram ett nytt  
system som ska hämta data direkt från journalerna och  
användas både för lokalt förbättringsarbete samt regional och  
nationell utvärdering.

Äldreomsorg som erbjuds alla invånare bygger på någon form  
av biståndsbedömning och det är viktigt att även  
kvalitetssäkra bedömningen. Den bör utgå från den äldres  
funktion och önskemål och fokusera på att identifiera behov  
istället för insatser. I Sverige implementeras ett nytt system  
som bygger på ICF, International Classification of Function.

Ett genomgående ämne under expertmötet var vikten av att  
arbeta förebyggande och att arbeta tillsammans med de  
äldre. Målet är att stötta äldre att kunna bevara sin fysiska,  
psykiska och sociala funktionsnivå och livskvalitet. Samtidigt  
som behovet av hjälp från andra ska minska eller begränsas.

Mötet gav många nya tankar och möjligheter att samarbeta  
inom de nordiska länderna för att vidareutveckla och förbättra  
kvalitet i äldreomsorgen."





[www.nordicwelfare.org](http://www.nordicwelfare.org)