

Värde i välfärden



**Ersättningssystem som främjar kvalitet
och effektivitet inom äldreomsorgens
särskilda boenden**

Förord

En frisk och välutbildad befolkning är viktig för samhället. Alla har ett intresse av en väl fungerande vård, skola och omsorg. Det är också anledningen till att Sverige idag satsar mer resurser än någonsin inom just dessa områden. En förutsättning för att resurserna till välfärden ska öka är att vi hela tiden förbättrar oss och får ekonomin att växa.

Även om vi lyckas få ekonomin att växa är den långsiktiga finansieringen av välfärden en utmaning. En orsak till detta är att vi med tiden ställer högre krav på våra välfärdstjänster, vilket är rimligt i takt med att inkomsterna stiger. Samtidigt lever vi allt längre, vilket innebär att välfärdstjänsternas åtagande ökar av demografiska skäl.

Resurser är inte detsamma som kvalitet. De dyraste verksamheterna är långt ifrån alltid de bästa. Ökade resurser löser därför inte alla problem inom välfärden. En relevant fråga är hur vi bättre kan använda våra gemensamma skattemedel för att skapa mer värde för patienter, brukare och elever? Medborgarnas intressen kommer allt för ofta i skymundan. Istället för att diskutera målen med verksamheterna (ex. god hälsa och hög utbildningskvalitet) hamnar fokus på medel och personaltäthet (ex. antalet läkarbesök i vården och numerär bemanning i skolan och äldreomsorgens särskilda boenden).

Mot bakgrund av detta bedriver Svenskt Näringsliv ett omfattande arbete kring HUR vi bättre kan använda våra skattemedel för att uppnå mer värde inom vård, skola och omsorg. Projektet går under namnet *Värde i välfärden*. Det övergripande målet är att belysa hur värde skapas och även att föreslå ändringar i den ekonomiska styrningen som medför att värdet ökar i välfärden. Under det senaste året har fyra rapporter släppts *Konkurrensutsättningens inverkan på produktivitet och effektivitet i svensk välfärd* (juni 2014), *Vad kan forskningen säga om utbildningsresultat och lärarlöner?* (september 2014), *Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet i primär-vården* (december 2014), *Finns det något samband mellan kvalitet, kostnader och bemanning? – en studie av äldreomsorgens särskilda boenden* (maj 2015).

Den aktuella rapporten handlar om äldreomsorgen och är alltså den femte rapporten inom ramen för Värde i välfärden-projektet. Syftet med rapporten är att beskriva hur dagens ersättningssystem inom äldreomsorgens särskilda boenden i framtiden kan ändras för att bättre belöna värde, förnyade arbetssätt och innovationer. Det befintliga systemet ersätter idag i för hög utsträckning medel och inte mål. Detaljregleringen är i många fall hög vilket riskerar att konservera gamla arbetssätt. Systemen varierar också av oklar anledning förhållandevis mycket mellan olika kommuner.

Svenskt Näringsliv står för samtliga slutsatser i rapporten. Ett stort tack till Sirona Health Solutions som har författat rapporten. Svenskt Näringsliv vill också tacka alla de personer som under arbetet med att framställa rapporten har lämnat värdefulla synpunkter. Till att börja med till Mats Bergman, professor i nationalekonomi vid Södertörns högskola, som har läst och kommenterat ett tidigare utkast av rapporten. Kommunernas och företagens olika perspektiv har diskuterats i två olika referensgrupper. Personer som ingått i referensgruppen med kommunföreträdare är Elisabet Sundelin (Stabschef kvalitet och utveckling vid omvårdnadsförvaltningen,

Solna stad), Cristine Dahlbom Nygren (Sjukvårds- och omsorgsdirektör, Norrtälje kommun), Berit Johansson (Beställarchef vid enheten för beställning, upphandling och avtalsuppföljning, Västerås stad), Elisabeth Viman (Planeringsledare vid omsorgskontoret, Linköpings kommun), Cecilia Durchbach (Upphandlare, Upplands Väsby kommun). Företagens perspektiv har diskuterats i en referensgrupp bestående av Ulla Tansen, (Affärsområdeschef, Vardaga), Anne Widell (Kvalitetsledare, Team Olivia), Mikael Persson (Planeringschef, Attendo), Siv Nordqvist (Vice VD, Förenade Care), Hjalmar Bardh Olsson (Chef upphandling och omvärld, Kosmo).

Tack också till deltagarna i Svenskt Näringslivs arbetsseminarium kring rapporten den 3 juli 2014 i Almedalen. Medverkade i seminariet gjorde Helene Hellmark-Knutsson (Oppositionslandstingsråd för Socialdemokraterna, Stockholms läns landsting), Daniel Forslund (Chefsstrateg, Vinnova), Eric Wahlberg (Affärsområdeschef, Praktikertjänst) och Cristine Dahlbom Nygren (Sjukvårds- och omsorgsdirektör, Norrtälje kommun).

Stockholm, maj 2015

Mikael Witterblad,
Projektledare för *Värde i välfärden*

Sammanfattning

Kvaliteten i äldreomsorgen skiljer sig avsevärt både mellan och inom kommuner, och en stor variation i kvalitetsresultat kan observeras över hela riket. Likaså skiljer sig kostnaden per brukare mellan kommunerna – denna kan vara flera gånger så hög i en viss kommun jämfört med kostnaden i en annan. Samtidigt kan inget samband observeras mellan goda kvalitetsresultat och höga kostnader, och det finns exempel på kommuner som betalar närmare 3 gånger så mycket per brukare för en plats på särskilt boende, men som redovisar samma kvalitetsresultat som en kommun där kostnaden bara är en tredjedel. En åldrande befolkning med höga krav gör att det blir allt viktigare att se över finansieringen av äldreomsorgen i sin helhet. Kan vi som samhälle försvara att vi betalar tre gånger så mycket för äldreomsorg i en kommun utan att vi för det får bättre kvalitet? Denna samhällsutmaning kräver en långsiktigt god hushållning av resurser, och i och med ökande kvalitetskrav behöver både beställare och utförare av äldreomsorg fokusera för att säkerställa att välfärdens resurser inom äldreomsorgen används så att vi får ut bästa möjliga kvalitet för varje skattekrona vi spenderar.

I en forskningsöversikt som Svenskt Näringsliv publicerade under våren 2014 (*Konkurrensutsättningens inverkan på produktivitet och effektivitet i svensk välfärd*), identifieras några områden som forskare anser bör prioriteras i syfte att skapa mer värde i välfärden:

- Lika villkor mellan privata och offentliga leverantörer
- Bättre upphandlingsprocesser
- Bättre ersättningsmodeller
- Bättre samordning och kontinuitet mellan olika utförare av välfärdstjänster

Både forskning och erfarenhet visar att just ersättningsmodeller kan ge goda incitament till att påverka utförare i en önskvärd inriktning för att skapa mer kvalitet för varje använd krona. För att möta de utmaningar som äldreomsorgen står inför framöver kommer det att krävas kontinuerliga förbättringar av både kvalitet och effektivitet. Ett välfungerande ersättningssystem är en viktig komponent i att lyckas med detta. Denna rapport syftar därför till att besvara frågan: *Hur bör ersättningssystem inom särskilda boenden för äldre utvecklas för att på bästa sätt främja kvalitet och effektivitet?*

Svenskt Näringsliv står för samtliga slutsatser i rapporten, som är utarbetad i nära samarbete med Sirona Health Solutions. Innehållet har även diskuterats tillsammans med representanter för kommuner och utförare av äldreomsorg i samband med ett antal referensgruppsmöten, där vi har fått många värdefulla synpunkter och ytterligare vässat våra analyser och förslag.

Det är viktigt att understryka att ett välfungerande ersättningssystem enbart är en del av den helhet som krävs för att främja kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgen. Omsorgspersonal motiveras självklart främst av att ge god omsorg för sina brukare, och inte hur verksamheten erhåller ersättning. Ett tydligt ledarskap och en kultur och strategi inom verksamheten som fokuserar på kvalitetsutveckling är det viktigaste för att skapa god kvalitet. Men med detta som fundament kvarstår dock ändå att

ändamålsenliga ersättningsmodeller ger ytterligare fokus på kvalitet, och om ersättningsmodeller inte understödjer en kvalitetsutveckling kommer tillslut även den mest kvalitetsmotiverade ledaren och organisationen att tröttna.

De frågor vi har diskuterat och analyserat som underlag för denna rapport är bland annat:

- Är det möjligt att ersätta för kvalitet?
- Är det önskvärt att koppla ersättning till kvalitetsresultat?
- I vilken utsträckning är det önskvärt att standardisera äldreomsorgens ersättningssystem mellan kommuner? Ska alla kommuner ha sitt eget system eller finns det fördelar med en nationell standard?
- Hur bör ersättningssystem utformas för att bäst stimulera till innovation och nytänkande?
- Hur samspelar ersättningssystem med andra viktiga aspekter för att främja kvalitet såsom valfrihet, utformning av etableringskrav och öppna kvalitetsjämförelser?

Vårt arbete har landat i en långsiktig vision kring en önskvärd inriktning i det vidare arbetet med att utveckla ersättningsmodellerna. Underlaget har inte som syfte att presentera ett konkret förslag som är direkt applicerbart i verksamheterna i dagsläget, utan rekommendationerna ska ses som ett första inspel till en vidare dialog med samtliga berörda aktörer. Analysen har tagit ett brett anslag för att ställa frågorna i ett större sammanhang och på så sätt skapa en bredare debatt. Rekommendationerna återges i korthet nedan:

Ändamålsenliga ersättningsmodeller som främjar kvalitet, effektivitet och innovation är viktigt för den framtida utvecklingen inom äldreomsorgen. Det vore önskvärt att utveckla detta mot en nationell standard. Dagens huvudmodell – anslagsfinansiering – är inte den mest lämpade för att främja kvalitet, effektivitet och innovation.

Rörlig ersättning som kombineras med fritt val för brukarna, är den ersättningsmodell vi rekommenderar – det vill säga ersättning kopplad till antalet brukare som finns på boendet. Införandet av en sådan ersättningsmodell är en utmaning för de flesta kommuner, då de flesta idag har anslagsfinansiering, men detta är en långsiktig rekommendation om ett eftersträvaransvärt mål. Valfrihet (antingen inom ramen för LOU eller LOV) kombinerat med rörlig ersättning är positivt för kommunen genom att det ger god effektivitet, då incitamenten är starka för att snabbt fylla tomma platser. För kommunen är det också positivt att den endast betalar för platser som faktiskt beläggs. För att mildra den ekonomiska risken för utförarna något kan kommunen använda en (begränsad) beläggningsgaranti, exempelvis genom att betala för tomma platser under en övergångsperiod.

Att differentiera ersättningen efter olika brukarkategorier är en möjlighet för att skapa ett mer rättvist system, där utförare med mer krävande brukare får högre ersättning. Risken med en sådan differentiering är dock att den bidrar till en ökad administrativ börda, samt att den kan leda till icke-produktiva diskussioner mellan beställare och utförare kring bedömningar av omsorgsbehov. De kommuner som inte har gedigen erfarenhet som beställare rekommenderas i första hand att använda en odifferentierad ersättning per brukare, men långsiktigt bör målet vara att även justera för omsorgstyngd.

Mellan tre och fem procent av den samlade ersättningen bör utgöras av målrelaterad ersättning, för att skapa tydliga incitament för kvalitetsförbättringar. Denna andel bedöms vara nödvändig och tillräcklig för att skapa goda incitament för kvalitetsutveckling. Det är värt att notera att även om detta är en relativt liten andel av den sammanlagda ersättningen så innebär det en stor skillnad mot dagens modell, där de flesta kommuner inte ger någon ersättning kopplad till kvalitet.

Ersättningen bör kopplas till måluppfyllelse för indikatorer inom tre områden:

- Brukarrapporterad kvalitet
- Medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet och säkerhet
- Kommunens särskilda beställarmål

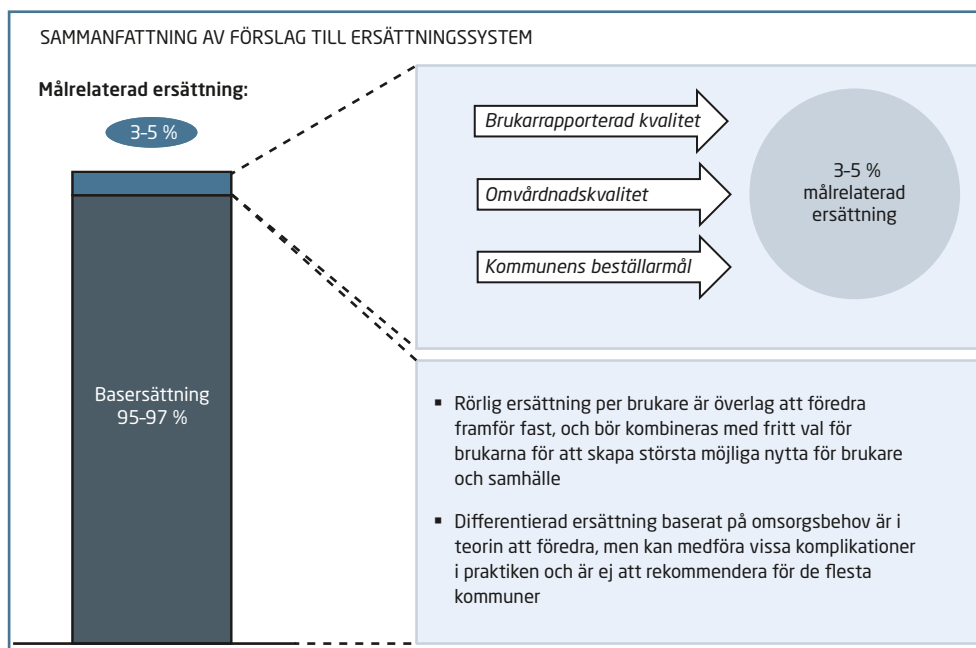
Initialt kommer det inte vara möjligt att följa upp relevanta mått inom var av dessa tre områden, och förslagen bör ses som ett inspel till en möjlig inriktning vidare. De två första områdena skulle kunna ingå i en gemensam nationell standard, medan utformningen av den sistnämnda delen bör vara upp till varje enskild kommun. Frågan om hur stor grad av standardisering mellan kommuner som är önskvärd har varit omdebatterad. Det upplevs finnas betydande kostnader med dagens system, där var och en av landets 290 kommuner i princip har sin egen modell, och en större grad av harmonisering mellan kommuner skulle reducera kostnaderna både för beställare och för producenter.

Den målrelaterade ersättningen bör utformas som bonus, inte som vite, då bonus skapar goda incitament för kvalitetsutveckling samt bidrar till ett mer positivt samarbetsklimat mellan beställare och utförare. Ersättningen bör vara kopplad till en trappa med flera målnivåer, där varje steg successivt ger högre ersättning. Detta för att säkra att samtliga utförare har incitament till kontinuerliga förbättringar. Utvärdering av måluppfyllelse bör ske så tydligt och transparent som möjligt för att säkra likabehandling av utförare.

Oberoende granskning av måluppfyllelse genom en gemensamt organiserad och standardiserad granskning bör göras för den värdebaserade ersättningen. Velfärdsföretagens representanter rekommenderar starkt att verksamhetsgranskningen samt granskningen av den medicinska kvaliteten inte utförs av kommunens beställare, utan av en oberoende tredje part. Det är svårt för kommunens medarbetare att vara oberoende och neutrala om egen regi verksamheten konkurrerar med externa utförare.

Det är viktigt att notera att detta förslag till ersättningssystem inte i sig avser bidra till högre totalkostnader för kommunerna, och i slutändan för skattebetalarna. Den målrelaterade ersättningsdelen är i stället menad till att bidra till en långsiktig omfördelning av resurser från utförare med lägre kvalitet till de med högre. Målet är således att ge mer omsorg av högre kvalitet med samma resurser som idag.

Sammantaget kan våra förslag illustreras i bilden nedan. Det är i sammanhanget mycket viktigt att förstå och komma ihåg att detta är en långsiktig vision, och att de flesta kommuner i dagsläget ligger långt ifrån att ha möjlighet till att implementera detta sortens ersättningssystem. Förslagen som beskrivs i denna rapport ska ses som en ambition om en önskvärd inriktning.



Även om fokus för detta arbete har varit på att utveckla förslag till mer ändamåls-
enliga ersättningsmodeller så har våra analyser och dialoger ständigt återkommit till
ett antal andra faktorer som är lika viktiga (om inte viktigare) för att skapa kvalitet,
effektivitet och innovation, och därigenom skapa största möjliga nytta för både brukare
och skattebetalare.

Ledarskap, kultur och strategier som fokuserar på kvalitetsutveckling är redan
nämnt. Det är viktigt att det finns en tydlig ambition från högsta politiskt håll om
vad målet primärt är med äldreomsorgen, och vilka kvalitetsmål som är viktiga att
följa upp. Viktiga faktorer att fokusera vidare på är:

- **S.M.A.R.T:a mål för äldreomsorgen** i varje kommun, det vill säga mål som är
Specifika, Mätbara, Acceperade, Realistiska och Tidsbundna, och som följs upp
samt att utebliven måluppnåelse efterföljs av konsekvenser.
- **Likabehandling av utförare.** För att belöna de utförare som faktiskt levererar kvalitet,
är det avgörande att kommunen i rollen som beställare tillämpar likabehandling av
både externa utförare och utförare i egen regi. Om kommunen till synes ger samma
beställning och samma ersättning till utförare i både egen och privat regi, men sedan
direkt eller indirekt täcker upp underskott i egen regi-verksamheten efter årets bok-
slut finns ingen reell likabehandling. Över tid medför detta att en utförare i egen
regi kan leverera samma eller sämre kvalitet till en högre ersättning än vad en utför-
rare i extern regi får, vilket missgynnar både brukare och skattebetalare. Det är av
ytterst vikt att alla utförare konkurrerar på lika villkor, och att samma kvalitetskrav
ställs på alla utförare oavsett regiform.
- **Väl genomtänkta upphandlingar och etableringskrav.** Det är rimligt att kommunerna
ställer höga krav på aktörer som önskar etablera sig som utförare av äldreomsorg.
Det är dock lika viktigt att vara restriktiv med att ställa alltför detaljerade och sta-
tiska krav. Om målet är hög brukarupplevd kvalitet och goda omvårdnadsresultat
är det rimligare att utförare följs upp direkt på dessa mål, hellre än att sätta mål
för specifika insatsfaktorer. Ett område som har diskuterats flitigt är ett införande
av personaltäthets krav. Svenskt Näringsliv har därför tillsammans med Sirona
Health Solutions utrett frågan om hur och om personaltäthet påverkar kvalitet.

Resultaten visar att just personaltäthet har en mycket begränsad effekt på den brukarupplevda kvaliteten, och att det finns många faktorer som påverkar kvalitet i större utsträckning.

- **Reell valfrihet för brukare.** Fritt brukarval är en förutsättning för en god konkurrenssituation där utförare som levererar goda kvalitetsresultat premieras över utförare med sämre kvalitetsresultat – valfrihet har en positiv effekt på både kvalitet och tillgänglighet över tid. För att säkra dessa goda effekter är det dock viktigt att både skapa förutsättningar för att brukare ska ha möjlighet att göra välinformerade val, säkra att brukare och anhöriga vet om att de kan göra val, samt att säkra att valfrihetssystemens utformning, inklusive ersättningsmodellernas utformning, inte missgynnar brukare med de största behoven. Fritt brukarval kan göras oavsett driftsform och oavsett upphandlingsförfarande – LOU (upphandling av särskilda boenden) eller LOV (införande av valfrihetssystem).

Fokus för detta arbete har legat på ersättningssystemens utformning, men dessa viktiga punkter behöver även utredas vidare innan föreslagna ändringar implementeras i kommunernas ersättningsmodeller, och varje kommun rekommenderas göra en helhetlig utveckling av sin äldreomsorg, där översyn av ersättningsmodeller är en av flera viktiga komponenter i uppdragsstyrningen. En förutsättning för att införa målbaserad ersättning med kvalitetsbonus är att det råder lika villkor mellan privata och offentliga utförare, att brukarna har reell valfrihet att välja äldreboende och att granskning av bonuskriterier sker av oberoende part.

Rapporten ska ses som ett underlag till ett fortsatt gemensamt utvecklingsarbete med syfte att skapa ökad kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgen, och därmed bidra till bättre hälsa och livskvalitet. Svensk äldreomsorg är bland de bästa i världen, och Svenskt Näringsliv vill bidra till att ytterligare sätta fokus på kvalitet. Vi hoppas att denna rapport kan utgöra ett konstruktivt inspel till en fortsatt dialog kring dessa frågor med samtliga involverade aktörer.

Innehåll

1	Inledning	9
2	Inga samband mellan kostnad och kvalitet.	12
3	Alternativa modeller och olika utformning av ersättningssystem	14
3.1	Fast eller rörlig, odifferentierad eller individdifferentierad ersättning	14
3.2	Målrelaterad ersättning	15
4	Dagens utformning av ersättningssystem inom särskilt boende för äldre i Sverige.	17
4.1	Förutsättningar för utförare och brukare.	17
4.2	Exempel på ersättningssystem från olika kommuner	20
5	Vilka ersättningsformer bör användas för särskilt boende för äldre?	23
5.1	Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer?	23
5.2	Vilka ersättningsformer rekommenderas för särskilt boende för äldre?	29
6	Hur bör ett system för målrelaterad ersättning för särskilda boenden för äldre utformas? ..	31
6.1	Hur bör indikatorer för målrelaterad ersättning väljas ut?	31
6.2	Hur bör systemet utformas?	40
7	Hur bör vidareutvecklingen av ersättningssystem för särskilda boenden ske i ett nästa steg?	45
8	Referenser	47
9	Appendix	51
9.1	Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer? – Bakomliggande bedömning	51
9.2	Exempel på indikatorer, mått och uppgifter per datakälla	52
9.3	Vårdföretagarnas modell för uppföljning och redovisning av kvalitet inom äldreomsorg	56
9.4	Hur kan målrelaterad ersättning för särskilda boenden inspireras av internationella erfarenheter?	57

1 Inledning

Denna rapport syftar till att vara ett inspel i debatten kring hur ersättningssystem för särskilda boenden för äldre bör utformas framöver. Detta arbete utgår från existerande forskning, dialoger med referensgrupper samt praktisk erfarenhet inom området. Genom dessa tre angreppssätt har frågan analyserats där analysen har lett fram till rekommendationer som vi hoppas är praktiskt greppbara för involverade aktörer. Förhoppningen är att detta ska bidra konstruktivt till debatten kring hur vi kan använda ersättningssystem som ett av flera verktyg för att skapa god kvalitet och kvalitetsförbättringar inom särskilda boenden för äldre.

Den svenska äldreomsorgen står inför stora utmaningar under de kommande åren. Den demografiska utvecklingen medför att antalet äldre växer kraftigt, och för varje generation ökar kraven och förväntningarna på omsorgstjänsterna. Detta innebär att vi i framtiden kommer att behöva hitta nya och innovativa sätt att möta de äldres behov, utan att kostnaderna för samhället blir ohanterliga.

Det finns en tydlig trend att allt fler tjänster utförs i hemmet, så att människor kan bo kvar i sitt eget boende under en längre tid. Dock kvarstår behovet av särskilda boenden för de allra mest sköra individerna. De flesta särskilda boenden drivs i egen regi av kommunerna (cirka 85%), men det har blivit allt vanligare att även enskilda utförare (privata leverantörer) driver boenden inom ramen för den offentligt finansierade äldreomsorgen. Skillnaderna mellan kommunernas ersättningssystem och upphandlingsformer är dock mycket stora, från heltäckande valfrihetssystem med ersättning per brukare till enbart egen regi med anslagsfinansiering.

Denna rapport är skriven av Sirona Health Solutions på uppdrag av Svenskt Näringsliv, och syftar till att vara ett inspel i debatten kring hur ersättningssystem för särskilda boenden för äldre bör utformas framöver. Frågeställningen som har utretts inom ramen för denna rapport är: *”Hur bör dagens ersättningssystem för särskilda boenden vidareutvecklas för att bättre främja kvalitet och effektivitet?”*. Kvalitet avser här att ersättningssystemen bör skapa förutsättningar för bästa möjliga omvårdnadskvalitet, hälsa och nöjdhet hos brukare och anhöriga, medan effektivitet avser att detta mål bör uppnås utan ökade samhällskostnader.

Som bakgrund för våra rekommendationer är det viktigt att ha följande fakta i åtanke:

1. Cirka 85 procent av landets äldreboenden drivs i egen regi av kommunerna, och nästintill 100 procent av all äldreomsorg är beställd och finansierad av kommunerna [1]
2. Majoriteten av dessa boenden har historiskt finansierats via anslag från kommunerna, det vill säga utan explicit koppling till antalet brukare eller till kvalitetsresultat
3. Det finns inget statistiskt säkerställt samband mellan kostnader och kvalitet för särskilda boenden för äldre (se analys i kapitel 2), det vill säga ett boende med högre kostnader har inte högre kvalitet samtidigt som ett boende med lägre kostnader inte har sämre kvalitet.

4. De flesta brukare som flyttar in på särskilda boenden är mycket gamla och sjuka, och många är i ett palliativt skede redan vid inflyttningen [2]. Bland annat därför är det viktigt att ytterst besluta om kvalitetsmålen med äldreomsorgen.

Ersättningssystemet är en viktig del av den helhet som skapar förutsättningarna för den svenska äldreomsorgen. Det är dock viktigt att komma ihåg att omsorgspersonal i huvudsak drivs av annat än pengar, såsom viljan att få erkännande för kvalitet och yrkesskicklighet samt naturligtvis främst att ge god omsorg till sina brukare. Det finns ett stort antal andra sätt att styra och leda i äldreomsorgen utöver att använda finansiella incitament, exempelvis genom tydliga verksamhetsuppdrag, öppna kvalitetsjämförelser och revisioner av verksamheten, samt andra komponenter som ingår i god beställarstyrning. Ersättningssystemen är en del av och ett komplement till detta. Ett vanligt sätt att styra omsorgsverksamhet är genom etableringskrav, vilka också har en viktig roll att fylla, men det är viktigt att vara restriktiv med att ställa alltför detaljerade krav för ökade möjlighet till innovation och anpassning till de specifika brukarnas behov vid boendet.

Ersättningssystemet samspelar dessutom med ett antal andra viktiga faktorer, som exempelvis biståndsbedömning och upphandling eller införande av valfrihetssystem. Fokus för vår analys har varit ersättningssystemet, men där det bedömts behövas har även andra aspekter lyfts och diskuterats.

Metodiken för arbetet med denna rapport har utgjorts av tre delar:

Existerande forskning: Vi har tagit del av aktuella rapporter på området, både nationella och internationella. Vi har här konstaterat att befintliga studier omfattar begränsade delar av frågeställningarna och att graden av evidens som dessa rapporter representerar varierar, vilket är naturligt då detta handlar om komplexa och dynamiska system som inte kan eller bör analyseras genom randomiserade forskningsstudier. Vi noterar även att det i rapporterna i många fall saknas förankring i praktisk verksamhet, vilket gör att möjligheterna att dra relevanta slutsatser för äldreomsorgen är begränsade. Vi har därför kompletterat vår metodik med dialoger med referensgrupper och praktisk erfarenhet inom området.

Dialoger med referensgrupper: För att komplettera informationen i bakgrundsmaterialet och skapa genuin förståelse för involverade aktörers situation har vi fört dialoger med representanter för både beställare och utförare i samband med två arbetsseminarier. Vi har även kvalitetssäkrat våra slutsatser mot vårt expertråd där man återfinner representanter med gedigen erfarenhet av vård- och omsorgsverksamhet samt forskning kring värdeskapande ersättningssystem.

Praktisk erfarenhet på området: Slutligen har vi i analysen av detta uppdrag använt oss av vårt teams djupa kunnande kring olika incitamentsmodeller och deras effekter samt praktiska erfarenhet rörande utformning och utvärdering av ersättningssystem inom privat och offentlig vård och omsorg såväl som andra branscher, exempelvis finans och telekom.

Dessa tre angreppssätt har tillsammans lett fram till analyser och rekommendationer som vi hoppas är praktiskt greppbara för involverade aktörer och som syftar till att bidra konstruktivt till debatten kring hur vi kan använda ersättningssystem som ett av flera verktyg för att skapa god kvalitet och kvalitetsförbättringar inom särskilda boenden för äldre.

Rapporten inleds med en bakgrund till området som omfattar en kort sammanfattning av samband mellan kostnader och kvalitet, principiell överblick av olika ersättningsformer samt en beskrivning av de ersättningssystem som används för särskilda boenden för äldre idag. Läsare som är väl insatta i området kan passera dessa två kapitel. Därefter följer en analys av vilka incitament och effekter som olika ersättningsformer ger upphov till. Rapporten diskuterar sedan hur en målrelaterad ersättningskomponent för särskilda boenden för äldre kan utformas, och avslutas med några reflektioner kring lämpliga nästa steg för att skapa ett ersättningssystem som främjar god kvalitet för brukarna.

2 Inga samband mellan kostnad och kvalitet

Sirona har på uppdrag av Svenskt Näringsliv genomfört en analys av möjliga samband mellan kostnader och kvalitet på kommunnivå. Analysen visar inget samband mellan kostnader och kvalitet, vilket innebär att höga kostnader för äldreomsorg i flertalet kommuner inte kan motiveras av att de uppnår högre kvalitet.

Stora skillnader har observerats mellan kommunerna avseende kvalitetsresultat och kostnad per brukare. Analysen av brukarupplevd kvalitet och uppnåelse av processmått visar att det även finns en stor spridning av kvalitetsresultaten på både kommunnivå och inom kommunerna.

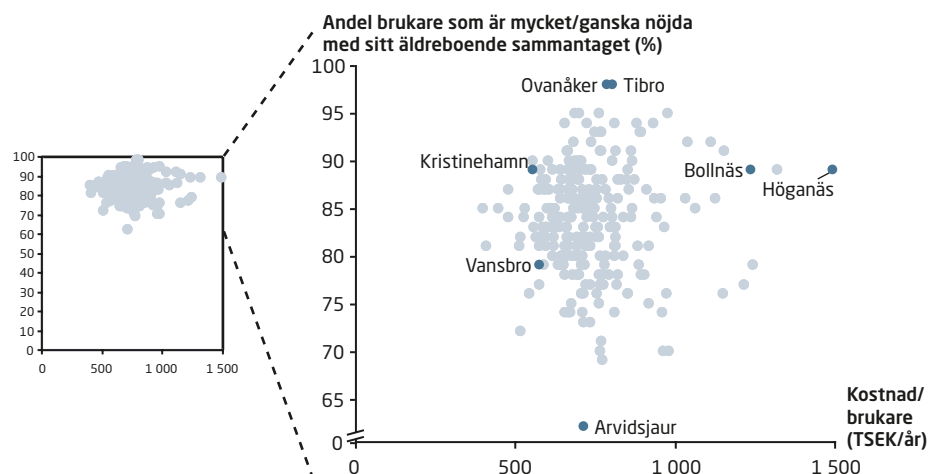
Genomförda regressionsanalyser visar att det inte finns något samband mellan kostnad per brukare och brukarupplevd kvalitet respektive uppnåelse av processmått på kommunal nivå. Vid kostnadsanalysen är det viktigt att ta i beaktning att kommunerna kan ha vissa skillnader i principer för kostnadsfördelning. Detta skulle kunna innebära att de stora spridningarna i kostnader som observeras är en konsekvens av skillnader i principer för kostnadsrapportering istället för skillnader i faktiska kostnader. Den stora skillnaden kan även bero på skillnader i brukarnas vårdbehov och andra relevanta aspekter. Notera att det även saknas information om brukarupplevd kvalitet för 27 kommuner, vilket betyder att analysen baserar sig på uppgifter ifrån 263 kommuner.

2.1.1 Finns det samband mellan högre kostnad per brukare och brukarnöjdhet?

Det finns inget samband mellan kostnad per brukare och andel brukare som är sammantaget mycket/ganska nöjda med sitt äldreboende. Resultatet av regressionsanalysen presenteras i figuren nedan.

Höganäs kommun uppvisar här en hög kostnad per brukare och en lägre grad av nöjda brukare jämfört med många kommuner. För jämförelse kan användas Kristinehamn som har samma andel mycket/ganska nöjda brukare, men skiljer sig betydligt i kostnaden per brukare. I Höganäs kostar brukaren i genomsnitt 1,5 miljoner kronor per år, vilket är betydligt mer än Kristinehamn som har en kostnad på cirka 550 000 kr per brukare och år. Detta medför en skillnad på cirka 1 miljon kronor per brukare och år, trots samma resultat i brukarnöjdhet.

DET FINNS INGET SAMBAND MELLAN KOSTNAD OCH ANDEL BRUKARE SOM SAMMANTAGET ÄR NÖJDA MED SITT ÄLDREBOENDE



Not 1: Data saknas för följande kommuner: Arjeplog, Bjurholm, Bollebygd, Boxholm, Dals-Ed, Dorotea, Essunga, Forshaga, Gullspång, Hällefors, Härjedalen, Kil, Kungsör, Lessebo, Lycksele, Malå, Mullsjö, Norberg, Nykvarn, Perstorp, Skinnskatteberg, Sorsele, Storfors, Vännäs, Ydre, Älvkarleby, Ödeshög, Gällivare, Köping, Munkfors, Nynäshamn, Vindeln, Ystad och Åsele.

Not 2: Kostnaden är beräknad som bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting samt externa intäkter för bostads- och lokalhyror avseende särskilda boendeformer enligt SoL, dividerad med antal permanent boende 65+ i särskilda boendeformer den 1/10. Avser samtlig regi. Fr.o.m. 2013 så avses ett månadssnitt under året av individstatistiken. 2007-2012 hämtas antalet brukare från Socialstyrelsens individstatistik 1/10. T.o.m. 2006 från Socialstyrelsens mängdstatistik.

Källa: Kommun och landstingsdatabasen (KOLADA), Socialstyrelsen: "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" (2014), Sirona analys

3 Alternativa modeller och olika utformning av ersättningssystem

Kommuners ersättning till utförare av särskilda boenden kan delas in i två dimensioner. Den första dimensionen är om ersättningen är fast (ersättning per omsorgsplats) eller rörlig (ersättning per brukare), och den andra dimensionen är om ersättningen är differentierad efter vårdtyngd eller odifferentierad. Till de befintliga ersättningssystemen går det även att knyta målrelaterad ersättning, där vissa uppnådda resultat premieras genom att ersättning knyts till specifika mål. Detta kapitel är en enkel introduktion till olika ersättningsformer, och kan passeras förbi av läsare med djup kunskap.

Det finns olika sätt att styra verksamheter inom vård och omsorg. Några exempel är att styra genom det forskare kallar ”övervakning, utgallring, normer och värderingar samt ekonomiska incitament” [3]. I den här rapporten beskriver vi hur särskilda boenden för äldre kan styras genom de ekonomiska incitament som skapas vid användning av olika ersättningssystem, men det är viktigt att understryka att ekonomiska incitament alltid bör kompletteras med andra styrningsmekanismer, inklusive men ej begränsat till att skapa en god kultur i verksamheten, rätt fokus på rätt behov, tydligt ledarskap och konsekvenser. Uppdraget i detta arbete har varit att analysera ersättningsmodeller, men de måste alltid ses som ett av flera verktyg för att skapa önskade resultat. Ledningens och styrelsens ansvar, vare sig den är en politiskt vald eller tjänstemannaledning, är att alltid använda verktygen vid rätt tillfälle så att de i kombination ger de resultat som ska nås. Att skapa en god vision, kultur och strategi i verksamheten måste vara utgångspunkten, och ett väl genomtänkt ersättningssystem kompletterar arbetet mot detta.

Vi ger först en överblick av olika ersättningsformer. I avsnitt 4.1 analyseras för- och nackdelar med dessa.

3.1 Fast eller rörlig, odifferentierad eller individdifferentierad ersättning

Ersättningen från kommuner till utförare av särskilda boenden i Sverige kan idag beskrivas i två dimensioner. Den ena dimensionen är om ersättningen är fast (ersättning per omsorgsplats) eller rörlig (ersättning per brukare), och den andra dimensionen är om ersättningen är differentierad efter vårdtyngd eller odifferentierad [4], se Figur 1 nedan.

Om ersättningen är fast påverkas inte ersättningen av beläggningsgraden på det särskilda boendet. Det innebär i praktiken att kommunen kan komma att behöva ersätta utföraren för tomma platser om beläggningsgraden på det särskilda boendet är låg. Om ersättningen är rörlig flyttas risken för oanvända platser från kommunen till utföraren, som får starkare ekonomiska incitament att snabbt fylla tomma platser. Det är också möjligt att kombinera fast och rörlig ersättning. Den fasta delen utgörs då av ersättning för ett visst antal platser oavsett beläggning (så kallad beläggningsgaranti). Om antal brukare överstiger antal platser som omfattas av beläggningsgarantin, utbetalas en rörlig ersättning för varje brukare som överstiger beläggningsgarantin. För särskilda boenden upphandlade enligt LOU¹ kan antingen fast eller rörlig ersättning användas, men för LOV² används endast rörlig ersättning, se mer under avsnitt 3.1.

¹ Lag (2007:1091) om offentlig upphandling

² Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Figur 1: Olika typer av ersättningssystem för särskilda boenden för äldre i Sverige.

BEFINTLIGA ERSÄTTNINGSSYSTEM INOM SÄRSKILDA BOENDEN KAN BESKRIVAS UTIFRÅN TVÅ DIMENSIONER			
	Ersättning oberoende av vårdtyngd (odifferentierad)		Ersättning beroende av vårdtyngd (differentierad)
Ersättning per omsorgsplats (fast)	▪ Samma ersättning ges för antal platser som ett särskilt boende ska tillhandahålla ▪ Ersättningens storlek beror ej på beläggingsgrad		▪ Ersättning ges för antal platser som ett särskilt boende ska tillhandahålla ▪ Ersättningen per plats är olika (exempelvis demens och ospecificerad plats) ▪ Ersättningens storlek beror ej på beläggingsgrad
	Kombinationsmodell		Kombinationsmodell
Ersättning per brukare (rörlig)	▪ Samma ersättning ges för de brukare som omvårdas av det särskilda boendet ▪ Ersättningens storlek beror på beläggingsgrad		▪ Ersättning sätts individanpassat efter de brukarens behov som omvårdas på det särskilda boendet ▪ Ersättningens storlek beror på beläggingsgrad

Källa: Bergman & Jordahl "Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen", SKL "Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå", Kammarkollegiet "Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg", Sirona-analys

Den andra dimensionen beskriver om ersättningen är differentierad efter brukarens behov av omsorg. Ett differentierat ersättningssystem försöker spegla resursåtgången genom att kommunen ger mer ersättning för brukare som förväntas kräva mer resursinsatser. Detta medför att brukarnas förväntade resurs- eller omsorgsbehov måste uppskattas och utvärderas. Om samma ersättning ges för samtliga brukare baserat på ett genomsnittligt uppskattat förväntat behov, är ersättningen odifferentierad.

3.2 Mårelaterad ersättning

Vid mårelaterad ersättning premieras vissa uppnådda resultat genom att ersättningen knyts till uppsatta mål. I dagsläget då mårelaterad ersättning används är det alltid i kombination med andra ersättningsformer. Nedan följer en beskrivning av olika typer av mål och mått som kan vara knutna till mårelaterad ersättning. Slutligen redovisas vilka belöningsstrategier som kan kopplas till de uppsatta målen.

3.2.1 Struktur-, process- och resultatmått

Det finns flera olika typer av mått, vilka vanligtvis delas in i struktur-, process- och resultatmått. [5] Grundtanken är att vårdens och omsorgens utfallskvalitet (resultat) påverkas av vilken kunskap och vilka resurser (struktur) som utföraren har, samt hur kunskapen och resurserna används och vilka åtgärder och metoder som används för leverans av tjänster, exempelvis prevention, behandling eller omsorg (process). [6]

Förutsättningarna att driva en god omsorg speglas av strukturindikatorer som anger vilka resurser som bör finnas för att det ska vara möjligt att uppnå ett mål. Detta omfattar bland annat materiella resurser, personalresurser och organisationsstruktur. Exempel på materiella resurser är fastigheter, utrustning och ekonomiskt kapital. Personalresurser innefattar exempelvis antal anställda per patient eller personalens utbildningsnivå. Organisationsstruktur omfattar hur organisationen är utformad [7],

här inkluderas även sådana aspekter som IT-infrastruktur. Strukturmått är ofta relativt enkla att mäta och följa upp, samtidigt som de anses vara trubbiga och inte ge en representativ bild av den utförda omsorgen. Exempel på strukturmått är lokalers funktionalitet och personaltäthet.

De indikatorer som speglar vad som utförs i en vårdprocess kallas processindikatorer. En fördel med processmått är att de är enkla att förstå, dock kritiserar processmått för att mäta intermediära steg eller dokumentationen hos en utförare snarare än den faktiskt utförda vården och omsorgen. [8] Ett exempel på ett processmått är huruvida det genomförs bedömningar av fallrisk. Att faktiskt undvika *fall* är ett resultatmått, men att mäta om en *fallrisk-bedömning* genomförs är ett processmått. Svenskt Näringsliv har tillsammans med SIQ tagit fram en kvalitetsmodell som till stor del består i att enheten just ska beskriva hur de arbetar med specifika processer. Även detta kan utgöra exempel på hur att arbeta med processmått.

Inom ramen för resultatmått inkluderas såväl medicinska resultat och patient-/brukarrapporterade resultat. [7] Patient-/brukarrapporterade resultat kan delas in i patientrapporterad tillfredsställelse (Patient Reported Experience Measures, PREM) och i patientrapporterade hälsoreultat (Patient Reported Outcome Measures, PROM) [9].

3.2.2 Belöningsstrategi

Det finns många aspekter att ta hänsyn till när belöningsstrategin kopplat till de uppsatta målen utformas. Dels bör det beslutas huruvida ersättningen ska vara utformad som bonus eller vite, eller en kombination av båda. Vidare måste beslut tas om målen ska vara utformade som absoluta eller relativa mål.

Tidigare studier visar att bonus skapar något svagare incitament än vite.[6] Vite kan dock bidra till negativa reaktioner och kan även skada relationen mellan utförare och beställare. Den starkare incitamenteffekten som uppstår vid vite kan även bidra till en förhöjd risk för manipulation. [10] En målrelaterad ersättning som är utformad som bonus bidrar till att fokus ligger på möjligheter istället för hot och detta bidrar även till ett mer positivt och resultatnriktat samarbete mellan beställare och utförare.

Absoluta mål som premierar alla utförare vilka uppfyller en given målnivå ger tydliga incitament för utförare att arbeta för förbättrad kvalitet. Dock finns det risk för att utförare bedömer målnivån som omöjlig att nå vid för högt satta mål. Absoluta mål ger även sämre kostnadskontroll för beställaren om maxtak för ersättningen saknas. Relativa mål³, då en viss andel av utförarna premieras, stimulerar visserligen till kontinuerlig förbättring, men det finns en risk att de sämsta utförarna inte satsar för att nå målen då det kräver för mycket resurser i förhållande till sannolikheten att erhålla ersättning.

Kritiker av målrelaterad ersättning framhäver att det finns en risk att effekten på den totala kvaliteten blir låg då de bästa utförarna blir bättre och de utförare som är i behov av ersättning för att kunna förbättra sig blir utan. Å andra sidan lyfter anhängare av målrelaterad ersättning fram att det är precis detta som är målet: att utförare bör försvinna om de inte klarar av att leverera ständiga förbättringar eller en genomgående förhöjning av kvalitetsnivån över tid och att det är just denna mekanism som över tid lyfter resultaten.

³ Relativa mål kan vara utformade på två sätt: relativ förbättring jämfört med andra utförare eller relativ förbättring jämfört med utförarens resultat från föregående period. I detta sammanhang menas relativ förbättring jämfört med andra utförare, för beskrivning av relativ förbättring jämfört med utförarens tidigare resultat se avsnitt 5.2.2.

4 Dagens utformning av ersättningssystem inom särskilt boende för äldre i Sverige

Inom särskilda boenden för äldre har kommunen historiskt kombinerat rollen som beställare, finansiär och utförare. Flertalet kommuner kombinerar fortfarande dessa roller, men de tre rollerna är nu tydliga. Kommunens roll som finansiär och beställare av omsorgstjänster kvarstår, men numera kan utförare som levererar omsorgstjänster vara både i egen regi (drivs av kommunen, cirka 85 procent av landets äldreboenden) eller enskild regi (privata utförare, cirka 15 procent). Ersättningssystemen som används för att ersätta boenden i privat drift är ofta kopplade till upphandlingsförfarandet (LOU eller LOV). Anslagsfinansiering är vanligast vid kommunalt drivna särskilda boenden, medan ersättningen alltid är rörlig för renodlade LOV-system.

I detta avsnitt beskriver vi närmare de ersättningssystem som används för särskilt boende av svenska kommuner, utifrån de modeller och begrepp som introducerats i föregående avsnitt. Eftersom ersättningen endast är en av flera aspekter som tillsammans påverkar de förutsättningar och incitament som råder för utförare och brukare, måste ersättningssystemen ses i ett något större sammanhang. Därför beskrivs först några av de andra aspekter som styr villkoren för brukare och utförare inom särskilt boende – därefter ges några exempel på olika ersättningssystem från svenska kommuner.

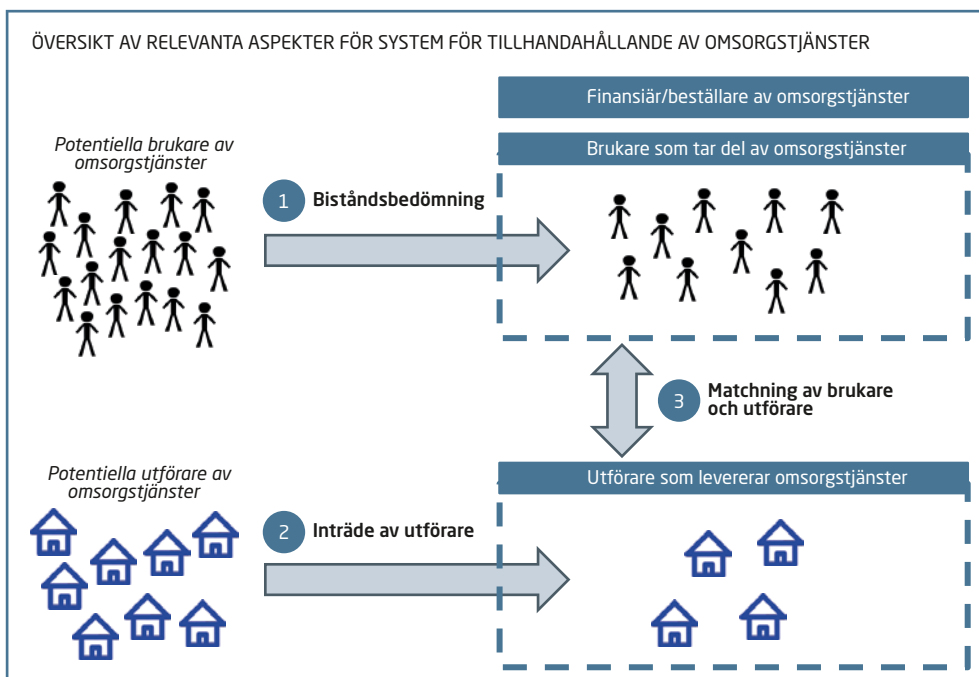
4.1 Förutsättningar för utförare och brukare

Kommunen har rollen som både beställare och finansiär av omsorgstjänster, och skapar därigenom förutsättningar för utförare och brukare. Figur 2 visar en schematisk bild av hur omsorgstjänster, i detta fall särskilt boende, tillhandahålls. Genom biståndsbedömning bestämmer kommunen vilka individer som ska få flytta till ett särskilt boende. Kommunen sätter också upp villkoren för vilka aktörer som får driva ett särskilt boende. Slutligen bestämmer kommunen enligt vilka principer brukare och utförare ska matchas med varandra – ett exempel på en sådan princip är att kommunens handläggare bestämmer och placerar ut brukarna utifrån exempelvis var det finns ledig kapacitet, en annan möjlig princip är att brukarna själva väljer utförare.

4.1.1 Biståndsbedömning

Kommunens biståndsbedömning avgör vilka individer som ska få tillgång till en plats på ett särskilt boende. Vid ett rörligt ersättningssystem utgör biståndsbedömningen (vilken nivå och omfattning av omsorg som behövs) tillsammans med ersättningen per brukare avgörande parametrar för hur stor totalkostnaden för särskilda boenden blir. För fast ersättning blir kopplingen mellan biståndsbedömning och totalkostnad inte lika tydlig, men om antal beviljade platser överstiger antal lediga platser, kan totalt antal platser som finns komma att behöva utvidgas och därigenom ökar kostnaderna för kommunen.

Figur 2: Schematisk bild av system för tillhandahållande av omsorgstjänster.



4.1.2 Inträde av utförare

Utförare som levererar omsorgstjänster kan vara i egen regi (drivs av kommunen) eller enskild regi (privata utförare). För ersättning av kommunalt drivna särskilda boenden är anslag (fast ersättning) vanligt förekommande och kommunen tar då också risken om anslaget är för lågt eller om utföraren inte klarar av uppdraget inom de ramar som finns. Vilka ersättningssystem som används för att ersätta boenden i enskild regi varierar efter huruvida upphandlingsförfarandet har skett enligt LOU eller LOV. Det finns ingen uppdaterad sammanställning av hur många kommuner som i dagsläget har upphandlat särskilda boenden. I november 2012 rapporterade 39 procent av kommuner och stadsdelar (antal kommuner och stadsdelar uppgick totalt till 321) in att de hade ett eller fler särskilda boenden i enskild regi. [1]

LOU och LOV är förfarandelagstiftningar som reglerar hur upphandlande myndigheter ska gå till väga vid en upphandling. LOV omfattar endast upphandling av tjänster inom hälsovård och socialtjänster medan LOU reglerar tillvägagångssättet att tilldela ett kontrakt eller ingå ett ramavtal för varor, tjänster eller byggentreprenader. Vid upphandling enligt LOV ska annonseringen ske löpande och samtliga leverantörer som uppfyller de uppställda krav som kommunen bestämmer ska godkännas. Vid upphandling enligt LOU annonseras upphandlingen under en begränsad anbudsperiod och ett begränsat antal leverantörer blir tilldelade uppdrag eller ramavtal [11]. Ofta är etableringskraven omfattande med flera hundra skallkrav, där majoriteten av kraven är struktur- och processkrav [12]. Det är viktigt att kommunerna ställer välavvägda och genomtänkta etableringskrav, då alltför detaljerade krav, exempelvis specifika krav på personalitet, bland annat kan hämma utförares innovationsförmåga.

LOU specificerar inte krav på ersättningssystemets utformning, detta beslutas av kommunens upphandlande enhet, inom de ramar som politikerna fastställer. LOV ställer krav på att ersättningen ska vara likvärdig för samtliga godkända leverantörer [13], det vill säga att privata utförare och egenregi-utförare skall få samma ersättning för lika leveranser. En kommun som inför LOV kan dock välja att inte omfatta boenden i

egen regi eller boenden upphandlande enligt LOU i valfrihetssystemet vilket medför att ersättningen och kraven inom samma kommun kan vara olika beroende på valet som kommunen gör av upphandlingsförfarande och driftsform.

Vid upphandling av särskilda boenden enligt LOU kan utföraren vanligtvis bedriva verksamhet i kommunens fastigheter samt överta personalen från kommunen eller tidigare utförare. Inom LOV-system ansvarar utföraren själv för lokal och personal [4], vilket ger större utrymme för att påverka processer, struktur och resultat, men kräver stor initial investering och innebär därför en större ekonomisk risk för utförare.

I början av 2015 hade valfrihetssystem enligt LOV för särskilda boenden för äldre införts i 21 kommuner.⁴ Utformningen av de olika LOV-systemen skiljer sig åt mellan kommunerna, några exempel följer: I Lidingö, Nacka och Uppvidinge finns renodlade LOV-system, som inkluderar såväl särskilda boenden i kommunal som enskild regi. Stockholm, Täby och Uppsala har en kombination av boenden i egen regi samt boenden upphandlade enligt LOU och valfrihetssystem enligt LOV. I dessa kommuner omfattas samtliga boenden av det fria valet, det vill säga individer har rätt att välja utförare oavsett drifts- eller upphandlingsform. Halmstad, Norrtälje, Solna och Upplands Väsby har liknande system som Stockholm och Täby men har endast upphandlat ett fåtal platser enligt LOV. [11] Norrtälje kommun har valt att avsluta all drift i egen regi. Kommunen har istället valt att använda LOV och framförallt LOU för att tillhandahålla all drift via privata utförare.

För renodlade LOV-system är ersättningen alltid rörlig, det vill säga utförarna får ingen beläggingsgaranti från kommunen, utan ersättningen följer brukarnas val. För LOU-upphandlade kontrakt kan ersättningen antingen vara rörlig (per brukare) eller fast (per plats) där kommunen eventuellt ger garanti om visst antal platser. Om LOV införs i en kommun, kan kommunen välja att behålla en eventuell beläggingsgaranti för LOU-upphandlade enheter och enheter i egen regi, eller välja att integrera de enheterna i valfrihetssystemet med rörlig ersättning som följer brukarens val. Om inte egenregi- och LOU-enheter integreras i valfrihetssystemet, blir de i praktiken på kort sikt undantagna från konkurrensutsättning då en viss ersättning garanteras. I ett sådant scenario skapas också ett ekonomiskt incitament för kommunens handläggare att styra icke-väljare till LOU-upphandlade boenden för att undvika lediga platser i ett boende där kommunen har garanterat en viss beläggning och således får betala oavsett om platserna nyttjas eller ej. [4]

4.1.3 Matchning mellan brukare och utförare

Efter att en individ har fått rätt till plats på särskilt boende för äldre enligt biståndsbedömning, måste det beslutas om på vilket boende den äldre ska flytta in. Ett system för tilldelning är fritt val, där individen eller dess anhöriga själv får välja till vilket boende han eller hon vill flytta. För att fritt val ska fungera i realiteten krävs både att brukarna faktiskt nyttjar rätten att välja och att det finns lediga platser så att brukarna kan få sitt val uppfyllt. Om det finns köer, det vill säga att ett boende har fler sökande än platser, så får sökare välja att vänta eller ta sitt andrahandsval. [4]

En viktig aspekt är tilldelningen av brukare som avstår från att välja (s.k. icke-väljare). Vanligt förekommande metoder för placering av icke-väljare är geografisk belägenhet, i förväg uppställd turordning, omvårdnadskompetens eller beläggingsgrad [14]. Sett från perspektivet att fritt val ska styra mot god kvalitet bör kommunen undvika

⁴ Sammanställning från <http://www.valfrihetswebben.se/>, besöksdatum 2015-02-12

att icke-väljarna placeras där det finns många tomma platser. Simrishamn har till exempel ett system för att placera icke-väljare inom hemtjänsten som främjar kvalitetsutveckling, där icke-väljaren blir placerad hos den utförare som har högst kvalitetsresultat vid senaste kvalitetsuppföljningen [11].

För LOV-upphandlade boenden är den grundläggande principen att brukaren väljer själv; valfrihetssystem. Kommuner med LOU-upphandlade boenden eller boenden i egen regi kan använda system där brukaren får välja boende eller att kommunens biståndsbedömare bestämmer placering.

4.2 Exempel på ersättningssystem från olika kommuner

Figur 3 visar exempel på utförare som ersätts enligt olika principer av olika kommuner. I dagsläget används inte målrelaterad ersättning för särskilt boende av någon kommun i Sverige. Alingsås planerar att införa ett målrelaterat ersättningssystem inom särskilda boenden år 2017, se mer i avsnitt 3.2.6. Beskrivningen av de olika ersättningssystemen har förenklats för att pedagogiskt förklara ersättningssystemet utifrån de två dimensionerna. Vad ersättningen ska täcka kan skilja sig mellan exemplen. I vissa kommuner får utförare bedriva verksamhet i lokaler ägda av kommunen kostnadsfritt, det vill säga kommunen betalar inte ut ersättning för täckning av utförares lokalkostnader, utan kommunen täcker denna kostnad direkt. Utförare i samma kommun som inte får tillgång till lokaler kan då kompenseras för detta genom ett schablontillägg per brukare eller plats. Vidare kan ersättning till privata utförare innehålla en momskompensation, som ska kompensera för att utförare i privat regi saknar egenregins möjligheter att kvitta den ingående momsen [15]. En direkt jämförelse av ersättningsnivåerna nedan måste således göras fall för fall genom att justera för alla dessa skillnader; siffrorna är inte direkt jämförbara.

Figur 3: Exempel på hur utförare får ersättning enligt olika ersättningsprinciper.

EXEMPEL PÅ KOMMUNER MED OLIKA ERSÄTTNINGSFORMER			
Ersättning per omsorgsplats	Ersättning oberoende av vårdtyngd	Ersättning beroende av vårdtyngd	
	▪ Västerås (LOU), Mälarhems äldreboende, vårddygns-ersättning: 1 500 kr/plats	▪ Norrköping (LOU), Vrinnevihus, vårddygnsersättning: 1 192 kr (ospec) och 1 227 kr (demens)	
Ersättning per brukare	▪ Växjö (LOU), Källreda, vårddygnsersättning: 1 411 kr beläggningsgaranti: 83 %		
	▪ Halmstad (LOV), vårddygns-ersättning: 1 438 kr/brukare	▪ Nacka (LOV), fem ersättningsnivåer vårddygnsersättning: 1 030-2 157 kr/brukare	

Källa: Förfrågningsunderlag, Tilldelningsbeslut från respektive kommun, Sirona-analys

4.2.1 Exempel på rörlig individdifferentierad ersättning - Nacka kommun

Nacka kommun har sedan 2001 ett rörligt differentierat ersättningssystem till utförare av särskilda boenden, det vill säga betalning per brukare med justering för olika vårdtyngd. Kommunen har särskilda boenden i både egen respektive enskild regi. De särskilda boendena som är i enskild regi är upphandlade enligt LOV. Ersättningen till de egna respektive de enskilda boendena är samma. [16]

Innan införandet av ersättningssystemet 2001 utvecklade Nacka kommun en modell för bedömning av individers resursbehov. Modellen bygger ett strukturerat frågeschema som utvärderar de fyra områdena fysisk status, mental åldersförändring, psykisk status samt medicinsk status. Intervjuszvaren resulterar i en samlad poäng mellan 1–24. Poängsumman delas in i ett av fem intervall, där varje intervall motsvarar en viss ersättning, se Tabell 1. [16]

Tabell 1: Ersättning per vårdbehov enligt modell utvecklad av Nacka kommun, ersättningsbeloppen motsvarar 2014 års nivå. Utöver ersättningen i tabellen tillkommer 100 kr/dygn för demensboende. Ersättningen för privata utförare är något högre för att kompensera för momskostnader. [16][17].

Vårdbehov	1-6	7-11	12-15	16-20	21-24
Kommunal utförare(kr/dygn)	1 000	1 246	1 484	1 700	2 094
Privat utförare(kr/dygn)	1 057	1 322	1 572	1 801	2 200

Bedömningen genomförs när en individ ska flytta in i det särskilda boendet. En uppföljande bedömning görs efter två till tre månader efter inflyttning. Utföraren kan begära att en ny bedömning ska genomföras om vårdbehovet förändrats varaktigt och därigenom påverkar insatsbehovet och kostnaden för att ge omsorg för individen. När en brukare avlider eller flyttar betalar Nacka kommun en omställningskompensation enligt ersättning på lägsta nivå under två veckor. Om platsen blir belagd inom två veckor får boendet behålla ersättningen under den återstående tiden. [16]

4.2.2 Exempel på rörlig odifferentierad ersättning - Halmstads kommun

Halmstad har ett rörligt odifferentierat ersättningssystem. Det innebär att samma genomsnittliga ersättning per brukare utbetalas till utförare av särskilt boende utan hänsyn till vårdtyngd eller förväntad resursåtgång. Ersättningen uppgick till 1 439 kronor per brukare och dygn (1 525 kronor per brukare och dygn inklusive momskompensation)⁵. Ersättningen revideras årligen per den första april varje år. [18]

Vid de fall en brukare är inlagd på sjukhus eller av annan anledning inte vistas på boendet under en längre period än sju dagar i sträck, minskas ersättningen med 15 procent. Om en brukare avlider eller flyttar utgår en med 15 procent reducerad ersättning under sju dagar, för att sedan upphöra. [18]

4.2.3 Exempel på fast individdifferentierad ersättning - Norrköpings kommun

Vid upphandlingen av det särskilda boendet Vrinnevi i Norrköping användes en form av fast differentierad ersättning. Boendet har totalt 64 platser, där åtta platser är demensplatser. Differentieringen är baserad på om platsen är ämnad för en person med demenssjukdom eller ej. Ersättningen baseras inte på hur många brukare som bor på boendet vid en viss tidpunkt, vilket innebär att det är en fast ersättning.

⁵ Enligt bilaga 8 i förfrågningsunderlaget (uppdaterat 2012-10-15), besökt 2014-05-13

Anbudsgivaren fick i anbudssvaret ange ett pris per ospecificerad plats och dygn samt ett pris per demensplats och dygn. Beställaren tillhandahåller erforderliga lokaler så att ersättning inte ges för lokaler. [19]

4.2.4 Exempel på fast odifferentierad ersättning - Västerås stad

Vid upphandlingen av Mälarhems äldreboende i Västerås stad användes en fast odifferentierad ersättning. Boendet har 24 platser fördelat på 16 platser för personer med demenssjukdom och åtta platser för ålderdomshem. Fördelningen mellan demensspecifika och övriga platser kan komma att förändras under avtalstiden. Anbudsgivaren skulle i anbudssvaret ange ett totalpris, omfattande alla platser. Eventuella förändringar i vårdtyngd är inte grund för omförhandling av ersättningen, utan måste tas i beaktande av anbudsgivaren vid offererat pris. Beställaren tillhandahåller erforderliga lokaler så att ersättning inte ges för lokaler. [20]

4.2.5 Exempel på kombinationsmodell - Växjö kommun

Vid upphandlingen av det särskilda boendet Källreda, ersätter Växjö kommun utföraren enligt en fast och en rörlig del. Boendet har totalt 18 platser, varav ersättning garanteras för 15 platser (en av dessa platser är avtalad med en annan kommun, om placeringen avslutas garanteras ersättning för 14 platser), det vill säga en beläggningsgaranti på cirka 83 procent. Den rörliga delen består av de övriga tre platserna, om de är belagda erhåller utföraren ersättning för dessa. Anbudsgivaren fick i anbudssvaret ange ett pris per plats och dygn. [21]

4.2.6 Exempel på målrelaterad ersättning - Alingsås kommun

Vid upphandlingen av två särskilda boenden, Kaptenens äldreboende och Ängabogården äldreboende, ersätter Allingsås kommun från och med 2017 utförare genom en innovativ ersättningsmodell. Ersättningen består av två delar, grundersättning och målrelaterad ersättning. [22]

Grundersättningen uppgår till 1 520 kr per plats och dygn. Det sker ett avdrag för tomma platser, under de första två månaderna (utflyttningsmånaden samt efterföljande månad) reduceras ersättning med 10 procent och sedan reduceras ersättningen med 50 procent. Dock finns en garanti på beläggning som uppgår till 90 procent av ersättningen under ett kalenderår.[22]

Den målrelaterade ersättningen ska börja gälla från 2017 enligt plan och utgår från ett mått från Socialstyrelsens årliga enkätundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" (för mer information, se avsnitt 5.1.2). Måttet som används är hur stor andel av brukarna som svarar att de är nöjda eller mycket nöjda på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?". Om andelen brukare som svarar att de är nöjda eller mycket nöjda överstiger snittet för riket, erhåller boendet en tilläggsersättning som uppgår till 50 kronor per plats och dygn. Om utföraren avviker mer än tre procentenheter nedåt från snittet i Alingsås kommuns resultat utbetalas inte ersättningen. Om andelen brukare som svarar att de är nöjda eller mycket nöjda överstiger snittet i kommunen erhålls ytterligare en tilläggsersättning som uppgår till fem kronor per plats och dygn. Maximalt kan alltså den målrelaterade ersättningen uppgå till cirka 3,5 procent av den totala ersättningen [22].

Ersättningsmodellen har således två mål. Målet att överstiga det nationella snittet kan kategoriseras som ett absolut mål, eftersom samtliga boenden som ersätts enligt modellen erhåller ersättningen om de uppnår målet, medan målet att överstiga kommunens genomsnitt är ett renodlat relativt mål.

5 Vilka ersättningsformer bör användas för särskilt boende för äldre?

Samtliga ersättningsformer har olika effekt på kvalitet, kostnader och effektivitet samt systemstyrning. Det innebär att det är viktigt att utforma ett system som utnyttjar de positiva effekterna hos enskilda ersättningsformer och som kompenserar för negativa effekter vissa ersättningsformer kan skapa. Vår rekommendation är att använda rörlig ersättning kombinerad med fritt val för brukarna. Kommuner som inte har en gedigen erfarenhet som beställare rekommenderas att i första hand använda odifferentierad ersättning och introducera differentierad ersättning i ett nästa steg. Att införa fritt val för brukaren genom antingen LOU eller LOV är den viktigaste åtgärden kommunen kan ta för att skapa en dynamik som över tid förbättrar kvalitet. För att i ett nästa steg ytterligare styra mot kvalitetsförbättringar kan en andel av ersättningen göras målrelaterad.

Tidigare har olika ersättningsformer och ersättningssystem som används för att ersätta särskilda boenden presenterats. I detta kapitel beskrivs vilka effekter och incitament som olika ersättningsformer skapar, baserat på ett antal relevanta kriterier. Utifrån detta beskriver vi sedan en rekommendation kring vilka ersättningsformer som är lämpliga att använda beroende på kommunens mål och förutsättningar.

5.1 Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer?

I syfte att belysa vilka incitament de olika ersättningsformerna ger, analyseras ersättningsformerna utifrån perspektiven kvalitet, kostnader och effektivitet samt systemstyrning. För varje perspektiv har vi formulerat olika kriterier som ersättningsmodellerna analyseras utifrån. Figur 4 redogör för Sironas ramverk för utvärdering av ersättningsformer (14 uppställda kriterier). I efterföljande avsnitt beskrivs fördelar och nackdelar med de olika ersättningsformerna utifrån varje kriterium. Där det är relevant kommer de olika perspektiven belysas utifrån olika aktörer inom särskilda boenden. Upphandlingsförfarandets (LOV eller LOU) samt det fria valets påverkan på de olika perspektiven kommer även att diskuteras. I avsnitt 8.1 finns sammanfattande resonemang kring hur olika ersättningsformer uppfyller kriterierna.

5.1.1 Hur påverkas kvalitet?

Vid utvärdering av ersättningssystemen med avseende på kvalitet har systemen analyserats utifrån i vilken utsträckning de:

- Skapar incitament för kvalitetsförbättringar
- Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens
- Bidrar till brukarfokus
- Främjar jämlik vård och hälsa
- Bidrar till god tillgänglighet

Figur 4: Sironas ramverk för utvärdering av ersättningsformer är utvecklat baserat på en rad nationella och internationella källor, inklusive hälso- och sjukvårdslagens krav och Socialstyrelsens principer för God Vård, samt diskussioner med referensgruppen [3] [13] [23] [24] [10] [25] [26] [27] [28].

SIRONAS RAMVERK FÖR UTVÄRDERING AV ERSÄTTNINGSFORMER		
Kriterier för utvärdering av ersättningsformer		Kriteriet avser:
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Om utföraren får ekonomisk kompensation för högre kvalitetsresultat
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Om ersättningsformen bidrar till att konkurrensfördelar kan erhållas genom att erbjuda tjänster med hög kvalitet
	3. Bidrar till patientfokus	Om ersättningsformen skapar ekonomiska incitament att anpassa vården efter individens situation
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Om ersättningsformen skapar incitament för jämlik vård och hälsa, exempelvis genom att motverka patientselektion
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Om ersättningsformen bidrar till att fler individer kan få tillgång till vård inom systemet som helhet
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Om ersättningsformen ger förutsättningar för finansiären att begränsa de ekonomiska ramarna och på förhand förutsäga kostnader
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolymen	Om ersättningsformen bidrar till om utföraren får ekonomiska incitament att utöka kapaciteten
	8. Förbättrar transparens av kostnader	Om ersättningsformen bidrar till att synliggöra vilka typer av kostnader som skapas för finansiären
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Om ersättningsformen ger ekonomiska incitament att minska kostnaden med bibehållen kvalitet
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare	Om ersättningsformen möjliggör ekonomisk riskdelning, exempelvis vid över- eller underkonsumtion av vård
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	Om ersättningsformen kan utformas för att främja samarbete och samverkan mellan olika aktörer inom hälsa, sjukvård, socialtjänst och omsorg
	12. Ger incitament för innovation	Om ersättningsformen positivt påverkar möjligheten till innovation och nytänkande
	13. Är robust mot manipulation	Om ersättningsformen är robust mot manipulation av systemet för att erhålla högre ersättning
	14. Medför begränsad administrativ börda	Om ersättningen medför begränsad administrativ börda för finansiären och utföraren vid exempelvis uppföljning och inrapportering

Vid en jämförelse mellan fast och rörlig ersättning ser man att den i grunden kan beskrivas som densamma oavsett vilken kvalitet det är på utförda tjänster, men rörligt ersättningssystem i kombination med fritt val är i sig ett incitament till hög kvalitet. Hög kvalitet blir en långsiktig konkurrensfördel som lockar fler brukare, och därigenom ökar intäkterna för utföraren. På samma sätt får aktörer med lägre kvalitet över tid ett rykte som medför att färre väljer leverantören och att det uppstår tomma platser. Utföraren måste vidta kvalitetsförbättrande åtgärder för att förbättra ryktet, eller upphöra med verksamheten. Därför anser vi att den viktigaste bidragande faktorn för att skapa kvalitet och kvalitetsförbättringar är att kommunen i rollen som beställare och finansiär inför en valfrihetsmekanism.

För att skapa denna dynamik krävs en reell valfrihet för brukaren, och att ersättningen är rörlig. Anslagsfinansiering eller fast ersättning (per plats) skapar ingen dynamik – då har leverantören tvärt om incitament att få betalt för tomma platser. För specifikt särskilt boende kan det fria valet försvagas då omval och därmed flytt som följd är ansträngande för brukaren (jämför till exempel med hemtjänst där omval inte leder till samma påfrestning). Det krävs också att den äldre kan göra ett välinformerat val av äldreomsorg, vilket idag är svårt att göra, då det finns begränsad information om olika boenden och liten vana med att göra dessa val.

På längre sikt skapar fritt val med rörlig ersättning positiva effekter för både kvalitet och kostnader. Rörlig ersättning skapar emellertid en större osäkerhet kring framtida ersättningar för utförare, vilka kan leda till att färre aktörer väljer att verka inom kommuner där osäkerheten kring framtida ersättning bedöms vara hög. För kommuner med svårighet att locka till sig aktörer kan således en viss beläggningsgaranti (exempelvis en viss andel fast ersättning eller genom att betala för tomma platser under en övergångsperiod), där kommunen och utföraren delar risken för framtida ersättningar, vara en god lösning.

Om ersättningen till utförarna av särskilda boenden är odifferentierad riskerar brukare med högre omsorgsbehov att inte tillgå resursinsatser som de är i behov utav. Genom att differentiera ersättningen efter individens behov kan denna risk minskas. Ett individ-differentierat ersättningssystem garanterar dock inte att resursinsatserna faktiskt anpassas efter brukarnas behov samt uppmuntrar i sig inte utföraren att förbättra kvaliteten; det måste implementeras på rätt sätt för att uppnå de önskade effekterna.

Som tidigare nämnts skapar rörlig ersättning, i kombination med fritt val genom exempelvis LOV, en konkurrensdynamik mellan utförare. LOV-system ger också fler aktörer möjligheten att etablera sig i en kommun, då samtliga aktörer som uppfyller baskraven kring exempelvis säkerhet och kvalitet får öppna upp ett särskilt boende. Vidare har LOV-systemen viktiga fördelar av att ge utförarna frihet att bestämma utformningen av en rad olika faktorer som är viktiga för att skapa en god verksamhet, exempelvis lokalernas utformning. LOV riskerar emellertid att skapa vissa inträdesbarriärer för mindre aktörer genom att ansvaret för lokal ligger hos utföraren, vilket kräver tillgång till kapital i betydligt större omfattning än om kommunen ansvarar för lokaler.

Befintliga ersättningsprinciper, som bygger på de två dimensionerna fast eller rörligt samt differentierad eller odifferentierad, skapar begränsade incitament för kvalitetsförbättring i det mer kortsiktiga perspektivet jämfört med fritt val i kombination med rörlig ersättning. Mårelaterade ersättningssystem kan utformas för att kompensera för detta genom att ge ersättning specifikt för god kvalitet. [25] Det finns dock risker för undanträngningseffekter samt allt för starkt fokus på just de utvalda målen så att andra kvalitetsaspekter åsidosätts. [3] Det är därför en krävande uppgift att finna adekvata indikatorer som är lätta att följa upp, speglar nöjdhet och hälsoresultat hos brukaren samt motverkar ovan nämnda brister.

5.1.2 Hur påverkas kostnader och effektivitet?

Fem olika kriterier har identifierats för att analysera ersättningsformernas effekter gällande kostnader och effektivitet. De olika ersättningsformerna har analyserats utifrån i vilken grad de:

- Möjliggör totalkostnadskontroll
- Skapar incitament för ökade produktionsvolym
- Förbättrar transparens av kostnader
- Ökar kostnadseffektiviteten
- Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare

Ur kommunens perspektiv ger fast ersättning god kostnadskontroll eftersom kostnaderna är bestämda i förväg (fast ersättning är uteslutande prospektiv [3]). Kommunen riskerar att behöva ersätta utförare fullt ut även vid låg beläggning. Ur utförarens perspektiv ger fast ersättning ekonomiska incitament att hålla nere både omfattningen av tjänsterna och hur många brukare som mottar tjänsterna, vid antagandet att intäkterna från kommunen förblir orörda samtidigt som kostnaderna för utföraren minskar med minskad volym.

Vid rörlig ersättning flyttas risken för ekonomisk ersättning vid låg beläggning från kommunen till utföraren. Generellt minskar totalkostnadskontrollen för beställaren vid rörlig ersättning, men i nästan alla fall ökar effektiviteten så att den minskade graden av kontroll över totalsumman mer än väl uppvägs av att systemet som helhet

blir mer effektivt. För särskilt boende bör dessutom denna risk vara begränsad då kommunen ansvarar för att bedöma om en individ är i behov av omvårdnad i särskilt boende eller inte, och därigenom reglerar det samlade erbjudandet och kostnaderna. Ersättningen är förutbestämd i kontraktet mellan utförare och kommun och antal individer som har rätt till omsorg i särskilt boende för äldre bestäms av kommunen, vilket medför att utföraren inte har möjlighet att direkt påverka ersättningen från kommunen i befintliga ersättningssystem.

Vid odifferentierad ersättning är kostnaden per brukare samma oberoende av om brukaren exempelvis är dement eller har mindre omfattande behov. Detta medför att kommunens totalkostnad enbart beror av antalet brukare som får biståndsbedömd rätt till särskilt boende. Vid individdifferentierad ersättning tillkommer omsorgstyngd som en faktor som kan påverka ersättningen från kommunen. Om fler brukare bedöms vara i behov av mer omfattande omsorg kommer kostnaderna öka. En fördel med differentierad ersättning är att utförare som av slumpen får en mer vårdtung population, kompenseras för detta. Risken för mer omsorgstunga brukare delas således av kommun och utförare.

Målrelaterad ersättning kan ge incitament till höga produktionsvolymen om målen är kopplade till resurs- eller produktivitetsmått. Det målrelaterade ersättningssystemets utformning avgör om totalkostnadskontroll går att uppnå. Exempelvis ger relativa mål större grad av kostnadskontroll då ett bestämt antal utförare får den målrelaterade ersättningen, se vidare diskussion i avsnitt 5.2.2.

5.1.3 Hur påverkas systemstyrning?

Vid utvärdering av ersättningsmodellernas effekt på systemstyrning analyseras modellerna utifrån följande perspektiv:

- Gynnar helhetsperspektiv och samverkan
- Ger incitament för innovation
- Är robust mot manipulation
- Medför begränsad administrativ börda

Helhetsperspektiv och samverkan

En positiv effekt med målrelaterad ersättning är att den kan leda till en ökad helhetssyn och samverkan jämfört med andra ersättningssystem om målen utformas med detta som syfte. [26] Exempelvis kan ersättning för gemensamma samverkansinsatser mellan slutenvården, primärvården och den kommunala omsorgen utbetalas, såsom att genomföra en gemensam vårdplanering när en multisjuk äldre är utskrivningsklar från ett sjukhus. [24] En annan möjlig ersättningsparameter för att förbättra helhetsperspektiv och samverkan är att ersätta för måluppfyllelse relaterad till undvikbar slutenvård, där ersättningen fördelas mellan fler aktörer. Inga av de andra analyserade ersättningssystemen bidrar till explicit helhetsperspektiv eller samverkan. Det är dock möjligt att skapa incitament genom att höja aggregeringsnivån till att inkludera flera aktörer, inklusive att gå hela vägen till att skapa en gemensam budget så som i fallet TioHundra i Norrtälje. [24]

Innovation

En önskvärd effekt av ersättningssystem är att ge incitament till innovation. De befintliga ersättningssystemen för särskilda boenden ger inte explicit drivkrafter till detta, men om ersättningen följer brukaren skapar det incitament för utföraren att

utveckla både innovativa och kostnadseffektiva metoder, eftersom detta både når fler brukare och ger möjligheter för bättre resultat i form av både kvalitet och överskott ifrån driften (vinst). Målrelaterad ersättning kan styra mot innovation eller begränsa innovationsmöjligheter beroende på vilka mål och mått som den fokuserar på.

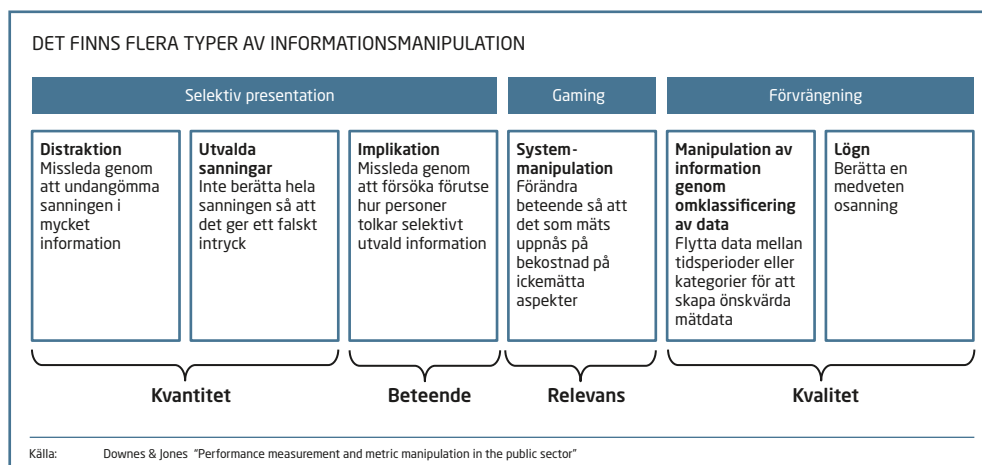
Kloka och väl definierade resultatmått främjar utveckling av nya arbetssätt för att uppnå önskvärda resultat. Innovationen kan ske lokalt där varje verksamhet har frihet att utföra tjänster på det sätt som verksamheten bedömer vara bäst. [6] Processmått kan med fördel användas inom områden där evidensbaserade metoder eller åtgärder redan finns, men dessa skapar mindre utrymme för innovation. [29] Generellt är vår erfarenhet att det skapas stora positiva innovationseffekter av att fokusera på de slutgiltiga resultaten som beställaren (kommunen) vill uppnå, och att detaljstyrning av process- eller strukturmått snarare tenderar att motverka innovation.

Manipulation

Vissa är motståndare till målrelaterade ersättningsformer med motiveringen att alla försök att mäta resultat kan manipuleras. I Figur 5 presenteras ett ramverk för klassificering av olika manipuleringsstrategier. Ramverket används för att underlätta diskussionen kring vilka risker för manipulation som finns för olika ersättningssystem. Längst ned i Figur 5 finns fyra principer vid användning och presentation av information.

- Kvantitet avser att tillhandahålla rätt mängd information, varken för mycket eller för lite
- Kvalitet avser att tillhandahålla rätt information
- Relevans avser att tillhandahålla relevant information
- Beteende avser att tillhandahålla tydlig information

Figur 5: Typer av informationsmanipulation, översatt från Downes och Fisher [30].



Ersättning per plats eller per brukare för särskilt boende för äldre torde vara mer robust mot manipulation av ersättningsobjektet än många andra ersättningssystem i vården och omsorgen. Ersättningssystemen bygger på antal brukare eller antal platser på ett särskilt boende och är en förutbestämd ersättning. Kommunen har stor grad av kontroll i rollen som finansör och beställare. Genom biståndsbedömning beslutar kommunen vilka individer som har rätt till plats på särskilt boende och avtal mellan utförare och kommunen reglerar ersättningens storlek. Utförarens utrymme att genom manipulation få större ersättning är således relativt begränsad, även om det finns viss risk för andra typer av manipulation.

Det är viktigt att understryka att en viss grad av manipulation förekommer i alla system, oavsett utförarens driftsform, vilket ibland används som argument för att helt undvika att använda sig av målrelaterad ersättning. Många av de negativa effekterna kan motverkas genom att exempelvis etablera tydliga riktlinjer, följa upp via medicinska revisioner samt tillämpa tydliga konsekvenser för utförare som inte lever upp till de standarder som sätts. Det är viktigt att få till en konstruktiv dialog med alla berörda aktörer kring hur man hittar de bästa lösningarna till dessa utmaningar, men vi ser inte att risken för manipulation i sig är ett avgörande argument mot målrelaterad ersättning.

En risk vid LOU-upphandlade boenden är att de förlängningsoptioner som ofta finns inskrivna i avtalen [4], används i för stor grad och utan att föregås av en faktabaserad analys. Att genomföra en LOU-upphandling är tidskrävande och medför även risk för överklaganden, så kommunen har incitament till att välja den ”enklaste vägen” och förlänga avtalen om kvalitet och pris bedöms vara tillräckligt goda, även om ny konkurrensutsättning skulle kunna ge ett ännu bättre kvalitetsresultat. Möjligheten till förlängningar medför att utförare får incitament för manipulation av typen selektiv presentation där utföraren presenterar en förfinad fasad av verksamheten och får på detta sätt större chans till förlängning.

Anslagsfinansiering är en fast ersättning där anslagets storlek oftast baseras på kommunens historiska kostnader. Den kan i större eller mindre grad vara kopplad till antalet brukare. Anslagsfinansiering har historiskt varit den vanligaste metoden för kommunen att ersätta verksamheter i egen regi. Anslagsfinansiering skapar incitament för utföraren att låta kostnaderna vara oförändrade eller öka, och skapar i sig inte incitament till att förbättra kvalitet. Detta eftersom utförare som minskar kostnader i praktiken oftast bestraffas genom minskade anslag nästkommande period. Det kan även uppstå en risk för manipulation av systemet genom kreativ bokföring eller genom kommunikation kring köer för att inte få minskade anslag. [3]

Vid differentierad ersättning görs bedömningen av ersättningsnivå av kommunen, som också finansierar och betalar ut ersättningen till utförarna. Kommunens tvådelade roll (bedömning av behov och finansiering) kan skapa incitament att värdera brukarens resursåtgång lägre, då detta medför att kostnaderna för kommunen minskar. För att öka kommunens trovärdighet är det därför en fördel med en objektiv och transparent process för bedömning av brukarens omsorgsbehov. Ytterligare kritik mot individ-differentierad ersättning är att det kan skapa en dynamik där en del utförarens fokus blir att ”bevisa” att en brukares egentliga resursbruk överstiger den av kommunen bedömda vårdnivån.

En annan risk är undanträngningseffekter eller systemmanipulation enligt ramverket i Figur 5, där utföraren fokuserar på de mål som ersätts på bekostnad av andra kvalitetsaspekter som inte är ersättningsgrundande. Denna dynamik har varit mycket uppmärksammas inom sjukhusvården de senaste åren, där användandet av målrelaterad ersättning har kommit längre än inom äldreomsorgen.

Om ersättningen baseras på av utföraren egenrapporterade data finns risk för manipulation av information genom re-klassificering av data. Det kan exempelvis innebära att utföraren utelämnar att rapportera in information eller rapporterar in felaktig information. Denna risk kan minskas genom att hämta information som ligger till grund för målrelaterade ersättningen från en annan källa än utföraren [25] eller att beställaren, helst via en objektiv tredje part, utför inspektioner (så kallade beställar-uppföljningar) för att kontrollera att informationen stämmer överens med verkligheten. En möjlighet att inhämta information från andra än utföraren är att basera målrelaterad

ersättning på enkätundersökningar, exempelvis kundnöjdhetssenkäter. Det finns dock även här en möjlig risk i att utförarna försöker påverka respondenterna att lämna ett gott omdöme.

Odifferentierad ersättning riskerar ge utföraren incitament att selektera individer med litet omsorgsbehov som därigenom är mindre resurs- och kostnadskrävande. Även målrelaterade ersättningssystem kan ge incitament till brukarselektion. Exempelvis skapar målrelaterade ersättningssystem drivkrafter för utföraren att ”välja bort” brukare som bedöms göra det svårare att uppnå definierade mål [6]. Utförarens möjlighet för brukarselektion och för att påverka produktionsvolym kan regleras genom beställarens uppföljning av verksamheten.

Administrativ börda

Beroende på hur ersättningssystemet är uppbyggt skapas olika administrativ börda för kommunen och utföraren. En fast ersättningsprincip innebär en liten administrativ belastning för kommunen, då kostnaden är förutbestämd och samma från period till period (såvida inte ett nytt avtal skrivs mellan två ersättningsperioder). Rörlig ersättning skapar något mer administrativ börda då kommunen måste följa upp exempelvis beläggningsgraden hos utförare. Det skapar också något mer administrativt arbete hos utföraren, som måste rapportera in beläggningsgraden för varje ersättningsperiod. Den begränsade forskning som finns på detta område pekar dock på att effektivitetsvinsterna klart överstiger dessa administrativa kostnader.

På samma sätt skapar differentierad ersättning större administrativ belastning för såväl kommun som utförare. Kommunen måste då utvärdera brukarnas förväntade resurs- eller omsorgsbehov.

5.2 Vilka ersättningsformer rekommenderas för särskilt boende för äldre?

Dagens ersättningssystem för särskilda boenden består av kombinationer av de två dimensionerna rörlig och fast samt differentierad och odifferentierad. Rörlig ersättning skapar tydliga incitament för utförarna att ha hög beläggningsgrad på boendet, vilket ger hög effektivitet. För att detta incitament ska få positivt genomslag på kvaliteten krävs att den rörliga ersättningen kombineras med fritt val för brukarna, vilket skapar en situation där utförarna konkurrerar om brukarna som på sikt leder till att utförare med låg kvalitet väljs bort och till sist måste upphöra med verksamheten, eller förbättra kvaliteten.

Rörlig ersättning överför dessutom risken att stå för kostnaden för tomma platser från kommunen till utföraren. Ur kommunens perspektiv kan detta vara önskvärt, men allt annat lika innebär det att färre utförare kommer att vara intresserade av att driva boenden inom kommunen. Med detta i åtanke rekommenderas en rörlig ersättning kombinerad med fritt val för brukarna.

Om det är svårt att attrahera utförare till kommunen kan en viss fast komponent användas för att skapa mer gynnsamma villkor. Vi rekommenderar dock inte att detta utformas som en permanent beläggningsgaranti, utan hellre att man använder sig av en tidsbegränsad ersättning som utgår i ett visst antal dagar efter att en plats blir ledig. Detta skapar ökad ekonomisk trygghet för utförarna utan att incitamenten att fylla tillgängliga platser försvagas särskilt mycket.

Differentierad ersättning kompenserar för att utförare av slumpen kan ha mer resurskrävande brukare, och möjliggör i teorin att mer resurser kan satsas på dessa brukare. Kommunens tvådelade roll som ansvarig för bedömning av vårdtyngd och finansiär kan emellertid vara problematisk, och odifferentierad ersättning skapar mindre administrativ börda för såväl beställare som utförare. Därför rekommenderas de kommuner som inte har en gedigen erfarenhet som beställare att i första hand använda odifferentierad ersättning och introducera differentierad ersättning i ett nästa steg.

Den viktigaste insatsen en kommun kan göra för att öka fokus på kvalitet är att införa fritt val för brukare, kombinerat med rörlig ersättning och god information om kvalitet så att brukare har en reell möjlighet att göra välgrundade val. För att skapa de gynnsamma konkurrenseffekterna som ett system med fritt val för brukarna kan ge, bör ersättningen vara lika (eventuella kompensationer för lokal och moms bör finnas för att utjämna eventuella skillnader mellan utförare) för samtliga utförare oavsett drifts- eller upphandlingsform.

För att skapa ett ersättningssystem som ytterligare styr mot kvalitetsförbättringar kan en andel av ersättningen göras målrelaterad. Utföraren får då ytterligare incitament att nå de målen som beställaren sätter upp. Den forskningsbaserade evidensen kring vilka effekter målrelaterad ersättning har är begränsad i vård och omsorg i allmänhet [3][31] och för äldreomsorg i synnerhet, men praktisk erfarenhet indikerar att ersättning knuten till påverkbara mål har en tydlig inverkan på utförarnas agerande. Det finns emellertid ett flertal risker med målrelaterade ersättningssystem som måste beaktas och hanteras innan ett målrelaterat ersättningssystem införs.

Den första risken är att beställaren inte utvecklar väl genomtänkta mål. Det föreligger också en risk att utförare fokuserar på de mål som ersätts på bekostnad av övriga områden som inte ersätts eller följs upp. Vidare finns en risk för detaljstyrning av utförare beroende på vilka mål och mått som den målrelaterade ersättningen bygger på. Ett målrelaterat ersättningssystem riskerar även att öka den administrativa bördan för både beställare och utförare, genom att det ställer större krav på inrapportering och uppföljning av uppsatta mål och mått. Slutligen riskerar målrelaterade ersättningssystem att skapa drivkrafter för utförare att manipulera systemet så att en högre ersättning erhålls.

Det är en utmaning att utforma ett målrelaterat ersättningssystem som beaktar ovan nämnda risker och samtidigt fångar upp och uppmuntrar goda kvalitetsresultat. Detta faktum bör dock inte tas som ett argument för att avstå från att använda målrelaterad ersättning; en vidare process bör drivas av alla involverade aktörer för att utveckla system som ger maximala incitament för kvalitet och effektivitet samtidigt som det hanterar de olika riskerna. I nästa kapitel presenteras ett inspel till denna diskussion.

6 Hur bör ett system för målrelaterad ersättning för särskilda boenden för äldre utformas?

Vi rekommenderar en modell som omfattar tre delar: (1) brukarens upplevda kvalitet, (2) professionens bedömning av medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet och säkerhet samt (3) beställarens mål. De första två delarna bör utformas som en standard för alla kommuner. Eftersom varje kommun har sina egna förutsättningar anser vi att det finns ett värde i att den sista delen utformas efter kommunens egna mål. Vidare anser vi att den målrelaterade ersättningen bör uppgå till 3–5 procent av den totala ersättningen och att den bör utformas med bonus som belöningsstrategi.

Vår primära rekommendation för att skapa en positiv kvalitetsutveckling inom äldreomsorgens särskilda boenden är att alla kommuner inför fritt val kombinerat med ersättning som följer brukarens fria val. Ett sätt att ge utförare ännu starkare incitament för kvalitetsförbättring, utöver de som kommer genom att brukaren fritt får välja utförare, är att införa målrelaterad ersättning som en del av den totala ersättningen. Nedan diskuteras hur ett sådant system skulle kunna utformas. Först diskuteras vilka typer av indikatorer, mål och mått som den målrelaterade ersättningsdelen skulle kunna baseras på. Sedan diskuteras hur systemet bör utformas för att skapa största möjliga incitament för förbättringar av kvalitet och effektivitet.

Hela detta förslag ska ses som ett initialt utkast för samtliga involverade aktörer att gemensamt diskutera och utveckla vidare.

6.1 Hur bör indikatorer för målrelaterad ersättning väljas ut?

De indikatorer som ligger till grund för ett målrelaterat ersättningssystem bör ge positiva effekter på faktisk kvalitet, måste vara robusta mot manipulation, medföra begränsad administrativ börda, upplevas som påverkbara av utförarna, vara stabila över tid, vara specifika (icke överlappande), vara kontrollerbara och ha god representativitet.

Nedan diskuteras vilka perspektiv det målrelaterade ersättningssystemet bör spegla. Vidare beskrivs kortfattat potentiella datakällor, med deras respektive för- och nackdelar. Vårdföretagarna presenterade år 2013 ett urval av indikatorer som man ansåg vara relevanta för jämförelser mellan olika utförare samt val av särskilt boende. Denna modell har delvis legat till grund för diskussionen i detta avsnitt. För sammanställning av Vårdföretagarnas modell för uppföljning och redovisning av kvalitet inom äldreomsorg, se avsnitt 8.3.

Även SIQ har tillsammans med Svenskt Näringsliv utrett frågan om kvalitetsstyrning av äldreomsorgen. Detta arbete kommer att resultera i en publikation under 2015. Den modell de utgår ifrån styr mot specifika kvalitetsinriktade processer och arbets sätt, och en utförares uppnåelse till genomförandet av dessa processer skulle även kunna användas som underlag till målbaserad ersättning. Delkomponenter ur denna modell kan fördelas som indikatorer inom de nedan föreslagna områdena att inkludera i en målbaserad ersättningsdel.

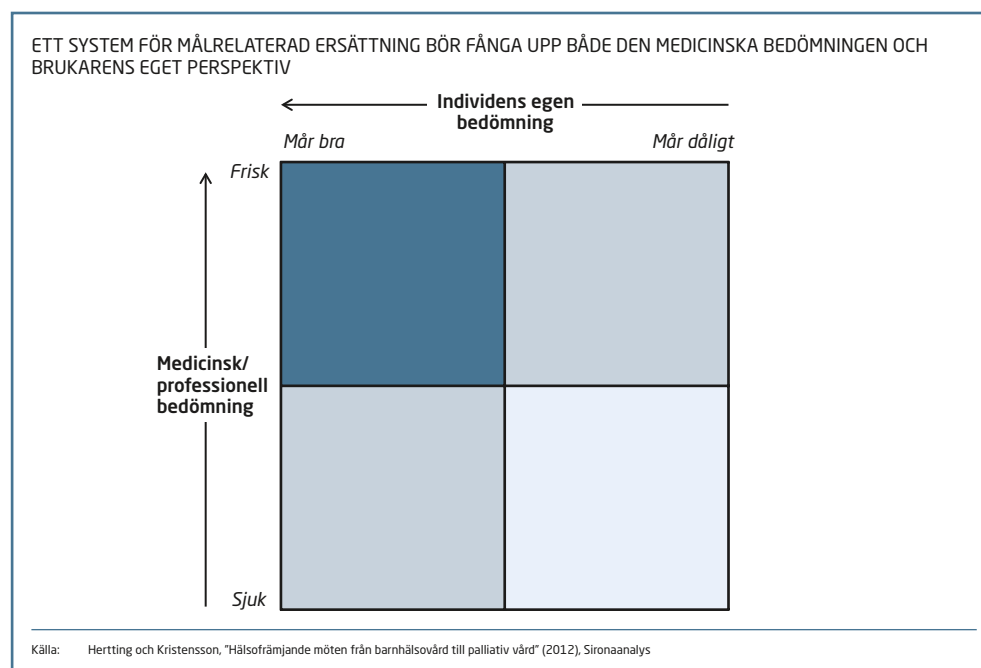
Det finns ett flertal olika mått som kan användas för målrelaterad ersättning, och nedan diskuteras vad vi anser bör vara fördelningen för inriktningen av de använda måtten.

6.1.1 Vilka slags indikatorer bör användas?

Vid utformning av indikatorer för målrelaterad ersättning inom särskilt boende bör både professionens och brukarens perspektiv beaktas. Figur 6 illustrerar en matris där den lodrätta axeln beskriver den professionella bedömningen (brukaren anses vara sjuk eller frisk) och den horisontella axeln beskriver brukarens egen bedömning (brukaren mår bra eller dåligt). Den optimala situationen uppstår om både brukaren bedömer att han/hon mår bra och professionen uppfattar att brukaren är frisk. Vid vissa tillfällen kan professionens och brukarens bedömning om vad som ger bäst utfall stå i konflikt med varandra. [32]

Vid val av indikatorer för målrelaterad ersättning är vår bedömning att det är viktigt att beakta båda dessa perspektiv, då de fångar olika och komplementära dimensioner av kvalitet. Ett system som fokuserar för ensidigt på någon av dimensionerna riskerar att bidra till snedvridna incitament och att inte att uppfattas som legitimt av samtliga inblandade. Genom att balansera de båda perspektiven tydliggörs att utförarna som verkar inom systemet måste arbeta både för att upprätthålla den medicinska kvaliteten och för att ha fokus på brukarens subjektiva upplevelse av kvalitet.

Figur 6: Vid utformning av indikatorer för målrelaterad ersättning är det viktigt att beakta båda brukarens och professionens perspektiv.



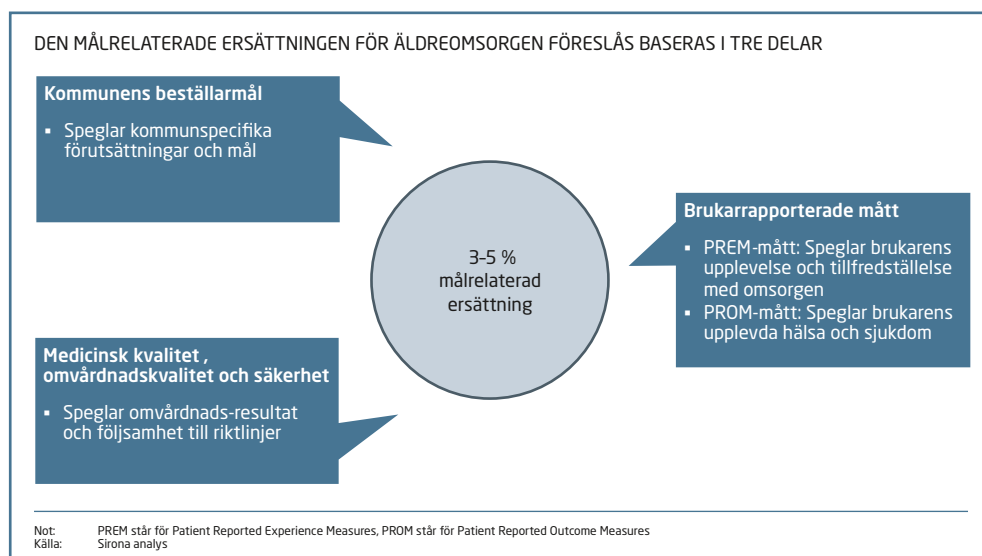
Denna modell, som beaktar både professionens och brukarens perspektiv, är möjlig att vidareutveckla genom att addera ytterligare en dimension och även inkludera beställarens perspektiv i modellen. En fördel med denna vidareutvecklade modell är att den då inkluderar alla aktörer (brukare, profession och beställare) som påverkas av eller påverkar ersättningssystemet i en gemensam modell. Figur 7 visar vårt förslag till vilka delar som kan inkluderas i målrelaterad ersättning för särskilt boende.

Vi rekommenderar en modell som fokuserar på tre faktorer: (1) brukarens upplevda kvalitet, (2) professionens bedömning av medicinsk kvalitet, omvårdnadskvalitet och säkerhet samt (3) beställarens särskilda mål.

Vår rekommendation är att två av tre delar (brukarrapporterad kvalitet samt medicinsk kvalitet, omvårdnadskvalitet och säkerhet) utformas som en nationell standard som kan användas av samtliga kommuner, och bör därför spegla mål som är önskvärda oavsett kommunens unika situation. En sådan standardiserad modell har fördelarna att enskilda kommuner inte behöver lägga resurser på att ta fram ett eget system, samt att utförare som är aktiva i flera kommuner inte behöver anpassa sig efter många olika mål och system. En nyligen publicerad studie av Angelis och Jordahl [33] finner att det finns en stor variation för äldreboenden inom området målstyrning. Lägst poäng inom området får boendena vad gäller hur tydliga och jämförbara prestationsmåten är. En standardiserad modell skulle stärka målstyrningen och därigenom skapa tydligare riktning för verksamheten.

Eftersom varje kommun har sina egna förutsättningar, finns det dock ett värde i att varje kommun har möjlighet att ersätta enligt egna mål. Denna möjlighet bidrar dessutom till större nytänkande och utvecklingskraft i kommunerna än om utformningen av hela systemet är beslutad på nationell nivå. Därför föreslås att en del av den målrelaterade ersättningen dedikeras till kommunens egna beställarmål.

Figur 7: Förslag till områden för målrelaterad ersättning inom särskilt boende för äldre.



Att mäta medicinsk kvalitet och omvårdnadskvalitet inom särskilt boende kan vara komplext, då brukarna har ett nedsatt allmäntillstånd, ofta är multisjuka och behandlas med många olika läkemedel samtidigt. Det finns dock medicinska och omvårdnads struktur-, process- och resultatmått som bör kunna vara gemensamma för samtliga brukare. Struktur- och processindikatorer kan användas för att styra verksamheter att använda evidensbaserade arbetsmetoder och är således lämpliga då det finns tydlig evidens för att vissa specifika förutsättningar eller processer leder till ett bra utfall. För att de ska bidra till god kvalitet måste struktur- och processindikatorer genomgå omprövningar i och med att evidens och kunskap förändras. [29]

Resultatindikatorer möjliggör i större utsträckning att insatser individanpassas efter patientens/brukarens behov och skapar större utrymme för innovation. Resultatindikatorer kan därför med fördel användas då evidensbaserade metoder saknas för att ge utrymme att utveckla nya metoder. Exempel på nackdelar med resultatindikatorer är att de i större utsträckning kan påverkas av slumpen, samt att utförare med mer vårdtunga patienter/brukare kan få svårare att uppnå målen trots hög kvalitet. [29]

I Socialtjänstlagen, 3 kap. 4 § 2 st. SFS (2001:453), går det att utläsa att ”Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”. De som bäst kan utvärdera huruvida detta uppfylls bör vara brukarna själva. I den föreslagna modellen baseras därför hälften av den målrelaterade ersättningen på brukarrapporterad kvalitet. Extra vikt rekommenderar vi att lägga på brukarens upplevda livskvalitet, då de som flyttar in i särskilt boende för äldre ofta befinner sig i ett slutskede av livet [2], och medicinska utfallsmått med fokus på att undvika framtida komplikationer då kan tillmätas ett relativt lägre värde för brukaren.

Att använda brukar-/patientrapporterad kvalitet är dock inte helt oproblematiskt [34]. En synpunkt är att brukarens upplevelse inte ger hela bilden då brukarna kan sakna medicinsk kunskap och utbildning och måtten kan spegla andra aspekter än medicinskt utfall. Vidare har få studier som undersöker sambandet mellan brukar-/patientrapporterade mått och hälsoutfall genomförts, och resultatet skiljer sig mellan olika undersökningar och mått [35]. I den föreslagna modellen särskiljs därför brukarrapporterat resultat från medicinska resultat, just för att de brukarrapporterade resultaten ska spegla en annan dimension av vård och omsorg, bland annat interaktionen mellan utförare och brukare samt upplevda hälsoresultat och nöjdhet. Vår bedömning är att brukaren är den främsta experten på sitt eget liv och på sin egen upplevelse och detta är vår utgångspunkt i att rekommendera fokus på brukarrapporterad kvalitet.

Den sista delen består av kommunens beställarmål. Dessa ger kommunen möjlighet att anpassa systemet efter lokala förutsättningar, kontext eller specifika mål och fokusområden. Gemensamt för kommunens beställarmål är att de bör vara utformade enligt principen SMART, som är en akronym för att mål ska vara Specifika, Mätbara, Acceperade, Realistiska och Tidsatta.

Vidare måste målen upplevas som och vara påverkbara av utföraren. Det är således viktigt att utreda vilka aktörer som har möjlighet att påverka utfallet av en indikator. Om det är flera aktörer (exempelvis en kombination av omsorgen och sjukvården) som påverkar utfallet kan detta göra att incitamenten försvagas för särskilt boendeutföraren (dock kan ersättningen utformas på ett sådant sätt så att samverkan uppmuntras, exempelvis genom att flera aktörer får dela på ersättningen). Uppföljningsprocessen måste utformas så att det sker på ett objektiva och transparent sätt. Slutligen bör målen vara icke överlappande, det vill säga inte täckas av andra mål eller skallkrav. Vid utformningen bör man dessutom ha i beaktande att vissa typer av målsättningar kanske uppnås mer effektivt genom andra mekanismer än målrelaterad ersättning – exempelvis som nämnts tidigare är ökad valfrihet och konkurrens i många fall det mest effektiva sättet att komma till rätta med bristande tillgänglighet.

Exempel på mått som denna del skulle kunna innefatta är:

- Mått som kopplas till särskilda satsningar från beställarens sida, exempelvis på tillgänglighet eller jämlikhet
- Mått som syftar till samverkan med kommunen och/eller andra aktörer
- Mått som syftar till ständiga förbättringar i kvalitetsarbete
- Mått kopplade till innovation

6.1.2 Vilka datakällor är möjliga att basera indikatorer på?

I detta avsnitt diskuteras översiktligt datakällor som skulle kunna vara möjliga att basera den målrelaterade ersättningen på. Det är dock ett för tidigt skede för att rekommendera specifika indikatorer och deras utformning.

En relevant källa för brukarrapporterad kvalitet är Socialstyrelsens brukarundersökning *”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”*. För medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet och säkerhet skulle indikatorer kunna baseras på data från olika kvalitetsregister. Vissa resultat i kvalitetsregistren beror på sjukvårdsinsatser (och faller därför inte inom ramen för vad kommunen ansvarar för), och vid valet av vilka indikatorer som kan användas för målrelaterad ersättning är detta viktigt att beakta. För kommunens beställarmål kan en mängd olika data användas beroende på målens utformning.

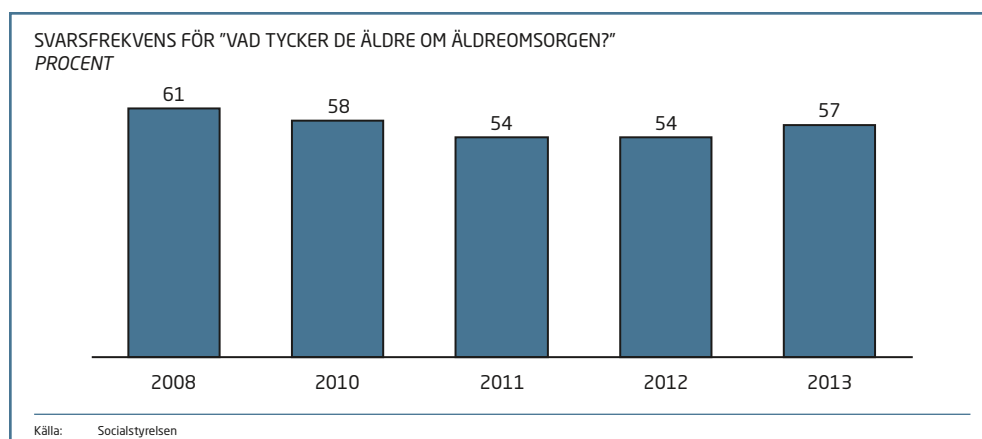
Brukarrapporterad kvalitet – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsens *”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”* är den enda källan som följer upp brukarrapporterad kvalitet på nationell nivå. Det är en årligen återkommande undersökning av äldres uppfattning om vård och omsorg inom områdena hemtjänst och särskilt boende. Undersökningen genomförs på regeringens uppdrag. Undersökningen ska fungera som ett verktyg för att följa upp hur väl verksamheterna följer de äldres behov och önskemål. Rapporten har fram till idag publicerats fem gånger under åren 2008, 2010, 2011, 2012 och 2013. [36] De brukarrapporterade måtten utgörs i huvudsak av PREM-mått, det vill säga mått som speglar hur brukarna upplever omsorgen som de erhåller. För samtliga frågor som ställs i enkätundersökningen se avsnitt 8.2.1.

Resultatet från undersökningen redovisas av Socialstyrelsen på kommun- och enhetsnivå. För enheter med över 30 svarande redovisas samtliga svarsalternativ och resultaten presenteras offentligt. För enheter med 7–29 svarande kan kommuner få tillgång till resultatet för enheter inom kommunen, men i en modifierad version där svarsalternativen slås ihop till positivt eller negativt (exempelvis grupperas svarsalternativen ”mycket bra” och ”ganska bra” till positivt). Enligt Socialstyrelsen tål inte resultatet för enheter med 7–29 svarande jämförelser med andra mot bakgrund av det begränsade antalet svarande. [37]

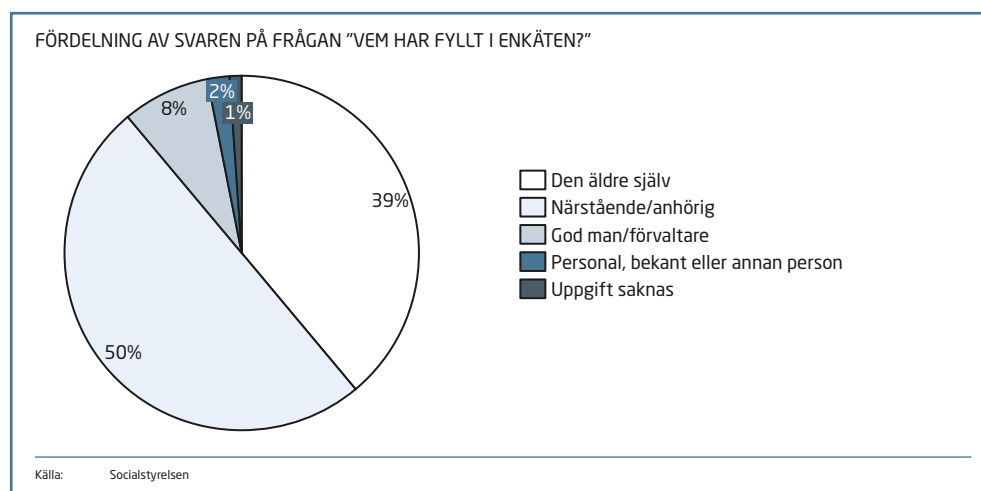
Målpopulationen är personer som fyllt 65 år och har ett verkställt biståndsbeslut om permanent särskilt boende. År 2013 uppgick målpopulationen till 70 376 personer. För hela undersökningen uppgick svarsfrekvensen till 57 procent år 2013, se Figur 8. För enskilda kommuner varierar svarsfrekvensen mellan 35 procent och 75 procent. [36]

Figur 8: Andel svarsfrekvens i procent (%) för ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” [36].



Enligt Socialstyrelsen representeras bortfallet troligen av brukare som är mindre friska jämfört med dem som svarade på enkäten, vilket kan medföra att resultatet ger en mer positiv bild av äldreomsorgen [36]. En annan felkälla kan vara att majoriteten av svaren inte fylldes i av den äldre själv, se Figur 9 [36]. Resultatet riskerar då att spegla hjälparens åsikter och inte den äldres, men under antagandet att hjälparen har brukarens önskemål i åtanke är detta ingen invändning som hindrar att undersökningen kan användas. Ytterligare ett potentiellt mätfel är att brukaren kan svara att de är nöjda med omsorgen trots att de inte är det. Möjliga orsaker kan vara tacksamhet eller anpassning efter förväntat svar [36].

Figur 9: Fördelning av svaren på frågan "Vem har fyllt i enkäten?". Svartalernativet "personal", "bekant" och "annan person" har i figuren slagits samman, var och en för redovisat för sig uppgår de till mindre än en procent vardera.

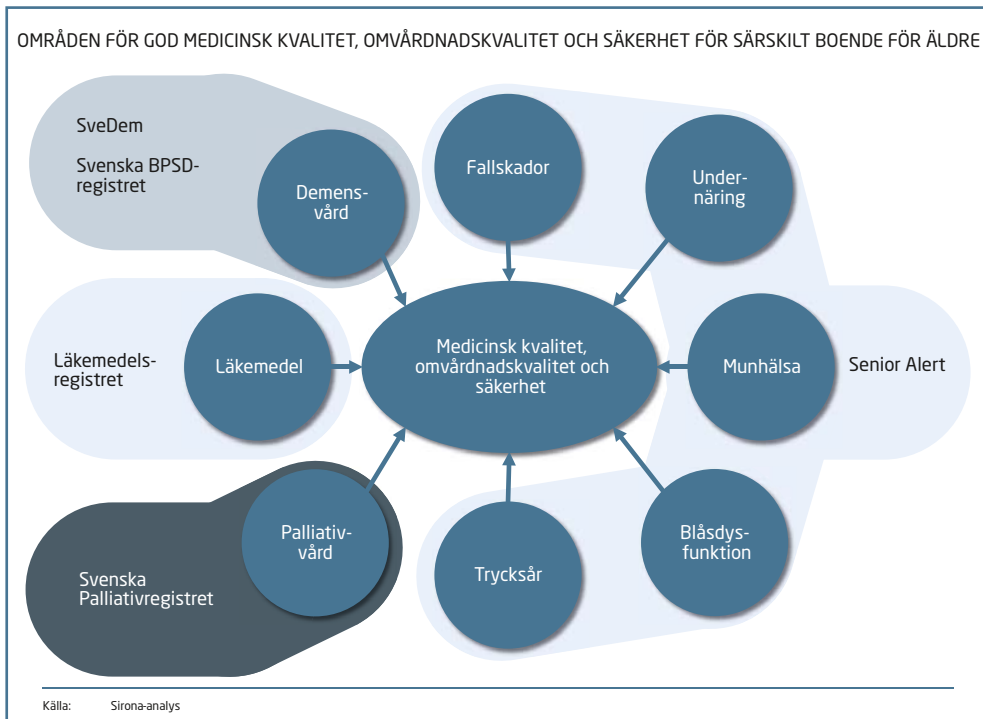


Trots bristerna med brukarundersökningar är vår bedömning att det ger en viktig indikation om meningsfull tillvaro och livskvaliteten, samt att dessa data är bättre än inga data alls. Huruvida informationen från Socialstyrelsens undersökning lämpar sig att basera målrelaterad ersättning på måste utredas vidare. Bland annat bör tillförlitligheten för särskilda bonden med få antal brukare samt rimliga målvärden utredas. Alingsås kommun planerar till exempel att införa ett målrelaterat ersättningssystem baserat på källan och bedömer således att den är tillräckligt tillförlitlig. Vi rekommenderar att det utreds vilka möjliga åtgärder det finns för att motverka bristerna med samt vidareutveckla undersökningen. I dagsläget redovisas mestadels PREM-mått i undersökningen. En utvecklingsmöjlighet är att i framtiden inkludera fler PROM-mått för att bättre fånga upp hälsoutfall. Det är dock en utmaning att utveckla goda PROM-mått då brukarna ofta är i ett palliativt skede och därför försämras i regel hälsoreultatet över tid. Det vore även att föredra att separera svaren från anhöriga/närstående från brukarnas svar för att möjliggöra att studera (och eventuellt mäta resultat och ersätta på) baserat på hur närstående upplever omsorgen.

Medicinsk kvalitet, omvårdnadskvalitet och säkerhet – Kvalitetsregister

Det finns flera områden som utförare inom särskilt boende för äldre aktivt bör arbeta med för att säkerställa och förbättra medicinsk kvalitet, omvårdnadskvalitet och säkerhet. Inom ramen för utvecklingen av "Öppna jämförelser – vård och omsorg om äldre", presenterade Socialstyrelsen nationella kvalitetsindikatorer inom områdena fallskador, undernäring, trycksår, palliativ vård och läkemedel [38]. I Figur 10 har vi lagt till områdena munhälsa, blåsdysfunktion och demensvård lagts till då även de är områden som bör spegla medicinsk kvalitet, omvårdnadskvalitet och säkerhet. Dessa områden följs upp av olika kvalitetsregister, vilket illustreras i Figur 10.

Figur 10: Områden för god medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet och säkerhet kopplat till nationella kvalitetsregister.



Nedan diskuteras de olika registrens möjlighet att användas i samband med målrelaterad ersättning. För en mer ingående beskrivning av de olika registren, se appendix 8.2.

Senior alert är sedan 2008 ett nationellt kvalitetsregister där personer som är 65 år eller äldre registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa samt blåsdysfunktion/inkontinens [39][40]. Registrering sker online och rapporteras av ett vårdteam som är involverad i den äldres förebyggande vård [39]. Täckningsgraden, definierad som andel med aktuell riskbedömning per inrapporterad plats, uppgår till 57 procent [41]. Exempel på processmått är andel personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för trycksår och där minst en åtgärd mot trycksår har utförts. Det är även möjligt att ta fram resultatmått, exempelvis andel trycksår vid uppföljningar av riskbedömningar.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att åstadkomma förbättringar i livets slutskede. Exempelvis registreras vidbehovsordination av smärtlindrande opioider, vidbehovsordination av ångestdämpande medel, eftersamtal med anhöriga, brytpunktssamtal, förekomst av trycksår och munhälsa. Även här kan olika process- och resultatmått presenteras. Datainsamlingen sker genom att ansvarig läkare eller sjuksköterska fyller i en dödsfallsenkät som sedan registreras i registret. Bortfallet i registret uppskattas vara cirka en tredjedel av alla dödsfall för särskilda boenden, och cirka hälften för registret som helhet [42] [43].

BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Svenska BPSD-registret har varit ett nationellt kvalitetsregister sedan november 2010. Syftet med Svenska BPSD-registret är att kvalitetssäkra omvårdnaden av individer med demenssjukdom samt att uppnå ett likvärdigt omhändertagande med hög kvalitet över hela landet. Registret har processmått som bland annat ska följa upp att omvårdnadsförfaranden, bemötandeplan samt registrering av läkemedelsförbrukningen sker enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom samt

SBU:s och läkemedelsverkets evidensbaserade genomgång av icke farmakologiska interventioner. Resultatmått som är möjliga att följa upp är exempelvis registrering av frekvens och allvarlighetsgrad av olika psykiska symtom. Registret har god täckningsgrad; i oktober 2013 fanns enheter från 256 av 290 kommuner i registret. [44]

SveDem, som står för Svenska Demensregistret, är ett nationellt kvalitetsregister sedan 2007 [45]. SveDem ska fungera som ett verktyg för att utvärdera kvaliteten i diagnostik, vård och behandling av patienter med demenssjukdom. Svenska demensregistret är datakälla till sju kvalitetsindikatorer för att följa upp *”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom”*. Täckningsgraden i kommuner är än så länge relativt låg, med 159 enheter anslutna från 17 kommuner. För specialist- och primärvårdsenheter är täckningsgraden betydligt högre. [46]

Läkemedelregistret är ett av sex hälsodataregister som Socialstyrelsen ansvarar för. I registret registreras bland annat information om den expedierade varan, såsom identitet, mängd och dosering, och information om den individ som köpt läkemedlet. Uppgifterna i registret används för forskning och framställning av statistik och får exempelvis inte användas för kontroll, tillsyn eller administrativa ändamål som kan påverka en enskild individ. [47]

Ett målrelaterat ersättningssystem baserat på medicinska resultatindikatorer från kvalitetsregister medför risk för manipulation av datainrapportering, exempelvis genom minskad benägenhet att registrera vissa typer av resultat [48][49]. Detta är möjligt då de flesta av uppgifterna baseras på verksamhetsrapporterade data. För att förhindra detta bör utvalda indikatorer vara kontrollerbara. Dessutom bör ett målrelaterat ersättningssystem alltid kompletteras med beställarrevisoner, för att säkra att inrapporterade data är korrekta och att omvårdnadskvaliteten är god.

Möjliga indikatorer som speglar den medicinska kvaliteten i särskilt boende och samtidigt är robusta mot manipulation och av utförarna betraktas som påverkbara, måste väljas ut eller utvecklas i samverkan mellan samtliga berörda aktörer. Inledningsvis kan täckningsgradsmått och processmått inhämtade från ovan nämnda kvalitetsregister användas. Det kan exempelvis vara följsamhet till evidensbaserade metoder eller hur stor andel av brukarna som har bedömts ha risk för trycksår och där minst en åtgärd mot trycksår har utförts. Även urval av processmått bör ske i samverkan med berörda aktörer.

Kommunens beställarmål

Beroende på vilka beställarmål som är uppsatta finns det olika potentiella källor, exempelvis, inspektioner, kommunens IT-system, egenutförda personal- eller brukarundersökningar. Vidare skulle den nationellt täckande Äldreguiden kunna vara en potentiell källa för datainhämtning.

Äldreguiden riktar sig till personer över 65 år i behov av äldreomsorg samt deras anhöriga. Äldreguiden ska fungera som ett underlag för val av utförare. Det i Äldreguiden presenterade resultatet kommer ifrån Socialstyrelsen och SKL:s ”Kommun- och enhetsundersökningen om äldres vård och omsorg” samt Socialstyrelsens ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”. Kommun- och enhetsundersökningen om äldres vård och omsorg består av tre olika enkäter, varav en enkättyp skickas till kommuner och stadsdelar, en till särskilda boendeenheter samt en till hemtjänstenheter. 97 procent (312 av 321) av alla kommuner och stadsdelar samt 95 procent (drygt 2 600) särskilda boenden besvarade enkäten år 2012. Äldreguiden för särskilt boende baseras

på enkäten till särskilda boenden. [1] I Äldreguiden för särskilt boende finns totalt fem allmänna uppgifter och 25 indikatorer. 18 av indikatorerna är presenterade på enhetsnivå; till stor del är det strukturmått som presenteras i Äldreguiden. Flera uppgifter är föränderliga över tid, vilket medför att det endast är möjligt att göra jämförelser över tid för ett fåtal indikatorer. [1] För att se samtliga redovisade uppgifter och mått, se avsnitt 8.2.2.

6.1.3 Hur många indikatorer bör användas?

En viktig aspekt att beakta vid utformning av ett målrelaterat ersättningssystem är antalet indikatorer som används. För många indikatorer kan medföra tre potentiella risker [23]:

1. Det ökar den administrativa bördan för såväl finansiär som för utförarna
2. Det gör ersättningssystemet mer komplext och svårt att tolka
3. Det kräver ofta att mått som är mindre tydligt kopplade till utförd vård måste användas

Merkostnaden av den ökade administrationen måste vägas mot vad som kan tänkas komma ut av att mäta och ersätta på fler indikatorer. Exempel på administrativa kostnader som kan öka för finansiären är kostnader för dataverifikation och andra kostnader kopplade till uppföljning. För utföraren kan ökad administrativ börda innebära att personalen måste lägga mer tid på registrering på bekostnad av vård och omsorg för brukaren. [23] Komplexiteten av ett målrelaterat ersättningssystem ökar med antal indikatorer. Det kan medföra att det är svårt att överblicka vilka åtgärder som måste vidtas för att erhålla ersättningen. Ersättningen per indikator minskar med antal indikatorer, vilket också minskar utförarens incitament att förbättra en viss indikator. Detta beror på att utföraren måste bedöma att ersättning kopplad till en indikator överstiger kostnaden för förbättringsåtgärden, annars uppstår inget förbättringsincitament. Det är viktigt att poängtera att ökad kvalitet emellertid inte alltid innebär ökade kostnader, utan snarare tvärtom – ökad kvalitet ger ofta minskade kostnader. Ytterligare en risk med att använda för många indikatorer är att indikatorerna inte blir tydligt kopplade till den vård eller omsorg som utförs. Indikatorerna som används bör vara evidensbaserade eller direkt kopplade till hälsoresultat.

Nackdelarna med att använda många indikatorer måste vägas mot de nackdelar som kan uppstå vid användandet av få indikatorer. Exempelvis kan för få indikatorer bidra till att en undanträngningseffekt skapas, där utförare fokuserar på de mål som ersätts på bekostnad av övriga områden som inte följs upp [23]. När antal och vilka indikatorer som ska användas är fastställt är det möjligt att vikta indikatorer exempelvis efter hur viktiga de anses vara. Detta medför att vissa indikatorer är kopplade med en större andel ersättning än övriga indikatorer.

6.1.4 Vilka rekommendationer ges om indikatorer för målrelaterad ersättning?

Indikatorer för målrelaterad ersättning för särskilda boenden föreslås spegla tre perspektiv: (1) brukarrapporterade resultat, (2) medicinsk kvalitet, omvårdnadskvalitet och säkerhet samt (3) kommunens beställarmål. Indikatorer inom de två förstnämnda områdena rekommenderas vara lika utformade för samtliga kommuner. Den sista delen, kommunens beställarmål, utformas av varje kommun utifrån lokal kontext, förutsättningar och mål.

Brukarrapporterade mått skulle vara möjliga att inhämta från Socialstyrelsens ”*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*”. Hänsyn måste tas till att låg svarsfrekvens och att många av enkäterna besvaras av andra än brukarna själva riskerar att förvränga resultatet. Vidare bör fler PROM-mått utvecklas och inkluderas i undersökningen, som är emellertid den bästa källan för brukarrapporterad kvalitet i dagsläget. Det är dock en utmaning att utveckla goda PROM-mått då brukarna ofta är i ett palliativt skede och därför försämrats i regel hälsoreultatet över tid. Självklart kommer dessa mått att vidareutvecklas och förbättras över tid, och det faktum att perfekta mått inte är tillgängliga i dagsläget bör inte förhindra att vi startar utvecklingen i denna riktning.

Vissa struktur- och processmått kan hämtas från exempelvis Äldreguiden, kvalitetsregister och olika kvalitetsmodeller som används vid upphandling.

För att mäta medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet och säkerhet kan kvalitetsregister användas. Vid koppling av kvalitetsregister till ekonomisk ersättning riskerar man dock att inrapporterade data manipuleras, då de flesta uppgifter registreras av utförarna själva. Genom att utforma indikatorer som är kontrollerbara kan kommunen vid inspektion kontrollera att korrekta data inrapporteras.

Kommunens beställarmål ger kommunen möjlighet att anpassa systemet efter lokala förutsättningar, kontext eller specifika mål och fokusområden. Vilken datakälla som kan användas beror på vilka mål som sätts upp, men kan exempelvis baseras på interna data eller objektiva inspektionsrapporter från en oberoende tredje part.

Exakt vilka indikatorer som ska inkluderas inom varje område, och hur de ska utformas, rekommenderar vi bör utredas vidare genom ett gemensamt arbete med relevanta aktörer för såväl brukarrapporterade mått som för mått baserade på data från kvalitetsregister. Exempel på frågeställningar som bör utredas är hur risken för manipulation kan hanteras och hur den administrativa bördan för såväl beställare som utförare kan minimeras.

6.2 Hur bör systemet utformas?

Vid utformningen av ersättningssystem bör man utgå från syftet med den målrelaterade ersättningen när typ av mål och belöningsstrategi ska bestämmas. Exempelvis kan syftet vara att behålla en viss kvalitetsnivå, förbättra kvaliteten bland de sämsta utförarna eller öka kvaliteten generellt. [10] I detta delkapitel förs en diskussion kring hur stor del av ersättningen som bör vara målrelaterad, vilken belöningsstrategi som är mest fördelaktig att använda samt hur ofta uppföljning bör ske. En utgångspunkt är att ersättningssystemet bör vara samma för samtliga utförare, oberoende av driftsform (egen regi eller enskild regi) eller upphandlingsförfarande. Detta för att säkra likabehandling av alla verksamheter. För att denna likabehandling ska vara reell är det viktigt att utvärderingen av måluppfyllelse är transparent och baseras på tydliga kriterier. Ett sätt att bidra till detta vore att låta mätning och utvärdering utföras av en oberoende tredje part.

6.2.1 Hur stor andel av ersättningen bör vara målrelaterad?

I de fall målrelaterad ersättning används idag, kombineras det alltid med andra ersättningsformer. Generellt sett är relationen mellan ersättningsstorlek och prestationen positiv men med minskad marginalnytta över en viss nivå, det vill säga kvalitetsförbättringseffekten avklingar efterhand som ersättningen ökar. Vad gäller minimiersättning för att få en kvalitetsförbättring, måste utföraren bedöma att ersättningen är tillräckligt stor för

att täcka de potentiella merkostnader som uppstår för att uppnå målet kopplat till ersättningen. Det finns begränsad evidens kring hur nivån på den målrelaterade ersättningen påverkar incitament till måluppfyllelse [50]. Olika studier har undersökt målrelaterad ersättning i intervallet mellan 2–9 procent av den totala ersättningen, men inte funnit någon direkt koppling mellan storleken på ersättningen och uppnådd kvalitet [31] [50]. Werner och Dudley nämner att en målrelaterad del på fem procent är en tillräckligt stor ersättning för att förändra utförarens beteende. Denna procentsats används idag av framstående sjukhus i USA som har målrelaterad ersättning [51].

Det är viktigt att poängtera att bättre kvalitet inte nödvändigtvis kostar mer; i vissa fall kan ökad kvalitet kosta mindre. Vidare är det så att högre ersättningsnivåer inte tycks ge någon markant ökad effekt enligt relevant forskning. Detta innebär att vår samlade rekommendation är att den målrelaterade ersättningen bör uppgå till 3–5 procent av den totala ersättningen.

6.2.2 Vilken typ av belöningsstrategi bör användas?

Vid beslut av vilken typ av belöningsstrategi som bör användas till målrelaterad ersättning för särskilda boenden måste ersättningstyp (bonus/vite) och typ av mål (absoluta/relativa) bestämmas.

Bonus eller vite

Forskning visar att positiva finansiella incitament (bonus) har mindre effekt på kvalitet än negativa incitament (vite) av samma storleksordning. Detta kan förklaras med att risken att förlora något framkallar en starkare respons än sannolikheten att vinna något enligt forskning inom beteendekonomi. [6][10][52] Incitament för förbättring är således starkare vid vite [6], men flera studier visar att användandet av vite kan resultera i negativa reaktioner hos utförarna och kan skada relationen mellan utförare och beställare. Viten kan även ge upphov till oönskade beteendemönster hos personal och den starka incitamenteffekten kan bidra till en ökad risk för manipulation. [10] En annan nackdel med att använda viten som strategi för ersättning är att det kan medföra att utförare väljer att inte delta. [10]

Vid utformningen av ett ersättningssystem för särskilda boenden för äldre är det viktigt att säkerställa att systemet är robust mot manipulation samtidigt som det ska skapa incitament för förbättring. Vidare är det viktigt att belöningsstrategin skapar ett bra samarbetsklimat mellan utförare och beställare. Baserat på detta resonemang rekommenderar vi att målrelaterade ersättningssystem utformas med bonus som belöningsstrategi och inte med vite.

Absoluta eller relativa mål

Vid utformningen av mål kan absoluta och relativa mål användas. Vid absoluta mål får alla utförare som uppnår en förutbestämd nivå ersättning, medan en förutbestämd andel utförare får ersättning vid relativa mål. Absoluta mål medför alltså mindre osäkerhet för utförarna, då de vet precis vilka prestationer som krävs för att få ta del av ersättningen. Om relativa mål används beror varje utförarens ersättning på hur de övriga utförarna presterar, vilket skapar ett riskmoment och kan innebära att utförare i vissa fall avstår från kvalitetshöjande satsningar.

Eftersom varje utförarens ersättning riskerar att bli lägre om övriga utförare presterar väl, medför relativa mål även bristande incitament för samarbete och kunskapsdelning mellan utförare i den mån detta behövs. Ur ett beställar- och brukarperspektiv är det

önskvärt med ett gott samarbetsklimat mellan utförarna, då detta bidrar till att det sammanlagda värdet som skapas blir högre; detta underlättas av att använda absoluta mål i stället för relativa. Dock går det att utforma relativa mål så att de bygger på en förbättringstakt. Detta innebär att utförare ersätts efter deras egen grad av förbättring jämfört med föregående periods resultat. En fördel med detta är att det blir svårare att manipulera resultatet då det tydliggör orimliga förbättringar. En nackdel med denna typ av mål är dock att utförare som uppvisar ett oacceptabelt dåligt resultat kan med små medel få en hög förbättringstakt, medan utförare som redan har ett bra resultat får svårare att nå en högre förbättringstakt då de redan har nått en god nivå.

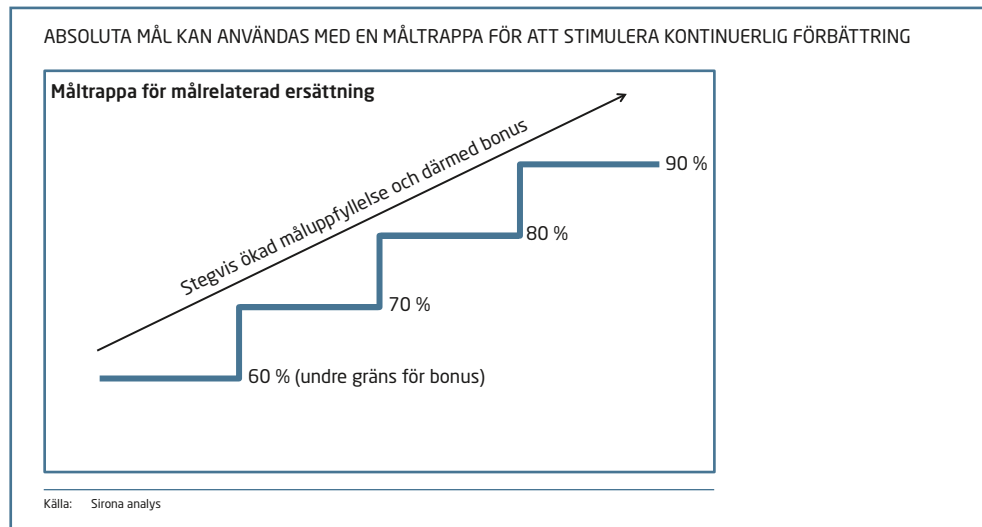
Mot denna bakgrund är absoluta mål att föredra framför relativa, dock återstår att beakta möjligheten för beställaren att upprätthålla totalkostnadskontroll. Vid relativa mål mellan utförare har finansiären full kostnadskontroll då endast ett visst antal utförare kan få bonus, men vid absoluta mål är kostnadskontroll något svårare att upprätta. [6] För att avhjälpa detta kan ett ersättningstak sättas även då absoluta mål används; taket kan eventuellt vara kopplat till den totala måluppfyllelsen, så att totalkostnaden för beställaren blir lägre om kvalitetsutfallet blir sämre än väntat. Dock bör man som beställare vara försiktig med att införa denna typ av tak, då detta introducerar flera av de nackdelar med relativa mål som diskuterats ovan: osäkerheten ökar, och utförarnas ersättning blir mer beroende av andras resultat vilket riskerar att leda till ett sämre samarbetsklimat. Fördelarna med totalkostnadskontroll måste därför nog vägas mot dessa potentiella problem vid beslut om hur systemet ska utformas och vår rekommendation är att kommunen använder andra metoder för att säkra sitt önskemål om totalkostnadskontroll.

I många fall där målrelaterad ersättning har använts inom den svenska vården och omsorgen har endast en målnivå använts, oavsett om denna nivå varit absolut eller relativ. Denna utformning leder till att utförare som i dagsläget ligger långt ifrån denna målnivå, antingen över eller under, får svaga incitament till förbättring. Ett målrelaterat ersättningssystem som inte skapar incitament för majoriteten av utförarna riskerar att enbart bli ett system för omfördelning av resurser från de utförare som har problem med kvaliteten till de som redan idag lyckas bra. Ett sådant system har negativa, snarare än positiva, effekter på den samlade kvalitetsutvecklingen om systemet inte samtidigt säkrar att de utförare som inte presterar god kvalitet över tid måste avveckla sin verksamhet och att de som presterar bra får expandera.

För att skapa incitament för alla utförare rekommenderar vi därför att en måltrappa används, vilket illustreras i Figur 11. Måltrappan bör ha en undre gräns för ersättning för att garantera en lägsta kvalitetsnivå och stegvis öka ersättningen till att den maximala måluppfyllelsen är uppnådd. Genom en sådan utformning kommer samtliga utförare ha incitament att förbättra sig för att nå nästa målnivå.

För LOU-upphandlade särskilda boenden "ärver" en ny utförare tidigare utförares kvalitetsresultat och målrelaterad ersättningsnivå, eftersom utföraren tar över en existerande verksamhet i befintliga lokaler. Upplägget med måltrappa möjliggör för den nya utföraren att tillgå resultatbaserad ersättning även om de ärvda kvalitetsresultaten är låga. Utföraren kan sedan stegvis arbeta sig uppåt på trappan. Ett annat möjligt upplägg är att den målrelaterade ersättningen startar först efter en inkörningsperiod.

Figur 11: Illustration av utformning av en måltrappa för absoluta mål vid målrelaterad ersättning.



6.2.3 Hur ofta bör uppföljning och ersättning ske?

Det är önskvärt att minimera tiden mellan mätperiod och utbetalning av ersättningen, speciellt när det gäller lite större ersättningsbelopp. Detta beror delvis på att kostnaderna som eventuellt uppstår i samband med förbättringsåtgärderna ofta kommer i anslutning till att vården utförs och inte långt i efterhand. En snabbare utbetalningsfrekvens stärker drivkraften hos utförarna [10], eftersom det tydliggör kopplingen mellan åtgärd och belöning. Detta resonemang överensstämmer även med övrig psykologisk forskning som har visat att det är enklare att förändra ett beteende om tiden mellan det förändrade beteendet och belöningen är kort. [6] En stor klumpsumma tenderar dessutom att vara mindre effektiv än flera småsummor då varje utbetalning ses som en positiv feedback som skapar starkare incitament för fortsatt förbättring.

En längre period mellan inhämtande av data och utbetalning av ersättning kan dock vara nödvändig för att samla ihop tillräckligt mycket säkerställd information. [10] [23] Både valideringen av inhämtade data och själva datainsamlingen kan ta lång tid. Tidigare studier har undersökt om effekten av målrelaterad ersättning ökade om ersättningen utbetalades kvartalsvis istället för på årsbasis. Resultatet av en studie visade att det inte finns någon skillnad i den genomsnittliga kvalitetspoängen eller den intjänade bonusen för de olika utbetalningsperioderna. [10]

För vissa typer av mått är det inte möjligt att ha korta perioder mellan aktivitetsutförande och utbetalning. Detta gäller exempelvis för indikatorer som mäter prestationer som sker över lång tid. Struktur- och processmått kan då vara att föredra, liksom mått som mäter patientupplevelse, då dessa mått kan mätas oftare och mer regelbundet. [10]

En tätare uppföljning bidrar till en mer motiverad personalstyrka [23] då det tydligt går att följa utvecklingen av förbättringsarbetet. En snabbare utbetalningsfrekvens förstärker även drivkraften hos utförarna, [23][10] samt minskar den finansiella risken för utförarna. [23] Enligt tidigare resonemang är det önskvärt att förkorta tiden mellan aktiviteten och utbetalningen, därför är det önskvärt att uppföljning och utbetalning av ersättning sker kvartalsvis.

Möjligheten att göra detta begränsas dock exempelvis av uppdateringsfrekvensen i offentliga datakällor. Exempelvis genomförs Socialstyrelsens ”*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*” i dagsläget endast en gång per år. Utbetalning av ersättning kan därför inte ske mer än en gång per år. För datakällor där det är möjligt rekommenderas att återkoppling sker löpande. Långa tidsintervall i kombination med bonus medför att utförarna har förväntad bonus som en form av bunden framtida intäkt tills dess att utbetalningen sker. Detta kan medföra svårigheter med kassaflöde, speciellt för mindre aktörer. Hur omfattande detta problem kan tänkas vara och möjliga åtgärder för att förhindra detta måste utredas vidare.

6.2.4 Vilka rekommendationer ges sammantaget om ersättningssystemets utformning?

Vår sammanfattande bedömning är att en målrelaterad ersättningsdel om cirka 3–5 procent av den totala ersättningen ger goda incitament till kvalitetsförbättring för utförarna.

Ersättningssystemet rekommenderas att vara utformat som bonus och inte som vite, då detta bidrar till bättre samarbetsklimat mellan utförare och beställare. Målen föreslås vara absoluta och inte relativa, då detta bidrar till mindre osäkerhet och mer samarbetsvilja mellan utförare. För att skapa incitament till samtliga utförare i ett system, föreslås att målen ska vara stegvisa, där högre måluppfyllelse ger högre ersättning. Ett ersättningstak kan användas av en beställare som värderar totalkostnadskontroll högt, dock bör man ha i åtanke att detta kan ha negativa effekter på systemet.

Åtminstone årsvis uppföljning och utbetalning är det som är praktiskt genomförbart idag, även om tätare tidsintervaller (kvartalsvis) vore att föredra. Utförare bör i vilket fall få återkoppling av resultat mer frekvent där det är möjligt. Långa tidsintervall i kombination med bonus kan medföra svårigheter med kassaflöde för mindre aktörer. Effekter av detta, samt möjliga åtgärder, måste utredas vidare.

7 Hur bör vidareutvecklingen av ersättningssystem för särskilda boenden ske i ett nästa steg?

Inom ramen för denna rapport har vi utrett frågan: Hur bör ersättningssystem inom särskilda boenden för äldre utvecklas för att på bästa sätt främja kvalitet och effektivitet? Vårt svar är att införandet av fritt brukarval, kombinerat med en rörlig ersättning som följer brukaren, är den viktigaste åtgärden och kommer att ha en mycket stor påverkan på kvalitet över tid (och kostnader), eftersom det skapar en positiv konkurrensdynamik. Inom ramen för detta uppdrag har endast några av de aspekter som påverkar ersättningssystem för särskilt boende för äldre varit möjliga att belysa. Förslagen har konkretiserats så långt som möjligt för att utgöra en bas för vidare diskussion och utveckling. Det kvarstår många utmaningar och frågeställningar. Nästa steg i det vidare arbetet bör vara att inleda en strukturerad process där samtliga berörda aktörer driver ett gemensamt utvecklingsarbete.

Fokus för arbetet bör vara att etablera gemensamma perspektiv på bland annat följande:

- **Hur kan en utveckling säkras där fler kommuner i rollen som finansiär och beställare väljer att införa fritt brukarval för att säkra god drift av enheter som är offentligt finansierade genom skattemedel?** Analysen visar tydligt att användning av fritt val för brukarna (antingen inom ramen för LOU eller LOV), kombinerat med att ersättningen följer brukaren, är den viktigaste åtgärden för att säkra en positiv utveckling av kvalitet inom särskilda boenden i äldreomsorgen. Alternativet, att kommunens tjänstemän genomför valet, eller att det inte sker någon form av konkurrens mellan olika utförare, ger inte en lika stark konkurrensdynamik mellan utförare och därför inte en lika stark påverkan på kvalitet och kostnader över tid. Effekten av att införa fritt val är att skapa en dynamik för kvalitetsutveckling både inom de cirka 85 procent av enheterna som i dagsläget drivs i egen regi av kommunen, och inom de 15 procent som drivs i privat regi.
- **I vilken utsträckning bör målrelaterad ersättning användas inom särskilt boende för äldre?** Den viktigaste åtgärden för att förbättra kvaliteten är att införa fritt val kombinerat med ersättning per brukare, där olika utförare konkurrerar mot varandra om att leverera bästa möjliga kvalitet för en given ersättning per brukare. För att ge ytterligare incitament till kvalitetsutveckling kan kommunerna i rollen som beställare införa ett ersättningssystem med en del målrelaterad ersättning, men detta är ”grädden på moset”. Huvudsaken är att införa fritt val kombinerat med ersättning per brukare. De kommuner som redan har genomfört detta bör först satsa på att göra dessa system än mer välfungerande, och i parallell med detta börja utveckla ersättning för kvalitetsresultat. Det finns ett flertal risker med målrelaterade ersättningssystem som måste beaktas och hanteras innan ett målrelaterat ersättningssystem kan införas i praktiken. Innan en färdig modell kan utvecklas måste samtliga aktörers inspel och perspektiv på målrelaterad ersättning beaktas.

- **Vilka indikatorer är mest lämpliga att använda för målrelaterad ersättning för särskilda boenden för äldre?** Det är möjligt att basera ett målrelaterat ersättningssystem på befintliga data. När ekonomisk ersättning kopplas till olika mått finns emellertid en risk för manipulation och därigenom att data som idag används för forskning och förbättringsarbete skadas. Vid urval av indikatorer måste detta beaktas, så att mått som är robusta mot manipulation används. Vidare bör indikatorer uppfylla andra krav såsom begränsad administrativ börda, upplevas som påverkbara av utförarna, vara stabila över tid, vara specifika (icke överlappande), vara kontrollerbara, ha god täckningsgrad och naturligtvis reflektera god kvalitet.
- **Hur bör ett målrelaterat ersättningssystem anpassat för särskilda boenden utformas?** Rapporten presenterar ett förslag på hur ett målrelaterat ersättningssystem kan utformas. Detta förslag måste vidareutvecklas och konkretiseras ytterligare innan det är möjligt att applicera i praktiken. Gemensamma perspektiv på bland annat den målrelaterade ersättningens storlek, bonus/vite, absoluta/relativa mål bör utvecklas och förankras.
- **Hur bör målrelaterad ersättning införas?** Det saknas praktisk erfarenhet hos såväl kommuner som utförare att använda målrelaterade ersättningssystem inom äldreomsorgen. Genom stegvisa och systematiskt genomförda pilotprogram kan praktisk kunskap generas och spridas till samtliga berörda aktörer.

Genom att samtliga berörda aktörer arbetar vidare med denna fråga gemensamt finns goda möjligheter att vidareutveckla dagens ersättningssystem för att skapa incitament till bättre omsorg och därigenom skapa bättre hälsa och livskvalitet för brukarna inom särskilt boende. Eftersom det är kommunerna som i slutändan beslutar i dessa frågor, är SKL en nyckelaktör i dessa dialoger. Vi hoppas att våra förslag kommer att bidra till en konstruktiv debatt och till konkreta initiativ.

8 Referenser

1. Socialstyrelsen. *Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2012. Underlag till öppna jämförelser och Äldreguiden 2013.* 2013.
2. Edberg, A. och Bravell, M. Kompetensen måste höjas på särskilda boenden för äldre. *Läkartidningen*. 2013.
3. Jacobsson, F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården. *CMT Rapport 2007:2*. 2007.
4. Bergman, M. och Jordahl, H. *Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen*. Stockholm : Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2014. 978-91-38-24074-8.
5. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. 1966.
6. Anell, A. *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Stockholm : ESO, 2010.
7. Donabedian, A. The Quality of Care. How can it be Assessed. *JAMA*. 1988, Vol. 260, 23.
8. Castle, N. och Ferguson, J. What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist*. 4, 2010, Vol. 50.
9. Lindblom, H. *Sambanden mellan tillfredsställelse med och upplevelse av vården och patientrapporterad hälsoutfall*. : PROMcenter, 2013.
10. Eijkenaar, F. *Pay-for-performance for healthcare providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects*. Rotterdam : u.n., 2013. 978-94-90420-40-6.
11. Statens offentliga utredningar . *Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten*. Stockholm : Statens offentliga utredningar , 2014. 978-91-38-24064-9.
12. Health Navigator. *Stora möjligheter att stärka kvaliteten i äldreomsorgen genom bättre upphandlingar – Hur värderar kommuner kvalitet vid upphandling av särskilt boende?* 2013.
13. Kammarkollegiet. *Vägledning: Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg*. Stockholm : Kammarkollegiet, 2012.
14. Konkurrensverket. *Fritt val i vård och omsorg*. 2008.
15. Sveriges Kommuner och Landsting. *Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå: Hemtjänst och särskilt boende*. Stockholm : SKL, 2009. 978-91-7164-475-6.
16. Rönn, A. och Bengtsson, G. *Prestationsersättning till särskilda boenden för äldre*. Stockholm : SKL, 2012.

17. **Nacka kommun.** Ersättning till anordnare av särskilt boende för äldre. [Online] den 28 07 2014. [Citat: den 28 04 2014.] http://www.nacka.se/underwebbar/Anordnare/aldre_funkhindrade/sarskiltboendealdre/ersattning/Sidor/default.aspx.
18. **Halmstads kommun.** Avrop av enstaka platser i äldreboende enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). [Online] den 05 10 2012. [Citat: den 13 05 2014.] <http://www.halmstad.se/download/18.6a57cb8413baec2c6951c33/1367926480863/aldreboende-ffu-avtal-med-bilagor121228.pdf>.
19. **Upphandlingscenter.** *Vrinnevihus, driftentreprenad av särskilt boende – Utvärderingsmodell.* 2013.
20. **Västerås stad.** *Förfrågningsunderlag avseende Äldrenämndens upphandling av Mälarhems äldreboende.* 2013.
21. **Växjö kommun.** *Förfrågningsunderlag särskilt boende Källreda.* 2014.
22. **Alingsås kommun.** *Anbudsinbjudan avseende drift av Kaptenens äldreboende.* 2014.
23. **Cromwell, J., Trisolini, M., Pope, G., Mitchell, J. och Greenwald, L.** *Pay for performance in health Care: methods and Approaches.* NC : RTI Press, 2011. 978-1-934831-04-5.
24. **Fernler, K., Krohwinkel, A., Rognes, J. och Winberg, H.** *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning.* Stockholm : Leading Health Care (LHC), 2014. 978-91-980169-1-8.
25. **Lindgren, P.** *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer.* Stockholm: SNS Förlag, 2014. 978-91-86949-56-3.
26. **Jacobsson, F.** *Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården.* 0283-1228.
27. **Jacobsson, F. och Lindvall, S.** *Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer.* Stockholm : u.n., 2008. 978-91-7164-353-7.
28. **Svensk förening för Allmänmedicin.** *Ersättningssystem som främjar god vård-kvalitet.* 2014.
29. **Anell, A.** *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre.* Stockholm: Leading Health Care, 2012.
30. **Fisher, C och Downes, B.** Performance measurement and metric manipulation in the public sector. *Business Ethics: A European Review.* July, 2008, Vol. 17, 3.
31. **Anell A.** *Målrelaterad ersättning i primärvården – Kartläggning av mållindikatorer och former för ersättningen hösten 2009.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2009. 978-91-7164-495-4.
32. **Hertting A. och Kristensson M.** *Hälsofrämjande möten från barnhälsovård till palliativ vård.* : Studentlitteratur, 2012.
33. **Angelis, J. och Jordahl, H.** *Att styra och leda äldreomsorg. Hur går det till och vad kan förbättras?* Stockholm : SNS Förlag, 2014. 978-91-86949-59-4.
34. **Manary, M., Boulding, W., Staelin, R. och Glickman, S.** The Patient Experience and Health Outcomes. *The New England Journal of Medicine.* January, 2013, Vol. 368, 3.

35. Fenton, J. och Bertakis, K. The Cost of Satisfaction – A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *American Medical Association*. Mars, 2012, Vol. 172, 5.
36. Socialstyrelsen. *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldresuppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden* 2013. 2013.
37. Socialstyrelsen . Resultaten från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2013. *Socialstyrelsen*. [Online] [Citat: den 14 05 2014.] <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/alldreundersokningen-2013-information-tillgangliga-resultat.pdf>.
38. Socialstyrelsen. *Nationella kvalitetsindikatorer – vården och omsorgen om äldre personer*. 2009.
39. Senior Alert. *Årsrapport 2012*. 2013.
40. Senior Alert . Senior Alert. *Blåsdysfunktion/inkontinens*. [Online] den 05 05 2014. [Citat: den 15 05 2014.] <http://plus.lj.se/infopage.jsf?nodeId=42656>.
41. Senior Alert. Årsrapportering Senior alert, FAR14-118. *Nationella kvalitetsregister*. [Online] [Citat: den 05 06 2014.] <http://www.kvalitetsregister.se/download/18.ee3fb6d14300e770a92f26/1390428475761/Arende+ FAR14-118.pdf>.
42. Socialstyrelsen. *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Västerås : Edita Västra Aros, 2013. 978-91-7555-072-5.
43. Svenska Palliativregistret. *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2013*. 2014.
44. Svenska BPSD-registret. Svenska BPSD-registret, NKR14-156. *Nationella kvalitetsregister*. [Online] [Citat: den 05 06 2014.] <http://www.kvalitetsregister.se/download/18.239af7831430048d8532f8d/1390383584597/Arende+NKR14-156.pdf>.
45. Socialstyrelsen. *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom* 2014. 2014.
46. Svenska Demensregistret. *Årsrapport 2012*. Stockholm : SveDem, 2013.
47. Socialstyrelsen. *Fyra år med läkemedelsregistret*. Västerås : Edita Västra Aros, 2009. 978-91-86301-49-1.
48. Ljung, R. Ekonomiska incitament ger risk för datamanipulation. *Läkartidningen*. 20-21, 2012, Vol. 109.
49. Myndigheten för Vårdanalys. *Grönt ljus för Öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*. Stockholm : TMG Sthlm, 2012. 978-91-87213-02-1.
50. Conrad, D. A. och Perry, L. Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? *Annu. Rev. Public Health*. January, 2009, Vol. 30.
51. Blue Cross Blue Shield of Michigan. Hospital Pay for Performance. *Blue Cross Blue Shield of Michigan*. [Online] 2013. [Citat: den 10 06 2014.] <http://www.bcbsm.com/content/dam/public/Providers/Documents/value/2014-hospital-pay-for-performance-program.pdf>.
52. Kahneman, D. *Thinking, Fast and Slow*. u.o. : Penguin Books Ltd, 2012. ISBN 9780141033570.

53. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2013 – Vård och omsorg om äldre*. 2014. ISBN 978-91-7555-127-2.
54. Vårdföretagarna. *Vårdföretagarnas modell för uppföljning och redovisning av kvalitet inom äldreomsorg*. 2013.
55. Briesacher, B., Field, T., Baril J. och Gurwitz, J. Pay-for-Performance in Nursing Homes. *Health Care Financing Review*. 2009, Vol. 30, 3.
56. Arling, G. Job, C. och Cooke, V. Medicaid nursing home Pay for Performance: Where do we stand? *The Gerontologist*. 2009, Vol. 49, 5.
57. Stephen, A och Forde, J. *Care Markets in England: Lessons from Research*. Kent: Personal Social Services Research Unit, University of Kent, 2012.
58. Telford & Wrekin Council. Social care purchasing. [Online] [Citat: den 19 05 2014.] http://www.telford.gov.uk/download/downloads/id/190/quality_premium_payments_scheme_for_care_homes_for_older_people_in_telford_and_wrekin.

9 Appendix

9.1 Vilka incitament och effekter skapar olika ersättningsformer? - Bakomliggande bedömning

UTVÄRDERING AV FAST OCH RÖRLIG ERSÄTTNING

Kriterier för utvärdering av ersättningsformer		Utvärdering av fast och rörlig ersättning
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Ersättning baseras ej på återkoppling av kvalitetsresultat, samma ersättning betalas ut oavsett kvalitetsresultat
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Rörlig ersättning i kombination med fritt val kan uppmuntra till kvalitetskonkurrens för att locka brukare. Fast ersättning har ingen sådan effekt
	3. Bidrar till brukarfokus	Rörlig ersättning i kombination med fritt val kan uppmuntra till patientfokus för att skapa ett gott rykte så att fler väljer utföraren. Fast ersättning har ingen sådan effekt
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Påverkar ej explicit
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Rörlig ersättning skapar incitament till ökad volym som i sin tur skapar bättre tillgänglighet. Effekten begränsas dock av biståndsbedömning. Fast ersättning har ingen sådan effekt
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Fast ersättning ger förutbestämda kostnader. Rörlig ersättning beror på antal brukare, vilket dock kan kontrolleras genom exv. biståndsbedömning
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolym	Fast ersättning är konstant oavsett volym. Rörlig ersättning ökar med volymen, begränsas dock av biståndsbedömning
	8. Förbättrar transparens av kostnader	Vid fast ersättning är transparensen av kostnader relativt dålig. Rörlig ersättning speglar hur många brukare utförarna ansvarar för
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Fast ersättning skapar incitament till låg volym. Utförare har incitament att effektivisera för att öka vinstmarginalen för såväl fast som rörlig ersättning
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare	Vid fast ersättning riskerar kommunen att betala för tomma platser. Vid rörlig ersättning överförs risken till utförare.
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	Påverkar ej explicit
	12. Ger incitament för innovation	Påverkar ej explicit
	13. Är robust mot manipulation	Ersättning baseras på antal brukare/platser samt ersättning per brukare/plats, vilka kommunen kontrollerar. Anslag kan dock ge risk för kreativ bokföring
	14. Medför begränsad administrativ börda	Fast ersättning innebär marginell administrativ börda. Rörlig ersättning kräver mer då ersättning bygger på antal brukare på ett boende

UTVÄRDERING AV INDIVIDDIFFERENTIERAD OCH ODIFFERENTIERAD ERSÄTTNING

Kriterier för utvärdering av ersättningsformer		Utvärdering av differentierad och odifferentierad ersättning
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Ersättning baseras ej på återkoppling av kvalitetsresultat, samma ersättning betalas ut oavsett kvalitetsresultat
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Påverkar ej explicit
	3. Bidrar till brukarfokus	Differentierad ersättning skapar förutsättningar för individanpassade tjänster, men garanterar ej att resurserna anpassas efter individen
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Differentierad ersättning möjliggör mer fokus på individer med stora behov, men garanterar ej att resurserna anpassas efter individen
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Påverkar ej explicit
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Totalkostnaden för differentierad ersättning beror av vårdtygden hos brukarna och kan således förändras, om inte systemet anpassas
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolym	Påverkar ej explicit
	8. Förbättrar transparens av kostnader	Differentierad ersättning speglar hur vårdtygden och därigenom resursbehovet ser ut hos olika utförare
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Utförare har incitament att effektivisera för att öka vinstmarginalen
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare	Vid differentierad ersättning delas risken för ökade utgifter för brukare med hög resursåtgång mellan kommun och utförare
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	Påverkar ej explicit
	12. Ger incitament för innovation	Påverkar ej explicit
	13. Är robust mot manipulation	Differentierad ersättning kan skapa incitament för kommunen att bedöma brukares vårdtygd lägre och därigenom minska kostnader
	14. Medför begränsad administrativ börda	Differentierad ersättning skapar större administrativ börda då brukarnas förväntade omsorgsbehov måste utvärderas

UTVÄRDERING AV MÅLRELATERAD ERSÄTTNING

Kriterier för utvärdering av ersättningsformer		Utvärdering av målrelaterad ersättning
Kvalitet	1. Skapar incitament för kvalitetsförbättringar	Genom att knyta ersättning till kvalitetsmål ges incitament för att förbättra kvaliteten
	2. Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens	Uppmuntrar till kvalitetskonkurrens då utförare med högre måluppfyllelse får högre ersättning. Öppen redovisning ökar konkurrensen ytterligare
	3. Bidrar till brukarfokus	Genom att upprätta mål som ökar värdet för brukaren bidrar denna modell till brukarfokus
	4. Främjar jämlik vård och hälsa	Incitament finns för brukarselektion då mindre vårdtunga brukare kan leda till att målen lättare uppfylls. Kan motverkas genom att ersätta på jämlikhetsmått
	5. Bidrar till god tillgänglighet	Om mål knyts till tillgänglighet kan modellen bidra till en god tillgänglighet
Kostnader och effektivitet	6. Möjliggör totalkostnadskontroll	Finansiären kan sätta ett tak på maximal ersättning för att upprätta kostnadskontroll
	7. Skapar incitament för ökade produktionsvolym	Incitament för utföraren att producera större volymer om det medför att fler mål uppnås vilket ökar ersättningen
	8. Förbättrar transparens av kostnader	En förbättring av transparens av kostnader fås för de områden som den målrelaterade ersättningen är knuten till
	9. Ökar kostnadseffektiviteten	Incitament för att uppnå fler mål med lägre kostnader, vilket ökar kostnadseffektiviteten
	10. Möjliggör ekonomisk riskdelning mellan finansiär och utförare	Risk för utföraren då det är svårt att förutsäga hur stora intäkterna kommer att bli, men även en risk för finansiären om det inte finns någottak för ersättningen
Systemstyrning	11. Gynnar helhetsperspektiv och samverkan	Kan gynna helhetsperspektiv och samverkan om ersättning knyts till mål som berör detta
	12. Ger incitament för innovation	Resultatmått främjar utveckling av nya arbetssätt att uppnå önskvärda resultat
	13. Är robust mot manipulation	Alla mått som baseras på rapportering från utförare medför risk för manipulation. Kan motverkas genom uppföljning och inspektion
	14. Medför begränsad administrativ börda	Stor administrativ börda för såväl finansiär som utförare då måluppfyllelse ska rapporteras, dokumenteras och följas upp

9.2 Exempel på indikatorer, mått och uppgifter per datakälla

Det finns nationellt täckande data som skulle vara möjliga att använda för att utforma målrelaterat ersättningssystem. Datakällor som skulle kunna användas i detta syfte är Socialstyrelsens "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", Socialstyrelsens "Äldreguiden" samt kvalitetsregister såsom "Senior alert", "Svenska palliativregistret", "Svenska BPSD-registret" samt "SveDem", Socialstyrelsens och SKL:s "Öppna Jämförelser av vård och omsorg om äldre" redovisas i dagsläget endast på kommunnivå, vilket gör att det inte är möjligt att ersätta specifika verksamheter utifrån den. "Öppna Jämförelser av vård och omsorg om äldre" baseras också huvudsakligen på de källor och kvalitetsregister som nämns ovan. Utöver nationellt täckande data är det möjligt att utforma målrelaterade ersättningssystem utifrån kommunspecifika data, såsom exempelvis information från inspektioner, kommunens IT-system, egenutförda personal- eller brukarundersökningar. Då en samlad bild av kommunspecifika data inte finns tillgänglig, utgår vidare diskussion från nationellt täckande data.

9.2.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Tabell 2: Bedömning av indikator typ är gjord av Sirona.

Frågor/mått	Indikator typ
F1 Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	PROM
F2 Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?	PROM
F3 Hur är din rörlighet inomhus?	PROM
F4 Fick du plats på det äldreboende du ville bo på?	PREM
F5 Trivs du med ditt rum eller lägenhet?	PREM
F6 Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?	PREM
F7 Är det trivsamt utomhus runt ditt boende?	PREM
F8 Hur brukar maten smaka?	PREM
F9 Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?	PREM
F10 Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	PREM
F11 Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar?	PREM
F12 Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp?	PREM
F13 Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?	PREM
F14 Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?	PREM
F15 Har du känt dig kränkt av någon personal under det senaste året?	PREM
F16.1 Har under det senaste året upplevt att personalen har brist på respekt för mig och för mitt privatliv	PREM
F16.2 Har under det senaste året upplevt att personalen har en respektlöshet i tilltal, miner, blickar eller gester	PREM
F16.3 Har under det senaste året upplevt att personalen har ett aggressivt eller hotfullt tilltal	PREM
F16.4 Har under det senaste året upplevt hårdhänhet från personalen (till exempel hårda grepp vid omvårdnad)	PREM
F16.5 Har under det senaste året upplevt fysisk våldsamhet från personalen (till exempel hårda ruskningar, nyp eller slag)	PREM
F16.6 Har under det senaste året upplevt att personal har stulit saker, pengar eller läkemedel	PREM
F16.7 Har under det senaste året upplevt att personal har gjort andra överträdelser	PREM
F16.8 Har under det senaste året inte upplevt några överträdelser från personalens sida	PREM
F17 Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?	PREM
F18 Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?	PREM
F19 Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?	PREM
F20 Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?	PREM
F21 Händer det att du besvärar av ensamhet?	PREM
F22 Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	PREM
F23 Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?	PREM
F24 Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende, vid behov?	PREM
F25 Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?	PREM
F26 Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?	PREM
F27, F28 Vem har svarat på frågorna?	
F29 Om du som närstående/anhörig har hjälpt till att svara på frågeformuläret: Hur tycker du att samarbetet mellan dig och boendet fungerar?	PREM

9.2.2 Äldreguiden

Tabell 3: Uppgifter och indikatorer på enhetsnivå i Äldreguiden. Bedömning av indikator-typ är gjord av Sirona.

Uppgifter och indikatorer	Typ av uppgift/indikator
Enhetens namn	Uppgift
Typ av hjälp. Service eller personlig omvårdnad	Uppgift
Regiform. Kommunal eller enskild	Uppgift
Företagets namn (om enskild)	Uppgift
Antal omsorgspersonal per plats enligt schema kl 09.00, snittvärde vardagar i oktober 2012.	Struktur
Antal sjuksköterskor enligt schema kl 09.00, snittvärde första veckan i oktober 2012 relaterat till samtliga platser eller personer som sjuksköterskan samtidigt ansvarade för enligt vårdgivarens planering.	Struktur
Antal arbetsterapeuter enligt schema kl 09.00, snittvärde första veckan i oktober 2012 relaterat till samtliga platser eller personer som arbetsterapeuten samtidigt ansvarade för enligt vårdgivarens planering.	Struktur
Antal sjukgymnaster enligt schema kl 09.00 snittvärde första veckan i oktober 2012 relaterat till samtliga platser eller personer som sjukgymnasten samtidigt ansvarade för enligt vårdgivarens planering.	Struktur
Antal omsorgspersonal per plats enligt schema kl 09.00, snittvärde helgdagar i oktober 2012 enligt vårdgivarens planering	Struktur
Antal sjuksköterskor enligt schema kl 09.00, snittvärde första helgen i oktober 2012 relaterat till samtliga platser eller personer som sjuksköterskan samtidigt ansvarade för enligt vårdgivarens planering	Struktur
Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning vid enheten kl 09.00 i snitt en vardag i oktober 2012. Procent	Struktur
Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning vid enheten kl 09.00 i snitt en helgdag i oktober 2012. Procent	Struktur
Förekomst av regelbundna möten ("boråd") vid särskilda boenden, som syftar till att ge de äldre personerna i boendet möjlighet att vara med och bestämma i gemensamma frågor den 1 oktober 2012. Ja eller nej	Struktur
Förekomst av fast personalkontakt (kontaktperson) för frågor om personlig omvårdnad och service den 1 oktober 2012. Ja eller nej	Struktur
Förekomst av fast kontakt med en legitimerad personal vid boendet den 1 oktober 2012. Ja eller nej	Struktur
Andel personer med beslut om särskilt boende med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan den 1 oktober 2012. Procent. (Redovisas ej i Äldreguiden)	Process
Andel personer som varit delaktiga vid utformandet av sin aktuella (ej äldre än 6 månader) genomförandeplan den 1 oktober 2012. Procent	Process
Enheten kan erbjuda måltider som serveras med en spridning över dygnets timmar och att tiden mellan kvällsmål och frukost inte överskrider 11 timmar. Ja, samtliga måltider kan erbjudas enligt beskrivningen den 1 oktober 2012	Struktur
Enheten kan erbjuda olika gruppaktiviteter minst två gånger per vecka den 1 oktober 2012. Ja eller nej.	Struktur
Det finns en träningslokal som ligger nära boendet och som lätt kan nås av de äldre personerna på enheten den 1 oktober 2012. Ja eller nej	Struktur
Det finns tillgång till regelbunden styrke- och balansträning i form av gruppgymnastik som leds av personal den 1 oktober 2012. Ja, minst en gång per vecka, ja, minst en gång varannan vecka, ha minst en gång per månad, nej	Struktur
Andel personer 65 år och äldre vid enheten med aktuell (ej äldre än 12 månader) läkemedelsgenomgång den 1 oktober 2012. Procent	Process

9.2.3 Senior alert

Tabell 4 - Indikatorer baserat på data från Senior alert i Öppna jämförelser - vård och omsorg om äldre samt resultatindikatorer som redovisas på Senior alerts hemsida [40].

Indikator	Indikatortyp
Andel fall per uppföljning av riskbedömning med risk för fall	Resultat
Andel trycksår per uppföljning av riskbedömning med risk för trycksår	Resultat
Andel viktminskningar >5% per uppföljning av riskbedömning med risk för undernäring och	Resultat
Andel personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för fallskada och där minst en åtgärd mot fallskada har utförts	Process
Andel personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för undernäring och där minst en åtgärd mot undernäring har utförts	Process
Andel personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för trycksår och där minst en åtgärd mot trycksår har utförts	Process
Andel personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot detta har utförts	Process

9.2.4 Svenska palliativregistret

Tabell 5: Av Socialstyrelsen använda indikatorer baserat på Svenska palliativregistret i uppföljning av Nationella riktlinjer inom palliativ vård i livets slutskede samt Öppna jämförelser - vård och omsorg om äldre [42][53].

Indikator	Indikatortyp
Täckningsgrad för Svenska palliativregistret	Struktur
Två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet	Process
Förekomst av trycksår (grad 2-4)	Resultat
Dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel	Process
Dokumenterad individuell vidbehovsordination av opioid	Process
Dokumenterad munhälsobedömning	Process
Kommunikation (brytpunktssamtal) med patient om vårdens inriktning och mål i livets slutskede	Process
Smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet	Process
Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument	Process
Någon närvarande i dödsögonblicket	Process
Eftersamtal med närstående	Process

9.2.5 SveDem

Tabell 6: Kvalitetsindikatorer i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom som baseras på bland annat SveDem.

Indikator	Indikatortyp
Andel personer med demenssjukdom som fått demensdiagnos senaste året	Resultat
Andel personer med demenssjukdom som genomgått basal demensutredning	Resultat
Andel personer med Alzheimers sjukdom, som behandlas med demensläkemedel	Resultat
Andel personer med demenssjukdom som har plats på dagverksamhet	Struktur
Andel personer med demenssjukdom i permanent särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom	Process
Andel personer i särskilt boende som behandlas med antipsykosmedel	Resultat
Andel personer med demenssjukdom i primärvård- och specialistvård, vars tillstånd följs upp av hälso- och sjukvården minst en gång per år	Process

9.3 Vårdföretagarnas modell för uppföljning och redovisning av kvalitet inom äldreomsorg

Vårdföretagarna presenterade år 2013 en modell med utvalda indikatorer från kommun- och enhetsundersökningen, nationella brukarundersökningen och kvalitetsregister. Det primära målet med modellen var att förbättra informationen för att underlätta för brukaren att göra ett informerat val av utförare. Urvalet av indikatorer baseras bland annat på att utförarna med egen kraft kan påverka utfallet av indikatorerna. Relevanta processindikatorer bör mäta processer som är evidensbaserade, vilket är relativt få inom äldreomsorgen idag. Utifrån bland annat dessa utgångspunkter valdes indikatorer ut. Indikatorerna grupperade under verksamhetens resultat, se Tabell 7, eller under kundundersökningar, se Tabell 8. [54]

Tabell 7: Utvalda indikatorer för verksamhetens resultat i Vårdföretagarnas modell [54].

Indikator	Källa och definition	Kommentar
Aktuell genomförandeplan	Kommun- och enhetsenkäten	
Kontaktman	Kommun- och enhetsenkäten	
Möjlighet att välja mat	Kommun- och enhetsenkäten	
Gruppaktiviteter erbjuds minst två gånger per vecka	Kommun- och enhetsenkäten	
En enskild aktivitet erbjuds minst en gång per vecka	Kommun- och enhetsenkäten	
Riskbedömningar och prevention - Fall	Senior Alert	
Riskbedömningar och prevention - Trycksår	Senior Alert	
Riskbedömningar och prevention - Undernäring	Senior Alert	
Symtomlindring vid smärta, oro och ångest	Källa och definition på nationell nivå saknas	Förslag på vidareutveckling: Senior Alert inkluderar symtomlindring vid smärta, oro och ångest
Omvårdnad utifrån behov, behöver inte dö ensam och den äldre/närstående är informerade	Palliativa registret	
Anhörigsamverkan	Källa och definition på nationell nivå saknas	Förslag på vidareutveckling: Kommun- och enhetsundersökningen definierar och inkluderar anhörigsamverkan
Personal med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå	Kommun- och enhetsenkäten	
Personal med relevant högskoleutbildning inom hälso- och sjukvård	Källa och definition på nationell nivå saknas	Förslag på vidareutveckling: Kommun- och enhetsundersökningen definierar och inkluderar relevant utbildning inom hälso- och sjukvård
Kvalitetssystem enligt SOFS 2011:9	Källa och definition på nationell nivå saknas	Förslag på vidareutveckling: Kommun- och enhetsundersökningen definierar och inkluderar kvalitetssystem enligt SOFS 2011:9

Vårdföretagarna föreslår en justering av Socialstyrelsens ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” där frågeställningar omvandlas till påståenden som gör det enklare för den äldre att svara på enkäten. Utvalda och omformulerade frågeställningar av ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” som representerar området kundundersökningar i Vårdföretagarnas modell finns i Tabell 8.[54]

Tabell 8: Utvalda och omformulerade frågeställningar enligt Vårdföretagarnas modell [54].

Frågeställning
... jag är nöjd med mitt äldreboende
... personalen bemöter mig på ett bra sätt
... personalen respekterar min integritet och mitt privatliv på ett bra sätt
... personalen frågar och tar hänsyn till hur jag vill få hjälp utförd
... jag kan påverka vid vilka tider jag får hjälp
... jag kan påverka min vardag
... jag känner mig trygg på mitt äldreboende
... jag har förtroende för personalen på mitt äldreboende
... det är lätt att få kontakt med personalen på mitt äldreboende, om jag behöver det
... jag får den hjälp jag behöver
... maten smakar bra
... måltiderna är en trevlig stund på dagen
... måltiderna är festligare på helgerna
... jag är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på mitt äldreboende
... jag är nöjd med möjligheterna att komma ut i friska luften
... jag är nöjd med möjligheterna till gemenskap på mitt äldreboende
... det är trivsamt i de gemensamma utrymmena

9.4 Hur kan målrelaterad ersättning för särskilda boenden inspireras av internationella erfarenheter?

I princip existerar inte målrelaterad ersättning för särskilda boenden för äldre i Sverige. [24] Det finns således inte några empiriska resultat angående hur ersättningsmodellen påverkar kvalitet och effektivitet i svensk kontext. Även i andra länder som USA har empiriska resultat kring målbaserade ersättningssystem ("pay for performance") för särskilda boenden ("residential homes" eller "nursing homes") varit begränsade. [55] Briesacher och Field [55] fann efter en litteraturstudie liten empirisk evidens att målbaserade ersättningssystem gav positiva effekter på kvalitet och effektivitet. Den studie som av författarnas bedömning ansågs ha bäst utvärderingsmetodik visade att målrelaterade ersättningen gav fördelar [55]. Arling, Job och Cooke [56] genomförde strukturerade intervjuer med administrationen för de sex stater i USA som år 2007 hade infört målrelaterad ersättning. Målen som ersattes var baserade på en blandning av struktur-, process- och resultatmått, se Figur 12. Det var vanligast att ersättningen var proportionell mot en kvalitets- eller prestationsnivå [56]. För fem av sex stater var kvalitets- eller prestationsnivåerna baserade på en oviktad sammanslagning av de olika måtten och för en stat (Minnesota) var sammanslagningen viktad [56].

EXEMPEL PÅ MÅTT SOM HAR ANVÄNTS FÖR MÅLRELATERAD ERSÄTTNING I USA

Dimension	Mått	Datakälla	GA	IA	KS	MN	OH	OK
Personal	▪ Personaltäthet bland sjuksköterskor och andra yrken, användning, personalomsättning, fördelning inhyrd och fast anställd personal	Kostnadsrapport	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	▪ Personelnöjdhet gällande arbetsmiljö, ledning, teamwork, utbildnings-möjligheter och organisationskultur	Medarbetarundersökning	✓				✓	✓
Inspektion	▪ Omfattningen av och allvarlighetsgraden av vård, brukarnas livskvalitet, kost, rättigheter, boendemiljö eller andra tjänster	Inspektionsdata		✓		✓	✓	✓
Kliniska kvalitetsindikatorer	▪ Förekomst av trycksår, ökning eller minskning av "Activities of Daily Living" (ADL)	Minimum Data Set (MDS)	✓			✓		✓
Brukarnas livskvalitet	▪ Brukarnas livskvalitet inom områden såsom som autonomi, säkerhet, miljöanpassningar, integritet, värdighet, relationer, meningsfull tillvaro och humör	Enkätundersökning kring livskvalitet				✓		
Kundnöjdhet	▪ Brukarens eller familjens nöjdhet med personal, tjänsteutbud, miljö och livskvalitet	Brukarnöjdhetsundersökning; anhörignöjdhetsundersökning	✓	✓		✓		✓
Övrigt	▪ Tillgång till vård - hög procent finansierat av Medicaid, hög andel dementa, hög andel resurskrävande brukare ▪ Effektivitet - låga administrativa kostnader, låga driftskostnader, beläggningsgrad	Kostnadsrapport, administrativa system	✓	✓	✓		✓	✓

Georgia (GA), Iowa (IA), Kansas (KS), Minnesota (MN), Ohio (OH) och Oklahoma (OK)

Källa: Arling et al. "Medicaid nursing home Pay for Performance: Where do we stand?"

I Storbritannien finns exempel på målrelaterade ersättningssystem för omsorg om äldre, exempelvis i Telford and Wrekin. Under 2008 utvecklades ett ersättningssystem kallat Quality Premium Payments System (QP Scheme) som ekonomiskt ska belöna boenden i Telford and Wrekin med hög kvalitet. Avsikten med ersättningssystemet var att skapa incitament för ökad kvalitet. Kvalitetsersättningen i QP Scheme baseras på 17 utvalda områden från inspektioner utförda av Care Quality Commission, som är en oberoende tillsynsmyndighet inom sjukvård och omsorg. Om boendena uppnår de nationella standarderna tilldelas de en poäng för varje område, varav vissa är värda mer poäng. Om summan av alla poäng överstiger fördefinierade tröskelvärden erhåller boendet en ersättning. Det finns tre nivåer av tröskelvärden med olika ersättningsnivåer. Alla boenden som uppnår en viss nivå får bonusersättning, det vill säga målvärdena är absoluta. [57][58] Andra exempel på målrelaterade ersättningssystem för omsorg om äldre i Storbritannien finns i Derbyshire, Sefton och Tameside. Där baseras ersättning bland annat på utförarnas lokala poängsystem, utbildningsnivån hos anställda och rumsstorlek. Kunskapen om effekten av målrelaterade ersättningssystem på omsorgen av äldre i Storbritannien är dock mycket begränsad.[57]

www.svensktnaringsliv.se

Storgatan 19, 114 82 Stockholm

Telefon 08-553 430 00