

2019-06-10

Vård och omsorg  
Mari Forslund

## Rekommendation om gemensam utveckling av socialtjänstens kunskapsstyrning

Med anledning av kommunstyrelsen i Danderyds inkomna remissvar önskar vi härmed svara på de frågor som kommunstyrelsen har i samband med SKL:s rekommendation om gemensam finansiering av socialtjänstens kunskapsutveckling.

Det stämmer att SKL under flera år har känt till att stadsbidragen för att utveckla en evidensbaserad praktik och Bättre liv för mest sjuka äldre (som bland annat har finansierat kvalitetsregister som kommunerna använder) skulle upphöra. SKL för kontinuerligt dialoger och bedriver påverkansarbete om behovet av stöd även från staten för kommunernas arbete med kunskapsstyrning. SKL har även på kommunernas uppdrag drivit frågan om att de riktade stadsbidragen ska bli generella, vilket också har blivit fallet. Statsbidragen till kommunerna har på det sättet totalt inte blivit mindre, men kommunerna kan själva välja vad man vill prioritera.

I SKL:s grunduppdrag ingår intressebevakning, service och rådgivning samt viss verksamhetsutveckling. Det finns en avgiftspolicy för utökade tjänster. Tjänster och stöd inom kunskapsstyrningsområdet är, enligt SKL:s styrelse, av sådan karaktär och omfattning att de kräver tilläggsfinansiering på samma sätt som regionerna tilläggsfinansierar detta. Regionerna tilläggsfinansierar utöver medlemsavgiften ca 177 miljoner per år för att arbeta tillsammans med kunskapsstyrning. SKL:s intäkt utifrån medlemsavgiften är totalt ca 500 mkr per år.

Den största delen (ca 14,5 miljoner/år) av 19,5 miljoner/år i den aktuella rekommendationen för socialtjänsten kommer att användas till arbete med de kvalitetsregister som kommunerna använder. Det är regionerna och staten som finansierar de drygt 100 nationella kvalitetsregistren. Staten med 100 miljoner/år och regionerna med 100 miljoner/år. SKL har ett uppdrag att utgöra en kanslifunktion för nationell samordning och stöd, men majoriteten av medlen betalas in till SKL och betalas sedan ut till regionala registercentrum och kvalitetsregister som regionerna förvaltar.

Kommunal medfinansiering är en förutsättning för att utveckling, förvaltning och fortlevnad av kvalitetsregistren och brukarundersökningar ska kunna säkras framöver. Om finansieringen av kvalitetsregister och brukarenkäter inte säkras så riskerar sannolikt denna unika källa till kunskap och lärande att försvinna.

SKL har också inlett ett arbete med att se över hur medlemsavgiften ska användas och prioriteras samt hur SKL:s erbjudande ska kunna utvecklas och effektiviseras.

Kommunledningskontorets frågor besvaras nedan:

1. *Vilka kvalitetsregister inom kommunal hälso- och sjukvård är det som avses och hur ser användandet av dessa kvalitetsregister ut i kommunerna nationellt?*

*Svar:* De kvalitetsregister som kommunerna använder inom äldreomsorgen och som ingår i rekommendationen är Senior Alert, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, (BPSD), Svenska Palliativregistret, Rikssår och SveDem. 2018 användes registren av så här många kommuner: Senior Alert (287 kommuner), Svenska Palliativregistret (290 kommuner), BPSD-registret (289 kommuner), SveDem (63 kommuner), RikSår (ca 60 kommuner).

Under 2019 har två register som kommunerna använder (Senior Alert och BPSD) vänt sig direkt till kommunerna för att säkra finansiering för 2019. De har båda tagit betalt 0,40 öre/invånare och år. För 2020 har signalerna till SKL varit att samtliga fem register som kommunerna använder kommer att behöva ta betalt styckevis från kommunerna om inte de kan finansieras genom rekommendationen. Om man som kommun vill ta del av alla registren och de även 2020 tar 0,40 öre/invånare och år, blir den totala kostande per kommun för enbart registren 2 kr/invånare/år.

Dessa register är som sagt inte SKL:s register och det ingår inte i SKL:s uppdrag att bedriva registren. SKL har uppmärksammat att det finns risk att dessa register måste läggas ned om inte kommunerna deltar med finansiering och vi har därför valt att inkludera registren i den gemensamma rekommendationen. Det är med största sannolikhet billigare för kommunerna om de betalar in till en gemensam pott för dessa tjänster än att varje kommun betalar styckevis. Registren är mycket betydelsefulla för att kunna bedriva och utveckla evidensbaserat arbete och en jämlik socialtjänst. Även fortsättningsvis kommer staten och regionerna att bidra till finansiering av nationella kvalitetsregister, men även kommunerna kommer att behöva bidra till finansieringen av de register som kommunerna använder.

2. *Har SKL och Socialstyrelsen diskuterat möjligheten att överföra brukarundersökningar inom IFO och funktionshinderområdet till Socialstyrelsen för att få en sammanhållen hantering av nationella brukarundersökningar?*

*Svar:* De brukarundersökningar och övrigt stöd till utveckling av systematisk uppföljning som omfattas av rekommendation har tidigare finansierats genom interna utvecklingsmedel från SKL.

SKL har vid flera tillfällen diskuterat möjligheten att överföra brukarundersökningar inom IFO och funktionshinderområdet till Socialstyrelsen, men Socialstyrelsen har hänvisat till att de inte har möjlighet



att utveckla och förvalta brukarundersökningar inom fler områden inom socialtjänsten utan att få särskilda medel för ändamålet. SKL har tidigare under flera år fört samtal med regeringskansliet om öronmärkta medel för att utveckla brukarundersökningar också inom IFO och funktionshinderområdet, men inte fått gehör för det. SKL kommer att fortsätta bevaka frågan gentemot den nya regeringen för att se om deras inställning kan påverkas men detta säkrar inte att brukarundersökningar kommer att kunna genomföras de närmsta åren – därför ingår även dessa i rekommendationen.

3. *Hur omfattande och vilka är de omprioriteringar SKL behöver göra för att möjliggöra finansiering inom redan befintlig medlemsavgift?*

*Svar:* Under 2018 uppgick kostnaden för delar av regionernas nationellt gemensamma kunskapsstyrningsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet till 116,5 mkr. Det är medel som regionerna avsätter för att gemensamt utveckla en evidensbaserad och jämlik hälso- och sjukvård. Medlen kanaliseras via SKL. I de flesta fall har det gemensamma arbetet mellan SKL och regionerna inletts med stöd av statliga satsningar, som regionerna har velat tillvara ta när de statliga satsningarna är slut. Ett annat skäl till gemensam finansiering har varit att regionerna för vissa frågor ansett att det är bättre och effektivare att arbeta tillsammans nationellt för att lyckas.

De delar som omnämns ovan och som är jämförbara med den aktuella rekommendationen är:

- Kvalitetsregister, Registercentrumorganisationerna samt SKL:s kansli för kvalitetsregister = 100 mkr (ca 90 miljoner betalas in och fördelas sedan till registren).
- Nationell patientenkät = 9,5 mkr (SKL har i uppdrag att upphandla och tillhandahålla nationell patientenkät).
- Stödfunktion för att stödja etableringen av landstingens/regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning = 7 mkr (medel till SKL för att stödja regionerna och arrangera möten).

Utöver ovanstående delar finansierar regionerna i samverkan även andra tilläggsuppdrag inom och utanför kunskapsstyrningsområdet, så totalbeloppet är högre än ovan angivet belopp. Det handlar t.ex. om stöd till uppföljning och analys – 30 mkr/år, landstingens samverkansmodell för ordnat införande av läkemedel – 16,2 mkr/år, Nationellt kliniskt kunskapsstöd – 13,8 mkr/år, Nationella biobanksrådet – 0,8 mkr/år etc. Med även dessa delar inräknat blir den totala summan som regionerna tilläggsfinansiering ca 177 miljoner per år.

Om samtliga kostnader ovan som regionerna tilläggsfinansierar samt delarna som ingår i denna rekommendation till kommunerna skulle inkluderas i medlemsavgiften, skulle det innebära att SKL skulle omprioritera arbete för ca 196 miljoner av den totala medlemsavgiften. Avdelningen för vård och omsorg har totalt ca 50 miljoner årligen finansierat av medlemsavgiften. Majoriteten av uppdragen som regionerna



tilläggsfinansierar ingår inte i SKL:s ordinarie uppdrag. Om vi bara fokuserar på kostnaderna för rekommendationen till socialtjänsten och räknar bort de 14,5 miljonerna som går vidare ut till kvalitetsregistren, blir det 5 miljoner kvar som går till SKL för att tillhandahålla nationella brukarundersökningar och stöd till systematisk uppföljning samt nationell sammaverkan för att stödja kommunerna att utveckla sin kunskasstyrning och gemensamt arbeta tillsammans med den frågan. Hur SKL kan prioritera detta om rekommendationen inte går igenom blir framför allt styrt av den nya kongressperioden, då SKL:s politik prioriterar vilka områden som det är viktigast att arbeta med.

Sveriges Kommuner och Landsting  
Vård och omsorg

Fredrik Lennartsson

Avdelningschef Vård och omsorg

Mari Forslund

Sektionschef Kvalitet och uppföljning