

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013

överenskommelse
mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

Överenskommelsen handlar om att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting.

1 Inledning	3
2 Satsningens målsättning	3
3 Målgrupp för satsningen	3
4 Den ekonomiska omfattningen av satsningen	4
<i>Ny beräkningsmodell</i>	<i>4</i>
5 Fördelning av medel	5
5.1 GRUNDLÄGGANDE KRAV	5
5.2 STÖD TILL ETT LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE	6
5.3 PRESTATIONS- OCH RESULTATERSÄTTNING	11
6 Nationell patientöversikt	17
7 Återrapportering	18
8 Beslut om utbetalning av medel	18
9 Gemensam uppföljning av indikatorerna	18
10 Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning	19
11 Utvärdering av överenskommelsen	19
12 Överenskommelsens inriktning 2014	19
13 Godkännande av överenskommelsen	19
Bilaga 1 Mål för Äldresatsningen	21
Bilaga 2 Uppdrag till Socialstyrelsen	23
Bilaga 3: Utformning av rekvisition och ekonomisk redovisning	
26	
REKVISITION AV BIDRAG	26
EKONOMISK REDOVISNING	27

1 Inledning

Sedan 2010 har regeringen ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I dessa överenskommelser har statsbidraget inriktats mot att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Denna satsning har fortsatt 2012 men inom ramen för en betydligt större satsning med syftet att ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård av och omsorg om de mest sjuka äldre. Denna bredare satsning fortsätter nu även 2013 och 2014.

2 Satsningens målsättning

Parterna är överens om att statliga stimulansbidrag inom äldreområdet framför allt ska kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Under de kommande åren kommer främst åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre att prioriteras. Totalt beräknas satsningen under mandatperioden för de mest sjuka äldre att uppgå till 4,3 miljarder kronor. De medel som avsätts för 2013 och framåt ska huvudsakligen fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell där krav och mål successivt höjs. Satsningen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensiviera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Även enskilda utförare omfattas av satsningen. Målen för satsningen finns beskrivna i *bilaga 1*.

Sett ur den enskildes perspektiv så är målsättningen följande.

Mål

Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg

Målbild

Jag kan som äldre med behov av omsorg och vård lita på att jag får den goda omsorg och vård jag behöver när jag behöver den och det är lätt att få kontakt med den. Om jag har hemtjänst kan jag så långt möjligt välja när och hur stöd och hjälp ges. Jag får stöd att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande även när jag är i behov av omsorg och vård. Om jag behöver hembesök av läkare eller annan sjukvårdspersonal på grund av svårigheter att förflytta mig erbjuds jag detta. Jag kan lita på att läkemedelsbehandlingen är korrekt och följs upp regelbundet. Ansvar för att samordna den omsorg och vård jag behöver är tydligt och något jag får hjälp med om jag behöver det. Jag känner mig trygg i att mina behov av omsorg och vård blir omhändertaget på ett kompetent och säkert sätt med hög kvalitet och värdigt bemötande. Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen. När jag vårdas i livets slutskede får jag lindring för smärtor och andra symtom, får vårdas där jag vill dö och behöver inte dö ensam.

3 Målgrupp för satsningen

För att kunna förbättra livssituationen för de mest sjuka äldre så krävs det vetskap om vilka personer som omfattas och hur stor gruppen är. Socialstyrelsen har därför haft i uppdrag att ta fram en definition av gruppen mest sjuka äldre, inte minst för att kunna följa upp överenskommelsens satsningar på ett enhetligt sätt. Den definition av de mest sjuka äldre som Socialstyrelsen föreslagit och som används i denna överenskommelse är följande:

Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

Parterna är överens om att avgränsningen av gruppen mest sjuka äldre innefattar samtliga personer 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. Med omfattande sjukvård avses något av följande: multisjuklighet (tre diagnoser senaste 12 månaderna) eller fler än 19 vård dagar i slutenvård eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju läkarbesök i öppen specialistvård. Med omfattande omsorg menas de äldre som bor permanent i särskilt boende, de som har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, de som bor i korttidsboende eller har beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). 2011 utgjorde denna grupp 17 procent av befolkningen 65 år och äldre dvs. 305 000 personer.

4 Den ekonomiska omfattningen av satsningen

Regeringen har sammanlagt avsatt cirka 4,3 miljarder kronor under mandatperioden för att förbättra vården av och omsorgen om de mest sjuka äldre. De medel som avsattes för 2012 och som avsätts resten av mandatperioden, fördelas huvudsakligen enligt en prestationsbaserad modell och utbetalas till de huvudmän som uppfyller på förhand bestämda krav. Den prestationsbaserade ersättningen utformas som ett erbjudande till kommuner och landsting för att förstärka arbetet med att gemensamt ta ansvar för de mest sjuka äldre. Denna överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre omfattar 1 115 500 000 kronor. Utöver överenskommelsen kommer det inom ramen för satsningen att fattas beslut om särskilda regeringsuppdrag till myndigheter (se bilaga 2).

Utbetalning av resultat- och prestationsbaserade medel för 2013 sker senast i december 2013 baserat på uppnådda resultat under perioden 31 augusti 2012 – 31 augusti 2013. Medel utbetalas av Kammarkollegiet efter beslut av regeringen. Utbetalning sker från anslag 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken och 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Ny beräkningsmodell

Målet med denna satsning är att förbättra kvaliteten och understödja ett systematiskt förbättringsarbete i landsting och kommuner samt hos enskilda privata och idéburna utförare. För att bättre stödja en långsiktigt hållbar förbättring ändras i år beräkningsmodellen för områdena God läkemedelsbehandling för äldre och för Sammanhållen vård och omsorg. Ersättning utbetalas när det har skett en förbättring som bedöms vara varaktig och inte bero på slumpen.

För att avgöra om ett förändrat mätvärde beror på att det har skett en faktisk förbättring eller om det enbart är en slumpmässig variation, tas ett underlag fram som beräknar medelvärde per indikator tillsammans med spridningen inom respektive län föregående år per månad. Baserat på detta underlag beräknas vilken förändring varje län ska uppnå för att man med statistisk säkerhet kan säga att det har skett en förbättring. Medelvärdet eller variationen (mätt

som standardavvikelsen) ska förbättras. Förbättringskravet kommer att utformas individuellt för varje län baserat på utgångsläget. För att säkerställa att detta stimulerar förbättringar i vardagen behövs redovisningar även på enhetsnivå, utöver landstings- och kommunnivå. Underlag kommer att behövas varje månad för att utvecklingen ska kunna följas och utvärderas.

Variation i produktionsresultat är en indikator på att produktionsprocessen inte fungerar väl. Kraven på förbättringar kommer att anpassas efter den historiska variationen över tid och mellan enheter och/eller kommuner. De län som ligger bra till har generellt sett lägre standardavvikelser från genomsnittet och tvärs om. Kraven på förändring blir därmed generellt sett större för län som ligger sämre till än för de som ligger bättre till. På så sätt mildras kraven på de som redan har bra nivåer och liten variation och därmed troligen har svårare att ytterligare förbättra sig.

Denna beräkningsmodell medför att målvärdena anpassas till respektive läns förutsättningar. Syftet är att förbättringen ska vara säkerställd och uthållig. Uthållig förändring innebär att man ska ha lyckats uppnå kraven om förbättringar i slutet av mätperioden. Detta innebär att landsting och kommuner kan påbörja förändringsarbetet i början av mätperioden och att resultaten avläses i slutet av mätperioden. Lyckas man implementera förbättringar så att de ger statistiskt signifikanta resultat de senaste månaderna före avstämningstidpunkten utbetalas statsbidraget. Exakt vilken mätperiod och vilka målkrav som kommer att gälla kommer att anges i genomförandeplanen för överenskommelsen.

5 Fördelning av medel

För att ha möjlighet att delta i tilldelningen av de prestationsbaserade medlen som avsätts är parterna överens om att huvudmännen måste uppfylla vissa grundläggande krav. Under förutsättning att dessa grundläggande krav är uppfyllda har huvudmännen möjlighet att få del av de prestationsbaserade medlen som presenteras i avsnitt 5.3.

Parterna är överens om följande delar i överenskommelsen om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre för 2013.

5.1 Grundläggande krav

Följande förutsättningar ska vara uppnådda för att landsting och kommuner ska kunna få möjlighet att ta del av medlen för 2013:

1. Det ska i länet finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan. Det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en aktuell handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre för 2013. Den gemensamma handlingsplanen för 2013 ska innehålla en beskrivning av förbättringsområden utifrån lokala förutsättningar, konkreta och mätbara mål, planerade aktiviteter samt en beskrivning av hur uppföljningen ska gå till och hur resultaten ska redovisas. I handlingsplanen ska utvecklingsledarnas roll och mandat anges med utgångspunkt såväl i det nationellt satta uppdraget för utvecklingsledarna som i de lokala förutsättningarna.
2. Samtliga kommuner och landsting har under 2012 fattat beslut att införa ett ledningssystem för kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Under 2013 ska kommuner och landsting dokumentera hur det systematiskt förbättringsarbete avseende

riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering enligt 5 kap. SOSFS 2011:9 ska bedrivas när det gäller vård och omsorg om äldre.

5.2 Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete

Utvecklingsledare

Socialtjänstens uppgift att producera och använda relevant kunskap och informationsteknik har som övergripande mål att brukarna ska få del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. I samband med den första överenskommelsen med staten år 2009 om en evidensbaserad praktik – Program för en god äldreomsorg – inleddes arbetet med att skapa regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling. Målen med de regionala stödstrukturerna är att:

- kunna försörja länet/regionen med ett praktiskt verksamhetsstöd
- skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten
- vara en arena för lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet.

Utvecklingsledarna utgör viktiga delar av den regionala nivåns utvecklingsarbete. De arbetar främst med att medverka till att nå målen om ett praktiskt verksamhetsstöd och för att skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård. Deras arbete handlar om att medverka till att kunskap sprids och används inom berörda verksamheter.

Under 2010 inleddes ett treårigt utvecklingsarbete som syftar till att stödja kommuner, landsting samt enskilda utförare i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre. Mellan tre till fem utvecklingsledare per län samt samordnare för de enskilda idéburna aktörerna och Vårdföretagarnas medlemmar har fått statlig finansiering för detta arbete.

Parterna är överens om att detta arbete ska fortsätta att få statligt stöd. Utvecklingsledarna ska fungera som ett regionalt stöd i huvudmännens kunskaps- och förbättringsarbete när det gäller att utveckla en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Utvecklingsledarnas roll förändras i takt med att utvecklingsarbetet framskrider. I den första fasen av satsningen har mycket tid tagits i anspråk för att få äldreomsorgens medarbetare att komma igång med registrering i kvalitetsregister. Efterhand som spridningen av registren ökar ställs krav på att analysera och dra slutsatser av resultaten för att kunna initiera förbättringsarbeten. Utvecklingsledarnas kommande uppgifter bör därför fokusera mer på att fungera som stöd i detta utvecklingsarbete.

Inom ramen för en överenskommelse om evidensbaserad praktik och eHälsa får länen del av ett statligt stimulansbidrag för införandet av eHälsa i kommunerna samt statlig finansiering för en regional samordnare av eHälsa. Målet är bl.a. att kommunerna ska införa Nationell patientöversikt, att personal inom äldreomsorgen får möjlighet till mobil dokumentation och åtkomst till information samt att fler e-tjänster införs inom äldreomsorgen.

Det förbättringsarbete som utvecklingsledarna ska understödja, ska inriktas mot de områden som lagts fast, i den för huvudmännen i varje län beslutade handlingsplanen, och härigenom bidra till bättre målfyllelse. Det är angeläget att bästa tillgängliga kunskap läggs till grund

för förbättringsarbetet samt att utvecklingsledarna får ett tydligt mandat och uppdrag. Sammanlagt avsätts 72 miljoner kronor 2013 för utvecklingsledarna i länen. Av dessa medel får Famna och Vårdföretagarna tre miljoner kronor vardera för 2013 till utvecklingsledare som stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete bland sina medlemmar. En plan för genomförandet ska ligga till grund för utbetalning av medlen till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur förmedlar medlen till huvudmän, Famna och Vårdföretagarna.

Ledningskraft - att gå från ord till handling

Förbättringar för de mest sjuka äldre ställer stora krav på kunskap om och erfarenhet av att leda förändring i komplexa system. För att uppnå en långsiktigt hållbar förändring i vårdens alla verksamheter krävs därför en aktiv ledning och styrning. Politiker, chefer och ledare på alla nivåer måste prioritera att nå de uppsatta målen och följa upp resultaten av arbetet så att de handlingsplaner som arbetats fram i alla län verkligen blir genomförda fullt ut. Mötesplatser för dialog och kraftsamling samt presentation av ny kunskap behövs för att handlingsplanerna ska kunna omsättas i praktisk handling och leda till en varaktig förändring.

Som kompletterande stöd för chefer har det under 2012 erbjudits mötesplatser kallad Ledningskraft i syfte att skapa nationella sammankomster som kan stärka chefers kompetens i förbättringsarbetet med fokus på att gå från ord till handling och omsätta den länsgemensamma handlingsplanen till praktisk vardag. Ledningskraft har blivit ett naturligt nästa steg i det påbörjade arbetet att införa ett nytt arbetssätt i vård och omsorg om äldre som är mer strukturerat, förebyggande, evidensbaserat och använder sig av resultat från kvalitetsregister och öppna jämförelser i såväl styrning och ledning som i det dagliga förbättringsarbetet i verksamheterna.

Ledningskraft vänder sig till hälso- och sjukvårds- och äldreomsorgsverksamheter i hela Sverige oavsett driftsform. Målgruppen är verksamhetschefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård, som i samverkan deltar i chefsteam med koppling till genomförande av respektive läns handlingsplan. Chefsteamerna är representanter för sitt län och dess handlingsplan och har genom deltagande i programmet rustats för fortsatt kapacitetsbyggande i kommuner, landsting och enskilda utförare i respektive län. Utvecklingsledarna och kvalitetsregistren är nära kopplade till Ledningskraft och utgör viktiga verktyg i förbättringsarbetet. Även Famna och Vårdföretagarna bör inkluderas i genomförandet för att säkerställa att utveckling sker hos alla utförare. För att kunna fortsätta denna nationella satsning som omfattar hela landet är parterna överens om att 19 miljoner kronor avsätts för detta ändamål för 2013.

Försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg

I överenskommelsen från 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingår en treårig satsning på försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Sveriges Kommuner och Landsting har ansvarat för utlysning, beredning och beslut att tilldela 19 projekt försöksmedel med början hösten 2010. Projekten handlar bl.a. om organisatoriska lösningar – äldrelots, mobila team, samlokaliserade verksamheter liksom ett antal projekt som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocessen. Erfarenheterna från projekten har haft stort värde när det gäller att stimulera utvecklingen i riktning mot en mer sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Parterna är överens om att denna satsning avslutas i och med utgången av 2013 (tillskott av medel upphör i och med utgången av 2012) och att Sveriges Kommuner och Landsting under 2013 i en skrift presenterar

samtliga försöksverksamheter och erfarenheterna från dessa. Det är viktigt att resultaten och erfarenheterna från försöksverksamheterna sprids och kommer andra verksamheter tillgodo. Socialstyrelsen har dessutom i uppdrag att vetenskapligt utvärdera försöksverksamheterna samt ett antal samverkansnätverk. Socialstyrelsen lämnar en slutrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 april 2014. För detta uppdrag erhåller Socialstyrelsen 5 miljoner kronor 2013. Det är även viktigt att resultatet av Socialstyrelsens vetenskapliga utvärdering sprids och kommer andra verksamheter tillgodo.

Äldres psykiska ohälsa

Äldres psykiska ohälsa är ett område som under lång tid varit eftersatt trots att behoven är stora och förekomsten av depressionssjukdom relativt vanlig. Den enskilt viktigaste orsaken är troligen en föreställning att psykisk ohälsa i form av bl.a. depression är en ”naturlig” del av åldrandet.

Självmod är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa och aktuell statistik visar att de flesta fullbordade självmorden återfinns bland män över 65 år. Äldres tankar om självmord inrymmer ytterligare en komponent – gränsdragningen mellan vad som är psykisk ohälsa och vad som är existentiella frågor när livet närmar sig slutet. Det kräver kompetens och mognad hos såväl personal som organisation att möta dessa frågor.

Regeringen har satsat på suicidprevention på flera sätt, bl.a. på ett material ”Första hjälpen till psykisk hälsa” från Australien. Det har översatts av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) och används som ett studiematerial för yrkesgrupper som kommer i kontakt med människor som mår psykiskt dåligt. Materialet handlar i huvudsak om att göra personal trygga i mötet med psykisk ohälsa, kunna prata om självmord och stödja den enskilde att ta kontakt med rätt vårdnivå. Materialet finns för närvarande bara framtaget för unga vuxna och barn.

Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för att ta fram ett kompletterande material ”Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre” som innebär att:

- Anpassa befintligt material till äldre personers livssituation och testa detta bland olika personalgrupper
- Genomföra utbildning för ”utbildare” i ”Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre”
- Påbörja arbetet med spridning och implementering

För detta uppdrag erhåller Sveriges Kommuner och Landsting tre miljoner kronor. Sveriges Kommuner och Landsting ska i arbetet samverka med övriga satsningar på området t.ex. ”Första hjälpen till psykisk hälsa”, Webbutbildningen ”Våga fråga – våga se!” på Kunskapsguiden samt Socialstyrelsens arbete med en vägledning som ska redovisas i början av 2013. Materialet ska tas fram under våren 2013 för att kunna användas under hösten 2013.

Kvalitetssäkrad välfärd

Sveriges Kommuner och Landsting inledde år 2011 ett utvecklingsarbete kring uppföljning och kontroll av välfärdstjänster inom ramen för det prioriterade området Kvalitetssäkrad välfärd. I samband med överenskommelsen om en Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 erhöll Sveriges Kommuner och Landsting medel med syfte att erbjuda ett förstärkt stöd till denna satsning.

Under året har den nu utvidgade projektorganisationen gått ut till samtliga kommuner med en direkt inbjudan och information har getts i samband med deltagande i seminarier och nätverk. En interaktiv hemsida är under utveckling med möjlighet att få svar på konkreta frågor samt ladda ner olika former av stöd, utbildningsmaterial och hjälpverktyg. I det s.k. vårdvalsnätverket för landstingen och motsvarande valfrihetsnätverk för kommunerna diskuteras vilka konkreta utvecklingsinsatser som ska prioriteras i det fortsatta arbetet. Ytterligare nätverk är på väg att etableras med ett trettiotal anmälda kommuner och samtal förs med ytterligare ett femtiotal kommuner. Dessutom erbjuds kommunerna individuellt stöd. Öppna jämförelser och den vägledning som Socialstyrelsen publicerat bör användas och spridas i detta arbete.

Parterna är överens om statligt stöd för 2013 till Sveriges Kommuner och landsting med 8 miljoner kronor för en utvidgad satsning som innebär att kommuner och landsting erbjuds praktiskt processtöd på bl.a. följande områden:

- Egenvärdering, nulägesanalys av befintlig uppföljning, prioriteringsskattning i uppföljningsarbetet samt stöd i utveckling av uppföljningsarbetet
- Stöd med metoder, genomförande och analys av resultatinsamling
- Stöd i införande av kvalitetsledningssystem.

Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister

Sedan 2010 har två kvalitetsregister – Svenska Palliativregistret och Senior Alert – valts ut för utvecklingsstöd med syfte att användas i hela landet. Sedan 2011 har regeringen även gett utvecklingsstöd till ytterligare två kvalitetsregister – Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD). Parterna bedömer utvecklingen av dessa kvalitetsregister som viktiga för att främja ett systematiskt förbättringsarbete och syftet är att de ska leda till ett förändrat arbetssätt som innebär kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen om sjuka äldre. Härutöver bör de kunna bli en viktig informationskälla för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer. Samtliga fyra register innehåller uppgifter om angelägna förbättringsområden som är relevanta för de mest sjuka äldre. Deltagande i registren kan stimulera personalen till ett förändrat arbetssätt. Det handlar om att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår, förbättra munhälsan, den palliativa vården och demensvården. Via registren kommer vården och omsorgens resultat att bli mer synliga.

De nämnda kvalitetsregistren utgör en struktur och ett stöd för dem som arbetar i vård och omsorg om mest sjuka äldre att följa den bästa tillgängliga evidensen och de riktlinjer som satts upp inom området. I kvalitetsregistren samlas viktiga data som på olika sätt kan återföras till verksamheten och ledningarna. De ger ett adekvat underlag för uppföljning, ledning och styrning samt förbättringsarbete på enhetsnivå men är också viktig information på lokal, regional och nationell nivå. Data uppdateras online och är därför alltid aktuella. Det är dock angeläget att registrering i kvalitetsregister inte ersätter den ordinarie dokumentationen.

Parterna är överens om behovet av utveckling av vårdens och omsorgens arbetssätt för de mest sjuka äldre när det gäller preventivt arbetssätt, palliativ vård och demensvård genom fortsatt stöd till utveckling av de nämnda kvalitetsregistren:

- Svenska Palliativregistret, 7 miljoner kronor

- Senior Alert, 10 miljoner kronor
- SveDem, 4 miljoner kronor
- BPSD, 4 miljoner kronor

Sammanlagt utbetalas 28 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur fördelar 25 miljoner kronor till de olika registren i enlighet med en av regeringen godkänd genomförandeplan. Registrens utdatarapportering och tekniska plattformar ska utvecklas och samordnas ytterligare för att bli mer analys- och användarvänliga. Registren ska utvecklas i samverkan med Socialstyrelsens arbete med nationell informationsstruktur och fackspråk. Detta, i kombination med utveckling av tekniska lösningar, är angeläget för att göra det möjligt med automatisk överföring av data från journal och sociala dokumentationssystem till kvalitetsregistren. Fler variabler ska introduceras i Senior Alert, t.ex. urininkontinens. Svenska Palliativregistret ska utvecklas mot att även bli ett processregister, dvs. registrering påbörjas redan när en person bedöms befinna sig i livets slutskede och inte enbart i efterhand. Kvalitetsregistren ska även kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter. För samordning av och hjälp med analysarbete och genomförande inom idéburna utförare erhåller Famna en miljon kronor, inom privat drivna verksamheter erhåller Vårdföretagarna en miljon kronor och för samordning och hjälp med analysarbetet av arbetet med kvalitetsregister på nationell nivå får Sveriges Kommuner och Landsting en miljon kronor. I arbetet med att utveckla kvalitetsregistren ska det säkerställas att detta sker på ett sätt som är förenligt med gällande sekretess- och registerlagstiftning.

Nationell samordning

Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar enligt överenskommelsen från 2010 för samordning hos huvudmännen av insatserna genom bl.a. nationell samordning, nätverksskapande arbete, seminarier, konferenser och andra former av erfarenhetsutbyte samt redovisning, sammanställning och återföring av resultat från utvecklingsarbetet. Detta är nära kopplat till Sveriges Kommuner och Landstings prioriterade område *Bättre liv för sjuka äldre* och har därmed starkt politiskt stöd och engagemang. För en jämlik vård och ett lyckat införande av ett strukturerat, systematiskt och förebyggande arbetssätt med hjälp av kvalitetsregistren förutsätts att alla kommuner och landsting deltar. I detta arbete har Sveriges Kommuner och Landsting en roll att samordna arbetet nationellt och skapa möjligheter för långsiktigt hållbart erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting.

Under 2012 har Sveriges Kommuner och Landsting tagit initiativ till att utveckla en utdataportal där huvudmännen och andra intresserade kan följa det nationella förbättringsarbetet i relation till de uppsatta målen. För att stödja chefer och ledare att använda resultat från kvalitetsregister för ledning och styrning behövs dessutom aktuella, lättåtkomliga utdatarapporter som ger en samlad bild av resultaten från de fyra kvalitetsregistren. Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för att sådana utdatarapporter utvecklas och driften av utdataportalen.

Parterna är överens om statligt stöd om 10 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting för nationell samordning av de pågående satsningarna och att dessa ska vidareutvecklas under 2013. Syftet är att skapa goda förutsättningar för en tydlig kommunikation, erfarenhetsutbyte, spridning av kunskaper, ett effektivt utnyttjande av resurser samt en tydlig struktur för samordning på den nationella nivån. I uppdraget ingår även att samordna denna överenskommelsens insatser med andra relevanta överenskommelser som t.ex. patientsäkerhetsöverenskommelsen samt överenskommelsen om evidensbaserad

praktik och eHälsa inom socialtjänsten. En plan för genomförandet ska ligga till grund för utbetalning av medlen.

5.3 Prestations- och resultatersättning

Det är angeläget att utförare av verksamheter som, oavsett driftsform, riktar sig till de mest sjuka äldre engageras i satsningen på en mer sammanhållen vård och omsorg. Famna och Vårdföretagarna erhåller medel till utvecklingsledare som stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete bland sina medlemmar samt till analysarbete och samordning av satsningen. Även med detta nationella stöd till privata utförare kan det finnas ett behov av mer upparbetade kontaktytor mellan den regionala nivån och de privata utförarna. Det finns också ett berättigat intresse hos samtliga aktörer att den statliga prestations- och resultatersättningen bidrar till ett långsiktigt förbättringsarbete. Det är en stor och viktig utmaning för kommuner och landsting som huvudmän, att tillsammans med privata utförare diskutera formerna för samarbete och i avtal – med hänsyn till mycket varierande ersättningsmodeller – formulera sådana villkor att de statliga medlen bidrar till en effektiv styrning mot en förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

God vård i livets slutskede

Årligen dör cirka 95 000 personer i Sverige, varav cirka 80 procent är väntade dödsfall där det finns behov av någon form av palliativ vård. God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut utgör ett av de nationella målen för vård och omsorg. Ett stöd i arbetet är användning av Svenska Palliativregistret. De enheter som registrerar kan utifrån den kunskap som registreringen erbjuder bedriva en strukturerad vård i livets slutskede, vilket gäller även de enheter som har få döende patienter. Den enhet som vårdade patienten den sista veckan i livet registrerar efter dödsfallet bl.a. förekomsten av informerande samtal, möjlighet att välja vårdform den sista tiden, skattning av smärta och andra symptom, ensamhet i dödsögonblicket och efterlevandessamtal.

Intresset för att delta i registret har ökat kraftigt sedan 2010. Nästan 60 procent av samtliga dödsfall i Sverige registreras nu i Svenska Palliativregistret. 164 kommuner och 15 landsting har nått 70 procents täckningsgrad för äldre i registret.

Ett särskilt fokus har under 2012 lagts på de äldre som närmar sig eller befinner sig i livets slutskede och som bör erbjudas ett samtal (s.k. brytpunktsamtal) med ansvarig läkare om det medicinska beslutet att övergå till vård i livets slutskede. Brytpunktsprocessen ska vara dokumenterad i journalen och dess kvalitet kan kontrolleras via stickprov.

Idag har 13 kommuner nått såväl 70 procents täckningsgrad i Svenska Palliativregistret som 60 procent registrerade s.k. brytpunktsamtal. Fler än 1 000 läkare har under året fått utbildning i brytpunktsamtal.

Deltagande och täckningsgrad i Svenska Palliativregistret är nu högt och det är dags att flytta fokus från täckningsgrad till förbättring av resultaten.

Prestationsersättning 2013

Ett grundläggande krav för att få del av medlen är att täckningsgraden för registrering av dödsfall i Svenska Palliativregistret är att minst 70 procent av dödsfallen bland befolkningen i en kommun (mätt som andel registreringar per kommun oberoende av om

de får sin vård och omsorg från kommun, landsting eller enskild utförare i förhållande till antalet dödsfall i kommunen).

Av dem som registrerar minst 70 procent av dödsfallen fördelas 50 miljoner kronor till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform under mätperioden har förbättrat sin vård och omsorg i livets slutskede med i genomsnitt 5 procent för fyra indikatorer i resultatspindeln som rör brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest.

De kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform under mätperioden har förbättrat de fyra indikatorerna med 10 procent eller mer får vara med och dela på ytterligare 20 miljoner kronor. (Uppnått maxresultat på en indikator räknas som 10 procent).

Beräkning av prestationsersättning sker på kommunnivå där kommunerna erhåller 70 procent och landstingen 30 procent. Fördelningen mellan kommunerna sker utifrån antalet personer 65 år eller äldre i befolkningen.

Preventivt arbetssätt

Att arbeta för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för de äldres hälsa och välbefinnande. Olika professioner inom vård och omsorg arbetar dagligen med dessa områden och de har en stark koppling till varandra; t.ex. har en undernärd person större risk för att falla och ådra sig en höftfraktur samt löper större risk att utveckla trycksår.

Deltagande i kvalitetsregistret Senior Alert innebär att personalen får stöd att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte. Registrering görs för alla över 65 år vid inskrivning eller ankomst till ett sjukhus, särskilt boende, korttidsverksamhet, hemsjukvård, hemtjänst etc. En standardiserad riskbedömning av individens risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen föregår varje registrering. Alla personer med risk erbjuds evidensbaserade förebyggande åtgärder som dokumenteras i en individuell åtgärdsplan. Åtgärderna följs upp och utvärderas.

Deltagande i registret har ökat sedan prestationsersättning infördes våren 2010: från 6 till samtliga landsting/regioner och från 10 till 282 kommuner hösten 2012. I nuläget finns 11 164 enheter anmälda för att registrera i Senior Alert, varav 5 700 använder registret aktivt. Sedan 2008 uppskattas minst cirka 400 000 personer ha fått en riskbedömning avseende fall, trycksår och undernäring. Varje månad görs cirka 20 000 riskbedömningar med registrering i Senior Alert. 70 procent av alla personer med en risk för fall, undernäring eller trycksår har fått minst en åtgärd insatt.

Störst risk för fall, trycksår och undernäring har äldre personer som bor i särskilda boenden för äldre (SÄBO). 2012 inleddes därför en satsning i kommunerna på att samtliga relevanta verksamheter i SÄBO registrerar i Senior Alert. Detta har lett till att 53 procent av alla som bor i särskilda boenden har erhållit en riskbedömning med registrering i Senior Alert under 2012. I 75 kommuner är täckningsgraden för Senior Alert i SÄBO 90 procent eller mer.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller det preventiva arbetet för de mest sjuka äldre ges fortsatt stöd till de enheter och verksamheter som registrerar, riskbedömer och sätter in åtgärder för dem som behöver detta samt följer upp åtgärderna

genom att använda sig av kvalitetsregistret Senior Alert. Fortsatt stöd ges också till de särskilda boenden för äldre som riskbedömer de boende i Senior Alert och genomfört minst en åtgärd för dem som behöver detta. Medel fördelas också till dem som utfört bedömning av ohälsa i munnen med registrering i Senior Alert.

I Patientsäkerhetsöverenskommelsen för 2013 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting fördelas 75 miljoner kronor mellan de landsting som mäter förekomsten av trycksår genom Sveriges Kommuner och Landstings punktprevalensmätning 2013 och i vilken 80 procent av slutenvårdsavdelningarna ska delta. Landstingen ska även ha uppdaterat motsvarande handlingsplan eller planer med mål och utifrån dessa bedriva ett förbättringsarbete avseende förekomst av trycksår.

Prestationsersättning 2013

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner, som för minst 90 procent av dem som bor i särskilda boenden och korttidsboenden för äldre, oavsett driftsform, genomfört riskbedömningar med registrering i Senior alert.

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform genomfört riskbedömningar och planerat förebyggande åtgärder med registrering i Senior alert. Medlen fördelas med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen.

20 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform utfört bedömning av munhälsa enligt ROAG med registrering i Senior Alert. Medlen fördelas med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen.

God vård vid demenssjukdom

I Sverige finns cirka 150 000 personer med demenssjukdom varav cirka 12 000 är under 65 år. Årligen insjuknar omkring 24 000 personer. Demenssjukdomar skapar stort lidande både för den som drabbas och de anhöriga. Eftersom sjukdomarna inte går att bota inriktas samhällets insatser på att diagnostisera, symptomlindra och ge god omvårdnad. Vård och omsorg om personer med demenssjukdom har målsättningen att ge den som är sjuk ett så bra liv som möjligt och underlätta för familj och vänner.

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. Syftet är att förbättra kvaliteten i demensvården och målet är en likvärdig, optimerad behandling av patienter med demenssjukdom, där patienten följs med årliga uppföljningar. De kvalitetsindikatorer som registreras är exempelvis att demensutredning görs enligt de nationella riktlinjerna, att behandling med demensläkemedel för vissa typer av demenssjukdom ges och att boende i enheter särskilt anpassade för personer med demenssjukdom erbjuds vid svår demenssjukdom. SveDem används i alla landsting med hög täckningsgrad på specialistnivå (mer än 90 procent) men har betydligt lägre täckningsgrad inom primärvården. Hösten 2011 var 80 av cirka 1 200 vårdcentraler anslutna till registret, hösten 2012 – efter att prestationsersättning införts – var mer än hälften (622) anslutna. Under 2011 registrerades 523 demensutredningar i primärvården i SveDem och under 2012 närmare 6 700. Anslutningsgraden i primärvården behöver öka ytterligare för att förbättra täckningsgraden.

90 procent av alla personer med demenssjukdom får någon gång problem med beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD, såsom t.ex. aggressivitet, oro, hallucinationer och sömnstörningar. De olika symptom som kan uppträda vid demenssjukdom kan inte alla behandlas på ett och samma sätt. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symptomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Det kan också vara orealistiska eller för stora krav på den demenssjuke, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel. Symptomen kan också bero på personens hjärnskada. Grunden för behandlingen är enligt de nationella riktlinjerna för demens en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön.

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Behandlingsmetodiken som utgör grunden för BPSD-registrets arbetssätt bygger på en skattning av olika symptom som bemöts med olika åtgärder som följs upp med en ny skattning. Arbetssättet är mycket lovande med stora möjligheter att förbättra vården och minska lidande och användandet av tvångsåtgärder för personer med demenssjukdomar. Registret är relativt nytt och för närvarande deltar 206 kommuner i registret. Intresset att ansluta vård- och omsorgsenheter är dock stort. Det är framför allt kommunernas demensenheter som är intresserade av att börja använda det nya arbetssättet med registrering och uppföljning i BPSD. Innan man kan börja registreringen i registret måste personalen genomgå en tvådagars utbildning i behandlingsmetodiken.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet ytterligare när det gäller vården och omsorgen om personer med demenssjukdom, ges fortsatt prestationsbaserat stöd till de verksamheter som registrerar i kvalitetsregistren SveDem och BPSD.

Prestationsersättning 2013

25 miljoner kronor fördelas till landsting i relation till antalet personer som nyinsjuknat i demenssjukdom, erhållit utredning med registrering i SveDem och fått diagnos i primärvården (vårdcentralerna), oavsett driftsform och 25 miljoner kronor till landsting för uppföljning i SveDem i primärvården.

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner, vars utförare oavsett driftsform inför ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symptom och registrerar i BPSD-registret. Prestationsersättningen utbetalas till kommunerna i relation till antalet utförda registreringar i BPSD-registret.

God läkemedelsbehandling för äldre

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende är idag ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel, bland annat antipsykotiska läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter,

långverkande lugnande medel, sömnmedel och antiinflammatoriska läkemedel, bland dem som är 75 år och äldre.

En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus beror på läkemedelsbiverkningar.

Vissa tillstånd hos äldre kan med framgång behandlas icke-farmakologiskt, dvs. med andra behandlingsformer än läkemedel. Ibland kan första behandlingen exempelvis vara ändrad livsföring eller kostförändringar vid sömnbesvär. Vid förstoppning kan första åtgärd vara ökad motion. Vid beteendesyntom hos en person med demenssjukdom, bör behovet av god omvårdnad och boendemiljö tillgodoses först innan läkemedelsbehandling övervägs. Teamarbetet, där olika personalkategoriernas professionella kunskap bidrar, kan komplettera läkarens bedömning och behandlingsförslag.

För att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre ges ett resultatbaserat stöd om sammanlagt 300 miljoner kronor till kommuner och landsting som minskar användningen av följande läkemedel¹:

- Olämpliga läkemedel. Definition: långverkande bensodiazepiner, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, tramadol och propiomazin. Dessa läkemedel har hög risk för biverkningar hos äldre. Dessa preparat bör endast användas om det finns välgrundad och aktuell indikation och förskrivande läkare har bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör dessutom följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall. Förekomsten av dessa läkemedel mäts för alla över 75 år på länsnivå. Den 31 augusti 2013 ska förekomsten av dessa läkemedel ha en statistiskt säkerställd förbättring på länsnivå för att få del av avsatta medel.
- Adekvat användning av läkemedel mot psykos. För dessa läkemedel finns indikation vid psykossjukdom, annan sjukdom med psykotiska symptom, och vissa allvarliga beteendesyntom vid demens t.ex. aggressivitet. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag som t.ex. passivitet och kognitiva störningar. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner samt en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Den 31 augusti 2013 ska användningen av dessa läkemedel ha en statistiskt säkerställd förbättring för personer 65 år eller äldre som har läkemedel distribuerade i dosdispenserad form på länsnivå för att få del av avsatta medel.
- Användningen av antiinflammatoriska läkemedel. Dessa läkemedel (Cox-hämmare, NSAID) medför vid behandling av äldre en ökad risk för sår och blödningar i magtarmkanalen, vätskeretention, hjärtinkompensation samt nedsatt njurfunktion. De kan dessutom genom läkemedelsinteraktion minska effekten av både diuretika, ACE-hämmare och betareceptorblockerare, som används vid behandling av hjärtsvikt och högt blodtryck. Vidare finns vetenskapliga belägg för att åtminstone vissa antiinflammatoriska medel kan öka risken för hjärtinfarkt och stroke. Den 31 augusti 2013 ska användningen av dessa läkemedel ha en statistiskt säkerställd förbättring för personer över 75 år på länsnivå för att få del av avsatta medel.

¹ Valda läkemedel bygger på Socialstyrelsens rapport Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre 2010.

Prestationsersättning 2013

En förutsättning för att få del av medlen är att landstinget har tecknat ett samarbetsavtal med Center för eHälsa i Samverkan (CeHiS) avseende införandet av den nationella ordinationsdatabasen (NOD). Samarbetsavtalet ska innehålla en plan för genomförande som beskriver tid- och finansieringsplan samt ansvarsfördelning för själva integreringen av journalsystemen med NOD.

100 miljoner kronor fördelas till de län som förbättrar indikatorn *Olämpliga läkemedel för dem som är 75 år och äldre*, 100 miljoner kronor till de län som förbättrar indikatorn *läkemedel mot psykos för dem som är 65 år och äldre och har dosdispensering* och 100 miljoner kronor till de län som förbättrar *användningen av antiinflammatoriska läkemedel för dem som är 75 år och äldre* med en statistiskt säkerställd minskning fram till den 31 augusti 2013. Erforderlig förbättring definieras i genomförandepånen som tas fram i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet. 70 procent av medlen för ett län som uppnått uppsatta mål för läkemedelsindikatorerna utbetalas till kommunerna och 30 procent till landstinget i länet.

Sammanhållen vård och omsorg

Många äldre saknar förmåga att rätt hantera och administrera nödvändiga och ofta frekventa kontakter med vården och omsorgen. Det är lätt att den som är sjuk och gammal hamnar mellan stolarna trots många kontakter och mycket personal runt den äldre. De mest sjuka äldre har av naturliga skäl ett särskilt stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser. Problemet är att vården och omsorgen inte är uppbyggd för att på ett lämpligt sätt möta äldre sköra personer med omfattande eller snabbt föränderliga behov. Inriktningen måste vara att skapa en sammanhållen vård och omsorg av god kvalitet som bidrar till att de mest sjuka äldre känner sig trygga och att behovet av slutna hälso- och sjukvård därmed kan minska. Det krävs i detta sammanhang åtgärder för såväl organisation och annan infrastruktur som åtgärder för ökad kompetens inom planering och direkt verksamhet.

Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas, s.k. ”undvikbar slutenvård”. Exempel på sådana sjukdomstillstånd kan vara hjärtsvikt, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och diabetes. För den enskilde äldre kan en resa till akutsjukvården innebära onödig och farlig exponering för infektioner, långa väntetider och ökade förvirringstillstånd.

För att ur ett hälsofrämjande perspektiv åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg som utvecklar vård, rehabilitering och ett tryggt och gott omhändertagande utifrån den äldres behov, ges resultatbaserat stöd till kommuner och landsting. För att mäta utvecklingen används de etablerade indikatorerna ”undvikbar slutenvård” och ”återinläggning inom 30 dagar”. 70 procent av medlen ges till kommuner och 30 procent till landsting som på länsnivå uppnår uppsatta mål.

Exempel på åtgärder som kan verka förebyggande och stimulera till positiv utveckling för målgruppen är bättre användning av e-hälsoverktyg, arbete i form av aktiv hälsostyrning, användning av individuella planer, mobila lösningar, fler hembesök av läkare och

sjuksköterskor, rehabilitering i hemmet, kontaktsjuksköterskor, mer avancerad hemsjukvård eller s.k. virtuella vårdavdelningar, regelbundna läkemedelsuppföljningar, m.m.

Prestationsersättning 2013

En förutsättning för att få del av medlen är att landstingens inrapportering av data sker månadsvis med början i februari 2013. Rapporteringen ska finnas i SKL:s databas senast den 20:e månaden efter den månad som mätperioden avser. Rapporteringen ska göras i enlighet med de riktlinjer som Sveriges Kommuner och Landsting sätter upp för rapporteringen.

125 miljoner kronor fördelas till de län som kan påvisa en statistiskt säkerställd förbättring av indikatorn *Undvikbar slutenvård* fram till den 31 augusti 2013. Erforderlig förbättring definieras i genomförandeplanen som tas fram i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet. 200 miljoner kronor fördelas till de län som kan påvisa en statistiskt säkerställd förbättring av indikatorn *Återinläggningar inom 30 dagar* fram till den 31 augusti 2013. Erforderlig förbättring definieras i genomförandeplanen som tas fram i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet. Indikatorerna mäts länsvis. 70 procent av medlen för ett län som uppnått uppsatta mål för nämnda indikatorer utbetalas till kommunerna och 30 procent till landstinget.

Analysarbete

Medel ges till varje län för att utveckla ett lokalt och mellan huvudmännen gemensamt analysarbete av indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar. Analyser ska kunna besvara frågorna varför och när patienter i målgruppen har behandlats i slutenvård, vilka diagnoser och patientgrupper som har varit aktuella samt på vilket sätt slutenvård hade kunnat undvikas i de enskilda fallen. Analysen ska ha ett individperspektiv och omfatta både kommunens och landstingets ansvarsområden. Den lokala analysgruppen ansvarar för att löpande återföra resultat och erfarenheter från sitt analysarbete till Ledningskraft och den gemensamma analysarbetsgruppen. För detta ändamål avsätts 49 miljoner kronor för 2013 (4 mkr vardera till de tre storstadslänen och 2 mkr vardera till resterande län och 1 mkr till SKL för nationell samordning).

6 Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett verktyg för att tillgängliggöra information till rätt person, vid rätt tillfälle. En fungerande informationsöverföring är central för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg över utförar- och organisationsgränser. Alla landsting har infört NPÖ, men för att det ska fungera ändamålsenligt krävs också att tillräckligt mycket av journalinformationen tillgängliggörs där. Genom överenskommelsen om Patientsäkerhet tas ytterligare steg mot att större informationsmängder ska finnas med i NPÖ. En annan förutsättning för att NPÖ ska fungera väl är att alla vårdgivare använder sig av verktyget. Det innebär att även kommunerna måste införa NPÖ, eftersom en allt större del av äldres sjukvård bedrivs där. Vid införandet av NPÖ bör beaktas att många av utförarna är privata och idéburna och att dessa inkluderas i de lösningar som tas fram. Många äldre kan ha svårt att lämna samtycke för användningen av NPÖ, vilket även måste beaktas vid utvecklingen av NPÖ. Att kommunerna blir producenter av information i NPÖ ställer också nya krav på utformningen och kapaciteten i NPÖ.

För att tillgodose både kommunernas, landstingens, enskilda idéburna och privata utförarens behov av information och möjlighet att kommunicera genom NPÖ och därigenom skapa bättre förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor för de mest sjuka äldre, behöver en ny version av NPÖ upphandlas under 2013. Detta ska göras i samverkan med Socialstyrelsen, så att NPÖ så långt möjligt utformas i enlighet med Nationell informationsstruktur och fackspråk. För att medarbetarna inom vården och omsorgen ska kunna dokumentera och komma åt informationen i NPÖ krävs gemensamma säkerhetslösningar, som också behöver upphandlas under 2013. Parterna är överens om att dela på kostnaderna för detta. Sveriges Kommuner och Landsting ska ta fram och sprida en vägledning till kommunerna för införandet av NPÖ under året. För dessa ändamål avsätts sammanlagt 6,5 miljoner kronor under 2013. Arbetet beskrivs även i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om evidensbaserad praktik och eHälsa.

7 Återrapportering

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting är ense om att överenskommelsen ska följas upp och återrapporteras. För varje insats som Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för ska Sveriges Kommuner och Landsting till Regeringskansliet (Socialdepartementet) lämna en verksamhetsrapport. I verksamhetsrapporten ska Sveriges Kommuner och Landsting redogöra för vilka aktiviteter som genomförts, hur arbetet har utvecklats utifrån uppsatta mål och om uppsatta mål med insatsen inte uppnåtts redovisa orsakerna därtill. En prognos över bidragsförbrukning för 2013 samt en delredovisning avseende verksamheten ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 10 oktober 2013. Slutredovisning ska ske senast den 31 mars 2014. Redovisningarna ska ange Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringens beslut om utbetalning. De ska också vara undertecknade i original av en behörig företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting.

Kommuner och landstingen ska, för att komma i fråga för ersättning, redovisa sina resultat gällande prestationer för de olika indikatorerna senast den 1 november 2013 till Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting åtar sig löpande uppföljning av grundkraven med återrapportering till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 oktober 2013. Socialstyrelsen kommer att ges ett uppdrag att ansvara gentemot regeringen för att göra en samlad bedömning av uppställda krav och resultat från kommuner och landsting samt att ta fram en mall för redovisning av grundläggande krav nr 2.

8 Beslut om utbetalning av medel

Beslut om utbetalning av medel sker i separat regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 1 Äldresatsning med 320 000 000 kronor och resterande anslag 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, anslagspost 20 Sammanhållna vård och omsorg om äldre. Som underlag för utbetalning av medel ska Sveriges Kommuner och Landsting under januari 2013 komma in med en plan för genomförandet av överenskommelsen.

9 Gemensam uppföljning av indikatorerna

För att kunna följa utvecklingen och kunna överväga alternativa mått eller förändringar i dessa och för att möjliggöra analys av utvecklingen behöver en gemensam analysdatabas utvecklas och en gemensam analysarbetsgrupp bildas. Det huvudsakliga arbetet med att skapa

och sköta databasen kommer att utföras av SKL. Aggregerade data från databasen ska levereras till Regeringskansliet på ett strukturerat gränssnitt.

Den gemensamma analysarbetsgruppen ska ta fram variabler med exakta definitioner och specificera databasstruktur, teknisk plattform etc. Arbetsgruppen ska vidare upprätta en driftsplan med angivande av ansvariga, kalendarium för leveranstidpunkter för alla aktörer samt analysera data. Gruppen ska också löpande analysera och rapportera om utvecklingen till alla berörda och stödja en pedagogisk kommunikation av resultat till kommuner och landsting. Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för att på webben genom en utdataportal snabbt återkoppla resultaten månadsvis.

10 Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2014. Redovisningen ska göras enligt formulär Ekonomisk redovisning, som bifogas denna överenskommelse (*bilaga 3*). I redovisningen ska finnas information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag och ekonomichefen (eller motsvarande) på Sveriges Kommuner och Landsting ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i formuläret till den ekonomiska redovisningen (se bilaga 3). Redovisningen ska ange Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringens beslut om utbetalning. Den ska också vara underskriven i original av en behörig företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting. Om redovisning inte inkommer i tid kan Regeringskansliet (Socialdepartementet) återkräva stödet. Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har också rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet (bankgiro 5052–5781) senast den 31 mars 2014.

11 Utvärdering av överenskommelsen

Överenskommelsens olika delar sett över tid ska enligt ett särskilt regeringsuppdrag följas upp och utvärderas av Statskontoret som lämnar årliga delrapporter.

12 Överenskommelsens inriktning 2014

Inför 2014 års överenskommelse är avsikten att ytterligare utveckla och höja ambitionsnivån när det gäller att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Det gäller såväl inträdeskraven som indikatorerna. Erfarenheter från 2012 och 2013 kommer också att vara viktiga ingångsvärden i detta arbete. Under 2013 påbörjas arbetet med att den punktprevalensmätning av trycksår som årligen genomförs i patientsäkerhetsöverenskommelsen ska kunna integreras med det trycksårspreventiva arbetet i Senior Alert.

I kommande överenskommelser är avsikten att sätta större fokus på patient- och brukarsynpunkter på vård och omsorg. Vidare bör satsningen på olika kvalitetsregister till 2014 kunna resultera i att fokus riktas mer mot åtgärder som kan målrelateras utifrån informationen i registren.

13 Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen gäller till och med den 31 december 2014. Parterna har för avsikt att årligen revidera överenskommelsen utifrån då gällande förhållanden samt utifrån erfarenheter

från föregående år. Ambitionen är att för varje år höja ambitionsnivån i överenskommelsen för att ytterligare stimulera till en bättre vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen beviljar medel för ändamålet för respektive år.

För staten genom Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och Landsting

Stockholm den 12 december 2012

Stockholm den 12 december 2012

Karin Johansson Ragnwi Marcelind

Håkan Sörman

Bilaga 1 Mål för Äldresatsningen

Mål 2011–2014

1. Skapa samverkan och samordning
2. God hälsa, vård och omsorg
3. God och säker läkemedelsanvändning
4. God vård i livets slutskede
5. God vård vid demenssjukdom
6. Bättre ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter
7. Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens
8. Uppföljning och utvärdering

1. Skapa samverkan och samordning

- Struktur för ledning och styrning i samverkan finns i alla län
- En gemensam handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre finns i varje län
- Ersättningssystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan är utvecklade
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns i alla verksamheter

2. God hälsa, vård och omsorg

- Samordningsinsatser för äldre finns tillgängliga för personer i målgruppen
- Lokala värdighetsgarantier finns i en majoritet av landets kommuner
- Personer med insatser från båda huvudmännen har en individuell plan
- Alla personer i målgruppen har en fast vårdkontakt
- Preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert används i alla relevanta verksamheter
- Tydligt definierat uppdrag för primärvården för de mest sjuka äldre

3. God och säker läkemedelsbehandling

- Läkemedelsbehandling ska följa Socialstyrelsens indikatorer för God läkemedelsterapi för äldre
- Antal äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade problem ska minimeras

4. God vård i livets slutskede

- Nationella vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård ska vara implementerade i alla berörda verksamheter
- Svenska palliativregistret används i alla berörda verksamheter

5. God vård vid demenssjukdom

- Nationella riktlinjer för personer med demens ska vara implementerade i alla berörda verksamheter
- Svenskt Demensregister och Svenskt register för Beteendestörningar och Psykiska Symptom vid Demens används i alla berörda verksamheter

6. Ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter

- Med hjälp av nationella och internationella undersökningar följs de äldres bedömningar av vården och omsorgen regelbundet upp
- Nytt instrument för att bättre följa de äldres synpunkter utvecklas
- Underlag tas fram för att värdera metoder för anhörig- och brukarrevision
- Underlag tas fram för att värdera effekten av förebyggande hälsosamtal för äldre

7. Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens

- Rapporteringen till relevanta kvalitetsregister har hög nationell täckningsgrad
- Relevanta indikatorer för kvalitetsuppföljning i Öppna jämförelser för äldre presenteras årligen
- Höjd kompetens för baspersonalen inom äldreomsorgen
- En ökad andel av personalen har eftergymnasial vård- eller omsorgsutbildning
- Personalen har utbildning i värdegrundarbete
- Chefer i kommunernas vård och omsorg har adekvat ledarkompetens
- Utbildning av relevant personal i geriatrik, gerontologi och gerodontologi ökar
- Satsning inom äldreforskning

8. Uppföljning och utvärdering

- Uppföljning och utvärdering av oberoende part
- Årlig utvärdering
- Utvärdering av projektet 2014

Bilaga 2 Uppdrag till Socialstyrelsen

Som ett led i regeringens satsning på insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre får Socialstyrelsen under 2013 använda 76 000 000 kronor till följande uppdrag.

1. Kartläggning av primärvårdens ansvar och insatser

Socialstyrelsen ges i uppdrag att fortsätta arbetet med att göra en samlad kartläggning och analys av dels primärvårdens uppdrag och insatser, dels korttidsboende och andra vård- och omsorgsformer i gränslandet mellan akutsjukvård och permanenta insatser från kommunal vård och omsorg samt identifiera huvudfrågor för fortsatt arbete.

2. Fortsatt arbetet med kunskapsutveckling och stöd till implementering

Socialstyrelsen ges i uppdrag att fortsätta arbetet med att tydliggöra de mest sjuka äldres specifika förutsättningar och behov i olika nationella riktlinjer. Arbetet innefattar metodutveckling och att utarbeta en generell vägledning kring insatser för de mest sjuka äldre som kan ingå i flera olika nationella riktlinjer. En modell ska prövas för att dels identifiera åtgärder där specifika rekommendationer bör ges för de mest sjuka äldre, dels hantera kunskapsluckor.

Socialstyrelsen ges vidare i uppdrag att fortsätta arbetet med att ta fram ett stöd för ökad delaktighet i vård och omsorg för personer med demens och deras anhöriga.

Socialstyrelsen ges också i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna stödja implementeringen av ett behovsriktat arbetssätt och användningen av ett nationellt fackspråk inom äldreomsorgen. Under 2013 ska arbetssättet, som testats i tre försökskommuner, nu introduceras i större skala. Cirka 600 lokala processledare ska utbildas.

Socialstyrelsen ges dessutom i uppdrag att fortsätta arbetet med att ta fram två systematiska översikter och två systematiska kartläggningar vad gäller evidensbaserad kunskap kring omsorgen om mest sjuka äldre.

3. Registeranalyser

Socialstyrelsen ges i uppdrag att fortsätta arbetet med att fördjupa sina epidemiologiska studier och genomföra registeranalyser av de mest sjuka äldre. Inriktningen ska vara att identifiera effektivitets- och samordningsbrister i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Förändringar över tid av gruppens sammansättning med hänsyn till användning av vård, omsorg och läkemedel ska belysas. Identifierade brister i psykiatrisk vård och läkemedelsbehandling för äldre med psykisk ohälsa ska analyseras ytterligare och nationella minoriteters situation belysas särskilt. Socialstyrelsen ska även identifiera vilka registeruppgifter som vore önskvärda att ha för att utförligt kunna identifiera och följa utvecklingen för de mest sjuka äldre och deras anhöriga och brister i vård- och omsorgsprocesserna. Socialstyrelsen ska exempelvis undersöka och beskriva hur ett s.k. vårdprocessID och ett omsorgsprocessID skulle kunna utformas inom vården och omsorgen för mest sjuka äldre.

4. Utveckling statistiken

Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna utveckla den personnummerbaserade statistiken över äldres vård och omsorg så att månadsvis insamling och presentation sker. Insamling av behovsuppgifter ska utredas och en plan utarbetas för hur statistiken ska utvecklas bl.a. för hemsjukvård samt för stöd till anhöriga och icke biståndsprövade insatser enligt socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen ges även i uppdrag att vidareutveckla patientregistret med avseende på innehåll, kvalitet och aktualitet. Socialstyrelsen ska arbeta för att öka täckningsgraden på inrapporteringen från öppen specialistvård. För att åstadkomma en effektivare datahantering ska Socialstyrelsen också genomföra en förstudie angående ny databasstruktur för patientregistret samt en förstudie kring möjligheterna till tätare inrapportering av uppgifter.

5. Förbättrad läkemedelsanvändningen för äldre

Socialstyrelsen ges i uppdrag att utveckla ett webbaserat stöd om läkemedelsgenomgångar utifrån föreskrift och vägledning när det gäller mest sjuka äldre.

6. Utveckling av öppna jämförelser för äldre

Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna utveckla nya indikatorer, så långt möjligt publicerade på enhetsnivå, för vård och omsorg om de mest sjuka äldre på de områden där sådana idag saknas. Särskilt fokus ska läggas på att utveckla indikatorer som beskriver vård- och omsorgsprocesserna. Indikatorer som kan vidareutveckla det systematiska kvalitetsarbetet och underlätta kvalitetsuppföljning nationellt bör också tas fram.

Socialstyrelsen ges även i uppdrag att utveckla brukarundersökningen om äldres uppfattningar om vård och omsorg när det gäller undersökningsmetod och antal deltagare i undersökningen så att resultat kan redovisas på enhetsnivå för särskilt boende och hemtjänst. Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Myndigheten för vårdanalys, Famna och Vårdföretagarna.

Socialstyrelsen ges också i uppdrag att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna utveckla presentationen av Öppna jämförelser så att de i högre grad visar hur kvaliteten i och resultatet av vård och omsorg om de mest sjuka äldre utvecklas. Inriktningen bör också vara att öka aktualiteten av webbpublicerade data i Öppna jämförelser.

7. Förbättrad rättsäkerhet

Socialstyrelsen ges i uppdrag att utveckla vägledningen till kommuner och enskilda verksamheter för att förbättra rättssäkerheten för äldre personer inom äldreomsorgen och särskilt uppmärksamma situationen för de mest sjuka äldre. Handläggning och dokumentation samt frågor som rör situationen för personer med nedsatt autonomi är särskilt viktiga områden att uppmärksamma i vägledningen.

8. Bedömning mot uppställda krav i överenskommelsen om mest sjuka äldre

Socialstyrelsen ges i uppdrag att genomföra en bedömning av om kommuner och landsting uppnått uppställda grundläggande krav och resultat som regeringen beslutat lämna ersättning för enligt överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013. I uppdraget ingår också att ta fram en mall för hur grundläggande krav nr 2 ska redovisas och att tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting delta i arbetet med att ta fram en gemensam analysdatabas för analys och presentation av överenskommelsens prestations- och resultatindikatorer.

9. Utveckla en nationell källa för ordinationsorsak

Socialstyrelsen ges i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla en ny och nationell källa för ordinationsorsak, i form av ett strukturerat kodsysteem för ordinationer. Uppdraget avser ordinationer från såväl öppen som sluten vård. I uppdraget ingår att analysera och lämna förslag till hur en sådan källa kan och bör införas i hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för uppdraget är de bedömningar och förslag som finns i Socialstyrelsens rapport Projekt för dokumentation av ordinationsorsak och analys av samspel med närliggande kunskapsstöd.

10. Utvärdering av försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg

Socialstyrelsen ges i uppdrag att utvärdera försöksverksamheterna om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre i enlighet med regeringsbeslut II:1 från den 26 maj 2011.

11. God kvalitet inom vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsen ges i uppdrag att lämna vägledning i form av allmänna råd etc. avseende reglerna i SoL om god kvalitet för vård och omsorg om äldre.

12. Utbildning av AT-läkare kring äldre och läkemedel

Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en utbildningsmodul för AT-läkare kring äldre och läkemedel. I uppdraget ingår även att göra en behovs- och mottagaranalys samt beskrivning av innehåll i utbildningsmodulerna.

Bilaga 3: Utformning av rekvisition och ekonomisk redovisning

Rekvisition av bidrag

1 Kontaktuppgifter

Bidragsmottagare
Organisationsnummer
Kontaktperson
Postadress
Telefon inkl. riktnummer
Faxnummer
E-postadress

2 Bidrag som ansökan avser

Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse
Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning
Överenskommelsens benämning
Belopp som rekvireras
Rekvisitionen avser perioden

3 Uppgifter för utbetalning

Bankgiro/Plusgiro
Önskad betalningsreferens

4 Underskrift i original av behörig företrädare

Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen.

Datum
Underskrift
Namnförtydligande

Ekonomisk redovisning

1 Kontaktuppgifter

Bidragsmottagare
Organisationsnummer
Kontaktperson
Postadress
Telefon inkl. riktnummer
Faxnummer
E-postadress

2 Bidrag som ansökan avser

Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse
Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning
Överenskommelsens benämning
Summa bidrag enligt överenskommelsen
Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet
Period som den ekonomiska redovisningen avser

3 Redovisning av verksamhet eller aktivitet

Bidrag
 Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet
Kostnader
 Kostnader (specificera större kostnadsposter)
 Summa kostnader
Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)

4 Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen

Alt 1: *N.N (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt.*

Alt 2: *N.N (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.)*

Namn
Befattning
Telefon inkl. riktnummer
E-postadress

5 Underskrift i original av behörig företrädare

Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga.
Datum
Underskrift
Namnförtydligande