

Handläggare
Carina Kumlin

Datum
2013-05-20

Diarienummer
ALN-2012-0161.30

Äldrenämnden

Bättre liv för sjuka äldre Handlingsplan för regional utveckling 2013-2014

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att ställa sig bakom framtagna Handlingsplan för regional utveckling 2013-2014 när det gäller Bättre liv för sjuka äldre

att till Regionförbundet Uppsala län skicka äldrenämndens protokollsutdrag med begärda beslut från Regionförbundet och Sveriges kommuner och landsting (SKL)

Sammanfattning

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har i en överenskommelse beslutat om utveckling och åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Med denna överenskommelse följer under perioden 2012-2014 medel för huvudmannagemensamt utvecklingsarbete samt prestationsersättningar. Överenskommelsen 2013 innehåller krav som ska vara uppfyllda i länet för att prestationsersättningar ska kunna erhållas och det ska finnas politiskt förankrade beslut hos huvudmännen kring en gemensam handlingsplan.

Ärendet

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013 är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Överenskommelsen handlar om att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensivifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Innehållet är en fortsättning på tidigare års överenskommelser med satsningar som intensivifieras.

Genom den nationella satsningen Ledningskraft har en arbetsgrupp med representanter från landstinget och länets kommuner på ledningsnivå, utvecklat den länsgemensamma handlingsplanen, för förbättringsarbete i länet när det gäller de mest sjuka äldre. Handlingsplanen är en grundförutsättning för att ta del av de ekonomiska ersättningarna. Den länsgemensamma handlingsplanen ska vara politiskt beslutad och redovisad till SKL senast den 16 augusti 2013. Handlingsplanen bifogas denna skrivelse.

Beslutet ska vara vård- och omsorgsstrateg vid Regionförbundet tillhanda senast den 1 juli 2013. Vård- och omsorgstrateg vid Regionförbundet Uppsala län redovisar handlingsplanen och de politiska besluten till SKL.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
direktör

Bilagor

- Bilaga 1 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013
- Bilaga 2 Bilaga till regeringsbeslut 2013-03-27 nr II.I, Genomförandeplan: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013
- Bilaga 3 Bättre liv för sjuka äldre, Handlingsplan för regional utveckling Uppsala län 2013 - 2014

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 Åtterrapporering	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 intensifiera 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: multisyjuklighet (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 systematiska förbättringsarbetet 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 måluppfyllelse. 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.

Själv mord 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. vårdvals nätverket 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. Registrans utdataberportering 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 utdataberporter som ger en samlad bild av resultaten från de fyra kvalitetsregistren. Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för att sådana utdataberporter 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 överenskommelses 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 och planerat förebyggande åtgärder med registrering i Senior alert.

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform genomfört riskbedömningar, planerat förebyggande åtgärder och gjort uppföljning 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 Revised Oral Assessment Guide (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. Behandlingsmetodikerna 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 behandlingsmetodikerna.

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 multistjuka äldre i ordinarie 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 beteendesymptom 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 beteendesymptom 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.

Prestationsersättning 2013

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

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 genomförandeplanen 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 onödigt 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 utförares 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 Sammanhållen 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

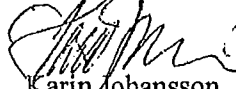
Överenskommelsen gäller till och med den 31 december 2014. Parterna har för avsikt att årligen revidera överenskommelsen utifrån då gällande förhållanden samt utifrån erfarenheter från föregående år. Ambitionen är att för varje år höja ambitionsnivån i överenskommelsen för att ytterligare stimulera till en bättre vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och

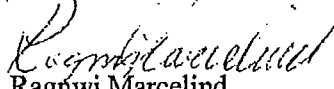
Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen beviljar medel för ändamålet för respektive år.

För staten genom Socialdepartementet

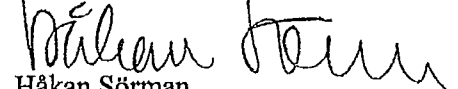
För Sveriges Kommuner och Landsting

Stockholm den 12 december 2012/1


Karin Johansson


Ragnwi Marcelind

Stockholm den 12 december 2012


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
- Ersättningsystem 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 behovsinriktat 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

Bidragmottagare
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. (Avvikelsena 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

Avd för Vård och omsorg
Sektionen för vård och socialtjänst
Kristina Jennbert

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Genomförandeplan: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013

Bakgrund

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. Medlen har använts till att stimulera ett ökat engagemang i kvalitetsarbetet genom bl.a. användning av kvalitetsregister och åtgärder för att förbättra möjligheterna till uppföljning och utveckling. Medel har även använts till kommun- och landstingsgemensamma utvecklingsledare. Dessa ger stöd och driver utvecklingen i reguljära verksamheter samt till försöksverksamheter som bygger på sammanhållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre. Denna satsning fortsätter med syftet att ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL omfattar **1 115 500 000 kronor** för år 2013.

1 Grundläggande krav

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.

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

Uppföljning inför utbetalning av medel

SKL ansvarar för löpande uppföljning av grundkraven med återrapportering till Socialstyrelsen enligt bifogad mall (bilaga 1), senast den 1 oktober 2013. Socialstyrelsen har i uppdrag att ansvara gentemot regeringen för att göra en samlad bedömning av uppställda krav och resultat från kommuner och landsting. Socialstyrelsen överlämnar en rapport till Socialdepartementet senast den 1 december 2013.

Om huvudmännen i ett län gemensamt inte uppfyller grundkrav ett (1) kan det länet inte ta del av medlen. Om en huvudman inte uppfyller kravet inom grundkrav två (2) kan den huvudmannen inte ta del av medlen.

2 Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete

2.1 Utvecklingsledare

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, totalt 66 personer samt en samordnare för de enskilda idéburna aktörerna har fått statlig finansiering för utvecklings- och förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. Från och med 2012 har även Vårdföretagarna fått sådant stöd.

Parterna är överens om att detta arbete ska fortsätta att få statligt stöd. Utvecklingsledarna ska vara ett regionalt kunskaps- och förbättringsstöd när det gäller att utveckla en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Förbättringsarbetet ska inriktas mot de områden som läggs fast i den för huvudmännen gemensamma handlingsplanen och härigenom bidra till bättre måluppfyllelse. Även Famna får tre miljoner kronor och Vårdföretagarna tre miljoner kronor för 2013 till utvecklingsledare som stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete bland sina medlemmar. Sammanlagt avsätts 72 miljoner kronor för 2013.

Utbetalning av medel enligt ovan

- | | |
|---|--------------------|
| a) Medel till kommuner och landsting till länsgemensamt utvecklingsarbete/utvecklingsledare
Utbetalas till SKL efter rekvisition | 66 milj. kr |
| b) Medel till Famna för utvecklingsarbete som stöd till förbättrings- och kvalitetsarbete | 3 milj. kr |

Utbetalas till SKL efter rekvisition

- c) Medel till Vårdföretagarna till utvecklingsledare som stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete
Utbetalas till SKL efter rekvisition **3 milj. kr**

Särskilda villkor för medel enligt a-c

SKL ansvarar för utbetalning av medel till kommuner och landsting samt till Famna och Vårdföretagarna.

Sveriges Kommuner och Landsting ska i en verksamhetsrapport 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.

Bilaga 2 Genomförandeplan för utvecklingsledarna (ingår i SKLs genomförandeplan)

Bilaga 3 Genomförandeplan och budget för Famna

Bilaga 4 Genomförandeplan och budget för Vårdföretagarna

2.2 Ledningskraft – att gå från ord till handling

Förbättringar för de mest sjuka äldre ställer stora krav på kunskaper om och erfarenhet av att leda förändring i komplexa system. Mötesplatser för dialog och kraftsamling behövs för att den handlingsplan som alla län tagit fram ska kunna omsättas i praktisk handling och leda till en varaktig förändring.

Som ytterligare kompletterande stöd för chefer har det under 2012 erbjudits mötesplatser kallad Ledningskraft i syfte att skapa nationella sammankomster som kan stärka chefers kompetens i förbättringsarbete med fokus på att gå från ord till handling och omsätta den länsgemensamma handlingsplanen till praktisk vardag.

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.

Utbetalning av medel enligt ovan

Medel till SKL för Ledningskraft
Utbetalas till SKL efter rekvisition

19 milj. kr

Särskilda villkor

Sveriges Kommuner och Landsting ska i en verksamhetsrapport 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.

Bilaga 2 Genomförandeplan och budget för Ledningskraft (ingår i SKLs genomförandeplan)

2.3 Äldres psykiska ohälsa

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.

Utbetalning av medel enligt ovan

Medel till SKL för Äldres psykiska ohälsa
Utbetalas till SKL efter rekvisition

3 milj. kr

Särskilda villkor

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.

Sveriges Kommuner och Landsting ska i en verksamhetsrapport 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.

Bilaga 2 Genomförandeplan och budget för Äldres psykiska ohälsa (ingår i SKLs genomförandeplan)

2.4 Kvalitetssäkrad välfärd

Målet för denna insats är att etablera uppföljning och kontroll av välfärdstjänster som en naturlig del i kommunens respektive landstingets ledning och styrsystem.

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.

Utbetalning av medel enligt ovan

Medel till SKL för Kvalitetssäkrad välfärd
Utbetalas till SKL efter rekvisition

8 milj. Kr

Särskilda villkor

Sveriges Kommuner och Landsting ska i en verksamhetsrapport 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.

Bilaga 2 Genomförandeplan och budget för Kvalitetssäkrad välfärd (ingår i SKLs genomförandeplan)

2.5 Försöksverksamheter

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. 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. Utvecklingsledarna och ledningskraft ska medverka till aktiv spridning och diskussion av hur erfarenheterna kan användas i utvecklingsarbetet.

Den vetenskapliga utvärderingen överlämnar en slutrapport till Socialstyrelsen den 31 januari 2014 som i sin tur lämnar slutrapport till regeringen den 30 april 2014.

Särskilda villkor

Projektet ska komma in med slutrapport till SKL den 2 september 2013, ekonomisk redovisning den 15 december och återbetalning av ej förbrukade medel till Kammarkollegiet den 31 december 2013. SKL ska färdigställa en skrift som presenterar erfarenheter från försöksverksamheterna under 2013.

2.6 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. I juni 2011 gav regeringen även utvecklingsstöd till ytterligare två kvalitetsregister – Svenskt Demensregister (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD). Utvecklingen av dessa kvalitetsregister har bedömts som viktiga för att främja ett systematiskt förbättringsarbete och syftet är att de ska leda till kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen om sjuka äldre personer.

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 4 kvalitetsregistren.

Sammanlagt 28 miljoner kronor utbetalas till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur förmedlar 25 miljoner kronor till respektive register i enlighet med en av regeringen godkänd genomförandeplan.

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.

a. Medel för stöd till Svenska Palliativregistret 7 miljoner kr

I bilaga 5 redovisas genomförandeplan och budget för Svenska Palliativregistret

b. Medel till stöd till Senior Alert 10 miljoner kronor

I bilaga 6 redovisas genomförandeplan och budget för Senior Alert

c. Medel till stöd för Svenska Demensregistret 4 miljoner kronor

I bilaga 7 redovisas genomförandeplan och budget för Svenska Demensregistret

d. Medel till stöd för BPSD-registret 4 miljoner kronor

I bilaga 8 redovisas genomförandeplan och budget för BPSD-registret

e. Medel för samordning och genomförande inom Famna 1 miljon kronor

Se bilaga 3

f. Medel för samordning och genomförande inom Vårdföretagarna 1 miljoner konor

Se bilaga 4

g. Medel för samordning av arbetet med kvalitetsregister på nationell nivå (SKL) 1 miljon kronor

Se bilaga 2

Utbetalning av medel enligt ovan

a) Medel till Svenska Palliativregistret	7 milj. kr
Utbetalas till SKL efter rekvisition	
b) Medel till Senior Alert	10 milj. kr
Utbetalas till SKL efter rekvisition	
c) Medel till Svenska Demensregistret	4 milj. kr
Utbetalas till SKL efter rekvisition	
d) Medel till BPSD-registret	4 milj. kr
utbetalas till SKL efter rekvisition	
e) Medel till Famna	1 milj. kr
Utbetalas till SKL efter rekvisition	
f) Medel till Vårdföretagarna	1 milj. kr
Utbetalas till SKL efter rekvisition	
g) Medel till SKL	1 milj. kr
Utbetalas till SKL efter rekvisition	

Särskilda villkor för medel enligt a-g:

SKL ansvarar för utbetalning av medel till Svenska Palliativregistret, Senior Alert, Svenska Demensregistret/BPSD, Famna och Vårdföretagarna. SKL svarar vidare för uppföljning av respektive budget och genomförandeplan samt återrapportering till Socialdepartementet senast den 10 oktober 2013. Slutredovisning ska ske senast den 31 mars 2014.

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. 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.

2.7 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 förändringsarbetet. Utvecklingsarbetet är nära kopplat till ett av huvudmännen prioriterade områden *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, bl.a. med utdatarapporter och fortsatt utvecklingsarbete avseende utdataportalen.

I uppdraget ingår även att samordna denna överenskommelses insatser med andra relevanta överenskommelser som t.ex. patientsäkerhetsöverenskommelsen samt överenskommelsen om evidensbaserad praktik och eHälsa inom socialtjänsten.

Utbetalning av medel

Medel för nationell samordning till SKL
Utbetalas till SKL efter rekvisition

10 milj. kr

I **bilaga 2** redovisas genomförandeplan och budget för Nationell samordning (SKL).

Särskilda villkor

Sveriges Kommuner och Landsting ska i en verksamhetsrapport 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.

3 Prestations/resultatersättning

3.1 God vård i livets slut

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller den palliativa vården för de mest sjuka äldre ges fortsatt prestationsbaserat stöd till de verksamheter som registrerar i Svenska Palliativregistret. Stöd ges nu till de verksamheter som förbättrat resultaten avseende fyra indikatorer: brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest.

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.

Om beräkning - utbetalning av medel

Mätperiod: 1 oktober 2011 till 30 september 2012 jämfört med 1 oktober 2012 till 30 september 2013.

Sista datum för inmatning i kvalitetsregistret: Uppgifter gällande t.o.m. september 2013 kan inmatas i registret senast den 15 oktober för kvalificering till prestationsersättning 2013.

Grundkrav: Årets mål förutsätter 70 procents täckningsgrad avseende dödsfall bland 65 år och äldre. Andelen dödsfall som är registrerade i Svenska Palliativregistret ska vara minst 70 procent av samtliga dödsfall i kommunen. Beräkningen av täckningsgrad per kommun sker genom att dividera antalet registreringar (förväntade dödsfall) i Svenska Palliativregistret för

gruppen 65 år och äldre med samtliga dödsfall för personer över 65 år. Antal dödsfall kommunvis hämtas från Skatteverket.

Beräkning av måluppfyllelse: Målvärdet för de fyra ingående parametrarna brytpunktsamtal, smärtskattning, ordination av injektionsmedel mot ångest samt dokumenterad munhälsobedömning har satts till 100 procent för 2013.

Svenska palliativregistret ansvarar för att beräkna förbättring för de fyra indikatorerna brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest. Beräkningen görs för väntade dödsfall i gruppen 65 år och äldre. Det sammanlagda vårdresultatet för väntade dödsfall under hela mätperioden jämförs med föregående 12-månadersperiod beräknat på samma sätt men utan krav på 70 procent täckningsgrad. Den procentuella förändringen av indikatorerna som rör brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest beräknas genom att addera de fyra differenserna i procentenheter från föregående mätperiod och dela resultatet med fyra, dvs. medelvärdet av det förändrade resultatet beräknas och ligger till grund för årets prestationsbaserade statsbidrag.

Om den genomsnittliga förändringen i procentenheter av indikatorerna brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel överstiger 10 procentenheter får huvudmannen vara med och dela på den ytterligare ersättningen om 20 miljoner kronor.

Uppnått maxresultat på en indikator räknas som 10 procentenheter. Exempelvis om andelen av de förväntade dödsfall registrerade i palliativregistret som har erhållit smärtskattning har förändrats från 95 % till 100 % så räknas detta som en förändring motsvarande 10 procentenheter för den indikatorn. Andelen förväntade dödsfall som registrerats i Svenska Palliativregistret får inte understiga 70 %.

Uppföljning och utbetalning av medel: Svenska Palliativregistret lämnar alla uppgifter som ingår i beräkningen avseende registrerade dödsfall i Svenska Palliativregistret per kommun till Socialstyrelsen senast den 1 november 2013. Medlen fördelas mellan dem som nått uppsatta mål, dvs. 35 mkr fördelas till de kommuner som förbättrat sina resultat med minst 5 % för nämnda fyra indikatorer och 15 mkr till motsvarande landsting. På motsvarande sätt fördelas 14 mkr till de kommuner som förbättrat sig med 10 % eller mer och 6 mkr till de landsting som förbättrat sig 10 % eller mer. Socialstyrelsen lämnar efter gjord bedömning förslag till utbetalning av medel till Socialdepartementet senast den 1 december 2013. Medlen utbetalas efter regeringsbeslut av Kammarkollegiet till SKL. Berörda huvudmän får därefter rekvirera sina medel från SKL att användas för att utveckla verksamheterna under 2014. Socialstyrelsen följer upp registrets kvalitetssäkring av uppgifterna.

3.2 Preventivt arbetssätt

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, korttidsenhet, hemsjukvård m.m. En standardiserad riskbedömning av individens risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen föregår varje registrering och en individuell åtgärdsplan upprättas samt uppföljning görs.

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. Medel ges också till dem som förutom riskbedömning också genomfört minst en åtgärd för dem som behöver detta. Medel fördelas dessutom till dem som utfört bedömning av ohälsa i munnen med registrering i Senior alert.

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 och planerat förebyggande åtgärder med registrering i Senior alert.

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform genomfört riskbedömningar, planerat förebyggande åtgärder och gjort uppföljning 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 Revised Oral Assessment Guide (ROAG) med registrering i Senior Alert. Medlen fördelas med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen.

Beräkning - utbetalning av medel*1. Täckningsgrad i särskilt boende*

Antalet vårdplatser och boende i särskilt boende (inkl. korttidsboende) för äldre insamlas av Senior alert via punktprevalensmätning. Eventuella tomma platser 30 september 2013 eller ändringar av antal platser ska av kommunen rapporteras till Senior alert senast den 30 september 2013. Mätning av täckningsgrad sker den 30 september 2013 som andelen boende som fått en riskbedömning i Senior alert det senaste året av det totala antalet boende. Täckningsgraden bedöms på kommunnivå och inkluderar såväl offentliga som privata utförare. Registreringen sker med beaktande av gällande sekretess- och registerlagstiftning. Kommuner som inte når 90 procents täckningsgrad i särskilt boende i Senior alert kan till Senior alert lämna in uppgifter över antalet varaktigt beslutsoförmögna personer i särskilt boende som erhållit en riskbedömning utan registrering i Senior alert under förutsättning att riskbedömningen och insatta åtgärder är dokumenterade i journal. Antalet sådana riskbedömningar kommer att medräknas i täckningsgradsmåttet vid beräkning av prestationsersättning.

Prestationsersättningen tillfaller de huvudmän som kvalificerat sig och i relation till antalet platser i särskilt boende och korttidsboende för äldre. Uppgifter gällande t.o.m. september 2013 kan inmatas i registret t.o.m. den 15 oktober för kvalificering till prestationsersättning 2013.

2. Stöd till hela vård- och omsorgspreventiva processen

Beräkningen sker genom mätning av antal registreringar i Senior alert. För att en registrering ska kvalificera sig måste den innehålla både riskbedömning och minst en planerad åtgärd per konstaterad risk. En kvalificerad registrering kan också vara en riskbedömning där risk inte föreligger.

Fördelning av medel: 50 miljoner kronor fördelas på totala antalet kvalificerade registreringar, så att ett värde per registrering kan räknas fram. 35 miljoner fördelas till kommunerna och 15 miljoner till landstingen.

Mätperiod: 1 oktober 2012 till 30 september 2013

Sista dag för inmatning i kvalitetsregistret: Uppgifter gällande t.o.m. september 2013 kan inmatas i registret t.o.m. den 15 oktober för kvalificering till prestationsersättning 2013.

3. Bedömning av munhälsa

Beräkningen sker bland dem som förutom fall, undernäring och trycksår även har bedömt och registrerat munhälsan i Senior alert.

Fördelning av medel: 20 miljoner kronor fördelas till de huvudmän som för en person som förutom riskbedömning av fall, undernäring och trycksår också har gjort en munhälsobedömning enligt Revised Oral Assessment Guide (ROAG) som registrerats i Senior alert. Ett värde per registrering räknas fram. 14 miljoner fördelas till kommunerna och 6 miljoner till landstingen.

Mätperiod: 1 oktober 2012 till 30 september 2013

Sista dag för inmatning i kvalitetsregistret: Uppgifter gällande t.o.m. september 2013 kan inmatas i registret t.o.m. den 15 oktober för kvalificering till prestationsersättning 2013.

Utbetalning av medel: Senior alert lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registreringar enligt ovan senast den 1 november 2013. Socialstyrelsen lämnar efter gjord bedömning förslag till utbetalning av medel till Socialdepartementet senast den 1 december 2013. Medel utbetalas efter regeringsbeslut av Kammarkollegiet till SKL. Berörda huvudmän får därefter rekvirera sina medel från SKL att användas för att utveckla verksamheterna under 2014.

3.3 God vård vid demenssjukdom

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. De kvalitetsindikatorer som registreras rör bl.a. förekomsten av diagnostisering, behandling med demensläkemedel, boende i enheter särskilt anpassade för personer med demenssjukdom. SveDem används i stort sett i alla landsting med hög täckningsgrad på specialistnivå (mer än 90 procent) men betydligt lägre täckningsgrad inom primärvården.

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens(BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Registret är relativt nytt och för närva-

rande deltar 206 kommuner i registret. Intresset att ansluta ytterligare vård- och omsorgsenheter är stort.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller vården och omsorgen om personer med demens ges 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.

Beräkning - utbetalning av medel

SveDem

1. *Antal personer oberoende av ålder som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit demensutredning och diagnos i primärvården samt registrerats i SveDem.*
2. *Uppföljning i primärvården av personer som har en diagnosticerad demenssjukdom.*

Nyregistrering av tidigare diagnosticerad person i anslutning till uppföljningsbesök bedöms som uppföljning.

Mätperiod: 1 oktober 2012 till 30 september 2013.

Sista dag för inmatning i kvalitetsregistret: Uppgifter gällande t.o.m. september 2013 kan inmatas i registret t.o.m. den 15 oktober för kvalificering till prestationsersättning 2013.

Fördelning av medel: 25 miljoner kronor fördelas till landsting i relation till antalet utförda registreringar i SveDem av personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit demensutredning i primärvården. 25 miljoner kronor fördelas till landsting i relation till antalet utförda registreringar i SveDem av uppföljningar av personer med demenssjukdom.

Uppföljning och utbetalning av medel: SveDem lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registreringar enligt ovan senast den 1 november 2013. Socialstyrelsen lämnar efter gjord bedömning förslag till utbetalning av medel till Socialdepartementet senast den 1 december 2013. Medlen utbetalas efter regeringsbeslut av Kammarkollegiet till SKL. Berörda huvudmän får därefter rekvirera sina medel från SKL att användas för att utveckla verksamheterna under 2014.

BPSD-registret

Mätperiod: 1 oktober 2012 till 30 september 2013.

Sista dag för inmatning i kvalitetsregistret: Uppgifter gällande t.o.m. september 2013 kan inmatas i registret t.o.m. den 15 oktober för kvalificering till prestationsersättning 2013.

Fördelning av medel: 50 miljoner fördelas på antalet registreringar i BPSD-registret genom att ett värde per registrering räknas fram. Medlen fördelas sedan till kommunerna i relation till antalet utförda registreringar i BPSD-registret. Registreringen sker med beaktande av gällande sekretess- och registerlagstiftning. Kommuner som infört ett standardiserat arbets sätt vid BPSD-symptom för den som är varaktigt beslutsförmögen utan att göra registreringar i BPSD-registret kan till BPSD-registret lämna in uppgifter över antalet utförda BPSD-bedömningar under förutsättning att bedömningarna är dokumenterade i journal. Antalet sådana bedömningar kommer att medräknas vid beräkning av prestationsersättning.

Utbetalning av medel: BPSD-registret lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registreringar enligt ovan senast den 1 november 2013. Socialstyrelsen lämnar efter gjord bedömning förslag till utbetalning av medel till Socialdepartementet senast den 1 december 2013. Medel utbetalas efter regeringsbeslut av Kammarkollegiet till SKL. Berörda huvudmän får därefter rekvidrera sina medel från SKL att användas för att utveckla verksamheterna under 2014.

3.4 God läkemedelsbehandling för äldre

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 75 år och äldre på länsnivå. Förekomsten av dessa läkemedel ska under 4 av 6 månader på länsnivå ligga under motsvarande månader föregående år för att få del av avsatta medel.
- Adekvat användning av läkemedel mot psykos. För dessa läkemedel finns indikation vid psykosjukdom, 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. Användningen av dessa läkemedel ska för personer 65 år eller äldre som har läkemedel distribuerade i dosdispenserad form på länsnivå under 4 av 6 månader ligga under motsvarande månads nivå föregående år 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

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

öka risken för hjärtinfarkt och stroke. Användningen av dessa läkemedel ska för personer 75 år och äldre på länsnivå under 4 av 6 månader ligga under nivån motsvarande månad föregående år för att få del av avsatta medel.

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 och med september 2013.

Erforderlig förbättring definieras i genomförandeplanen 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.

Beräkning - utbetalning av medel

Samarbetsavtal mellan CeHis och landstingen ska vara tecknade senast den 30 september. CeHis ska senast den 1 november 2013 lämna uppgifter till Socialstyrelsen.

Analysarbetsgruppen som består av experter från Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL har tagit fram underlag för länens individuella förbättringskrav avseende läkemedelsindikatorerna som presenteras i en utdataportal www.skl.se/battreliv månadsvis (se vidare bilaga 9).

Mätperiod: 1 april 2012 till 30 september 2012 jämfört med 1 april 2013 till 30 september 2013.

Ersättning utbetalas om värdet på länsnivå 2013 under minst 4 av 6 månader (1 april – 30 september 2013) understiger värdet för samma indikator motsvarande månad 2012.

Uppföljning och utbetalning av medel: Analysarbetsgruppen lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende statistiskt säkerställd förbättring enligt ovan senast den 1 november 2013. Medel utbetalas efter regeringsbeslut av Kammarkollegiet till SKL. Berörda huvudmän får rekvirera sina medel från SKL att användas för att utveckla verksamheterna under 2014.

3.5 Sammanhållen vård och omsorg

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 att patienten har andningssvårigheter, är svårt uttorkad, har fallskador eller biverkningar på grund av felaktig läkemedelsbehandling

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 internationellt etablerade indikatorerna "undvikbar sluten vård" och "återinläggningar inom 30 dagar".

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 vårdplaner, 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 sluten vård* fram till den 30 september 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 30 september 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.

Beräkning - utbetalning av medel

Analysarbetsgruppen som består av experter från Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL har tagit fram underlag för länens individuella förbättringskrav avseende indikatorerna för en sammanhållen vård och omsorg och presenteras i en utdataportal som presenteras på www.skl.se/battreliv månadsvis (se vidare bilaga9).

Mätperiod: 1 april 2012 till 30 september 2012 jämfört med 1 april 2013 till 30 september 2013.

Ersättning utbetalas om värdet på länsnivå under 4 av 6 månader (april – september) 2013 understiger värdet motsvarande månad 2012.

Uppföljning och utbetalning av medel: Analysarbetsgruppen lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende statisk säkerställd förbättring enligt ovan senast den 1 november 2013. Medel utbetalas efter regeringsbeslut av Kammarkollegiet till SKL. Berörda huvudmän får därefter rekvidrera sina medel från SKL att användas för att utveckla verksamheterna under 2014. Medlen fördelas med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen i förhållande till antalet personer 65 år och äldre.

3.6 Medel för 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). SKL ska erbjuda mötesplatser för analysansvariga med möjlighet till erfarenhetsutbyte. SKL ska också ta fram en sammanställning av vilka indikatorer som är lämpliga att följa på olika nivåer som underlag för både uppföljning och utveckling.

Utbetalning av medel

Medel till kommuner och landsting länsgemensamt för lokalt analysarbete **49 milj. kr**
Utbetalas till SKL efter rekvisition som därefter fördelar dem till berörda mottagare.

Särskilda villkor

SKL får använda en miljon kronor för nationell samordning. 48 miljoner kronor fördelas med 4 mkr vardera till de tre storstadslänen och 2 mkr vardera till resterande län. Återrapportering av analysarbetet ska lämnas senast den 1 februari 2014.

Sveriges Kommuner och Landsting

Håkan Sörman

Göran Stiernstedt

Bilaga 1

Överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre 2013

I överenskommelsen för 2013 om "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre" finns grundläggande krav som är ska vara uppnådda för att landsting och kommuner ska ha möjlighet att ta del av prestationsmedlen för 2013. Ett av kraven gäller ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

"Under 2013 ska kommuner och landsting dokumentera hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering enligt 5 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas när det gäller vård och omsorg om äldre".

Sveriges Kommuner och Landsting ska göra en löpande uppföljning av de grundläggande kraven med återrapportering till Socialstyrelsen senast den **1 oktober 2013**. Socialstyrelsen ska därefter lämna en samlad bedömning av uppställda krav och resultat från kommuner och landsting till Socialdepartementet senast den 1 december 2013. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att göra en samlad bedömning av uppställda krav och resultat från kommuner och landsting.

Läs mer i Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-53>

samt i SKLs Vägledning – systematiskt kvalitetsarbete

<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/vagledning-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete.html>

MALL FÖR UPPFÖLJNING AV GRUNDLÄGGANDE KRAV OM LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET

Varje kommun och landsting ska här nedan beskriva hur det systematiska förbättringsarbetet ska bedrivas/bedrivs enligt kommunens/landstingets beslut.

Kommun/landsting:	
Kontaktperson:	
Område	Beskriv hur det systematiska förbättringsarbetet ska bedrivas/bedrivs
Riskanalys – Redogör för hur system och rutiner för riskanalys enligt 5 kap. 1 § utformats i huvudmannens verksamheter avseende	Fri text, max 400 tecken

vård och omsorg om äldre.	
Egenkontroll – Redogör för hur system och rutiner för egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § utformats i huvudmannens verksamheter avseende vård och omsorg om äldre.	Fri text, max 400 tecken
Klagomål och synpunkter – Redogör för hur system och rutiner för klagomåls- och synpunktshandlingen enligt 5 kap. 3 § utformats i huvudmannens verksamheter avseende vård och omsorg om äldre.	Fri text, max 400 tecken

Bilaga 2

SKL: Genomförandeplan och budget 2013

Nationell samordning, stöd till kvalitetsregister, utvecklingsledare, analysarbete, Ledningskraft, äldres psykiska ohälsa och kvalitetssäkrad välfärd

Ett integrerat arbete mot uppsatta mål

SKLs bidrag till att ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre bedrivs på ett integrerat sätt inom ramen för den på SKL prioriterade frågan *Bättre liv för sjuka äldre*.

Planeringen utgår från uppsatta mål utifrån frågeställningarna:

- På vilket sätt ska sjuka äldre märka att projektet varit framgångsrikt?
- Vad behöver vi göra för att nå det uppsatta målet på utsatt tid?
- På vilket sätt kommer den planerade insatsen att bidra till det uppsatta målet?

Konsekvensen av frågorna blir att tempot måste vara högt och att aktiviteter som inte leder mot målet måste prioriteras bort.

Mål 2013

- Våra medlemmar ska nå målen i överenskommelsen och få del av prestationsersättningen
- Planering finns för långsiktig hållbarhet
- Bidra till att förbättra svensk vård och omsorg om sjuka äldre och att förbättringen syns i media

Nationell samordning

Uppdraget innebär att inspirera och ge stöd till chefer och medarbetare i kommuner och landsting. SKL erbjuder erfarenhetsutbyte i nätverk, genomför seminarier och konferenser och sammanställer och återför resultat från utvecklingsarbetet. SKL tillhandahåller också material och metoder för att underlätta arbetet.

2013 planeras att i stor utsträckning samordna utvecklingsledarnas nätverk med analysnätverket och med Ledningskraft samt med regionala eHälsosamordnare.

Arbetet med kvalitetsregister och läkemedel är redan framgångsrikt och SKLs stöd kommer att fortsätta på den inslagna vägen.

Kvalitetsregister utgör en bra expertstruktur som stödjer de nya arbetssätten och som det är lätt för verksamheterna att ansluta sig till. Vi bedömer att hälften av landets vårdenheter kommit igång bra med arbetet vilket innebär goda möjligheter att förbättra vård i livets slut, demensvård och det förebyggande arbetet under förutsättning att förbättringsarbetet tar fart. SKL har tidigare fokuserat på att få tillräckligt hög täckningsgrad i kvalitetsregistren. När detta är uppnått kommer fokus att flyttas till att stödja förbättringsarbetet och att visa på synergieffekter av att samordna aktiviteterna lokalt och regionalt.

Inom läkemedelsområdet finns kunskap om förändringar som leder till bättre resultat. Under 2012 har användningen av olämpliga läkemedel bland äldre minskat i hela landet. Förbättrad läkemedelsbehandling är nära kopplat till övriga prioriterade områden och utgör på det sättet en nyckelfråga för framgång. I takt med att modern omvårdnad tillämpas inom kommunal vård och omsorg minskar behovet av sömnmedel och lugnande medel och därmed risken för fall och fallskador. Bra åtgärds paket finns via Patientsäkerhetsprojektet och dessa fungerar i praktiken.

Inom området sammanhållen vård och omsorg med indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar lyckades ingen medlem nå målet 2012. Det pågår i alla län ett intensivt arbete att analysera och förstå hur dessa indikatorer kan påverkas. Erfarenheter från USA visar att säker utskrivning från sjukhus är viktigt och att det är möjligt att minska antalet återinläggningar. Indikatorn undvikbar slutenvård är mer kopplad till enskilda diagnoser ffa hjärtsvikt och KOL. Där finns koncept som är värda att pröva. Ödmjukhet måste finnas för att ingen idag vet hur alla indikatorer i överenskommelsen samvarierar och vilka andra effekter som kan uppstå under arbetets gång. En extra kraftsamling kommer att ske runt indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg under 2013 på temat **inga onödiga sjukhusvistelser** och SKL har redan initierat en inspirationsdag den 20 februari. En konceptkatalog är under produktion där möjliga vägar att nå målen presenteras. SKL har också tagit fram ett simuleringsverktyg där medlemmarna kan testa sannolikheten att planerna leder mot målet. Att få positiva resultat från enskilda enheter är enkelt. Det svåra är att få genomslag i ett helt system.

Senior advisory board

Att seniorer och närstående själva medverkar i vården av den egna hälsan är en nyckelfråga. SKL samarbetar med ett senior advisory board. Deltagarna fungerar som referensgrupp men deltar också i aktiviteter på olika sätt. Bland annat pågår ett aktivt arbete kring läkemedel till äldre i PRO och SPF.

Critical friends

SKL träffar regelbundet olika experter som kan bidra och ge återkoppling på arbetet. Regelbundet samarbete finns med Sarah Fraser, engelsk expert på storskaligt förbättringsarbete. Samarbete finns också med Bodil Jönsson, professor emerita och med experter från Institute for Health Care Improvement, IHI i Boston.

Webbkollen

Att kunna följa upp resultat för den äldre i realtid är högt prioriterat. Webbkollen erbjuder ett enkelt webbaserat intervjuformulär där resultaten finns online på önskad nivå med möjligheter till jämförelser med sig själv och med andra. Intervjuguide finns för personer som återinlagts på sjukhus inom 30 dagar och nu också för personer som skrivits ut från sjukhus.

Utdataportal och kvalitetsportal

SKL har med stöd av teknik och personal från Svenska Palliativregistret tagit fram en utdataportal där medlemmarna kan följa i vilken utsträckning resultaten närmar sig årets mål.

Under året kommer en kvalitetsdataportal att utvecklas där chefer och ledare enkelt kan hitta aktuella data över verksamhetens kvalitet. Portalen kommer att utvecklas som ett samarbete

mellan SKL, Utdataportalen, de fyra kvalitetsregistren och en referensgrupp av medlemsrepresentanter.

Kommunikation

Arbete för att nå målen pågår nu med högsta intensitet i hela landet. Många aktiviteter pågår parallellt. Överenskommelsen med staten innehåller många delar. En huvuduppgift för SKLs nationella samordning är att "förpacka" informationen så att alla involverade får exakt den information de behöver på ett enkelt sätt och när den behövs. SKL lägger ner mycket arbete för att uppdatera webbsidan så gott som dagligen. SKL tar också fram rapporter för information med längre hållbarhetsdatum, gör filmer och medverkar på twitter och sociala media.

Ett annat viktigt informationsområde är att berätta på vilket sätt de äldre får ett bättre liv till följd av satsningen. En journalist reser runt i landet och hittar goda exempel som kan inspirera andra. Exempelen finns på webben men används också i rapporter och i annat material.

Analysarbete

SKL har under 2012 tagit initiativ till två grupper, en mindre referensgrupp med särskilt kompetenta och kunniga statistiker och analytiker och ett större nätverk för analysarbete där alla län är representerade. Under 2013 kommer den mindre gruppen att fungera som referensgrupp till den analysgrupp på departementet som ansvarar för beräkningen av statistiskt säkerställd förbättring. Möten med den större gruppen kommer i viss mån att samordnas med Ledningskraft och utvecklingsledarnätverket.

SKL har åtagit sig att samla in underlag för att beräkna måluppfyllelsen inom undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar. Insamlingen kommer att ske via väntetidsdatabasen där Harald Grönqvist samordnar arbetet, Jan Olov Strandell ansvarar för medlemsdialogen via hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket och kontrollernätverket och Greger Fransson ansvarar för att data kan presenteras på utdataportalen.

Stöd till kvalitetsregister

SKL samlar kvalitetsregistren till gemensamma strategidagar där årets mål diskuteras och det gemensamma arbetet planeras.

Kvalitetsregistren deltar vid möten med utvecklingsledarna och vid konferenser och seminarier utifrån behov. Kvalitetsregistren spelar också en viktig roll i Ledningskraft.

SKL ger också stöd efter behov för det utvecklingsarbete som pågår i registren avseende över- tankning av data från journal till kvalitetsregister och utveckling av innehållet i registren.

Ledningskraft

Inför 2013 fortsätter chefsteamet i ledningskraft att kraftsamla samverkan kring riktning, tempo och erfarenhetsutbyte för att nå målen i årets ÖK 2013 och därmed skapa "Bättre liv för sjuka äldre".

Bättre resultat genom förverkligande är ledord för årets mötesplatser i ledningskraft.

Under 2012 arbetade chefsteamet med gemensam målbild, struktur och former för samverkan, mätningar och uppföljning. Bättre resultat och att arbete pågår visades inom områdena

registrering i kvalitetsregister och läkemedel. De områden vi inte såg någon förflyttning inom var sammanhållen vård och omsorg.

Därför väljer vi att under 2013 fokusera på indikatorerna återinläggningar och undvikbar slutenvård. Utifrån omvärldsbevakning och tester i landet kommer vi ta fram ett vägledningsmaterial, dels kring *vad* i form av koncept som fokuserar på säker utskrivningsprocess, dels ett tjänstematerial kopplat till *hur* man omsätter dessa koncept. Här kommer utvecklingsnoder och utvecklingsledare fortsätta bygga kapacitet för att i samverkan stödja systematiskt förbättringsarbete för teamen i ledningskraft. Att arbeta med att parallellt utveckla stödstrukturer ingår som en del i vår strategi att verka för hållbarhet även när äldresatsningen är över.

Ledningskrafts nationella mötesplatser 2013:

13-14 februari

2-3 maj

19 september spridningskonferens på Spira, med ytterligare inbjudna gäster

Resurser 2013

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL som rör sammanhållen vård och omsorg har följande medel avsatts till SKL 2013:

Uppdrag	Summa
Nationell samordning	10 miljoner kronor
Stöd till kvalitetsregister	1 miljon kronor
Analysarbete	1 miljon kronor
Ledningskraft	19 miljoner kronor
Äldres psykiska ohälsa	3 miljoner kronor
Kvalitetssäkrad välfärd	8 miljoner kronor
Nationell patientöversikt	5,5 miljoner kronor
Summa	47,5 miljoner kronor

Teamet som arbetar med uppdraget består av 10 personer, en projektchef, tre projektledare, en administratör, tre kommunikatörer, en läkemedelsexpert och en analysansvarig. Detta team ansvarar för allt arbete som rör nationell samordning, stöd till kvalitetsregister, analysarbete och Ledningskraft.

Styrgrupp

En styrgrupp finns som består av avdelningscheferna Göran Stiernstedt och Mats Kinnwall, sektionschef Sabina Wikgren Orstam och Åsa Himmelsköld samt medlemsrepresentanterna Staffan Isling, kommundirektör i Örebro och Agneta Jansmyr, landstingsdirektör i Jönköping.

Förankring

För att kunna förändra vård och omsorgssystemet runt sjuka äldre krävs en kontinuerlig dialog med företrädare för sjukhus, primärvård och äldreomsorg på olika nivåer. Arbetet förankras kontinuerligt i beredningen för primärvård och äldreomsorg och i SKLs nätverk för kommun- direktörer, landstingsdirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, socialchefer, beställare inom primärvård och tandvårdschefer. Dessa grupper har regelbundet också gemensamma möten för att diskutera förbättring av vård och omsorg till sjuka äldre.

Budget 2013

	Nationell samordning	Stöd till kvalitetsregister	Analysarbete	Ledningskraft	Summa
Personal	3 550 tkr	700 tkr	450 tkr	2 150 tkr	6 850 tkr
OH(kontor och service)	850 tkr	300 tkr	150 tkr	850 tkr	2 150 kr
Nodstöd				4 500 tkr	4 500 tkr
Hotell/resor	500 tkr			500 tkr	1 000 tkr
Konsulter	1 000 tkr		300 tkr	2 200 tkr	3 500 tkr
Konferenser/seminarier	2 100 tkr			7 700 tkr	9 800 tkr
Skrifter/filmer	800 tkr			400 tkr	1 200 tkr
Övrigt	1 200 tkr		100 tkr	700 tkr	2 000 tkr
Summa	10 milj kr	1 milj kr	1 milj kr	19 milj kr	31 milj kr

Konsultstöd

Projektledningen har valt att arbeta med konsulter som förstärkning till det ordinarie teamet. Syftet är att tillföra kompetens och att kunna leverera bra rapporter och metodstöd i rätt tid. Det handlar också om att testa de nya stödstrukturerna för kunskapsutveckling som nu byggs upp och hitta former för hur de kan knytas ihop med befintliga förbättringsstrukturer. 2013 kommer de tre noderna Kultorum, Memeologen och Utvecklingscentrum i Skåne att erbjuda konkret vardagsstöd till teamen i Ledningskraft i samverkan med utvecklingsledarna i länet.

SKL har avtal och pågående samarbete med följande konsulter i februari 2013:

Utvecklingsstöd:

- Sarah Fraser, coach 300 tkr
- Mementor, utvecklingsstöd 280 tkr
- Bodil Jönsson, seniormedverkan 200 tkr

Webbkollen

- QuickSearch, webbkollen 270 tkr
- Blekinge Tekniska Högskola 200 tkr

Följeforskning

- Karolinska Sjukhuset 440 tkr

Kommunikation

- Gullers Grupp, flera uppdrag 450 tkr

Summa: 2 140 tkr

Under året beräknas också följande konsultbehov att uppstå:

- Analysarbete 300 tkr
- Utvecklad seniormedverkan 860 tkr
- Övrigt 200 tkr

Total kostnad konsultinsatser 3 500 tkr**Äldres psykiska ohälsa****Mål**

Anpassning av materialet "Första hjälpen vid psykisk hälsa" i syfte att öka personalens förmåga att upptäcka och möta livsleda och psykisk ohälsa hos äldre

Bakgrund

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 vuxna och barn.

Tidplan

Januari – februari: Inledande kontakt och möte med NASP avseende material och uppdraget
Träff med Socialstyrelsen, NESTOR FoU, SPES och andra berörda för samordning och inkludering i det fortsatta arbetet. Presentation av uppdraget inom ramen för "Bättre liv för sjuka äldre"

Första halvåret 2013: Färdigställande av material och planering

Andra halvåret 2013: Test och utbildning för "utbildare"

Rapport om uppdragets måluppfyllelse och aktivitet avlämnas den sista i varje månad

Budget

Personalkostnader – projektledning – max 20 % under tio månader – 1 000 kr/timme exklusive moms ca 350 000 kronor exklusive moms

Anpassning av material, framställning av infomaterial, ev kurslitteratur – 500 000 kronor

Utbildning av "utbildare" inklusive resor, lokal – 1 miljon

Genomförande av testkurser – 1 miljon

Spridningskonferens, projektmöten, resor trycksaker – 150 000 kronor

Kvalitetssäkrad välfärd

Under 2013 genomförs en utvidgad satsning som innebär att kommuner och landsting utöver nätverksdeltagande erbjuds praktiskt processtöd inom 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.

Nätverk

Lansering och erbjudande om deltagande i nätverk fortsätter under året. Individuella besök görs hos anmälda kommuner i syfte att ta reda på behov och lämplig nätverkstillhörighet. Under januari/februari startar fyra nätverk innefattande ett trettiotal kommuner. Nätverksindelningen utgår från intresseområden såsom ledningssystem och metoder för uppföljning. Nätverksarbetet på landstingssidan har bl. a resulterat i en inventering av vilka arbetsformer och utvecklingsinsatser som skall prioriteras. Det fortsatta arbetet sker i arbetsgrupper utsedda av vårdvalsnätverket med inriktning initialt på kartläggning av nuvarande läge kring uppföljning och kontroll i landstingen. Resultatet av inventeringen kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet.

I erbjudandet ingår också att varje deltagande kommun och landsting kan avropa två dagar där en representant från SKL kommer till den enskilda kommunen för att stödja den lokala projektledaren. Det är upp till den enskilda kommunen/landstinget att bestämma vilket stöd man vill ha hjälp med samt när det skall ske.

Primärt inriktas arbetet mot att varje deltagande kommun/landsting genomför en analys av nuläget och behov av utveckling.

Vid nätverksträffarna ges konkret processtöd och utrymme lämnas för erfarenhetsutbyte mellan de deltagande kommunerna/landstingen.

Nästa fas inriktas arbetet mot att genomföra de åtgärder som beslutats samt att följa upp och genomföra eventuella justeringar av dessa.

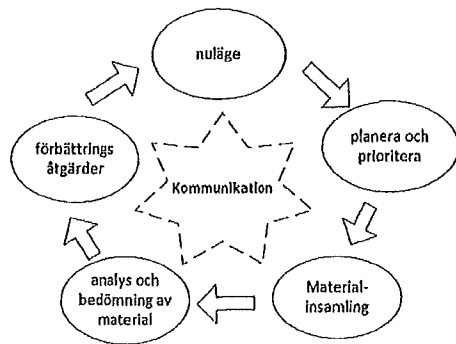
Samtliga som ingår i nätverken inbjuds till en årlig nationell träff. På detta endagarsmöte ges en överblick över läget i de olika nätverksarbetena och goda exempel lyfts fram och diskuteras.

Praktiskt processtöd

Som komplement till nätverksarbetet erbjuds övriga kommuner individuellt stöd utifrån behov. Dessa erbjudanden kommer initialt att riktas mot 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.

Det individuella stödet kommer att fokusera på delarna i modellen för uppföljning nedan.



Ett anpassat verktyg för egenvärdering är framtaget som lanseras under januari och en analys-handbok till stöd för att analysera sina resultat och prioritera i sitt förbättringsarbete är under framtagande.

Under februari lanserar vi också rådgivning om uppföljning och ledningssystem via telefon och e-post.

Utbildningsinsatser

För att öka genomslaget av de konkreta utvecklingsarbetena kompletteras nätverksarbetet och det individuella stödet med olika former av kunskapsinsatser. Detta omfattar ett antal moduler på teman inom området beställning-uppföljning-kontroll.

Under våren erbjuds följande utbildningar:

- Ledningssystem (SOSFS)
- Hur fungerar uppföljningen?
- Uppföljning från grunden
- Att planera och prioritera uppföljning av krav inom äldreomsorg.

Utöver dessa utbildningspaket kan det också bli aktuellt att vid behov arrangera aktualitets-seminarier och god praxis träffar.

Ytterligare stöd- och kunskapsmaterial kommer att tas fram och erbjudas lättillgängligt på hemsida.

Budget 2013

Medel om 8 miljoner kronor kommer att fördelas på följande kostnader (tusental kronor):

Kostnadsslag	Kostnad
Personal	4 738
Personal	4 738
Nätverksträffar	400
Nätverksträffar	400
Lokalt stöd	700

Expertstöd	600
Hemsida	300
Individuellt stöd	1 600
Seminarier	250
Nationell träff	400
Utveckling	612
Utbildning	1 262

Personalkostnaderna för 2013 för kvalitetssäkrad välfärd fördelar sig enligt följande:

1,0 Projektledare, 2,25 Processledare och 1,0 Administratör/Kommunikatör. OH-kostnaderna uppgår till 295 000 kronor per heltidsanställd och år.

Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett verktyg för att tillgängliggöra information till rätt person, vid rätt tillfälle.

Alla landsting har infört NPÖ. Målet 2013 är att skapa förutsättningar för kommunerna att införa NPÖ och att hitta lösningar som passar för såväl offentliga som privata och idéburna utförare.

- SKL ska under 2013 i samverkan med Socialstyrelsen upphandla en ny version av NPÖ som lever upp till kommunernas behov.
- SKL ska ta fram och sprida en vägledning till kommunerna för införandet av NPÖ under året

Arbetet kommer att ske inom ramen för arbetet med Kommunal IT-samverkan i vård och omsorg och samordnas med uppdrag från överenskommelserna om Patientsäkerhet och Evidensbaserad praktik.

Spridning av vägledningen ska ske genom de nätverk som finns för chefer och förtroendevalda på SKL.

Budget:

Personal	1 miljon kronor
Kostnad för upphandling	4 miljoner kronor
Framtagande av vägledning	1 miljon kronor
Spridningsaktiviteter	0,5 miljon kronor
SUMMA	6,5 miljoner kronor

Bilaga 3

Famna: genomförandeplan och budget 2013

Bakgrund

Införandet av valfrihet och strävan mot ökad mångfald skapar en utökning av enskilda utförare. Många av de enskilda aktörerna verkar inom flera län och kommuner och har därför inte på samma sätt en förankring i de traditionellt geografiskt uppdelade ansvarsområdena. En fungerande samverkan över huvudmänna- och verksamhetsgränser är därför en förutsättning för att ett långsiktigt förbättrings- och utvecklingsarbete ska leda till att den äldre ska kunna tillförsäkras en god och säker vård.

Inom ramen för regeringens satsning på *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* finns Famna (Riksorganisation för vård och omsorg utan vinstsyfte) med som part för de idéburna utförarna inom två viktiga områden: *Stöd till långsiktigt förbättringsarbete* och *Kvalitetsregister som stöd i utvecklingsarbetet*. Eftersom båda områden går i varandra kommer vi beskriva våra insatser som en helhet.

Uppdrag och syfte

Famna åtar sig att samordna de idéburna vård- och omsorgsaktörernas satsningar på ett långsiktigt och systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete inom äldreomsorgen samt att främja samverkan över huvudmannagränserna för att på så sätt bidra till en *sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*.

Famna genomför inom ramen för Famnas Värdeforum kompetensutvecklingsinsatser i systematiskt kvalitetsutveckling. Insatserna riktar sig till vårdens och omsorgens medarbetare samt till chefer och ledningsgrupper. Famnas Värdeforum har under det senaste året utvecklats till en plattform för ömsesidigt lärande med fokus på värdeskapande för dem vården och omsorgen finns till för.

Famna medverkar även i det nationella utvecklingsledarnätverket och samarbetar med många av de regionala utvecklingsledarna i landet. Detta har resulterat i gemensamma kompetensutvecklingsinsatser i Östergötland och Stockholm, där vi utbildade verksamhetsteam i förbättringskunskap och värdeskapande med utgångspunkt i de relevanta nationella kvalitetsregistren. Teamen är tvärprofessionella och kommer från idéburna, kommunala och privata utförare samt från landsting.

För att kunna sprida arbetet med systematiska förbättringar till ännu fler aktörer inom äldreomsorgen behöver utvecklingen av de metoder, koncept och resultat som tagits fram och uppnått i arbetet med Famnas Värdeforum inom ramen för *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* utvärderas och beskrivas.

Insatser

Som tidigare år fortsätter Famna med att stödja verksamheter i sitt arbete att utveckla vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Inom ramen för Värdeforum erbjuds program i **förbättringskunskap** för medarbetare och förbättringscoacher (Förbättra och Coacha) samt för

ledningsgrupper (Leda). För kvalitetsansvariga och verksamhetschefer erbjuds ett särskilt program i kvalitetsledning med utgångspunkt i SOSFS 2011:9.

Samtidigt som vi fortsätter den pågående utvecklingsverksamheten inom ramen för Famnas Värdeforum kommer vi under 2013 fokusera på följande särskilda insatser:

- **Socialt innehåll**
Famna har under hösten 2012 tagit fram ett underlag för att utveckla det systematiska arbetet med äldreomsorgens sociala innehåll. Under 2013 kommer vi testa strukturerad dokumentation som verktyg för målsättning och uppföljning av individbaserat socialt innehåll.
- **Kvalitetsregister, statistik och analys**
Framtagning av verktyg, stöd och arbetssätt för att underlätta användning av registerdata och nationella databaser för verksamhetsutveckling samt utveckling av ledares kompetens i detta område.
- **Forskning om hur man bättre kan stödja och driva utvecklingsprogram**
Följeforskning om hur insatserna i Värdeforum bidrar till bättre vård och omsorg, förändrad organisationskultur och ökat värdeskapande
- **Drivkrafter i vård och omsorg**
Utvecklingen av äldreomsorgen kräver en kultur där våra beslut ständigt fokuserar på att leverera värde för våra äldre och för samhället. Människors och organisationers drivkrafter spelar här en central roll. Under 2013 kommer vi jobba med en kartläggning av drivkrafterns betydelse för utvecklingen av äldreomsorgen.

Budget

Specifikation	Budget
Lönekostnader (utvecklingsledare, statistiker, analytiker, mfl)	2 200 000
Overheadkostnader (lokaler, utrustning, telefoni, ledning, administration)	1 000 000
Rörliga kostnader (lärandeseminarier, resor, spridning, konferenser, mm)	800 000
Summa	4 000 000

Bilaga 4

Vårdföretagarna: Genomförandeplan och budget 2013

Staten och SKL har pekat ut ett antal angelägna områden för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med särskilt fokus riktat mot de mest sjuka äldre. En del handlar om ersättning för deltagande i kvalitetsregister. En del är avsatt för långsiktigt och systematiskt kvalitetsarbete och resterande medel går till försöksverksamhet, nationell samordning och utvärdering. Vårdföretagarna får i överenskommelsen tre miljoner kronor för 2013 till utvecklingsledare, d.v.s. för aktiviteter som innebär stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete bland våra medlemmar. Vi får också en miljon kronor för samordning av och hjälp med analysarbete och genomförande inom privat drivna verksamheter.

Arbetet under år 2012

Vårdföretagarna har prioriterat arbetet med att förankra deltagandet i överenskommelsen i våra olika styrelser och bland våra medlemmar. Styrelsen för bransch äldreomsorg har bildat två arbetsgrupper som bereder frågor med anknytning till Vårdföretagarnas deltagande i överenskommelsen, men som också jobbar operativt. I arbetsgrupperna deltar förutom ledamöter i styrelsen för bransch äldreomsorg också representanter för mindre företag utan representation i styrelsen. Katrin Östman, näringspolitisk expert, har fungerat som arbetsgruppernas handläggare.

En viktig del i förankringsarbetet handlar om att hjälpa medlemsföretagen att hämta ut sina egna resultat. Vi har prioriterat att underlätta möjligheten att hämta ut egna data och göra kvalitetsjämförelser. Detta görs genom kontakt med kvalitetsregistren och företagen för att säkerställa att företagen ansluter sig på det sätt som krävs för att det ska vara möjligt att hämta ut data. Praktiska frågor kopplade till anslutning utgör därför en stor del av det stödjande arbetet.

Under året har vi anlitat konsulter och haft en utvecklingsledare anställd som ger handledning till medlemmar på telefon, mail och genom företagsbesök. I utvecklingsledarens arbetsuppgifter ingår också att arrangera studiedagar om kvalitetsregistren för medlemmar. Vi har också gjort medlemsutskick med information om praktiska frågor med anknytning till arbetet med kvalitetsregister och med uppmaningar till medlemmar om att rapportera in i kvalitetsregister.

Vårdföretagarna bidrar i ett strategiskt utvecklingsprojekt tillsammans med Svenskt Näringsliv, Almega och Friskoleförbundet som till största del finansieras av Svenskt Näringsliv. I projektet pågår ett flertal aktiviteter som syftar till att utveckla mer systematiska metoder för att arbeta med kvalitet. Projektet har också ett snabbspår som arbetar med att utveckla bättre kvalitetsredovisning på enhetsnivå. Vi har inom ramen för överenskommelsen bedrivit eget utvecklingsarbete som syftar till att utveckla bättre möjligheter till kvalitetsjämförelser med särskilt fokus på information till äldre, anhöriga och allmänheten.

Fortsatt arbete år 2013

En erfarenhet från arbetet år 2012 är att Vårdföretagarna behöver förbättra omvärldsbevakningen när det gäller den nationella kvalitetsdiskussionen och pågående nationellt utveck-

ingsarbete. Detta är nödvändigt både för att kunna förmedla överenskommelsens innebörd samt uppdatera medlemmarna om nya krav. Eftersom de privata utförarna inte varit involverade i det tidigare förankringsarbetet ser vi behov av att ordna utbildningar och på andra sätt informera om vad en evidensbaserad praktik innebär och hur staten och SKL försöker styra utvecklingen genom överenskommelser och prestationsbaserade ersättningar. För det arbetet avser vi att anlita både forskare och kommunikatörer. Syftet är att öka medlemmarnas kunskaper om överenskommelsens innebörd. Vi avser också att ta fram bättre internt underlag om hur den offentliga beslutsstrukturen i överenskommelsearbetet ser ut, för att på så vis kunna bidra mer konstruktivt när det gäller de praktiska svårigheter som Vårdföretagarnas medlemmar beskriver. Vi samarbetar gärna med SKL och Socialdepartementet i det arbetet.

Vårdföretagarna avser också att komplettera våra studiedagar för medlemsföretag med utbildning i vad en evidensbaserad praktik innebär och vilka krav som ställs på kvalitetsledningssystem. Detta är ett stöd som medlemsföretagen själva efterfrågar och som vi bedömer kan bidra till att synliggöra nyttan av kvalitetsregistren som en del i det egna systematiska kvalitetsarbetet. Förutom studiedagar avser vi också att förstärka kommunikationen med medlemmar i dessa frågor via hemsidan och genom medlemsutskick. Vårdföretagarna avser att prioritera frågor som är specifika för privata utförare när det gäller att ta fram eget material och i övrigt förmedla information som finns tillgänglig via andra aktörer.

Även i det egna stödjande arbetet avser Vårdföretagarna att prioritera frågor som är specifika för privata utförare, t.ex. frågor kopplade till anslutning till registren och hantering av beslutsförmögna. I övrigt avser vi att i större utsträckning än tidigare, samarbeta med SKL för att bättre kunna informera de privata utförarna om deras möjligheter att delta i de utbildningar som arrangeras av huvudmännen och registren. Vi avser också att delta i den nationella mötesplatsen Ledningskraft samt etablera kontakt med de regionala Ledningskraftsteamerna. För att detta ska bli möjligt behöver vi avsätta resurser på kansliet för samverkan med SKL och huvudmännen samt utveckla den egna medlemskommunikationen. Det primära syftet är att bidra till att göra satsningen mer känd hos våra medlemmar samt bättre nå ut med arbetet med att stötta företagen att rapportera in i kvalitetsregistren och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet. Den tjänst som utvecklingsstrateg som varit obemannad under år 2012 behöver därför tillsättas under år 2013.

Vi avser att fortsätta med samtliga löpande stödjande aktiviteter som genomförts under år 2012, men komplettera arbetet med nya aktiviteter och vidareutveckla programmet med studiedagar. Vi avser också att bredda vårt arbete så att också bransch sjukvård involveras i större utsträckning än hittills. Det förankringsarbetet måste ske i nära samarbete med styrelsen för bransch sjukvård liksom planering av aktiviteter och innehåll i studiedagar.

Vårdföretagarna har under år 2012 utvecklat en modell för kvalitetsjämförelser med särskilt fokus på information till äldre, anhöriga och allmänheten. Modellen kommer att testas och vidareutvecklas under år 2013. I det arbetet avser Vårdföretagarna att anlita konsulter.

Förslag på effektmål för år 2013

Vårdföretagarna har tagit fram förslag på effektmål för de egna medlemmarna som kommer att behandlas av styrelsen i februari 2013. Avsikten är att tydliggöra vikten av medlemmarnas deltagande i satsningen och samtidigt ge kansliet ett konkret uppföljningsredskap i det stödjande arbetet.

Mål 1: 100 procent av medlemmarna ska ha ett implementerat kvalitetsledningssystem i december år 2013.

Mål 2: Minska gapet mellan enheter som har möjlighet att ansluta sig och enheter som registrerar. Minst 90 procent av de enheter som har möjlighet att registrera ska registrera. Nu registrerar 50 %.

Mål 3. Antalet registrerade riskbedömningar i Senior Alert ökar från 1000 st. till 2000 st.

Mål 4. Antalet medlemsföretag som är anslutna till Senior Alert ska öka från c.a 44 företag i bransch äldreomsorg till 64 företag. Målet baseras på historisk utveckling de senaste 2 åren.

Mål 5. Antalet registreringar i palliativa registret ökar med x % i både äldreomsorg och primärvård.

Mål 6. Andelen brytpunktsamtal ska öka.

Mål 7. Vårdföretagarnas medlemmar ska delta i SveDem i samma utsträckning som de offentliga utförarna.

Mål 8. Antalet enheter som deltar i BPSD ska öka.

Bilaga 5

Svenska palliativregistret: genomförandeplan och budget 2013

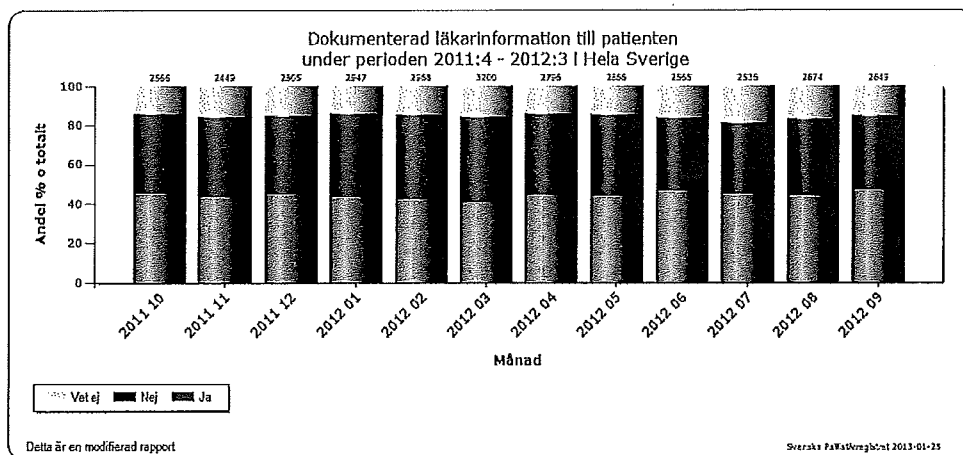
Täckningsgrad

Svenska palliativregistret har tack vare denna satsning fortsatt att under 2012 öka sin täckningsgrad så att avlidna folkbokförda i samtliga kommuner och landsting har registrerats. Endast Sjöbo kommun har inte själva registrerat något dödsfall från Säbo eller korttidsvård samtidigt som ändå 37 avlidna sjöbobor (av 190) registrerats från sjukhus, specialiserad palliativ vård och från övriga vårdtyper. På landstingsnivå registreras från samtliga vårdtyper. Täckningsgraden per folkbokföringskommun varierar mellan 10 % (Eslöv) och 90 % (Sunne). Endast 13 kommuner ligger under 40 % (Hälften av de väntade dödsfallen). Denna siffra uppdateras varje vecka gentemot Skatteverkets uppgifter på registrets hemsida www.palliativ.se.

Vårdresultat

Vårdresultaten finns omedelbart tillgängliga i registrets utdataportal. Presentationen är helt öppen för alla ner till kommunnivå och verksamhetstyp. Resultaten för den minsta byggstenen (det enskilda boendet, den enskilda avdelningen) är viktigt för personal och ledning och finns därför tillgängligt för dem efter inloggning. Däremot blir ofta de relativt små siffrorna mycket svårtolkade för en bred allmänhet varför det är registrets uppfattning att det inte är meningsfullt att göra dessa siffror publika.

Ett så kallat spindeldiagram uppdateras varje gång det efterfrågas och fungerar som en översikt för vårdresultaten uppdelat på de fyra hörnstenarna kommunikation, teamarbete/omvårdnad, symtomkontroll och närstående. Med hjälp av att de uppnådda resultaten presenteras ovanpå uppsatta målvärden får betraktaren mycket snabbt en uppfattning om den givna vården. De olika delområdena kan sedan studeras enskilt med hjälp av andra realtidsrapporter – om så önskas uppdelat på ålder, kön, vårdtyp, diagnosgrupp fördelat på olika kommuner eller landsting eller som en trend över tiden.



Det tar tid att påverka beteende. Ovanstående diagram visar andelen patienter som erhållit ett s.k. brytpunktsamtal. I olika former har registret medverkat i specifika utbildningar riktade till läkare för över 1000 av landets läkare. Resultatet av dessa insatser skall analyseras våren 2013.

Allt fler verksamheter efterfrågar nu stöd i arbetet med att omsätta ”dåliga siffror” i bättre vård. Det finns nu såväl Riktlinjer från socialstyrelsen, Vårdprogram för palliativ vård i livets slut oavsett sjukdom samt ett palliativregister med snabb återkoppling. Utvecklingsledare och fältarbetare hjälps åt med det praktiska samtidigt som registrets kansli är en uppskattad resurs dagtid där det nu också finns kompetens för utveckling av modern teknik via internet.

Datahantering

Huvudprincipen för datainsamling går via 2 webbformulär. Formuläret som fylls i vid dödsfallet byttes vid årsskiftet 2010/2011. Valideringen av det nya formuläret är utformad och klar i alla delar inklusive att kontakta alla berörda enheter men har fått vänta till början på 2013 då de mottagande enheterna haft fullt upp med vårdvalsarbetet.

Registret har nu också en modul för patientrapporterade data tänkt att användas inför läkarbesök t ex. Den provas i praktiken i Östersund i samarbete mellan onkologen och kirurgen. Den kommer därefter att erbjudas hela landet.

SITHS-kort-inloggning sker i den takt verksamheterna vill vilket innebär att det har tagit längre tid att byta inloggningssätt än beräknat. Över 30 % av alla inloggningar sker nu med denna metod. Samverkan bör ske med eHälsosamordnarna.

Fokus 2013 ligger alltså på att förbättra vårdresultat. En speciell utbildningsdag kring alla befintliga hjälpmedel för utvecklingsledare och fältarbetare planeras i februari. Registret har tryckt upp en närstående-broschyr som nu sprids runt om i landet. En sticka i fickformat med munhälsobedömning enligt ROAG på ena sidan och smärtskattning för dementa som inte längre kan tala för sig på andra sidan. Detta har delvis gjorts i samarbete med Senior alert och BPSD-registret. En app för bedömning av munhälsa går nu att använda i vissa sorters mobiltelefoner och snart inom alla sorter.

Registret har på 1,5 år publicerat 7 vetenskapliga publikationer. Efterfrågan på datauttag för såväl lokalt rutinarbete, regionalt kvalitetsarbete som större vetenskapliga arbeten efterfrågas allt mer. En s.k. post dok har anställts på 50% för att driva denna del av verksamheten vidare.

Budgeten för 2013 ser utifrån ovanstående ut enligt nedan. Den är medvetet större än intäkterna eftersom det finns ett överskott från föregående år. Idéer till ytterligare utveckling finns men har fått stå tillbaka för att kunna hålla sig inom angiven ram.

Prestationsmål 2013

Årets mål förutsätter 70 % täckningsgrad avseende dödsfall bland 65 år och äldre. Andelen väntade dödsfall som rapporteras skall vara minst 70 %. Mätperioden är 1 oktober 2012–30 september 2013. Målvärdet för de fyra ingående parametrarna andel brytpunktsamtal, smärt-

skattning, ordination av injektionsmedel mot ångest samt dokumenterad munhälsobedömning har av registrets ledningsgrupp satts till 100 % för 2013.

Det sammanlagda vårdresultatet för väntade dödsfall under hela mätperioden jämförs med föregående 12-månadersperiod beräknat på samma sätt men utan krav på 70 % täckningsgrad. De fyra differenserna adderas och delas med fyra dvs medelvärdet av det förändrade resultatet beräknas ut och ligger till grund för årets prestationsbaserade statsbidrag.

Intäkts-/Kostnadstyp	Intäkt	Kostnad
2013 års medel	7 000 000	
Kansli (registerhållare 50 %, 3 personal 100 %, ordf referensgruppen 25 %, expert palliativ medicin 25 %, expert palliativ omvårdnad 50 % samt interaktiv designer 75 %)		3 000 000
Hyra, tel, resa, konferens, reklamaterial, tryck, datasamkörning mm		800 000
Fältarbetare 6 x 0,5 tjänst		1 600 000
IT grundavtal inkl drift, + datorer + licenser		1 000 000
Nya moduler		100 000
Årskonferens, större möten		500 000
SUMMA 2013	7 000 000	7 000 000

Bilaga 6

Senior Alert: Genomförandeplan och budget 2013

Senior alert ska

under 2013 sprida vårdprevention till hela Sverige så att...

... alla medarbetare och äldre inom vård och omsorg ser mervärdet av ett preventivt arbetssätt så att fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen minimeras för äldre.

... tvärprofessionell samverkan utvecklas och en kultur skapas där ett gemensamt vårdpreventivt förhållningssätt är självklart.

... alla äldre och medarbetare inom vård och omsorg gemensamt ska kunna säga:
"Vi vet om jag har några risker för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.
Vi gör förebyggande åtgärder för att jag ska må bra
Vi följer upp åtgärderna och vi vet att de gör skillnad"

... registrering av vårdprevention görs i Senior alert och förbättringsarbete sker med hjälp av data i registret.

... ledarskapet leder förbättringsarbetet av den vårdpreventiva processen.

Alla äldre inom vård och omsorg ska kunna säga: "Ni lyssnar på mina behov och jag känner att det gör skillnad".

Mål 2013

- 290 av 290 kommuner är anslutna till Senior alert.
- I minst 200 kommuner har 90 % av alla i särskilt boende och korttidsenhet en årlig riskbedömning.
- 90 % av alla riskbedömningar följs av minst en förebyggande åtgärd/risk.
- 150 kommuner gör munhälsobedömningar enligt Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

För att Senior alert ska lyckas

att föra ut arbetssättet vårdprevention är åtta områden strategiskt viktiga: Samverkan, Involvera äldre, Innovation av vårdprevention, Förbättringskunskap och förbättringsarbete, Teknisk utveckling, Administration, Kommunikation samt Mätning, analys och forskning.

Samverkan

Inriktningsmål: Vara en del av kvalitetsregisterutvecklingen i Sverige.

Exempel på aktiviteter

Fortsatt samverkan

Nya moduler i Senior alert utvecklas i samverkan med andra register inom äldreområdet.

Involvera äldre

Inriktningsmål: Seniorer är en aktiv del av utvecklingen av Senior alert**Exempel på aktiviteter**

Senior alerts Seniorråd	<i>Seniorrådet träffas för utbyte av idéer och tankar.</i>
PROM	<i>Påbörjar arbete med att introducera PROM i Senior alert.</i>
App-utveckling	<i>MobilAppen Livli stödjer senioren till ett eget förebyggande förhållningssätt.</i>

Innovation av vårdprevention**Inriktningsmål:** Kontinuerlig utveckling av nya områden och variabler**Exempel på aktiviteter**

Inkontinensmodul	<i>Fortsatt samverkan med inkontinensnätverket Nikola gällande innehåll. Skapa modul om inkontinens.</i>
Omvårdnadsindikatorer SSF	<i>Undersöka möjligheten att införa omvårdnadsindikatorer i Senior alert.</i>
Depression	<i>Undersöka möjligheter och påbörja arbete med införandet av prevention för depression i registret.</i>

Förbättringskunskap och förbättringsarbete**Inriktningsmål:** Alla medarbetare och äldre inom vård och omsorg ser mervärdet av ett preventivt arbetssätt så att fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen minimeras för äldre.**Exempel på aktiviteter**

Utbildningar vårdprevention och förbättringskunskap	<i>Teamutbildningar, Grundkurs, Måta med Senior alert genomförs.</i>
Inspirationsdagar	<i>Heldagar om vårdprevention och förbättringskunskap genomförs.</i>
Verksamhetskontakt	<i>Stöd till verksamheter utifrån behov.</i>
Webbhandledningar	<i>Webbhandledningar genomförs i registrering, mätning och munhälsa, förbättringskunskap och andra områden där behov finns.</i>
Filmer	<i>Film med goda exempel och temaföreläsningar spelas in.</i>
Mässor, konferenser	<i>Aktivt deltagande i relevanta mässor och konferenser.</i>
Interaktiva webbutbildningar	<i>Förbereda för och bygga e-lärande modul om Senior alerts förbättringsarbete.</i>
Studiecirkel	<i>Utbildning i studiecirkelform via webben tas fram.</i>

Uppsökande	<i>Feedback ges till enheter, huvudmän, utvecklingsledare.</i>
Coacher	<i>Påbörja coacha coacher-koncept inom huvudmännen.</i>

Teknisk utveckling**Inriktningsmål:** Förädla befintliga tekniska lösningar.**Exempel på aktiviteter**

Integration register och journal	<i>Genombrott i integration från flera journalleverantörer.</i>
Business intelligence system	<i>Sammankoppling av data sker med BI-system.</i>
Publik data online på hemsidan	<i>Påbörja publicering av aggregerad data på www.senioralert.se.</i>
Samkörning andra datakällor	<i>Samkörning av data sker t.ex. från Socialstyrelsens statistikdatabas, folkbokföringsregistret, Rikshöft, Rikssår för att kunna läsa av resultat.</i>
SITHS (säker inloggning)	<i>Fler verksamheter ska stödjas att logga in i registret med SITHS</i>
Hemsida	<i>Tydliggöra hemsidans koppling till registret.</i>
Utveckling av registret	<i>Arbeta för att förenkla indikatorerna i Senior alert. Utdata utvecklas för möjligt underlag för Öppna jämförelser. Utveckla rapporter gällande fall, trycksår, vikter, munhälsa på olika statistiknivåer. Utveckla Punktprevalensmätning trycksår och fall för kommuner. Ny kursmiljö skapas separat från registret. Fortsatt samarbete med inkontinensnätverket Nikola för införande av inkontinensmodul.</i>

Administration**Inriktningsmål:** Enkel, tydlig och lättillgängligt stöd till användarna av Senior alert**Exempel på aktiviteter**

Support	<i>Support finns per telefon och e-post för frågor och svar.</i>
Organisationsträd	<i>I registret säkerställa nuvarande organisationsträd, göra eventuella förändringar samt lägga in nya huvudmäns organisationsträd.</i>
Lösenord	<i>Arbeta för automatisering av nya lösenord.</i>
Telefonväxel	<i>Ny telefonväxel Senior alert lanseras.</i>
Driftorganisation	<i>Processer utvecklas för en framtida driftsorganisation.</i>

Kommunikation**Inriktningsmål:** Enkel, tydlig, lättillgänglig kommunikation för alla användare.**Exempel på aktiviteter**

Hemsida	<i>www.senioralert.se fortsätter att stödja verksamheter med information kring vårdprevention och förbättringskunskap.</i>
Material	<i>Revidering och fortsatt framtagande av manualer och blanketter etc. med tydlig koppling till olika målgrupper.</i>
Instruktionsfilmer	<i>Revidering av informations- och instruktionsfilmer.</i>
Användarforum	<i>Möjlighet till användarforum på hemsidan undersöks och eventuellt skapas för utbyte av erfarenheter.</i>
Goda exempel lyfts fram	<i>Varje månad lyfts nya goda exempel fram.</i>
Dialog med användarna	<i>Enkäter via hemsidan för att möta användarnas behov och önskemål.</i>
Förenkling inloggning	<i>Arbeta för att hemsida och inloggning ska synkronisera.</i>
Facebook, Twitter	<i>Arbeta vidare med Facebook och Twitter så att utrymme för stort engagemang och deltagande säkras.</i>
Nyhetsbrev	<i>Månatligt nyhetsbrev skickas till samtliga registrerade användare.</i>

Mätning, analys och forskning**Inriktningsmål:** Fördjupad kunskap om registerdata**Exempel på aktiviteter**

Utbildning	<i>Mäta med Senior alert genomförs för ledare och användare.</i>
Stödja händelseregistrering	<i>Betona händelseregistreringar i Senior alert som grund för fler händelseanalyser.</i>
Värdeberäkning	<i>Värdeberäkning av vårdprevention görs.</i>
Dashboard	<i>Mätportal publiceras på hemsidan.</i>
Validering och analys av data	<i>Genomgång av all inrapporterad data. Jämförande valideringsstudie av journal görs.</i>
C och D-uppsatser	<i>Kontakter med högskolorna för uppmuntran till uppsatser på C- D- och master-nivå kring vårdprevention.</i>

Doktorand/post-doc	<i>Knyta forskare till Senior alert för forskning kring vårdprevention.</i>
Experter	<i>Expertgruppen bidrar till utvecklingen av Senior alerts innehåll.</i>

Budget 2013

	Kostnad kr
Förbättringskunskap och förbättringsarbete	
Teamutbildningar Vårdprevention (12), Utbildningar Mäta med Senior alert (10) Grundkurs (10), Inspirationsdagar (3)	700 000
Teknisk utveckling	
UCR: Utvecklad teknik. Rapporter och tillgänglighet i registret, kursmiljö, punktprevalensmätningar, integrering journal - register,	2 800 000
Övrigt: Dynamiska datauttag, e-lärande modul, Business Intelligence system införs, samkörning andra registerdata, App-utveckling, Införa PROM i registret,	1 000 000
Administration och projektledning	
Lön personal (projektledare, utvecklingsledare, statistiker, användarsupport, register-hållare/utvecklare, webbutvecklare, informatör, administration) resor, övernattningar, lokaler, IT och telefoni, Kundkontakter och besök konferenser och mässor mm Telefonväxelsystem och annan utrustning för support och administration	5 500 000
Kommunikation	
Manualer, broschyrer, filmer, summerande skrifter, webbutbildningar via Adobe	400 000
Mätning, analys och forskning	
Utbildningar Mäta för att leda, Validering och analys av data, Värdeberäkning, Expertgrupp, Anslag för att söka forskningsmedel, Knyta forskare till Senior alert, Registeruttag.	1 000 000
Involvera äldre	
Senior råd, kontakter med seniororganisationer	20000
Innovation av vårdprevention	
Införa inkontinens som nytt område i registret, Komplettera registret med omvårdnadsfaktorer, utveckla nya områden	500 000
Kalkylerad kostnad 2013	11 920 000
Ersättning 2013	10 000 000
Differens betalas med tidigare ersättningar	1 920 000

Bilaga 7

SveDem: Genomförandeplan och budget 2013

För fortsatt utveckling av SveDem och att grundregistrering och uppföljning framför allt i primärvården ska öka ska de medel som SveDem erhållit av regeringen för 2013 användas på följande sätt:

- Fortsatt ökning av anslutna enheter samt registreringar i primärvården
MÅL: 75% (i dagsläget 668 enheter anslutna och 8900 patienter i primärvården)
- Stöd/support och utbildning av redan anslutna enheter främst i primärvården
- Monitorering av registrering av patienter i anslutna enheter:
MÅL: 25% av anslutna primärvårdsenheter som registrerat > 10 patienter
- Teamutbildning i förbättringskunskap, reduceras i omfattning p.g.a. mindre budget
- Analys och rapportering av data, reduceras i omfattning p.g.a. mindre budget
- Framtagande av mall av SveDem grundregistrering och uppföljning av UCR som kan användas i övertankning av data från journalsystem, reduceras i omfattning jmf med tidigare p.g.a. mindre budget

För att klara ovanstående åtagande behövs:

- Regionala koordinatörer
- En projektledare på 50%, (arbetar som regional koordinator på 50%)
- Landskoordinatorn på 25%
- Registerhållaren 30%
- Administratör på 60%
- Konsult i förbättringskunskap för att utbilda våra användare
- Ersätta UCR för merkostnader för IT support och utveckling inför övertankning,
- Ersätta UCR för extra IT-support och utveckling som krävs för satsningen av ”De mest sjuka äldre”

BUDGET FÖR ERHÅLLNA MEDEL 2013	2013 (t sek)
Regionala koordinatörer	2000
Projektledare 50%	250
Landskoordinator 25%	170
Registerhållare	280
Administratör 60%	270
Konsult förbättringsarbete	300
Ersättning SDC spridning primärvård, kommun	70
IT stöd UCR ang. övertankning	100

IT stöd från UCR ang. deltagande i de mest sjuka äldre	175
Hyra	60
Resor för utb/implementering konferenser/utställare	200
Utbildning förbättringsarbete, temadagar	125
Totalt (t sek)	4 000

Bilaga 8

BPSD: Genomförandeplan och budget 2013

Certifierade utbildare

Under 2012 var anslutningen till registret mycket stor och vi hade svårt att hinna med att utbilda de enheter som önskade ansluta sig. Därför utbildades 90 certifierade utbildare runt om i landet. År 2013 kommer vi att fokusera på att följa upp och kvalitetssäkra dessa utbildare. Detta arbete har redan påbörjats; vi har medverkat vid fem av utbildarnas utbildningar och de har fått vidareutbildning/stöd där det fanns brister. Under våren är det inplanerat besök hos ytterligare minst tio utbildare. Dessa besök tar minst två dagar i anspråk och inkräktar på våra egna utbildningar, men är viktiga för kvaliteten.

Vidare anordnar vi en uppföljning/inspiration för de certifierade utbildare som är aktiva, det blir en tvådagars utbildning i Malmö i mitten av februari och till denna kommer 32 certifierade utbildare. I Dalarna finns många certifierade utbildare som inte har möjlighet att komma till dessa dagar och de får därför en egen inspirationsdag i Dalarna den åttonde mars. Vi anordnar en utbildning för dem som vill bli certifierade utbildare den 2/9 till den 4/9 i Malmö (bifogas).

Öka anslutningen till registret

För att öka anslutningen till registret kommer vi även själva att fortsätta med utbildningar för blivande administratörer/enheter. Hittills har vi boklat in 34 utbildningar tom maj månad i hela riket (ex Malmö, Stockholm, Göteborg, Uppsala, Karlskrona, Angered, Katrineholm, Markaryd, Gotland, Motala, Kalmar, Vallentuna, Nacka). Information om registret kommer att spridas vid olika konferenser och vi kommer att arbeta för att sprida "goda exempel" från registret.

Inspirationsmöten

En del av de certifierade utbildarna har börjat samla deltagande enheter till inspirationsmöte och önskar vår medverkan. Vi kommer att delta vid dessa så långt det är möjligt.

Utdata

Vi kommer även att arbeta med att förbättra våra utdata så att dessa verkligen blir tilltalande för användarna och ett stöd för verksamhetscheferna.

Kvalitet

Arbetet med att validera och kvalitetssäkra de data som läggs in i registret kommer också att fortsätta. Dessa möten med användarna har dubbla funktioner: vi kontrollerar att data är valida, men i dialogen med användarna får vi värdefull kunskap som kan användas till att utveckla registret.

Lennart Minthon

Bilaga 9

Ny beräkningsmodell för sammanhållen vård och omsorg samt god läkemedelsanvändning

I överenskommelsen framgår det att en ny beräkningsmodell ska tas fram för indikatorerna som ingår i sammanhållen vård och omsorg samt god läkemedelsanvändning.

Syftet är att stödja en långsiktigt hållbar förbättring och att statsbidrag ska betalas ut när en förbättring kan anses vara uthållig och inte bero på slumpen. För att åstadkomma detta behövs det data som gör det möjligt att följa utvecklingen över tid per månad, men även data som kan beskriva variation inom ett landsting på t.ex. kommunnivå. Målet är att förbättra kvaliteten genom att nivån på indikatorerna ska förbättras men även ökad jämlikhet, genom att variationen inom län på t.ex. kommunnivå ska minska.

Modellen som kommer att användas under 2013 är influerad av de metoder som används inom området statistisk processkontroll. Med en sådan ansats kan man ta fram en modell som med viss statistisk säkerhet kan säga att det skett en förbättring. Förbättringskravet kommer att utformas individuellt för varje län baserat på utgångsläget. Både stora och små landsting ska ha möjligheter att klara målen. Enligt avtalet behövs det även data på enhetsnivå utöver läns- och kommunnivå för att kunna återföra resultatet löpande till relevant nivå. Resultaten måste följas upp varje månad för att man ska kunna utvärdera nuläget i relation till de krav som ställs under mätperioden.

Utformningen av ersättningsmodellen för 2013 påverkas av att all data som behövs för att utforma alla aspekter av modellen inte ännu finns på plats. Data på kommunnivå kommer t.ex. inte att finnas förrän senare under 2013. En del i arbetet under första halvåret 2013 är därför att ta fram relevant dataunderlag i god tid inför nästa års avtalsperiod. Modellen och definitionen på indikatorerna kan med hjälp av detta underlag komma att justeras och utvecklas inför 2014 års avtal.

Modell under 2013

Målet för 2013 är att indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg samt god läkemedelsanvändning under fyra av sex månader ska understiga värdet för samma indikator motsvarande månad föregående år. Mätperioden är april till september. Mätningen sker därmed enbart på landstingsnivå under 2013. Värdet på indikatorn avrundas till en decimal.

Datum för dataleverans

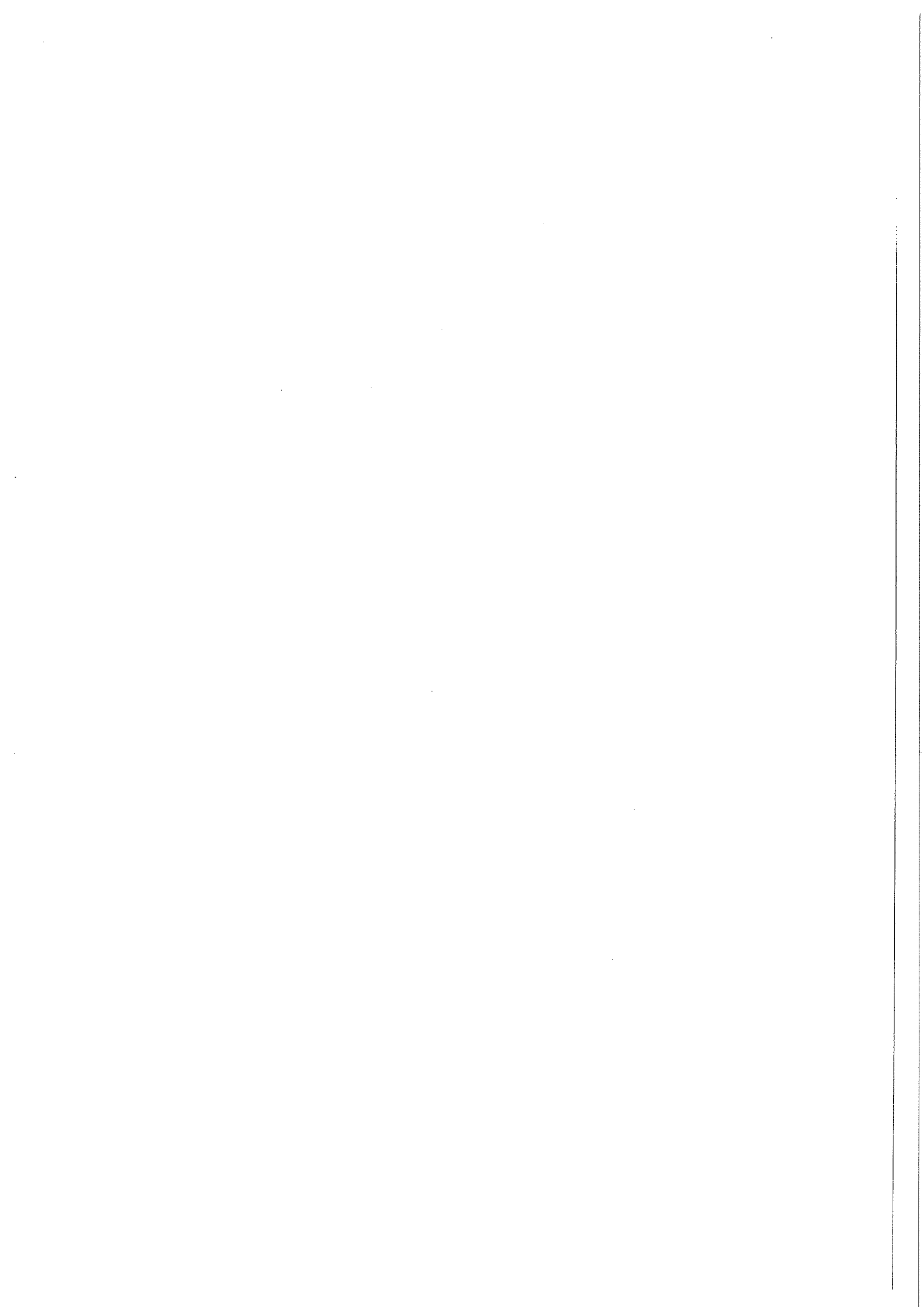
En grundförutsättning för att kunna ta del av statsbidraget är att relevant data enligt avtalet lämnas in löpande per månad:

- Från och med den 20 februari lämnas data för indikatorerna återinläggningar och undvikbar slutenvård på landstingsnivå i enlighet med den manual som har distribuerats.
- Från och med den 20 maj levereras data från varje landsting per vårdtillfälle och individ (krypterat och avidentifierat) tillsammans med information om kommun och enhet

m.m. enligt specifikation som kommer att fastställas under mars månad.

Syftet med dataleverans per vårdtillfälle och individ är att skapa en analysdatabas där beräkningar av indikatorerna löpande kommer att tas fram och varifrån återkoppling sker till landsting, kommun och relevant enhet. Analysdatabasen behövs även för att kunna bedriva utvecklingsarbete.

Läkemedelsdata kommer även denna mätperiod att analyseras för sammanhängande tremånadersperioder. Sådana tremånaders analyser kommer att presenteras varje månad.



Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: Uppsala län

	Struktur	Aktivitet	Tidplan	Roller och ansvar	Uppföljning
<p>Styrning och ledning</p>	<p>Utvecklingsarbetet om Bättre liv för sjuka äldre ska förankras i de strukturer för styrning, ledning och samverkan som finns i länet;</p>	<p>Den regionala handlingsplanen ska beslutas av respektive organisations nämnd /styrelse</p>	<p>Senast juni 2013</p>	<p>Styrgruppen eller TKL fattar beslut om frågor som rör hela länet.</p>	<p>Det lokala förbättringsarbetet följs upp regelbundet av det lokala samverkansforumet och rapporteras till respektive nämnd / länsdelsberedning två ggr/år</p>
	<p><u>Politiskt forum</u></p> <p>Respektive organisations nämnd /styrelse samt för kännedom till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokala politiska samverkansforum - Regionförbundets styrelse 	<p>Den regionala handlingsplanen ska utvecklas till lokala handlingsplaner</p>	<p>Under 2013</p>	<p>Hälso- och sjukvårdsdirektören vid landstinget och socialchef /- direktör i kommunerna ansvarar för verkställandet av handlingsplanen i sin organisation.</p>	<p>Det regionala förbättringsarbetet följs upp regelbundet i styrgruppen och TKL samt rapporteras till respektive nämnd / styrelse och Regionförbundets styrelse en ggr/år.</p>
	<p><u>Tjänstemannaforum</u></p> <p>Tjänstemannaberedning kommuner och landsting (TKL)</p> <p><u>Styrgrupp</u></p> <p>TKL's styrgrupp för projekt; Plattformstyrgruppen</p> <p><u>Arbetsgrupp</u></p> <p>Personer i ledningsfunktion från respektive organisation; Ledningskraft. Adjungerade till Ledningskraft är:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvecklingsledare - Läkemedelskommittén - FoU stöd vid Regionförbundet <p><u>Lokala samverkansforum</u></p> <p>I varje kommun finns lokala samverkansforum med representation från landstinget och kommunen</p>	<p>Vid förändring i organisation som kan påverka andra organisationers vård- och stödinsatser för äldre ska analys av konsekvenser genomföras</p>	<p>Vid varje sådan förändring</p>	<p>Deltagarna i Ledningskraft samordnar, tillsammans med andra stödfunktioner det lokala förbättringsarbetet och är informationsbärare till och från Ledningskraft</p> <p>Respektive chef med medarbetare verkställer den lokala handlingsplanen.</p> <p>Utvecklingsledarna i Bättre liv för sjuka äldre är stödfunktionen för verkställandet med särskilt ansvar för förbättringsarbetet runt kvalitetsregister</p>	<p>Uppföljningen omfattar</p> <ul style="list-style-type: none"> - handlingsplanens genomförande - utvecklingen utifrån de nationella kvalitetsindikatorerna

Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: Uppsala län

	Mål	Aktivitet	Tidplan	Ansvar			Förtydligande
				L ⁱ	K ⁱⁱ	A ⁱⁱⁱ	
Spridning, förankring och implementering	Förtroendevalda ska ha god kännedom om hur situationen för de äldre ser ut i dag och hur den kan komma att utveckla sig. De ska ha god kunskap om målen för satsningen Bättre liv för sjuka äldre.	En läns-gemensam workshop /konferens ska anordnas för förtroendevalda och högst ansvariga chefer för att lägga en grund för budskapsformulering och kommunikationsmaterial	Augusti 2013				Enheten för välfärd- och FoU-stöd vid Regionförbundet ansvarar för de läns-gemensamma workshops /konferenserna
	Chefer på alla nivåer ska ha god kännedom om hur situationen för de äldre ser ut i dag och hur den kan komma att utveckla sig. Utifrån sina uppdrag ska de verka för att de regionala målen bryts ned och därmed är styrande i verksamheten.	En läns-gemensam workshop /konferens ska anordnas där de åtta lokala samverkansgrupperna träffas för erfarenhetsutbyte samt introducering av ovanstående budskap /material	September alt. Oktober 2013			X	
	Medarbetare ska ha förståelse, engagemang och vilja att verka för att målen uppnås och att planerade aktiviteter genomförs.	Informations- och utbildningsmaterial ska tas fram med stöd av informatör för spridning i respektive organisation	Vår och höst 2013	X	X	X	Regionförbundet ansvarar för framtagandet av material men respektive chef/medarbetare ansvarar för spridning och användning
	De äldre och deras anhöriga (samt berörda organisationer) ska känna till vart de ska vända sig i olika situationer för att få den hjälp de önskar och behöver.	Den individuella informationen till den äldre och dess anhöriga om vart man vänder sig vid olika behov ska förenklas	Hösten 2013	X	X		Respektive organisation ser över och ev. reviderar information som lämnas till enskilda.
		Läns-gemensam information om utvecklingsarbetet i satsningen Bättre liv för sjuka äldre publiceras på Regionförbundets och respektive organisations hemsida.		X	X	X	

Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: Uppsala län

Övergripande mål	Delmål	Aktivitet	Tidplan	Ansvar			Förtydligande
				L	K	A	
Vård och stöd ska erbjudas på rätt plats och i rätt tid	En statistiskt säkerställd minskning av nedanstående indikatorer ska visas mellan oktober 2012 – september 2013 - Undvikbar slutenvård - Återinläggningar inom 30 dgr	Pågående projekt och arbeten ska följas såsom: <ul style="list-style-type: none">- In- och utskrivningsprocessen- Mobila hembesöksteamet- Vårdlotsar Adekvata nyckeltal ska tas fram	Nyckeltal tas fram under våren 2013 Kontinuerlig information i Ledningskraft och styrgrupp	L	K	A	Analysgrupp med representanter från landstinget och kommunerna tar fram nyckeltal
					X		
		Lokala och länsgemensamma riktlinjer och rutiner ska utvecklas, vara kända och följas. Detta gäller särskilt för: <ul style="list-style-type: none">- In- och utskrivning- Den medicinska vårdplaneringen- Brytpunktssamtal Vid behov ska rutiner tydliggöras	Under 2013	X	X	X	TKL's beredningsgrupp inventerar ev. behov av nya riktlinjer. Utvecklingsgrupp somatik/psykiatri ansvarar för ev. förtydliganden gällande vårdkedjan Respektive chef ansvarar för implementering och framtagande av ev. lokala rutiner
		Anhörigprojekt vid landstinget ska resultera i en handlingsplan	Anhörigprojekt vid Tierps vårdcentral genomförs under våren 2013 Handlingsplan för landstinget tas fram under hösten 2013	X			Projektledare för anhörigstöd vid landstingets ledningskontor
Användandet av Samordnad individuell plan (Sip) utvecklas	Under 2013	X	X		Arbetsgruppen för Sip, medicinskt ansvariga inom landstinget och kommunerna samt verksamhetsansvariga chefer		

Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: **Uppsala län**

	Forts.	Aktivitet	Tidplan	Ansvar			Förtydligande
				L	K	A	
		Fast vårdkontakt enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska förtydligas, uppmärksammas och utvecklas	Hösten 2013			X	TKL's beredningsgrupp
		IT-teknikens möjligheter ska uppmärksammas och utvecklas	Samordnas med utveckling av eHälsa under året	X	X	X	Särskilt ansvar för eHälsosamordnare tillsammans med regionala rådet för eHälsa

Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: Uppsala län

Övergripande mål	Delmål	Aktivitet	Tidplan	Ansvar			Förtydligande	
				L	K	A		
Vård och stöd ska främja hälsa och välbefinnande genom ett preventivt och samordnat arbete	<p>Alla personer vid särskilt boende och relevanta verksamheter inom slutenvården samt hemsjukvården ska riskbedömas och erbjudas registrering i Senior alert</p> <p>Arbets sättet ska omfatta</p> <ul style="list-style-type: none"> - riskbedömningar inkl. bedömning av munhälsa - planerade och /eller pågående förebyggande åtgärder - uppföljningar 	<p>Ta fram tydliga rutiner för teamens arbete kring de äldre som omfattas av registren</p> <p>Rutinerna ska omfatta såväl registrering som förbättrings arbetet utifrån statistiken</p>	Rutiner ska vara dokumenterade under 2013	L	K	A	Respektive chef ansvarar för att rutiner och förbättringsarbete kommer till stånd.	
				X	X	X	Utvecklingsledare stöder och leder arbetet	
		<p>Utbildning för chefer i systematiskt förbättringsarbete</p>	Start hösten 2013				X	FoU-stöd vid Regionförbundet i samarbete med utvecklingsledare
		<p>Utbildning för personal inom fallprevention</p>	Förslag till utbildningskoncept ska vara framtaget hösten 2013				X	FoU-stöd vid Regionförbundet i samarbete med utvecklingsledare
	<p>Utbildning för personal inom munhälsa</p>	Kontinuerligt pågående	X	X			Respektive chef med stöd av utvecklingsledare	
	<p>Personer som får demensdiagnos inom primärvården ska registreras och följas upp i SveDem</p> <p>BPSD-register ska användas för att strukturera och utveckla arbets sätt gentemot den enskilda personen inom kommunens särskilda boenden för personer med demenssjukdom</p>	<p>SveDem ska introduceras vid samtliga vårdcentraler</p> <p>BPSD-register introduceras vid kommunernas särskilda boenden för personer med demenssjukdom</p>	<p>Introducering av SveDem ska ske under 2013</p> <p>BPSD-utbildningar genomförs i den takt BPSD-registret förmår under 2013</p>	X	X	X	<p>Utvecklingsledare anställs för introducering av SveDem inom primärvård.</p> <p>Länets utvecklingsledare stöder utbildningssatsningarna i BPSD-registret</p>	

Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: **Uppsala län**

Delmål	Aktivitet	Tidplan	Ansvar			Förtydligande
			L	K	A	
Statistiskt säkerställd minskad användning av nedanstående läkemedel -olämpliga läkemedel för personer 75 år och äldre -antipsykotiska läkemedel för 65 år och äldre - antiinflammatoriska läkemedel för personer 75 år och äldre	Landstingets läkare och kommunerna sjuksköterskor informeras om vilka läkemedel som är aktuella och att förskrivningen av dessa ska minska	Under våren 2013	X			Landstingets läkemedelsenhet
	Äldrekortet marknadsförs på nytt till läkare och sjuksköterskor	För läkare och kommunernas sjuksköterskor under våren 2013	X			Informationsläkare och informationsapotekare på läkemedelsenheten
	Läkemedelssamordnare på samtliga vårdcentraler erhåller information och tips på alternativ vid läkemedelssamordnarmöten	Våren 2013	X			Informationsläkare och informationsapotekare på läkemedelsenheten
	Landstingets apotekare bevakar speciellt berörda läkemedel i de läkemedelsgenomgångar som genomförs. Apotekarresurserna riktas till de verksamheter som har den största förbättringspotentialen.	Kontinuerligt under 2013	X			Styrgrupp för klinisk farmaci
	Seminarier riktade till sjuksköterskor, paramedicinsk personal samt läkare	Maj/juni 2013	X		X	Landstingets läkemedelsenhet i samarbete med Regionförbundet Uppsala län
	Kontinuerlig information i "Recept på behandling"	Våren 2013	X			Landstingets läkemedelsenhet

Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: **Uppsala län**

		Aktivitet	Tidplan	Ansvar			Förtydligande
				L	K	A	
	<i>Forts.</i>	Kompletterad information angående äldre i landstingets lista över rekommenderade läkemedel 2014	Hösten 2013	L	K	A	Landstingets läkemedelsenhet
				X			
		Lägga in mallar i landstingets journalsystem Cosmic för att underlätta ordination av palliativa läkemedel	Mars 2013	X			Landstingets läkemedelsenhet

Bättre liv för sjuka äldre

Handlingsplan för regional utveckling 2013 - 2014

Avser: **Uppsala län**

Övergripande mål	Delmål	Aktivitet	Tidplan	Ansvar			Förtydligande	
				L	K	A		
Äldre ska erbjudas en värdig vård i livets slutskede	70% av dödsfallen i en kommun ska registreras i Svenska Palliativregistret	Använda statistiken i motivations- och förbättringsarbetet	Kontinuerligt	X	X		Chefer med stöd av utvecklingsledare och utvecklingsfunktioner i organisationerna	
	Förbättring ska ske med i genomsnitt 5 -10 % för <i>fyra indikatorer</i> i resultatspindeln i Svenska Palliativregistret							
	(brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa, ordination av injektionsmedel mot ångest)	Återkommande utbildningar i brytpunktssamtal för läkare och underläkare	Utbildning för personalen inom palliativvård	Årligen			X	Representanter i Ledningskraft med stöd av utvecklingsledare
		Utbildningssatsningar vad gäller munhälsa		Uppsala /Knivsta under våren 2013 Norra länsdelen under hösten 2013 Södra länsdelen under hösten 2013			X	Hemvårdsenhetens utbildningsgrupp för läkare och sjuksköterskor i särskilt boende
		Rutiner för användning av smärtskattning ska tas fram och implementeras	Senast hösten 2013	X	X	X	Chef i samverkan med utvecklingsledare. I kommunerna även i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska	

- ⁱ Landsting
- ⁱⁱ Kommun
- ⁱⁱⁱ Annan