

Socialdepartementet

Bemyndigande att underteckna en överenskommelse

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen bemyndigar äldre- och folkhälsoministern, eller den hon sätter i sitt ställe, att underteckna en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om Resultatbaserat statsbidrag till insatser för äldre för 2010, i huvudsaklig överensstämmelse med *bilagan*.

Ärendet

Regeringen har sedan 2007 årligen avsatt medel till kommuner och landsting med avsikt att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Sju områden har prioriterats för förbättringsarbete: läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, demensvård, kost och nutrition, rehabilitering, socialt innehåll och förebyggande arbete. Socialstyrelsen fördelar bidraget efter ansökan. 70 procent av medlen har gått till kommunerna och 30 procent till landstingen.

I budgetpropositionen för 2010 (prop. 2009/10:1) har regeringen föreslagit en successiv omläggning av nuvarande riktade statsbidrag till ett mer prestationsbaserat system. För 2010 finns avsatt 981 243 000 kronor i stimulansbidrag till kommuner och landsting för att utveckla vården och omsorgen om äldre personer. Avsikten är att 695 243 000 kronor av dessa medel fortsätter att fördelas i enlighet med sex av de tidigare sju prioriterade områdena (läkartillgång tas bort). En gradvis övergång till prestationsbaserade utbetalningar för kvarvarande projektområden kommer att ske. Istället för projektområdet läkartillgång avsätts 15 000 000 kronor till försöksverksamheter med hälsocoacher i två landsting. Medlen ska fördelas av Socialstyrelsen efter ansökan och i enlighet med direktiv som meddelas av regeringen i ett särskilt regeringsbeslut.

Som ett första steg i en förändring mot ett mer prestationsbaserat system för fördelning av medlen har regeringen (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting i gemensamma överläggningar pekat ut ett antal angelägna områden för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete och med särskild uppmärksamhet riktad mot de mest sjuka äldre. Avsikten är att resterande 271 000 000 kronor ska fördelas i enlighet med vad som framgår av *bilagan*.

Utdrag till

Finansdepartementet/BA
Socialstyrelsen
Statens folkhälsoinstitut
Sveriges Kommuner och Landsting
Svenska Palliativregistret
Senior Alert

Socialdepartementet

Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

Bakgrund och problembild

En majoritet av de äldre i Sverige mår bra och klarar sig själva utan hjälp långt upp i åren. Risken för att drabbas av ohälsa ökar med åldern och många drabbas av sjukdomar och skador som skapar ett stort behov av vård och omsorg. Äldre personer med omfattande och sammansatta vård- och omsorgsbehov är en växande grupp i vårt samhälle. Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) prognoser kommer antalet 80 år och äldre att öka med omkring 45 procent mellan åren 2020 och 2030. Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har tydliga brister när det gäller att på ett optimalt sätt ta hand om denna grupp äldre. Det saknas ofta kontinuitet, överblick och samverkan.

Ur ett individperspektiv är bristerna tydliga. I vården och omsorgen om en äldre person kan såväl flera, upp till ett tiotal, verksamheter som en mängd personal vara inblandade. Exempelvis kan omvårdnad ges av olika personal för dag, kväll och natt, andra verksamheter svara för mat, hygien, städning och inköp och med väldigt många olika människor inblandade. Hälso- och sjukvårdsinsatser kan vara fördelade på primärvårdcentralen och hemsjukvården som kan bestå av basteam och akutteam. Besöken i specialist- och slutenvård kan vara många men kontakterna och samarbetet med primärvården fungerar inte alltid tillfredsställande. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dietister kommer från specialisterheter och delegerar uppgifter till andra. Många äldre saknar förmåga att rätt hantera och administrera nödvändiga och ofta frekventa kontakter med vården och omsorgen. Det är lätt att den äldre 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 många äldre sköra personer med omfattande eller snabbt föränderliga behov. Ett utvecklingsarbete inom detta område förutsätter såväl åtgärder inom organisation och annan infrastruktur som åtgärder som leder till ökad kompetens både inom planering och direkt verksamhet.

Regeringen har sedan 2007 årligen avsatt drygt 1 300 000 000 kronor för att stödja kommuner och landsting i deras arbete med att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Sju områden har prioriterats för förbättringsarbete: läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, demensvård, kost och nutrition, rehabilitering, socialt innehåll och förebyggande arbete. Socialstyrelsen fördelar bidraget efter ansökan. 70 procent av medlen har gått till kommunerna och 30 procent till landstingen. Ett intensivt förbättringsarbete pågår i kommuner och landsting kring insatser för äldre med stöd av dessa medel.

Tack vare dessa satsningar har kunskapen och erfarenheten ökat och det finns nu förutsättningar för att ta ett nästa steg. Utöver att stimulera *projekt och aktiviteter* finns också en önskan om att stimulera prestationer och resultat. Mot denna bakgrund har regeringen i budgetpropositionen för 2010 (prop. 2009/10:1, Utgiftsområde 9) slagit fast att en successiv omläggning av nuvarande riktade statsbidrag till ett mer prestationsbaserat system bör ske.

För 2010 finns avsatt 981 243 000 kronor i stimulansbidrag till kommuner och landsting för att stödja huvudmännens arbete med att utveckla vården och omsorgen om äldre personer. Avsikten är att drygt två tredjedelar (695 243 000 kronor) av dessa medel fortsätter att fördelas i enlighet med tidigare beslut om sju prioriterade områden men med undantag av att området läkartillgång tas bort och således inte längre erhåller stimulansmedel. En gradvis övergång till prestationsbaserade utbetalningar för kvarvarande projektområden kommer att ske. Istället för projektområdet läkartillgång avsätts 15 000 000 kronor till försöksverksamheter med hälsocoacher i två landsting.

Som en andra del i en förändring mot ett mer prestationsbaserat system har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet i gemensamma överläggningar pekat ut ett antal angelägna områden för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete och med särskild uppmärksamhet riktad mot de mest sjuka äldre. Avsikten är att resterande 271 000 000 kronor ska användas enligt nedanstående förslag.

Regeringen har beslutat om en Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (S2009/5180/SK). Syftet med strategin är bland annat att öka öppenheten om socialtjänstens och vårdens resultat liksom att förbättra

möjligheterna till styrning. Detta är ett led i att stimulera socialtjänsten och hälso- och sjukvården att förbättra kvaliteten och effektiviteten.

Strategin anger fyra utvecklingsområden. Infrastrukturer för datafångst, öppna jämförelser och snabbt tillgängliggörande av insamlad data, analyser av redovisat läge liksom stöd till en aktiv verksamhetsutveckling.

Denna överenskommelse med SKL är en av flera åtgärder som regeringen genomför i syfte att stimulera utvecklingen i linje med den nationella strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Ökat engagemang i kvalitetsregister

Under 2010 kommer regeringen och SKL att stärka sitt samarbete kring vidareutvecklingen av de nationella kvalitetsregistren på hälso- och sjukvårdsområdet. Parterna har bl.a. enats om en utredning som ska se över den gemensamma organisationen för kvalitetsregistren, hur registren bör finansieras samt hur olika intressenters behov kan tillgodoses. I Dagmaröverenskommelsen för 2010 har regeringen och SKL bl.a. kommit överens om att ta fram en handlingsplan för registrens IT-utveckling, utveckla kvalitetsregistren genom att öka täckningsgraden, förbättra innehållet bl.a. när det gäller brukarupplevelser samt förbättra återkopplingen till olika brukargrupper.

Inom den specialiserade hälso- och sjukvården finns goda erfarenheter av att arbeta med kvalitetsregister. Ett systematiskt arbete med att mäta och följa upp vårdens resultat och koppla dessa till lokala förbättringsarbeten har starkt bidragit till ökad överlevnad, färre komplikationer, bättre livskvalitet och lägre kostnader särskilt inom hjärtsjukvården men även inom andra områden.

På senare år har kvalitetsregister även utvecklats som passar för vård och omsorg om äldre. Den kommunala äldreomsorgen och hälso- sjukvården måste också bli bättre på att dokumentera och registrera händelser så att t.ex. fallskador, trycksår och undernäring i vård och omsorg kan förebyggas och insatser förbättras. Ett första steg i förbättringsarbetet är då att få tillgång till relevanta uppgifter med hjälp av huvudmännens aktiva engagemang i kvalitetsregister som omfattar såväl äldreomsorg som hälso- och sjukvård. Två kvalitetsregister som nu är tillräckligt utprovade för att införas i hela landet är Svenska Palliativregistret och Senior Alert. Båda dessa register innehåller uppgifter om angelägna förbättringsområden som är relevanta för de mest sjuka äldre. Genom att delta i registren måste personalen ändra sitt arbetssätt. Det handlar om att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår och vårdrelaterade infektioner. Via registren kommer kunskap om vårdens resultat att bli synliga. Kvalitetsindikatorer som tagits fram av Socialstyrelsen kommer att kunna följas. Möjligheter

kommer att finnas för att jämföra den egna verksamhetens resultat över tid men också med andra verksamheter vilket kommer att bli ett stöd i det lokala förbättringsarbetet. Registren är moderna i tekniskt avseende och ger möjligheter att följa utvecklingen online.

1. Svenska Palliativregistret

God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut utgör ett av de nationella målen för äldreomsorgen. Svenska Palliativregistret har tillkommit för att förbättra vården i livets slutskede. Deltagande enheter får stöd i ett strukturerat arbetssätt kring vården i livets slutskede, även de enheter som har få döende patienter. Den enhet som sist vårdade patienten 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.

För att registrering ska leda till bättre vård krävs regelbunden återföring av data till verksamheten vilket sker, bl.a. genom kontinuerlig online-tillgång till alla registreringar. Enskilda enheter kan följa sina egna registreringar kvartalsvis över tid och via olika urval (t.ex. kön, ålder, diagnos) och ytterligare analysera egna data.

Exempel på lokala förbättringsarbeten är ökad användning av instrument för smärtskattning (det innebär att patienten själv får skatta sin smärta) på enheterna. Det finns också exempel på landsting som övergripande arbetar med Svenska Palliativregistret som en viktig del i att höja kvaliteten på vården i livets slutskede (t.ex. Östergötland och Sörmland). Den omedelbara möjligheten till återkoppling skapar goda förutsättningar för dialog om resultaten och förbättringar. Intresset för att delta i registret ökar och för närvarande registrerar 2/3 av landets kommuner dödsfall i registret. Samtliga län deltar i registreringen men täckningsgraden varierar. För en god uppfattning om kvaliteten kring den sista tiden i livet och äldres död krävs att registreringarna ökar från dagens cirka 25 procent registreringar till cirka 70–80 procent. Årligen dör knappt 95 000 personer i Sverige, varav cirka 80 procent är väntade dödsfall där det finns behov av någon form av palliativ vård. Täckningsgraden är bättre för de yngre patienterna, så ökad täckningsgrad kan innebära att andelen äldre i registret kommer att stiga. På länsnivå är täckningsgraden i dag som bäst ca 50 procent och de kommuner som registrerar bäst har nått upp till 70 procent.

Regeringen har den 26 november 2009 gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med SKL bl.a. stödja utvecklingen av kvalitetsregister för palliativ vård.

Prestationsersättning 2010:

40 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting som registrerar 40 procent eller fler av dödsfallen i Svenska Palliativregistret. Ytterligare 10 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting som registrerar 70 procent eller fler. Mätt som andel registreringar per kommun i förhållande till antalet dödsfall i kommunen.

För att nå målet i en kommun behöver enheter såväl i kommunen som i landstinget och verksamheter i enskild regi delta i kvalitetsregistret. Målet höjs till 50 procent för 2011 och 70 procent för 2012, med förbehåll för riksdagens medgivande av medel.

2. Senior Alert

Senior Alert är ett register som skiljer sig från andra då deltagande inte bara innebär registrering utan också att man får stöd att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte. Senior Alert har utvecklats i Jönköpings läns landsting. Av registret kan man utläsa att antalet trycksår och fallskador minskat avsevärt som en följd av det systematiska förbättringsarbete som skett i samband med registrets utveckling.

Registrering görs för alla över 65 år vid inskrivning/ankomst till ett sjukhus, särskilt boende, hemsjukvård m.m. En standardiserad riskbedömning av individens risk för fallskador, undernäring och trycksår föregår varje registrering och i en individuell åtgärdsplan följer man upp bedömningen. Flera av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för vård och omsorg om äldre är hämtade ur Senior Alert.

Deltagande i registret sprids nu i landet, dock fortfarande i liten skala jämfört med Svenska Palliativregistret. I dag har 7 landsting och 9 kommuner börjat registrera.

Ett ökat engagemang i registret kräver stöd och utbildning till de enheter (exempelvis ett särskilt boende, en hemtjänstgrupp, en klinik) som ansluter sig till registret.

Prestationsersättning 2010:

50 miljoner kronor fördelas mellan de kommuner och landsting där samtliga relevanta verksamheter har påbörjat registrering i Senior Alert.

Exempel på vinster med ett nytt arbetssätt

- I dag är det ett känt problem att möjligheterna till palliativ vård varierar kraftigt i olika delar av landet. Det handlar bland annat om möjlighet till smärtlindring, tillgång till personal dygnet runt som kan komma vid akuta problem och teknisk kompetens hos personalen. I Svenska palliativregistret jämförs alla deltagande

enheter avseende vilken vård patienter erbjuds. Mål för god vård sätts vilket leder till att skillnader synliggörs och kan diskuteras. Sådana diskussioner har visat sig leda till att skillnader snabbt jämnas ut.

- Ett etiskt problem i vården i livets slutskede är att patienter inte sällan tvingas flytta mellan olika vårdformer under de sista levnadsdagarna. Ibland inträffar till och med dödsfall under transporter. Detta är ovärdigt och bör inte förekomma. Antalet flyttningar de sista 14 dagarna registreras i palliativregistret.
- Även enheter som har jobbat länge med att förbättra vården i livets slutskede och känner sig ganska nöjda med sina prestationer kan vid jämförelser i palliativregistret till exempel upptäcka att patienterna i överraskande stor utsträckning drabbats av trycksår. På så sätt kan enheten fokusera sitt förbättringsarbete mot trycksår och förbättra sina resultat ytterligare – ett förbättringsarbete som inte kunnat komma till stånd utan jämförelse i registret.
- Brytpunktsamtal handlar om att flytta fokus i vården från att bota till att lindra. Det är en läkaruppgift att på ett bra sätt kommunicera med patient och närstående när denna stund är kommen. I dag finns stora brister inom detta område vilket leder till att patienter utsätts för meningslös, ibland plågsam och biverkningsfylld behandling istället för att få somna in i lugn och ro. Ett väl genomfört och dokumenterat brytpunktsamtal leder till lugnare patienter, nöjdare närstående och en god arbetsmiljö för personalen.
- Undernäring i äldreomsorgen är ett väl dokumenterat problem idag. Att erbjuda alla patienter inom kommunal vård och omsorg bedömning av risk för undernäring är ett sätt att komma åt detta problem. Personer som befinner sig i riskzon ska kunna få en handlingsplan för att förebygga viktnedgång. Ingen person ska behöva svälta ihjäl i äldreomsorgen.
- Den största risken att ådra sig en fallskada finns när en person är inlagd på sjukhus. Detta kan bero på förvirring, feber, plötslig svaghet, ovan miljö, smärtstillande läkemedel, toalettbesök i strumplästen m.m. Genom att systematiskt registrera sina fallskador och bedriva ett aktivt förebyggande arbete kan antalet fall och fallskador vid vård på sjukhus minska.
- Det är inte ovanligt att personalen tror att patienter/brukare omhändertas på ett visst sätt enligt vårdprogram och riktlinjer. Vid analys av faktiskt utfall visar det sig inte sällan att så inte är fallet. Genom att ta del av och analysera den egna organisationens

patienter kan personalen få möjlighet att diskutera hur det lokala systemet hanterar faktiska ärenden och genomföra förbättringar utifrån vad som kommer fram.

Kostnad för förstärkning av kvalitetsregistren

De båda kvalitetsregistren behöver förstärkas under en treårsperiod för att sprida användningen. Spridningen sker genom utbildning och stöd till verksamheter i kommuner, landsting såväl enskild som offentligt driven. Med finansiell förstärkning av registren kan avgifterna till Senior Alert tas bort vilket är en viktig förutsättning för ökat deltagande.

Ökad belastning på registrets centrala funktioner, administration av nya användare, IT-support, information, återkopplingsfunktioner, webb m.m. behöver också finansieras.

Registrens nuvarande spridning är mycket olika – Senior Alert erhåller därför en större andel av finansiellt stöd.

1. Kostnad för stöd till Svenska Palliativregistret	7 milj. kr
2. Kostnad för stöd till Senior Alert	12 milj. kr
3. Kostnad för samordning på nationell nivå (SKL)	1 milj. kr
4. Kostnad för samordning och genomförande inom Famna	<u>1 milj. kr</u>
Summa kostnader för 2010	21 milj. kr

Villkoren för utbetalning av medlen redovisas i särskilt regeringsbeslut efter ansökan. I arbetet med att utveckla kvalitetsregistren är det angeläget säkerställa att detta sker på ett sätt som är förenligt med gällande sekretess- och registerlagstiftning.

Stöd till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre

Det har länge varit känt att hälso- och sjukvården inte fungerar optimalt när det gäller att ta hand om äldre människor med komplexa vårdbehov. Konsekvenserna är undvikbara och handlar om onödigt lidande hos patienter och närstående, frustration i personalgrupperna med dålig arbetsmiljö och kvalitetsbristkostnader som innebär misshushållning med samhällets resurser. Beräkningar som utförts i Gävle under 2009 visar att vårdkostnaden per multisjuk äldre uppgår till 300 000 – 1 200 000 kronor under en 1½-årsperiod. Förbättring av vården kan innebära kostnadsminskningar på upp till 30 procent. Med 50 000 multisjuka personer i Sverige handlar det om miljardbelopp som kan frigöras.

Förändring behövs såväl på systemnivå som i vårdens och omsorgens arbetssätt. Några exempel på förändringar som behöver komma till stånd är:

- gå från ett reaktivt till ett proaktivt arbetssätt – genom ett förebyggande arbete kan sjukdom och skada undvikas
- införa ett systematiskt och standardiserat arbetssätt – variationen i behandling och resultat behöver minska
- öka kunskapen om vårdens och omsorgens resultat – mäta och följa upp
- ersätta verksamhetsperspektiv med patient/brukarperspektiv
- beakta helheten och inte bara delarna – ger åtgärden ett mervärde?
- öka delaktighet för patienter/brukare och närstående i vården.

I arbetet kring de mest sjuka äldre fungerar kommuner och landsting som kommunicerande kärn. En fungerande samverkan är en förutsättning för att den äldre ska kunna tillförsäkras en god och säker vård och inte "falla mellan stolarna". Såväl rollen som beställare som utförare är här viktiga att uppmärksamma. Förbättringsarbetet bedrivs i regel hos utförarna och ibland utifrån krav från beställaren men satsningen på ett systematiskt förbättringsarbete syftar till att nå alla utförare oberoende av driftsform, dvs. även enskilda och idéburna aktörer.

Ett nytt arbetssätt uppstår inte spontant utan förutsätter aktivt stöd för att etableras och ersätta gamla vanor. Detta förutsätter tydliga mål, ett gott ledarskap liksom särskild förbättringskunskap.

Att sprida kvalitetsregister inom den specialiserade hälso- och sjukvården handlar om att nå ca 70 enheter på sjukhusklinikerna. Spridning av kvalitetsregister inom vård och omsorg för äldre i vidare mening handlar om att nå personal på ett mycket stort antal enheter inom vård- och omsorg i landets 290 kommuner; närmare 6 500 enheter för äldreboende, korttidsvård, hemtjänst och dagverksamheter med omkring 200 000 medarbetare, på landets ca 1000 vårdcentraler och på sjukhusen. Detta kommer att ta mycket lång tid om inte ett fokuserat och mycket aktivt arbete utförs för att genomföra förändringen snabbare.

För att möjliggöra ett införande under en treårsperiod ges tillfälligt extra stöd till kvalitetsregistren och till införandearbetet. Kommuner och landsting bör länsvis kunna upprätta en plan för införandet utifrån de lokala förutsättningarna. Därtill kan utvecklings/förändringsledare, gemensamma för kommunerna och landstinget i ett län, ge stöd och driva utvecklingen i de olika verksamheterna. Tre stödpersoner, s.k. utvecklings/förändringsledare bedöms behövas per normalstort län och förutsätts ha stark förankring i landstinget och kommunerna i länet. Dessa personer kan fungera som noder (spindlar) i det nätverksarbete som är en del av införandet. Goda erfarenheter finns sedan tidigare av denna typ av funktion inom ramen för statliga stimulansbidrag – Anhörig 300 projektet och Rehab 300. I dag arbetar SKL:s projekt *Kunskap till praktik* på samma sätt med stöd till förbättringsarbete inom missbruks- och beroendevården. Att bygga broar mellan huvudmännen är en annan uppgift som utvecklings-/förändringsledaren per automatik

kan komma att utföra liksom att återföra erfarenheter av och goda exempel på redan pågående och planerat utvecklingsarbete.

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. För att säkerställa att kvalitetsutvecklingen har ett brukarperspektiv som sträcker sig över huvudmanna- och verksamhetsgränser avsätts även resurser för att samordna kvalitetsutvecklingsarbetet hos de enskilda aktörerna.

Med syfte att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre avsätts medel till utvecklings- och förbättringsarbete i samtliga län under tre år samt till en samordnare för de enskilda idéburna aktörerna.

Denna satsning på ett läns- och verksamhetsövergripande utvecklingsarbete kommer att generera användbara erfarenheter kring samverkans förutsättningar och svårigheter. Sådana erfarenheter kommer att tas tillvara för att på ett mer systematiskt sätt identifiera brister som sammanhänger med uppbyggnad av vård- och omsorgsstrukturen. I takt med att mer precisa nyckeltal för kvalitet utvecklas kan mål för framtida prestationsbaserade statsbidrag utvecklas.

Kostnad: 67 miljoner kronor avsätts årligen 2010–2012 till långsiktig och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre (17 län x 3 personer x 1 miljon kronor = 51 miljoner kronor
3 län x 5 personer x 1 miljon kronor = 15 miljoner kronor för Stockholm, Region Skåne och Västra Götaland
1 samordnare för idéburna aktörer = 1 miljon kronor)

Nationell samordning

SKL ska ansvara för nationell samordning av det långsiktiga och systematiska förbättringsarbetet för de mest sjuka äldre i länen genom bl.a. nätverksskapande, seminarier och andra former av erfarenhetsutbyte samt redovisning och sammanställning av resultaten från förändringsarbetet.

Kvalitetsregister ger inte hela bilden av vårdens resultat för patienten/brukaren. För att säkerställa en god vård och omsorg behöver dessa uppgifter kompletteras med kvalitativ uppföljning av vårdens resultat. Forskaren Ulla Gurner har utarbetat en metod som innehåller intervjuer med patienter/brukare och närstående, journalgenomgångar, läkemedelsbedömningar och ekonomiska kalkyler. SKL kommer under 2010 att i 10 landsting och 50 kommuner testa och vidareutveckla

metoden. Analysen av materialet avses ligga till grund för förbättringsarbete i flera kommuner och landsting.

För en jämlik vård och ett lyckat införande av ett strukturerat, systematiskt och förebyggande arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister förutsätts att alla kommuner deltar. I detta arbete har SKL en roll att samordna arbetet och skapa möjligheter för långsiktigt och hållbart erfarenhetsutbyte mellan medlemmarna. Alla ska med, inte bara några få piloter med entusiaster och eldsjälar.

Utvecklingsarbetet är nära kopplat till ett av SKL:s 13 prioriterade områden *Bättre liv för sjuka äldre* och har därmed starkt politiskt stöd och engagemang. Knutet till projektet finns en projektorganisation innefattande ett stort antal enheter och medarbetare inom SKL. Inom ramen för SKL:s uppgift att sprida erfarenheter görs en medveten satsning på förmedling av erfarenheter och goda exempel i seminarier, nationella konferenser, spridning på webb och i rapporter m.m. Återföring av resultat kommer att ges en framskjuten roll i arbetet.

Kostnad: 6 miljoner kronor avsätts årligen för 2010–2012 till nationell samordning

Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre

Att erbjuda äldre personer, med omfattande behov av insatser både från kommunens äldreomsorg och landstingens hälso- och sjukvård, en sammanhållen vård och omsorg ställer stora krav på en samordnad organisation där huvudmannaskapsgränser inte får utgöra hinder. Erfarenheter från decennier av utvecklingsarbete och resultat från forskning visar att det är svårt att anpassa dagens vårdstruktur till äldre multisjuka personers behov.

Nya integrerade vård- och omsorgslösningar för äldre personer med stora och sammansatta behov behöver därför ta form och växa fram. Denna integrerade vård och omsorg ska karaktäriseras av kvalitet och kontinuitet, överblick och sammanhang för den enskilde. En viktig målsättning är att äldre personer med omfattande behov inte ska behöva administrera och samordna sina vård- och omsorgskontakter på egen hand.

Med detta som utgångspunkt erbjuds medel till ett antal försöksverksamheter med det övergripande temat *Förbättringsarbete med den äldre i centrum* där ett helhetsperspektiv skall vara vägledande. Verksamheterna kan pröva olika former för förbättringsarbete genom bl.a. systematisk processanalys (Lean), genombrottsmetoden, Research Partnership Method (RPM) liksom organisatoriska lösningar, uppbyggnad av gemensamma centrumbildningar och i övrigt

organisationsformer som främjar en sammanhållen vård och omsorgsprocess för multisjuka äldre.

Försöksverksamheterna ska utifrån multisjuka äldres behov bl.a. se på verksamheternas uppläggning, organisation, behov av IT-stöd, dokumentation, former för erfarenhetsspridning och lärande. Försöksverksamheterna kan också utveckla och pröva olika former för vägledning för äldre bl.a. i form av "äldrelots" samt utveckla former för ett salutogent perspektiv som integreras i samverkan mellan huvudmännen.

Med detta som utgångspunkt och inom en vid ram för nytänkande ges nu medel till ett antal försöksverksamheter som efter ett ansökningsförfarande erhåller ett projektstöd under tre år och utvärderas löpande. Avsikten med försöksverksamheterna är att skapa ett lärande system som vidareutvecklar lösningar, förankrar nyckeltal, förfinar stödet inkl. IT-lösningar, utvärderar, återför och utvecklar implementerade modeller som stödjer helheten samt belönar goda resultat när det gäller behandlingen av de mest sjuka äldre. Stimulansbidraget kan sedan användas för att stimulera en spridning av de lösningar som är mest framgångsrika.

Försöksverksamheterna kan under 2010–2012 utvecklas kring bl.a. följande områden:

Samverkan med den äldre i centrum

Ett antal försöksverksamheter startas upp som innebär samverkan enligt olika former av processorienterade förbättringsmodeller, t.ex. den s.k. Lean-modellen, genombrottsmetoden osv. Akutsjukhus, geriatrisk verksamhet, primärvården, särskilda boenden, kommunens biståndshandläggare, hemsjukvården, ASIH och den palliativa vården bör innefattas i förbättringsarbetet.

Organisatoriska lösningar som bidrar till förbättrat samarbete kring de mest sjuka äldre

Organisatoriska lösningar i nära samverkan mellan kommuner och landsting kan också ges projektstöd; centrumbildningar, samverkan i gemensamma nämnder, äldrevårdscentraler, "gemensam ingång" till vården, samlokaliserade och samfinansierade verksamheter m.m. De verksamheter som ges medel skall utveckla handläggningen när det gäller multisjuka äldre, bedriva relevant FOU direkt i vård- och omsorgsverksamheten, utveckla den geriatriska och gerontologiska kompetensen, fokusera på utbildning och pedagogik för patienter, närstående och personal. Försöksverksamheten ska utveckla verksamheten utifrån de mest sjuka äldres behov och bl.a. se på verksamheternas uppläggning, organisation och dokumentation.

Helhetsperspektiv på vård- och omsorgskedjan

Andra former av mer idéburna försöksverksamheter kan ges medel där ett helhetsperspektiv på den äldres vård- och omsorgsbehov måste vara tydligt. Försöksverksamheterna bör sträcka sig över olika huvudmän och utförare (kommun, landsting och idéburna/enskilda verksamheter) och utgå från uppföljningar av individens fysiska, psykiska, sociala behov, nödvändig kompetens och optimal personalkontinuitet.

Försöksverksamheterna bör också utveckla och pröva förslag på adekvat vägledning för äldre genom de olika systemen (äldrelots), utveckla ett ökat socialt innehåll och ett salutogent perspektiv, samt ta fram modeller för bättre tillgång till avancerad vård och omsorg i hemmet.

Medel kan sökas av kommuner och landsting i nära samverkan samt av privata/enskilda och idéburna verksamheter och organisationer och ges projektstöd under tre år.

Kostnad: 70 miljoner kronor avsätts årligen under 2010–2012 för att stödja och starta beskrivna försöksverksamheter enligt ovan

Utvärdering

Uppdrag till oberoende utvärderare att vetenskapligt utvärdera och följa upp de nämnda försöksverksamheterna samt ett antal pågående försöksverksamheter med fokus på de mest sjuka äldre som t.ex. 10Hundra med gemensam nämnd i Norrtälje, Nisse med närsjukvårdsteam i Malmö, Esther i Eksjö, Linnea i Växjö, Hilma i Örebro och Hand i Hand i Hedemora och Avesta. Dessa utvärderingar bör sammanställas med avsikt att försöka dra generella slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera en nationell utveckling på området.

Vidare bör det ökade engagemanget i de två kvalitetsregistren och stödet till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre inklusive den nationella koordinationen via SKL följas upp och utvärderas av en oberoende utvärderare.

Kostnad: 5 miljoner kronor avsätts årligen för 2010–2012.

Lokala värdighetsgarantier

Under förutsättning att riksdagen beslutar i enlighet med regeringens förslag i Lagrådsremissen Värdigt liv i äldreomsorgen får Socialstyrelsen i samråd med SKL i uppdrag att ta fram ett underlag eller en vägledning om hur lokala värdighetsgarantier kan se ut, dvs. utförarens utfästelser gentemot den äldre personen och hur dessa ska följas upp. En lokal värdighetsgaranti kan innehålla en konkret beskrivning av vad äldre personer och deras anhöriga kan förvänta sig av de tjänster som kommunen erbjuder inom äldreomsorgen. Förutom en ökad tydlighet

om vilken service man kan förvänta sig kan en lokal värdighetsgaranti även bidra till kvalitetsutveckling.

Regeringen avser att från och med 2011 erbjuda prestationsbaserade stimulansbidrag till de kommuner som väljer att frivilligt införa värdighetsgarantier i enlighet med Socialstyrelsens vägledning. Detta under förutsättning att riksdagen beviljar fortsatta medel för utveckling av äldreomsorgen.

Kostnader: 2 miljoner kronor för att under 2010 ta fram ett vägledningsunderlag till lokala värdegrundsgarantier.

Sammanfattande fördelning av medlen 2010

Ökat engagemang i kvalitetsregister	121 000 000 kr
Stöd till förbättringsarbete	67 000 000 kr
Nationell samordning	6 000 000 kr
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	70 000 000 kr
Utvärdering	5 000 000 kr
Lokala värdighetsgarantier	<u>2 000 000 kr</u>
Summa:	271 000 000 kr

En plan för genomförandet ska ligga till grund för utbetalning av medlen och redovisas i ett särskilt regeringsbeslut.

Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig när den godkänts av regeringen och av Sveriges Kommuner och Landstings styrelse.

Stockholm februari 2010

För staten

För Sveriges Kommuner
och Landsting

Ragnwi Marcelind
statssekreterare

Håkan Sörman
verksställande direktör