

Socialdepartementet

Kammarkollegiet

Box 2218

103 15 Stockholm

Uppdrag att utbetala medel till insatser för en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen uppdrar åt Kammarkollegiet att engångsvis utbetala 301 000 000 kronor till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att användas inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Medlen ska användas i enlighet med vad som framgår av den plan för genomförandet av överenskommelsen som SKL inkommit med, se *bilaga*. Medlen utbetalas efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvirering ska ske senast den 1 december 2012 och hänvisa till det diarienummer som bidragsbeslutet har. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, anslagsposten 20 Sammanhållen vård och omsorg om äldre.

Åtterrapporing av vilka aktiviteter och verksamheter som genomförts ska ske senast den 1 november 2012 till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Slutredovisning ska ske senast den 1 mars 2013 till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Medel som inte använts ska återbetalas till Kammarkollegiet (bankgiro 5052-5781) senast den 1 april 2013. När det gäller försöksverksamheterna ska dessa projekt slutredovisas senast den 1 september 2013 till Regeringskansliet (Socialdepartementet), ekonomisk redovisning ska ske senast den 15 december 2013 till Regeringskansliet (Socialdepartementet) och ej förbrukade medel återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 december 2013. Redovisningarna ska hänvisa till det diarienummer som uppdragsbeslutet har.

Ärendet

Sedan 2010 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Den 15 december 2011 godkände regeringen 2012 års överenskommelse mellan staten och SKL om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. SKL har den 24 januari 2012 till Socialdepartementet kommit in med en plan för genomförandet av överenskommelsen.

På regeringens vägnar

Maria Larsson

Gert Knutsson

Kopia till

Statsrådsberedningen
Finansdepartementet/Budgetavdelningen
Socialutskottet
Ekonomistyrningsverket
Läkemedelsverket
Socialstyrelsen
Statskontoret
Sveriges Kommuner och Landsting
Svenska Palliativregistret
Senior Alert
Svenskt Demensregister
Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid
Demens (BPSD)
Famna, Box 16355, 103 26 Stockholm
Vårdföretagarna

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 2012

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 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 och omsorg om de mest sjuka äldre.

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL omfattar **1 161 000 000 kronor** för år 2012.

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 **handlingsplan** för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre. Den gemensamma handlingsplanen ska innehålla en beskrivning av förbättringsområden utifrån lokala förutsättningar, konkreta och mätbara mål, planerade akti-

viteter samt en beskrivning av hur uppföljningen ska gå till och hur resultaten ska redovisas.

2. Huvudmännen ska ha fattat beslut om **att** införa ett **ledningssystem för kvalitet** som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Uppföljning inför utbetalning av medel

De grundläggande kraven ska vara uppfyllda den **30 september** 2012. Kommuner och landsting ska senast den **15 oktober** redovisa till SKL ett underlag som verifierar att ovanstående villkor är uppfyllda.

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.

Förbättringsarbetet ska inriktas mot de områden som läggs fast i den för huvudmännen gemensamma handlingsplanen och härigenom bidra till bättre måluppfyllelse.

Satsningen behöver utvecklas och breddas mot implementering av nationella riktlinjer och annan säkerställd kunskap som utarbetas på nationell nivå av Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering m.fl. Samspelet mellan den nationella kunskapsutvecklingen, regionala FoU, universitet och högskolor samt de regionala utvecklingsledarna ska utvecklas.

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. Även Famna får två miljoner kronor och Vårdföretagarna tre miljoner kronor för 2012 till utvecklingsledare som stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete bland sina medlemmar. Sammanlagt avsätts 71 miljoner kronor för 2012.

Utbetalning av medel enligt ovan

- a) Medel till kommuner och landsting till läns-gemensamt utvecklingsarbete/utvecklingsledare
Utbetalas till SKL efter rekvisition

66 milj. kr

- b) Medel till Famna för utvecklingsarbete som stöd till förbättrings- och kvalitetsarbete
Utbetalas till SKL efter rekvisition **2 milj. kr**
- 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. SKL ansvarar för uppföljning av utvecklingsledningens arbete, Famna, Vårdföretagarna, medlens användning samt återrapportering senast den 1 november 2012 till Socialdepartementet. Slutredovisning ska ske senast den 1 mars 2013. Redovisning av hur de ekonomiska medlen har använts ska ske dels i samband med återrapporteringen den 1 november 2012, dels när insatserna i överenskommelsen har slutförts.

Bilaga 1 Genomförandeplan för utvecklingsledningarna (se SKLs genomförandeplan)

Bilaga 2 Genomförandeplan och budget för Famna

Bilaga 3 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 nu tar fram för 2012 ska kunna omsättas i praktisk handling och leda till en varaktig förändring.

Som ytterligare kompletterande stöd för chefer erbjuds nu Ledningskraft med syfte att skapa nationella mötesplatser och stärka chefers kompetens i förbättringsarbete med fokus på att gå från ord till handling och omsätta den läns gemensamma handlingsplanen för 2012 till praktisk vardag.

Ledningskraft vänder sig till hälso- och sjukvårds- och äldreverksamheter i hela Sverige. 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 kommer genom deltagande i programmet rustas för fortsatt kapacitetsbyggande i kommuner och landsting i respektive län. För att kunna göra en sådan nationell satsning som omfattar hela landet är parterna överens om att 23 miljoner kronor avsätts för detta ändamål för 2012.

Utbetalning av medel enligt ovan

Medel till SKL för Ledningskraft
Utbetalas till SKL efter rekvisition

23 milj. kr

Särskilda villkor

Åtterrapporering ska ske senast den 1 november 2012. Slutredovisning ska ske senast den 1 mars 2013. Redovisning av hur de ekonomiska medlen använts ska ske dels i samband med åtterrapporeringen den 1 november 2012, dels när insatserna i överenskommelsen slutförts. Ev återstående medel ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 1 april 2013.

Bilaga 1 (b) Genomförandeplan och budget för Ledningskraft

2.3 Kvalitetssäkrad välfärd

Målet för denna insats är att etablera uppföljnings- och kontrollfrågan som en naturlig del i kommunens respektive landstingets ledning och styrsystem. Konkret innebär denna del av satsningen att ett antal utbildningspaket utvecklas och erbjuds kommuner och landsting. Fyra nätverksledare, en projektledare på heltid och en assistent på halvtid ska engageras liksom expertis inom olika sakområden. För en kombinerad nätverks- och kunskapsinsats avsetts 12 miljoner kronor för 2012.

Utbetalning av medel enligt ovan

Medel till SKL för Kvalitetssäkrad välfärd
Utbetalas till SKL efter rekvisition

12 milj. Kr

Särskilda villkor

Åtterrapporering ska ske senast den 1 november 2012. Slutredovisning ska ske senast den 1 mars 2013. Redovisning av hur de ekonomiska medlen använts ska ske dels i samband med åtterrapporeringen den 1 november 2012, dels när insatserna i överenskommelsen slutförts. Ev återstående medel ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 1 april 2013.

Bilaga 4 Genomförandeplan och budget för Kvalitetssäkrad välfärd

2.4 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 för 2012, som är sista året för den här satsningen, avsätta 70 miljoner kronor till de 19 försöksverksamheterna. En stor del av försöksverksamheterna inledde arbetet först mot senare delen av år 2010 och kommer därför att avlämna slutrapport den 1 september 2013. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera försöksverksamhe-

terna samt ett antal samverkansnätverk. Utvärderarna överlämnar slutrapport den 31 december 2013 till Socialstyrelsen som i sin tur lämnar slutrapport till regeringen den 30 april 2014.

Utbetalning av medel

Medel för försöksverksamheter till SKL

70 milj. kr

Särskilda villkor

En miljon kronor får användas för omkostnader i samband genomförande av försöksverksamheten. SKL ansvarar för utbetalning av medel till försöksverksamheterna samt för uppföljning och återrapportering till Socialdepartementet. Projekten ska inkomma med slutrapport till SKL den 1 september 2013, ekonomisk redovisning den 15 december och återbetalning av ej förbrukade medel till Kammarkollegiet den 31 december 2013.

2.5 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 30 miljoner kronor utbetalas till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur förmedlar 27 miljoner kronor till respektive register i enlighet med en av regeringen godkänd genomförandeplan. Kvalitetsregistren ska kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter. För samordning och genomförande inom ideellt drivna verksamheter erhåller Famna en miljon kronor, inom privat drivna verksamheter erhåller Vårdföretagarna en miljon kronor och för samordning av arbetet med kvalitetsregister på nationell nivå får Sveriges Kommuner och Landsting en miljon kronor. I arbetet med att utveckla kvalitetsregistren är det angeläget säkerställa 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 12 miljoner kronor

I **bilaga 6** redovisas genomförandeplan och budget för Senior Alert

c. Medel till stöd för Svenskt Demensregister och BPSD-registret 8 miljoner kronor

I **bilaga 7 och 8** redovisas genomförandeplan och budget för Svenska Demensregistret och BPSD-registret

d. Medel för samordning och genomförande inom Famna 1 miljon kronor
Se **bilaga 2**

d. Medel för samordning och genomförande inom Vårdföretagarna 1 miljoner konor
Se **bilaga 3**

e. Medel för samordning av arbetet med kvalitetsregister på nationell nivå (SKL) 1 miljon kronor
Se **bilaga 1**

Utbetalning av medel enligt ovan

a) Medel till Svenska Palliativregistret utbetalas till SKL efter rekvisition	7 milj. kr
b) Medel till Senior Alert utbetalas till SKL efter rekvisition	12 milj. kr
c) Medel till Svenska Demensregistret/BPSD utbetalas till SKL efter rekvisition	8 milj. kr
d) Medel till Famna utbetalas till SKL efter rekvisition	1 milj. kr
e) Medel till Vårdföretagarna utbetalas till SKL efter rekvisition	1 milj. kr
f) Medel till SKL	1 milj. Kr

Särskilda villkor för medel enligt a-f:

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 åiterrapportering till Socialdepartementet senast den 1 november 2012. Slutredovisning ska ske senast den 1 mars 2013.

Kvalitetsregistren ska kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter. I arbetet med att utveckla kvalitetsregistren är det angeläget att säkerställa att detta sker på ett sätt som är förenligt med gällande sekretess- och registerlagstiftning.

2.6 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.

Parterna är överens om fortsatt statligt stöd om 9 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting för nationell samordning av de pågående satsningarna och att dessa ska vidareutvecklas under 2012. Ytterligare en miljon kronor utgår till arbetet med kvalitetsregister (se punkt 2.5 (e)). Syftet är att skapa goda förutsättningar för en tydlig kommunikation, ett effektivt utnyttjande av resurser samt en tydlig struktur för samordning på den nationella nivån. En plan för genomförandet ska ligga till grund för utbetalning av medlen.

Utbetalning av medel

Medel för nationell samordning till SKL

9 milj. kr

I **bilaga 1** redovisas genomförandeplan och budget för Nationell samordning (SKL).

Särskilda villkor

SKL ska återrapportera senast den 1 november 2012. Slutredovisning ska ske senast den 1 mars 2013. Redovisning av hur de ekonomiska medlen använts ska ske dels i samband med återrapporteringen den 1 november 2012, dels när insatserna i överenskommelsen slutförts. Ev återstående medel ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 1 april 2013.

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 också till de verksamheter som genomfört brytpunktsamtal. Målsättningen är att täckningsgraden ska vara så hög till 2013 att registret därefter kan användas som resultatindikator som kan målsättas.

Prestationsersättning 2012:

Täckningsgrad

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform sammantaget registrerar 70 procent eller fler av dödsfallen i Svenska Palliativregistret. Mätt som andel registreringar per kommun i förhållande till antalet dödsfall i kommunen.

Brytpunktssamtal

De kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform sammantaget uppnått 70

procents täckningsgrad i Palliativregistret får vara med och dela på ytterligare 20 miljoner kronor om de i 60 procent eller fler av dödsfallen genomfört ett brytpunktsamtal.

Om beräkning - utbetalning av medel

Täckningsgrad

Den enhet - äldreboende, hemsjukvård, korttidsboende, sjukhus - som vårdade personen vid dödsfallet registrerar i efterhand 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 nå målet i en kommun behöver enheter såväl i kommunen som i landstinget och verksamheter i enskild regi delta i kvalitetsregistret.

Prestationsmedlen avseende ***täckningsgrad*** kommer att fördelas till de kommuner och landsting som kvalificerat sig för ersättning i förhållande till antalet folkbokförda personer 65 år och äldre i den aktuella kommunen, landsting/regiondel.

Mätperiod: 1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Sista datum för inmatning i kvalitetsregistret: Uppgifter gällande 2012 kan inmatas i registret t o m den 15 oktober för att medräknas i kvalificering till prestationsersättning 2012.

Fördelning av medel: 50 miljoner i prestationsersättning kommer att fördelas till kommuner och landsting som kvalificerat sig för ersättning i relation till antalet folkbokförda personer 65 år och äldre i respektive kommun och landsting vid ingången av år 2012.

För att de tre stora regionerna (Stockholm, Västra Götaland, Skåne) ska få likvärdiga förutsättningar att få prestationsersättning har dessa delats upp i delområden som bedöms var för sig.

Brytpunktsamtal

För kommuner som klarat 70 procent i täckningsgrad fördelas 20 miljoner kronor till de kommuner och landsting som utfört brytpunktssamtal i 60 procent eller fler av förväntade dödsfall.

Med brytpunktsamtal menas enligt Socialstyrelsens termbank ett samtal mellan ansvarig läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Mätperiod: 1 april till 30 september 2012.

Sista datum för inmatning i kvalitetsregistret: Uppgifter gällande 2012 kan inmatas i registret t o m den 15 oktober för att medräknas i kvalificering till prestationsersättning 2012.

Fördelning av medel: 20 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting som klarat kvalificeringskraven enligt ovan i relation till antalet folkbokförda personer 65 år och äldre i respektive kommun och landsting vid ingången av år 2012.

Uppföljning och utbetalning av medel: Svenska Palliativregistret lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registrerade dödsfall per kommun samt brytpunktssamtal senast den **1 november**. Medel utbetalas av Kammarkollegiet före årsskiftet 2012/2013.

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 in-skrivning eller ankomst till ett sjukhus, särskilt boende, hemsjukvård m.m. En standardiserad riskbedömning av individens risk för fallskador, undernäring, trycksår och dålig munhälsa föregår varje registrering och i en individuell åtgärdsplan följer man upp bedömningen.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller det vårdpreventiva arbetet för de mest sjuka äldre ges fortsatt prestationsbaserat stöd till de enheter och verksamheter som registrerar, riskbedömer och använder sig av kvalitetsregistret Senior Alert. Stöd ges nu också till de särskilda boenden för äldre (SÄBO) som riskbedömer de boende i Senior Alert. Målsättningen är att täckningsgraden 2013 ska vara så hög att informationen i registret därefter kan användas som resultatindikatorer som kan målsättas. Det är vidare angeläget att den prestationsersättning som kommuner och landsting erhåller återförs till registrerande enheter och verksamheter.

I första hand är det de mest sjuka äldre som är i behov av en registrering i kvalitetsregistret Senior alert och därmed sammanhängande förbättringsarbete. Med relevanta verksamheter avses därför hemsjukvård i ordinärt boende, vård och omsorg i särskilt boende samt sjukhusvård.

Kommuner och landsting har helt olika förutsättningar för det vårdpreventiva arbetssättet. I kommunerna finns ofta längre vårdkontakter och omsättningen av sjuka äldre är inte så stor. I landstingets verksamheter (sjukhus och primärvård) är antalet äldre personer som kan nås för riskbedömning betydligt större. Det handlar om korta vårdepisoder på sjukhus och många öppenvårdsbesök i primärvården.

Prestationsersättning 2012:

Registrering

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

Täckningsgrad

20 miljoner kronor fördelas till de kommuner, där 90 procent eller fler av äldre som bor i SÄBO, oavsett driftsform, erhållit en riskbedömning med registrering i Senior Alert.

Beräkning - utbetalning av medel

Riskbedömning med registrering i Senior alert

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting där samtliga relevanta enheter påbörjat riskbedömning med registrering i Senior alert. 35 miljoner fördelas till kommunerna och 15 miljoner kronor till landstingen. Fördelning sker i förhållande till antalet riskbedömningar med registrering.

Med relevanta enheter avses SÄBO, korttidsverksamheter i kommunerna, hemsjukvård (kommunal alt i landstingsregi) och sjukhusvård på medicin, kirurgi, ortopedi, geriatrik och infektionsklinik. Även vårdcentraler och hemtjänst kan delta i Senior alert. Även dessa registreringar medräknas för prestationsersättning.

Kvalificeringskrav: Huvudmannen har *påbörjat registrering* då *samtliga relevanta enheter* identifierats och anmälts till Senior alert i huvudmannens organisationsträd. Relevanta enheter kan ha både offentliga och privata utförare. Utbildning i det vårdpreventiva arbetssättet ska ha påbörjats och registreringar ska finnas i Senior Alert. Om enheter utöver de som identifierats bland samtliga relevanta påbörjar registrering (t ex vårdcentraler i landstinget och hemtjänst i kommunerna) kommer dessa enheter också att ingå i underlaget för prestationsberäkningen.

Mätperiod: 1 oktober 2011 till 30 september 2012

Sista dag för inmatning i kvalitetsregistret: 1 oktober 2012

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

Utbetalning av medel: Senior Alert lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registreringar enligt ovan senast den 15 oktober. Medel utbetalas av Kammarkollegiet senast vid årsskiftet 2012/2013.

Täckningsgrad i SÄBO

20 miljoner kronor fördelas till de kommuner som utfört riskbedömning med registrering i Senior alert det senaste året på 90 procent av de boende i SÄBO och korttidsverksamheter.

Mätning sker vid en punktprevalensmätning den **1 oktober 2012** som andelen boende som fått en riskbedömning registrerad i Senior alert det senaste året. Täckningsgraden bedöms på kommunnivå och inkluderar såväl offentliga som privata utförare.

Prestationsersättningen tillfaller huvudmannen i relation till antalet personer 65 år och äldre i kommunen.

Mätperiod: 1 oktober 2012. Senior Alert ansvarar för att utföra mätningen.

Fördelning av medel: Prestationsersättning fördelas i förhållande till antalet platser i SÄBO i den aktuella kommunen. Antalet platser i SÄBO per kommun anger kommunen till registret.

Utbetalning av medel: Senior Alert lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registreringar enligt ovan senast den 15 oktober. Medel utbetalas av Kammarkollegiet senast vid årsskiftet 2012/2013.

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.

Registret behöver utvecklas och anslutningsgraden öka. Att införa prestationsersättning förväntas öka användandet av registret inom primärvården med mellan 8 000 och 10 000 registreringar under 2012.

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens(BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Registret är nytt och för närvarande finns 700 individer rapporterade. Intresset att ansluta vård- och omsorgsenheter är stort och det bedöms som rimligt att närmare 20 000 registreringar kan uppnås under det första året.

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. Det är angeläget att den prestationsersättning som kommuner och landsting erhåller återförs till registrerande enheter och verksamheter.

Prestationsersättning 2012:

50 miljoner kronor fördelas till landsting i relation till antalet personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit utredning med registrering i SveDem via primärvården (vårdcentralerna), oavsett driftsform.

20 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 nyregistreringar i BPSD-registret.

Beräkning - utbetalning av medel

SveDem

Mätperiod: 1 oktober 2011 till 30 september 2012. Registreringen kan bygga på en tidigare utförd utredning under förutsättning att patienten fortfarande lever och följs upp via vårdcentralen.

Sista dag för inmatning i kvalitetsregistret: 1 oktober 2012

Fördelning av medel: 50 miljoner kronor fördelas till landsting i relation till antalet utförda registreringar i SveDem av personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och erhållit demensutredning i primärvården.

Uppföljning och utbetalning av medel: SveDem lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registreringar enligt ovan senast den **15 oktober**.

BPSD-registret

Mätperiod: 1 oktober 2011 till 30 september 2012.

Sista dag för inmatning i kvalitetsregistret: 1 oktober 2012

Fördelning av medel: 20 miljoner fördelas till kommunerna i relation till antalet utförda registreringar i BPSD-registret.

Utbetalning av medel: BPSD-registret lämnar uppgifter till Socialstyrelsen avseende registreringar enligt ovan senast den **15 oktober**. Medel utbetalas av Kammarkollegiet senast vid årsskiftet 2012/2013.

3.3 God läkemedelsbehandling för äldre

För att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre ges ett resultatbaserat stöd om sammanlagt 325 miljoner kronor till kommuner och landsting som minskar användningen av följande läkemedel (Valda läkemedel bygger på Socialstyrelsens rapport Indikatorer för god läkemedelsbehandling hos äldre 2010):

- Olämpliga läkemedel. Definition: långverkande bensodiazepiner, läkemedel med betydande antikolinerga effekter (se bilaga 3), 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 bör mätas för alla över 65 år på länsnivå. Under 2012 ska förekomsten av dessa läkemedel minska med minst 10 procent på länsnivå jämfört med nuvarande nivå för att få del av av-

sätta medel (se tabell *bilaga 4*). För kommande år (2013–14) är avsikten att användningen av dessa läkemedel ska minska väsentligt.

- Olämpliga läkemedelskombinationer. D-interaktioner. Definition: Interaktionen kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas. I särskilda fall kan det efter individuell klinisk bedömning vara befogat att använda läkemedel som orsakar interaktioner klass D. Under 2012 ska förekomsten av denna typ av interaktion minska med minst 10 procent på länsnivå jämfört med nuvarande nivå för att få del av avsatta medel (se tabell *bilaga 5*). För kommande år (2013–14) är avsikten att förekomsten av interaktioner klass D väsentligen ska minska väsentligt.
- Adekvat användning av läkemedel mot psykos i särskilt boende. För dessa läkemedel finns indikation vid psykosjukdom, annan sjukdom med psykotiska symptom, personer med demens och allvarliga beteendesyntom t.ex. aggressivitet. Preparaten är dock 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. Under 2012 ska användningen av dessa läkemedel minska med minst 10 % på länsnivå jämfört med nuvarande nivå för att få del av avsatta medel (se tabell *bilaga 6*). För kommande år (2013–14) är avsikten att användningen av dessa läkemedel ska minska väsentligt.

Prestationsersättning 2012

325 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorerna **Olämpliga läkemedel**, **Olämpliga läkemedelskombinationer** och **Läkemedel mot psykos i särskilda boenden** för äldre med minst 10 procent jämfört med nuvarande nivå sammanvägt som medelvärde för de tre indikatorerna. 70 procent av medlen för ett län som uppnått uppsatta mål för läkemedelsindikatorerna utbetalas till kommunerna och 30 procent till landstinget i länet.

För att medlen ska betalas ut krävs att minst fem län klarar det uppsatta målet att minska det sammanvägda medelvärdet med minst 10 procent. Är det färre än fem län får de som klarar det uppsatta målet dela på 200 miljoner kronor.

Beräkning - utbetalning av medel

Mätperiod: nivån i september 2012 jämförs med nivån i september 2011 sammanvägt som medelvärde för de tre indikatorerna. Indikatorn Läkemedel mot psykos i särskilda boenden kommer att utgå från Apodosförskrivning.

Socialstyrelsen ansvarar för att ta fram ett sammanvägt ingångsvärde per län per den 1 september 2011 samt avstämningsvärde varannan månad. Kammarkollegiet utbetalar medel till kommuner och landsting i förhållande till måluppfyllelse senast vid årsskiftet 2012/2013.

3.4 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 2012

325 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorerna **Undvikbar sluten vård** och **Återinläggningar inom 30 dagar** med 10 procent jämfört med nuvarande nivå. Indikatorerna mäts länsvis. Medel utbetalas till de län som uppfyller uppsatta mål för dessa indikatorer sammanvägt i ett index. 70 procent av medlen för ett län som uppnått uppsatta mål för nämnda indikatorer utbetalas till kommunerna och 30 procent till landstinget. För att medlen ska betalas ut krävs att minst fem län klarar det uppsatta målet att minska det sammanvägda indexet med 10 procent. Är det färre än fem län får de som klarar det uppsatta målet dela på 200 miljoner kronor.

Beräkning - utbetalning av medel

Mätperiod: nivån i september 2012 jämförs med nivån i september 2011 sammanvägt i ett index per län.

SKL ansvarar för att ta fram ett sammanvägt ingångsvärde per län per för september 2011 samt avstämningssvärde varannan månad. Kammarkollegiet utbetalar medel till kommuner och landsting i förhållande till måluppfyllelse senast vid årsskiftet 2012/2013.

Medel för analysarbete

Vidare ges medel för att utveckla ett lokalt och gemensamt analysarbete av undvikbar slutenvård. 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. För detta ändamål avsätts 86 miljoner kronor för 2012 som fördelas länsvis efter befolkningsstorlek.

Utbetalning av medel

Medel till kommuner och landsting länsgemensamt för lokalt analysarbete **85 milj. kr**
Utbetalas till SKL efter rekvisition

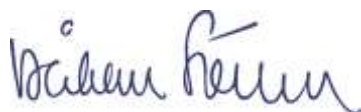
Särskilda villkor

SKL får använda en miljon kronor som stöd till arbetet att via bl.a. landstingens patientadministrativa system ta fram underlag avseende indikatorerna Sammanhållen vård och omsorg.

85 miljoner kronor fördelas med ett grundbelopp om en miljon kronor per län och därefter per person 80 år och äldre.

Åtterrapporering av analysarbetet ska lämnas senast den 1 februari 2013.

Sveriges Kommuner och Landsting



Håkan Sörman



Göran Stiernstedt

Bilagor

Genomförandeplan och budget

Bilaga 1 Nationell samordning inkl Ledningskraft (SKL)

Bilaga 2 Famna

Bilaga 3 Vårdföretagarna

Bilaga 4 Kvalitetssäkrad välfärd (SKL)

Bilaga 5 Svenska Palliativregistret

Bilaga 6 Senior Alert

Bilaga 7 och 8 Svenska Demensregistret och BPSD-registret

Bil 1

Nationell samordning av Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – genomförandeplan 2012

Allmänt 2012

Sveriges Kommuner och Landsting har haft *Bättre liv för sjuka äldre* som en prioriterad fråga under två år. Bland politiker och ledande tjänstemän i kommuner och landsting finns idag en samsyn om vikten av att utveckla samarbetet mellan kommuner och landsting inom äldreområdet. Genom denna satsning vill huvudmännen utveckla förebyggande och proaktiva arbetsätt i öppna vårdformer men också finna nya sätt för styrning och ledning utifrån öppna jämförelser och resultat i kvalitetsregister.

Att bjuda in de äldre själva och deras anhöriga som aktiva medskapare i vården är ett annat utvecklingsområde. SKL har därför bjudit in en grupp kloka äldre personer med tillgång till stora nätverk till en *Senior advisory board* med möjlighet att påverka processen och även delta i olika aktiviteter.

SKL arbetar också aktivt med jämlik vård. SKL kommer att redovisa resultat som är uppdelade på kön och i förekommande fall andra faktorer exempelvis vårdform och geografi.

Nationell samordning

SKL har åtagit sig att samordna genomförandet av den nationella satsningen på prestationsbaserade statsbidrag för sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Samordning sker såväl internt som externt och på olika nivåer.

Genom SKL:s olika nätverk sker avstämning av satsningen kontinuerligt med ledande tjänstemän. (Landstingsdirektörer, Kommundirektörer, Socialchefer, Hälso- och sjukvårdschefer och ansvariga beställare för primärvård). Dialog förs också i SKL:s politiska organisation genom beredningen för Primärvård och äldreomsorg och Hälso- och sjukvårdsdelegationen. Nätverk finns för patientsäkerhetsansvariga i landstingen, medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna och ordförande i landstingens läkemedelskommittéer.

SKL ansvarar för att samordna detta program med andra parallella satsningar som Patientsäkerhet, Strukturer för kunskapsutveckling, Utveckling av kvalitetsregister, Öppna jämförelser och Leda för resultat.

I och med att denna överenskommelse växt i omfång krävs också samordning mellan satsningens olika delar som kvalitetsregister, utvecklingsledare och Ledningskraft och Kvalitets-säkrad välfärd.

Ledningskraft

Ledningskraft är SKL:s huvudaktivitet under 2012. Den riktar sig till chefer i kommunal omsorg, primärvård och på sjukhus och ska vara ett stöd till medlemmarna att omsätta sin politiskt beslutade handlingsplan och överenskommelsens mål i praktisk handling. (se särskild genomförandeplan, bilaga 1.a)

Utvecklingsledare

I alla län finns nu utvecklingsledare som stödjer kommuner och landsting i införandet av kvalitetsregister och ger stöd i det lokala förbättringsarbetet. SKL erbjuder dessa personer en mötesplats för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling. SKL:s projektledare erbjuder också coachning i genomförandet av utvecklingsledarnas aktivitetsplaner.

Möten är inplanerade i februari, maj och november. Mötet i maj kommer att genomföras tillsammans med regionala utvecklingsledare från andra program (plattformsledare, barn och missbruk)

Kvalitetsregister

Nu finns fyra kvalitetsregister med i satsningen: Svenska Palliativregistret, Senior alert, Sve-Dem och BPSD-registret. SKL arrangerar mötesplatser för registerhållarna där gemensamma satsningar och utveckling diskuteras. Samarbete finns inom många områden att förbättra för de mest sjuka äldre. Högst prioriterat är att kunna erbjuda användbara utdata på ett attraktivt och tillgängligt sätt. De två demensregistren planerar också för ett samgående under 2012. Andra områden som diskuteras är insamling och automatisk överföring av data, kvalitetssäkring, förbättringsarbete och juridiska frågor.

Läkemedel

Inom läkemedelsområdet sker samarbete med SKL:s läkemedelgrupp och med Patientsäkerhetsprojektet. Samarbete har också initierats med Socialstyrelsen för att hitta bra former för kontinuerlig uppföljning av kvalitetsindikatorer.

Övriga aktiviteter

Konceptkatalog

Under 2012 avser SKL att arbeta fram en konceptkatalog för att visa på möjliga vägar där goda exempel kan omarbetas till koncept som sedan kan spridas i landet.

Bygga ett uppföljningssystem

SKL har åtagit sig att via sina medlemmar beräkna måluppfyllelse för indikatorerna undvikbar slutenvård och återinskrivning på sjukhus inom 30 dagar. SKL har för avsikt att samla en arbetsgrupp som kan kvalitetssäkra och vidareutveckla relevanta uppföljningsmått inom äldreområdet.

Särskilt fokus på primärvården

Stora förväntningar finns på att nya arbetssätt i öppna vårdformer ska kunna förbättra vården av sjuka äldre. Primärvården har en viktig roll i detta arbete. På grund av vårdvalsreformen har primärvården hittills inte varit särskilt involverad i utvecklingsarbetet. I och med denna överenskommelse finns goda möjligheter för primärvården att bidra i arbetet exempelvis via SveDem, teamarbete på SÄBO och behandling i öppenvård av äldre med kronisk sjukdom. Tre nationella konferenser kommer att arrangeras till målgruppen primärvårdschefer och medicinska rådgivare i primärvården.

Uppföljning av multisjuka äldre

Under 2010 och 2011 har SKL genomfört en kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i 12 landsting och 29 kommuner. Statistisk bearbetning och analyser är nu klara och den nationella rapporten liksom en sammanfattning kommer att publiceras på SKL:s hemsida under januari 2012. Den korta rapporten kommer att tryckas och spridas på olika sätt under 2012. Fortsatt utveckling sker av metoden att följa upp resultat av vård och omsorg ur den äldres perspektiv.

En positiv nyhet i veckan

De två första åren av satsningen har fokuserat på att införa ett systematiskt förebyggande arbetssätt i vård och omsorg om sjuka äldre. Att få tillgång till relevanta resultat som kan användas för utveckling, uppföljning och styrning av verksamheten har också varit prioriterat. Nu går arbetet in i ett nytt skede. Problemen och utmaningarna är väl beskrivna och kommunicerade. 2012 kommer fokus att ligga på att gå från ord till handling. SKL har kontrakterat

en skribent som kommer att göra reportage under året från verksamheter som tar steg framåt i sitt förändringsarbete. Målet är att kunna presentera en positiv nyhet i veckan under hela året.

Medlemsstöd

SKL:s medlemmar arrangerar många egna aktiviteter som en del i arbetet med Bättre liv för sjuka äldre. SKL deltar i många av dessa med föredragningar av olika slag.

Budget

Löner inkl OH-kostnader: Projektchef Projektledare (2 st) Kommunikationsstrateg Administratör	5,3 miljoner
Konferenser och seminarier	1,3 miljoner
Resor och logi	0,9 miljoner
Material	0,7 miljoner
Konsulter	1,8 miljoner
Summa	10, 0 miljoner

Bil 1.a

Ledningskraft – Så mycket bättre för de sjuka äldre Genomförandeplan 2012

*Syfte: Stödja chefer att omsätta lokal strategisk plan i praktiken
(social-/äldreomsorg, primärvård och slutenvård)*

- Stödja ledare att bidra till satsningen ”Bättre liv för de sjuka äldre” kommer att göra skillnad.
- Skapa en infrastruktur och process för lärande och implementering.

Varje län erbjuds delta med 3 chefsteam. Vi förbereder således satsningen utifrån ca 300 deltagare. Varje chefsteam kommer att få jobba med att vidareutveckla den strategiska handlingsplanen till aktivitetsplan i vardagen i relation till att uppnå överenskommelsens mål.

Tidsplan & upplägg

Programmet bygger på fyra mötesplatser, tre nationella och en mer regionalt.

Vid dessa mötesplatser kommer det varvas med föreläsare och eget arbete i teamet.

Utvecklingsnoder

SKL har träffat avtal med några regionala enheter som har god kompetens i att stödja chefer och ledare i utvecklingsarbete. Alla team kommer att erbjudas stöd via någon av dessa utvecklingsnoder.

Mötesplats 1 21-23 februari 2012 Infra City

Tema: *Vi vill göra*

Lärandemål:

Lärandemål , efter dessa dagar kommer ni att:

- 1) förståelse för context varför detta är viktigt
- 2) diagnostisera den rådande situationen och identifiera vad som fungerar bra som vi kan bygga vidare på.
- 3) Ha kunskap om hur man bryter ner en strategisk övergripande handlingsplan till en detaljerad actionplan i vardagen
- 4) Ha synliggjort och byggt en samverkande kapacitetskarta för systematiska förbättringar över tid. En karta som synliggör vilket stödsystem finns och vilket stöd behöver ni ytterligare för att lyckas?
- 5) Ha överenskommelse om beslutsprocesser och gemensamma mötesplatser i vardagen
- 6) Ha kunskap om hur man kan veta om en förändring blir en förbättring.

Mötesplats 2: 3-5 mars 2012 Munchenbryggeriet

Tema: *Vi gör det*

Lärandemål, efter dessa dagar kommer deltagarna att:

- 1) Ha verktyg och metoder som hjälper er att gå från ord till handling och omsätter er detaljerade actionplan i praktisk vardag.
- 2) Ha en plan för planering inför förbättringarna i handlingsplanen hur de ska för att omsätta i praktiken.
- 3) Erfarenhetsutbyte från andra län så långt kring genomförandet.
- 4) Ha tränat hur man utifrån beprövade teorier kan utvecklar kompetens för att lära från goda exempel
- 5) Ha byggt en ”mätavla” som hjälper er förstå systemets rörelse, vilka beteende och rådande strukturer som skapar nuvarande resultat.
- 6) Ha kunskap om hur man jobbar med förändringskoncept
- 7) kunna reflektera utifrån ett systemperspektiv hur era förändringar i ”delarna” kommer påverka helheten och tvärt om.

Mötesplats 3: under oktober 2012

Tema: *Vi fortsätter och gör det*

Denna mötesplats kommer äga rum på 5 olika platser i landet under oktober månad. Här kommer erfarenhetsutbyte och lärande vara i fokus och hur man fortsätter utveckla arbetssätten för bättre liv för sjuka äldre. Chefsteamerna kommer att få bjuda med sig ytterligare medarbetare från de lokala systemen.

Mötesplats 4: hösten 2013

Tema : Så mycket bättre vi firar vad vi åstadkommit och fortsätter utbyta erfarenheter och planer för framtiden. Denna gång ses vi på kulturhuset SPIRA.

Budget 23 miljoner:

Genomförande ledningskrafts mötesplatser : 6 miljoner

Utvecklingsnoder: 10 miljoner

Projektledare resor och lön : 3 miljoner

Framtagande och tryckning av arbetsmaterial: 1 miljon

Resurspersoner/föreläsare, administrativt stöd : 3 miljoner

Bil 2

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre Famnas genomförandeplan och budget 2012

Bakgrund

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*.

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 huvudmanna- 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.

Famna har tillsammans med Qulturum tagit fram ett utvecklingsprogram för non-profit vård och social omsorg som kallas för Värdeforum¹. Programmet syftar till att skapa en utvecklingsmiljö för idéburna verksamheter med ett tydligt fokus på värdeskapande för brukare. Famnas Värdeforum kan på detta sätt sprida ett systematiskt förebyggande arbete i äldreomsorgen och användandet av nationella kvalitetsregistren. Detta görs genom att använda väl beprövade kvalitetsförbättringsmetoder beskrivna inom förbättringskunskap och mikrosystemsteori för att genomföra konkreta förbättringsarbeten i vardagen. Kompetens och kapacitet i mikrosystemet för att driva förbättringsarbeten är en mycket bra metod för att kunna omsätta ny kunskap till vården och omsorgens vardag. Famnas Värdeforum är på detta sätt en lämplig plattform för att genomföra Famnas insatser inom ramen för *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*.

¹ <http://www.famna.org/vardeforum.html>

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*.

Uppdraget att främja samverkan mellan olika aktörer inom äldreomsorgen innebär bland annat att Famna aktivt medverkar i den nationella samrådsgruppen och i det nationella utvecklingsledarnätverket för *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Under 2011 genomfördes konkreta satsningar i Värdeforum för att utveckla kontakterna mellan medlemsorganisationerna och de regionala utvecklingsledarna. Denna satsning kan under 2012 utvidgas med att samverka för att sprida och utveckla kunskapen om systematiskt förbättringsarbete.

Vidare så engagerar sig Famna inom ramen för ovanstående uppdrag i kvalitetsregistret Senior Alerts styrgrupp. Dessutom är en av utvecklingsledarna i Famnas Värdeforum aktiv som Senior Alert coach.

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. Detta är ett arbete som Famna kommer att arbeta med under 2012.

Stöd till långsiktigt förbättringsarbete

Sedan 2010 har 40 team deltagit i Värdeforum inom ramen för satsningen. Under 2011 låg fokus på att få alla Famnas medlemsorganisationer inom äldreomsorgen att ta del av kvalitetsutvecklingsprogrammet och att öka andelen coacher och utbildade medarbetare hos de organisationer som tidigare medverkat i Värdeforum. Många av Famnas medlemmar har nu byggt upp en stor kapacitet att bedriva egna förbättringsarbeten i vardagen. Förutom att fortsätta med att bygga upp förbättringskompetens och -kapacitet utvidgar vi under 2012 Värdeforum med att också ge stöd för att ny kunskap inom t.ex. demens eller palliativ vård implementeras in i det vardagliga arbetet genom den upparbetade kompetensen i systematiskt förbättringsarbete. Vidare så innebär ett systematiskt kvalitetsarbete nya utmaningar för ledningsrollen. Därför kommer Famnas Värdeforum under 2012 även att ge program för ledningsgrupper både för ledningsfunktionens roll i att stödja mikrosystemen i att skapa värde för de äldre och för arbetet med att införa och utveckla ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Kvalitetsregister som stöd i utvecklingsarbetet

Av de 40 team som deltagit i Värdeforum sedan 2010 har 14 arbetat specifikt med att använda kvalitetsregistret Senior Alert som ett stöd för systematiskt förbättringsarbete i vardagen. Under 2011 låg fokus på att få alla Famnas medlemsorganisationer inom äldreomsorgen att börja registrera i kvalitetsregistren och på att de som registrerar ska arbeta vidare med att använda registret för förbättringar i verksamheten. Flertalet av Famnas medlemmar registrerar nu i Senior Alert och i Svenska Palliativregistret och den ökade användningen gör att satsningen fortsätter med att utbilda team i systematiskt arbete med vårdprevention och kvalitetsregister. Dessutom utvidgas programmen under 2012 med utvecklingen av ett särskilt stöd i att analysera och återkoppla data från kvalitetsregister och andra relevanta datakällor för att på så sätt bidra till förbättringar för de äldre.

Budget

Specifikation	Budget
Kvalitetsregister som stöd i utvecklingsarbetet	
Tjänster 150% (personalkostnad inkl. arbetsplats och resekostnader)	400 000
Övergripande administration, ledning mm	150 000
Genomförande av insatser	450 000
Summa	1 000 000
Stöd till långsiktigt förbättringsarbete	
Tjänster 150% (personalkostnad inkl. arbetsplats och resekostnader)	1 200 000
Övergripande administration, ledning mm	300 000
Genomförande av insatser	500 000
Summa	2 000 000

Bil 3

Vårdföretagarna: Genomförandeplan och budget 2012

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 två kvalitetsregister, Svenska Palliativregistret och Senior Alert. En del är avsatt för långsiktigt och systematiskt kvalitetsarbete och resterande medel går till försöksverksamhet, nationell samordning och utvärdering.

Vårdföretagarna har länge arbetat för bättre kvalitetsuppföljningar och vill stödja pågående arbete med att förbättra tillgången till data som möjliggör kvalitetsjämförelser mellan olika enheter. Att privata vårdgivare redovisar sina resultat för kunder och uppdragsgivare kan bidra till att stärka både valfriheten och allmänhetens förtroende för branschen. Genom ett aktivt systematiskt kvalitetsarbete får de privata vårdgivarna bättre underlag för att analysera sina resultat och vidta relevanta åtgärder och ett sakligt underlag att använda i kvalitetsdiskussioner och i jämförelser med andra vårdgivare.

Vårdföretagarna vill samarbeta med staten och SKL i det långsiktiga och systematiska förbätt-

ringsarbetet och stötta medlemsföretagen i pågående datainsamling via kvalitetsregister och i Öppna jämförelser. Framförallt bransch äldreomsorg berörs av Vårdföretagarnas arbete med även bransch sjukvård kommer att erbjudas att delta både i det strategiska arbetet och att ta del av stödjande insatser.

Utvecklingsledare

Vårdföretagen vill stötta medlemsföretagen praktiskt i att registrera data och att analysera och använda uppgifterna i dialog med beställare och kunder. Stödet erbjuds alla medlemmar såväl stora företag som nya och små företag, t.ex. företag som startas inom ramen för LOV.

I första hand avser vi att rekrytera två utvecklingsledare som ska jobba med att stötta företagen att rapportera in i kvalitetsregistren och analysera sina egna data för att utveckla ett mer systematiskt kvalitetsarbete. Under uppstartsfasen kan det också bli aktuellt med konsultuppdrag både för det stöttande arbetet och för att upprätta nätverk och skapa bättre kontaktytor till medlemmarna.

Inom ramen för arbetet kan det också bli aktuellt att stötta medlemsföretagen i att bli bättre på att analysera sina resultat. Sådana uppdrag kan handla om att analysera befintliga data för att inspirera företagen att själva analysera sina resultat. För detta arbete avser Vårdföretagarna att anlita konsulter eller forskare.

Utvecklingsstrateg

Vårdföretagarna vill att äldreomsorgens kvalitet ska synliggöras genom bättre uppföljningar. Vi har länge argumenterat för ett nationellt mätinstrument för att mäta kvaliteten i äldreomsorgen och vill se en oberoende granskning av branschens alla verksamheter. Äldreomsorgens resultat ska vara öppna och transparenta. En förutsättning för detta är att äldreomsorgen blir bättre på att beskriva sina resultat och att rapportera in dem. Vårdföretagarna vill därför anställa en utvecklingsstrateg som kommer att arbeta inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKL. Utvecklingsstrategen ska samordna Vårdföretagarnas utvecklingsledare, men har till huvuduppgift att driva det strategiska arbetet med att skapa en bättre uppföljning av äldreomsorgen med utgångspunkt både i Vårdföretagarnas strategiska målsättningar och i överenskommelsen. I utvecklingsarbetet avser Vårdföretagarna också att anlita konsulter eller forskare.

Budget

Lön och sociala avgifter, Utvecklingsstrateg	1 135 000kr
Lön och sociala avgifter, Utvecklingsledare	1 400 000 kr
Internadministrativ avgift, 3 personer	479 100 kr
Konsult- och forskararvoden	1 000 000 kr
Resekostnader	180 000 kr
Summa	4 194 100 kr

Om rekryteringen av Utvecklingsledare och Utvecklingsstrateg drar ut på tiden eller om lönekostnaden blir lägre än beräknat avser Vårdföretagarna att använda delar av lönekostnaden till att istället anlita konsulter för att utföra motsvarande arbete inom ramen för överenskommelsen.

Bil 4

Kvalitetssäkrad välfärd

Genomförandeplan och budget 2012

Uppföljning och kontroll är ett område som är i starkt behov av ökad uppmärksamhet och utveckling. Utmaningen ligger i att utveckla metoder och arbetssätt som gör att offentlig sektor med en rimlig säkerhet kan följa och garantera att den service som politiskt beslutats också levereras till medborgarna. Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre liksom övriga delar av välfärden måste kvalitetssäkras och detta oavsett driftsform.

2011 påbörjade Sveriges Kommuner och Landsting ett arbete kring dessa frågor inom ramen för förbundets prioriterade fråga Kvalitetssäkrad välfärd. Arbetet syftar till att öka kunskapsnivån och utveckla metoder och instrument för upphandling, kravställande, uppföljning och kontroll. Det arbete som redan påbörjats ges nu finansiell förstärkning och byggs ut till en större satsning som syftar till att via nätverksarbete ge stöd åt lokala och regionala utvecklingsarbeten. Målet är att enskilda kommuner och landsting tillsammans med utförarna ska utveckla system, rutiner och arbetssätt som gör att man kan kvalitetssäkra de tjänster som utförs oberoende av vem som är leverantör. Kommuner, landsting och enskilda utförare erbjuds att delta med fokus mot äldreomsorg och primärvård.

För att öka genomslaget av de konkreta utvecklingsarbetena är det viktigt att nätverksarbetet kompletteras med olika former av utbildningsinsatser. Inte minst är det viktigt att nå de politiska ledningarna såväl som förvaltnings- ledningarna. Målet är att etablera uppföljnings- och kontrollfrågan som en naturlig del i kommunens respektive landstingets ledning och styrsystem.

Förutom nätverksarbete och utbildningspaket omfattar satsningen en serie regionala konferenser. Syftet med seminarieserien är primärt att uppmärksamma och skapa intresse runt arbetet.

Nedan presenteras en grov plan för de tre delarna i satsningen.

Regional konferens

Satsningen inleds med en serie regionala halvdagskonferenser som syftar till att uppmärksamma och skapa intresse runt satsningen. Programmet innehåller en presentation av den satsning som nu genomförs och kompletteras med såväl viktiga budskap som centrala erfarenheter.

Den primära målgruppen för konferensserien är de högsta ledningarna i kommuner och landsting såväl den politiska ledningen (KS/LS) som tjänstemannaledningen (KD/LD). Eventuellt

inbjuds även berörda nämndspresidier och förvaltningschefer samt representanter för externa utförare. För att konferenserna skall lyckas attrahera målgruppen är det viktigt att SKL liksom regeringen representeras på "hög nivå". Seminarier serien planeras att genomföras under mars månad 2012.

Nätverk

Olika kommuner och landsting har kommit olika långt i sitt kvalitetssäkringsarbete. Man har också lite olika sätt att arbeta. Dessutom varierar förutsättningarna bl a beroende av storlek och andel alternativ regi. En viktig utgångspunkt för satsningen är därför att varje deltagare skall ges möjlighet att arbeta utifrån sin situation och sina förutsättningar. Genom ett nätverksarbete kan en ram ges för dessa lokala utvecklingsarbeten och dessutom kan ett konkret och aktivt processtöd ges.

Kommuner och landsting kommer att under februari månad bjudas in att delta i nätverksarbetet. 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. För att delta i nätverksarbetet krävs att KS/LS har fattat beslut om att medverka samt avsatt personresurser för arbetet (lokal projektledare). Deltagande kommuner och landsting måste också delta i den styrgrupp som inrättas för varje nätverk.

Arbetet i nätverken kommer att vara inriktat mot äldreomsorg i de primärkommunala nätverken och mot primärvård i landstingsnätverket. I nätverken ingår de projektledare som kommuner och landsting utsett. Vid nätverksträffarna ges konkret processtöd och utrymme lämnas för erfarenhetsutbyte mellan de deltagande kommunerna/landstingen.

Under 2012 kommer arbetet att primärt inriktas mot att varje deltagande kommun/landsting genomför en analys av nuläget och behov av utveckling. Konkret kommer arbetet bl a att omfatta:

- **Uppföljningen.** En dokumentation och analys av nuvarande arbetsmetoder och stöd-system genomförs.
- **Verksamheten.** En analys görs av var riskerna finns i verksamheten. Vidare görs en analys av tillämpade kvalitetskriterier och krav.
- **Leverantören.** En analys görs av olika leverantörers bemanning, planering/ledning och ekonomi.

Under 2013 och 2014 kommer arbetet att inriktas mot att genomföra de åtgärder som beslutats samt att följa upp och genomföra eventuella justeringar av dessa. Vidare kommer beslut att fattas och åtgärdsplaner framarbetas för grupp 2 åtgärder.

Utbildningsinsatser

För att öka genomslaget av de konkreta utvecklingsarbetena kompletteras nätverksarbetet med olika former av kunskapsinsatser. Konkret innebär denna del av satsningen att följande insatser arbetas fram och erbjuds:

- Kommuner och landsting erbjuds ett **introduktionsseminarium**. Seminariet omfattar dels en halvdag för kommun/landstingsledningen, dels en halvdag för beställare och

utförarejänstemän (såväl intern egen-regi som externa företag). Seminariet är inriktat mot att ge en orienterande insikt i kontraktsstyrning och uppföljning.

- Samtliga som ingår i nätverken inbjuds till en årlig **nationell träff**. På detta endagars möte ges en överblick över läget i de olika nätverksarbetena och goda exempel lyfts fram och diskuteras.
- Kommuner och landsting erbjuds ett grundläggande utbildningspaket (**grundpaket**). Detta omfattar ett antal endagars moduler på teman inom området beställning-uppföljning-kontroll. Grundpaketet omfattar en grundläggande nivå. Dessa kompletteras också med **fördjupningspaket** inom olika områden. Utöver dessa utbildningspaket kan det också bli aktuellt att vid behov arrangera **aktualitetsseminarier** och **god praxis träffar**.

Budget 2012

Som framgått av arbetsplan ovan kommer projektet successivt att påbörjas under 2012. Det gör att personal och därmed personalkostnader kommer att vara lägre detta första år jämfört med läget kommande år. Samtidigt måste emellertid en del initiala kostnader tas detta första år. Vi räknar därför med att den ansökta summan om 12 miljoner kronor även kommer att behövas under 2012. Vi räknar med följande kostnader (tusental kronor):

- Projektledare 10 månader	1 160
- Tre processledare 9 månader	2 460
- Administratör/informatör 11 må	<u>750</u>

Personal 4 370

- Nätverksträffar	2 000
- Lokalt stöd	800
- Expertstöd	800
- Regionala seminarier	1 100
- Nationell träff	520
- Hemsida	300
- Utveckling	<u>450</u>

Nätverk 5 970

- Grundpaket	1 080
- Fördjupningspaket	390
- Seminarier	<u>190</u>

Utbildning 1 660

Bil 5

Genomförandeplan och budget för Svenska palliativregistret 2012

Täckningsgrad

Svenska palliativregistret har tack vare denna satsning under 2011 ökat sin täckningsgrad så att avlidna folkbokförda i samtliga kommuner och landsting har registrerats. Endast kommunerna Nykvarn, Sjöbo och Eslöv har inte själva registrerat några dödsfall. På landstingsnivå registreras från samtliga vårdtyper. Andelen registrerade dödsfall totalt 2011 blev 51 % (35 % 2010) på helårsbas av samtliga dödsfall. 209 kommuner når årets mål 50 % varav 76 också passerat 70 %. 19 landsting/regiondelar (av 31) når 50 % varav 3 också passerat 70 %. Denna siffra uppdateras varje vecka på registrets hemsida www.palliativ.se.

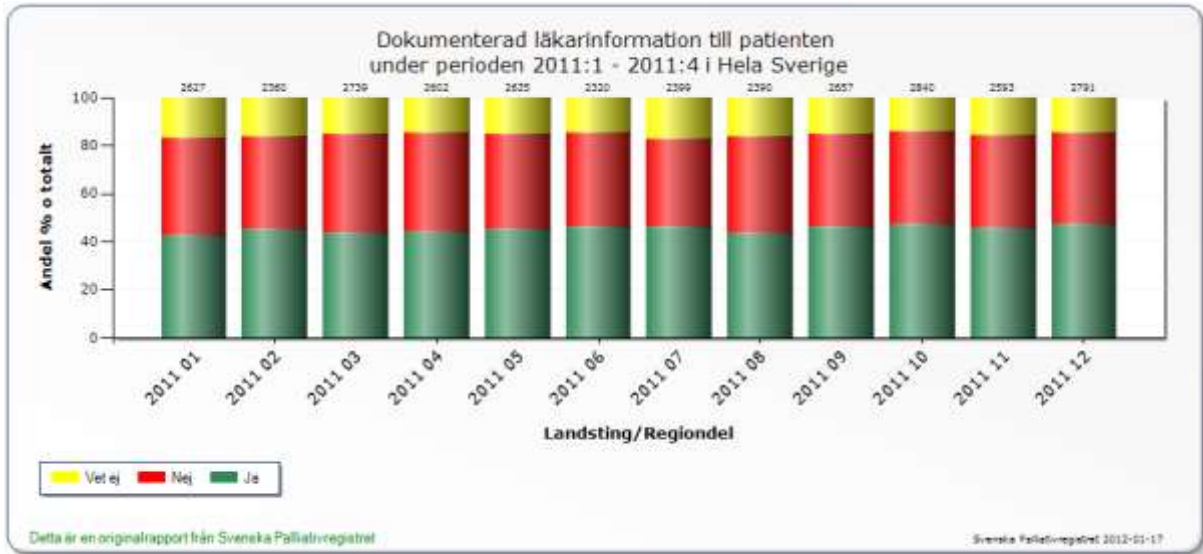
Inför 2012 kan vi konstatera att någonstans mellan 15 och 25 % av samtliga dödsfall inträffar i de kommunala boendeformerna utan att registreras trots att i stort sett alla kommuner är med. Ytterligare 20 % saknas ifrån landets sjukhus och till sist kanske ytterligare 5 % ifrån hemsjukvården. Av dessa är åtminstone totalt 10 % oväntade dödsfall som aldrig kommer att bli föremål för palliativ vård men de ingår för närvarande i beräkningsunderlaget för det prestationsbaserade statsbidraget.

Ett arbete för att ytterligare identifiera vilka det är som inte registreras är påbörjat och kommer att hjälpa de s k fältarbetare (8 personer på 50 % vardera) som även 2012 finns tillgängliga ute i verksamheterna för att tillsammans med utvecklingsledarna förbättra den palliativa vården.

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 dock att andelen patienter som får information om att sjukvården uppfattar att deras liv närmar sig slutet ökar sakta samtidigt som andelen där vårdpersonalen inte vet om detta sjunker.

Hjälp att tolka siffror respektive kunskap om bra vårdinnehåll kommer att utgöra huvuddelen av vad fältdarbeterna skall fokusera på 2012. Det nationella vårdprogrammet trycks inom kort och skall därefter implementeras. 6 regionala konferenser kommer att arrangeras för presentation av resultat regionalt kombinerat med tips om bra vård. Årskonferensen i april kommer därför att kunna ha chefer och ledare som särskild målgrupp för att uppmuntra till en snabbare förbättring av vårdresultaten.

Datahantering

Huvudprincipen för datainsamling går via 2 webbformulär. Formuläret som fylls i vid dödsfallet byttes vid årsskiftet 2010/2011. Under 2012 skall ett systematiskt valideringsarbete genomföras med fokus på vad som går att återfinna dokumenterat i journalen. En ny modul med patientupplevda data håller nu på att provas på riktiga patienter runt om i landet. När den är slututprovad skall den göras tillgänglig i digitalt format.

Arbetet med strukturerad journal som kan leda till direkt överföring till registret går vidare med Cosmic i sydöstra regionen och Take Care i Stockholm som största intressenter. Antalet verksamheter som har börjat använda SITHS-kort för inloggning närmar sig 100. Denna övergång förväntas vara helt klar under året. I samband med detta görs även en genomgång av registrets interna struktur för beskrivning av verksamheter och enheter. I takt med att detta blir klart kan patienter t ex på särskilda boenden skrivas in i registret redan vid inflyttning för att sedan förloppet skall kunna följas.

Registret deltar i ett flertal olika arbeten förutom detta projekt t ex i socialstyrelsens riktlinjearbete där det bl a planeras att införa särskilda åtgärds-koder (KVÅ-koder) för specifika palliativa vårdåtgärder. Vårdprogramarbetet har redan nämnts. Fortsatt satsning på webbtve pågår liksom hemsidutveckling. Registrets kansli som garanterar tillgänglighet måndag till fredag 09 – 15 ger en bra service till verksamheterna med mycket korta svarstider.

Registret har nu 5 publicerade vetenskapliga artiklar. En doktorand är anställd under året på deltid. Ev kommer även en deltid postdoc att anställas under andra halvan av 2012 för att skapa ännu bättre förutsättningar kring den vetenskapliga datainsamlingen. Flera konkreta arbeten är redan planerade. Registerdata efterfrågas också i allt högre omfattning av verksamhetsfolk som går olika kurser respektive håller på med lokala/regionala förbättringsarbeten. Det är registrets policy att kunna bistå i detta viktiga arbete även på ett mer vetenskapligt/verksamhetsutvecklande plan.

Budgeten för 2012 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.

Intäkts-/Kostnadstyp	Intäkt	Kostnad
Överskott 2011	3 000 000	
2012 års medel departementet	7 000 000	
2012 års ordinarie kvalitetsregistermedel	2 500 000	
Kansli (registerhållare 100 %, 3 personal 100 %, ordf referensgruppen 25 %, expert palliativ medicin 25 % och expert palliativ omvårdnad 50 %)		3 300 000
Hyra, tel, resa, konferens, reklamaterial, tryck, datasamkörning mm		1 500 000
Fältarbetare 8 x 0,5 tjänst		2 000 000
IT grundavtal inkl drift, datorer + licenser		1 200 000
FoU		1 000 000
Nya moduler		500 000
Årskonferens, större möten		500 000
SUMMA 2011	12 500 000	10 000 000

Bil 6

Senior Alert: Genomförandeplan och budget 2012

Ledorden för 2012 är ”**Drift och kvalitetsutveckling**”. Dessa ledord tar sig praktiska uttryck i hur arbetet organiseras, men också i hur utbildningar arrangeras och hur vikten på validering av data blir allt tydligare.

Projektledningen har för år 2012 jobbat vidare med framgångsfaktorerna från 2011. Vissa punkterna kvarstår, för vidare utveckling, och andra har tillkommit. De punkter som kvarstår från 2011 markeras med en röd punkt.

Framgångsfaktor 1 Spridning; exempel på aktiviteter
Stödja "SÄBO-satsningen" efter lokala behov. Nationellt mål är att 90% av äldre på SÄBO ska vara riskbedömda.
Skrifter/analyser om projekttiden; erfarenheter av spridning i stor skala, resultat analyser via databas i Senior alert m.m.
Betona och stödja bättre händelseregistreringar i Senior alert, detta kan ligga till grund för fler Händelseanalyser.
<ul style="list-style-type: none"> • Storstads-satsning; fortsätta sprida i storstäder/regioner. • Vidareutveckla styrgruppen så att fler professioner och perspektiv är inkluderade. • Jobba vidare med facebook och andra sociala medier så att utrymme för stort engagemang och deltagande säkras. • Avveckla coacherna som huvudstrategi för spridning under året.
Framgångsfaktor 2 IT; exempel på aktiviteter
Avsätta medel för större datauttag till forskning.
Förbereda för, och bygga, e-lärande modul om Senior alert och förbättringsarbete.
Jobba fram Datajournalkopplingar.
<ul style="list-style-type: none"> • Förbättrade rapportmoduler som möjliggör geografisk indelning av data, samt dynamiska rapportuttag. • Utdata till underlag för Öppna Jämförelser. • Fortsätta samverka med andra kvalitetsregister. Nya moduler i Senior alert behöver övervägas och utvecklas i samverkan med andra register inom äldreområdet.
Framgångsfaktor 3 Utbildning/forskning; exempel på aktiviteter
Starta och i stor omfattning driva Webbinars: storföreläsningar via webben.
Stärka processförståelsen; utveckla koncept som förtydligar processtegen i det vårdpreventiva arbetet, inklusive munhälsa.
Vidareutveckla samarbetet med forskare, inkludera experter i styrgruppen.
Utlysa stimulansmedel för att kunna erbjuda forskare finansiellt stöd att skriva forskningsansökningar.
Artiklar/skrifter med koppling till Senior alert.
Validering av data i registret – anställa statistiker.
Översyn av "organisationsträd", organisationsformer, behörigheter etc. i registret.
<ul style="list-style-type: none"> • Genomföra lokala spridningsmöten, våg 2. Genomföra "Uppsamlingsheat" Lokala Spridningsmöten. • Fortsätta utveckla manualer, patientfoldrar, artiklar och filmer med tydligare koppling till olika målgrupper (chefer, utvecklingsledare, MAS, MAR koordinatörer mfl). • Fortsätta med Teamutbildning äldreomsorg och slutenvård. • Fortsätta med webb-utbildningar mot olika kundgrupper. (chefer, utvecklingsledare, MAS, MAR koordinatörer mfl).Tex. chefs-webbinars om mätningar. • Fortsätta arrangera Inspirationsdagar.
Framgångsfaktor 4 Service; exempel på aktiviteter
Rigga för en driftsorganisation.
Skapa prenumerations tjänster för tex. chefer och andra nyckelgrupper.
Skapa ett Senior råd för närmre samverkan.
Närmare, strukturerad samverkan med användare av registret.
<ul style="list-style-type: none"> • Modernisera webbplatsen ytterligare. • Jobba vidare med Webbstöd till specifika kundgrupper (chefer, utvecklingsledare, MAS, MAR koordinatörer mfl). • Vidareutveckla interaktiva forum på webbsidan, inkl månadsbrev.

- Vidareutveckla Kundenkäten om servicenivå och användare för bättre kundanpassning.

Budget 2012

Forskning och vetenskap: Resor, arvoden, anslag för att söka forskningsmedel, registeruttag.	1 095 904
IT-utveckling	
UCR: Utvecklad teknik – rapporter och tillgänglighet i registret.	1 802 250
Övrigt: Datajournalkoppling, dynamiska datauttag, e-lärande modul etc.	1 900 000
Projektledning: Kostnader lön, resor, datorer och lokaler, Utökade funktioner; webinar ansvarig, Statistiker för validering av data.	3 080 608
Reviderat coachupplägg: Coachgruppen minskar; del av övergången till driftsorganisation.	2491049
Lokala spridningsmöten: Lokal spridningsmöten Storstäder 15 st.	255 000
Team VP samt webinarer Genombrott med team om Vårdprevention, 8 st.	285 600
Material/information; Manualer, broschyrer, filmer, summerande skrifter	868 410
Summa kostnad 2012	11 778 821
Ersättning 2012	12 000 000
Marginal 2012	221 179

Bil 7

Genomförandeplan och budget SveDem 2012

För fortsatt utveckling av SveDem och att anslutningsgraden framför allt i primärvården ska öka ska de medel som SveDem erhållit av regeringen för 2012 (3, 75 miljoner SEK) användas på följande sätt:

Öka anslutningen till SveDem med 50 procent fler primärvårdsenheter till 20121231 genom projekt

anställning av sjuksköterskor under ett år för att arbeta med implementering av SveDem i primärvården i de delar av Sverige som ännu ej är tillgodosedda:

- ✓ 100 % sjuksköterska för implementering av SveDemi västra Götaland,
- ✓ 100 % sjuksköterska för implementering av SveDemi Norrland
- ✓ 50 % sjuksköterska för implementering av SveDemi Värmland och Dalsland.
(för övriga områden se genomförandeplanen för 2011)

Övriga mål:

- Arbetet med omvårdnadsindikatorerna inklusive förankringsarbetet samt byggnad av IT-modulen ”Uppföljning i särskilt boende” är klart att tas i drift. Medel skall användas för implementering i kommunerna
- Fortsatt samarbete med Svenskt Demenscentrum förhjälp med spridning av SveDem. SveDem kommer också att lanseras via det sk Primärvårdspaketet
- Validering och kvalitetssäkring av data skall ske genom fortsatt monitorering av anslutna enheter. Denna monitorering kommer att skötas av sjuksköterskor projektanställda av SveDem (se ovan)
- Öka användningen av utdata genom lokalt förbättringsarbete och vetenskapliga studier.

Budget:

Sjuksköterska 100 % för att implementera SveDem Västra Götaland	550.000
Sjuksköterska 100% för att implementera i SveDem i Norrland	550.000
Sjuksköterska 50% för implementering i primärvården i Värmland samt Dalsland, även kommunala enheter	275.000
Projektledare 75%	450.000
Implementering av uppföljning i särskilt boende	400.000
Administratör ekonomi mm	400.000
Registerhållarens arbete med satsningen	300.000
Resor och medverkan vid konferenser för att sprida registret	300.000
Lokal kostnader	100.000
UCRit kostnader för införande, drift och support av SÄBO-modulen	100.000
OH-kostnader 10%	325.000
Totalt:	3.750000

Bil 8**Genomförandeplan och budget Sveriges Demensregister inkl
BPSD registret 2012**

Under 2012 avser SveDem och BPSD registren att gå ihop till ett gemensamt register, Sveriges Demensregister, där SveDem och BPSD blir två i det gemensamma registret ingående delar.

Beslutet bereddes vid möte i januari 2012 med registerhållarna för SveDem och BPSD och landskoordinatorerna för respektive register och skall förankras av respektive styrgrupp vid möten i februari 2012.

Mål:

- Utveckla och tekniskt bygga en gemensam hemsida med en inloggning
- Ta fram en gemensam logotyp.
- Skapa en gemensam FoUU grupp som skall utveckla utdatafunktionerna och stimulera utvärdering av data både för kvalitetsutveckling och vetenskapliga studier.

Budget

Fördelning av medel från regeringen på 8 miljoner under 2012 till SveDem och BPSD registren har i samråd mellan registren fördelats enligt följande:

Sveriges Demensregister

1 000 000 kronor

Dessa medel kommer att rekvireras till ett särskilt angivet konto till Maria Eriksdotter Jönhagen, Karolinska Universitetssjukhuset, och ska täcka gemensamma kostnader för IT, uppbyggnad av hemsida, framtagande av gemensamma data, möteskostnader.

Genomförandeplan BPSD-registret 2012

Syfte

Öka täckningsgraden för BPSD-registret

Säkerställa kvaliteten på data

Mål

Mätbart
mål:

20 000 registreringar gjorda 2012-12-31
Genomgång av 100 registreringar för att säkerställa kvaliteten på data

Mätning:

Antalet registreringar syns on-line i realtid
Checklista för genomgång av data tas fram.

Genomförande

De medel som BPSD-registret har erhållit från regeringen kommer att användas till att öka täckningsgraden. Detta kommer främst att ske genom att den utbildning som krävs inför anslutningen till registret kommer att mångdubblas. För att klara av detta behövs fler certifierade utbildare och dessa kommer att rekryteras under våren. Vidare håller en informationsfilm om registret på att tas fram och detta kommer att minska behovet av informationsmöten vilket gör att mer tid kommer att kunna läggas på utbildningar. Dock kommer information om registret att fortsätta på konferenser, t.ex. Svenska Demensdagarna.

En viktig del i spridningen är även att ta fram resultat och visa på "goda exempel".

Under året kommer vi även att arbeta med att kvalitetssäkra och validera de data som läggs in i registret.

Budget

Två heltidsanställda sjuksköterskor/utbildare	1 000 000
Informationsfilm	60 000
Certifiering (utbildning) av "BPSD.utbildare"	600 000
Omkostnader utbildning	600 000
Resor, medverkan vid konferenser	300 000
EyeNet för utveckling av utdata och statistik	400 000
Administration och OHkostnader 10%	290 000
SUMMA	3 250 000