

Socialdepartementet

Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen godkänner 2012 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (*bilaga*).

Ärendet

Efter överläggningar mellan representanter för Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har en överenskommelse träffats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse, samt under förutsättning att riksdagen beviljar medel för respektive år.

Utdrag till

Statsrådsberedningen

Finansdepartementets Budgetavdelning

Finansdepartementet, Enheten för kommunal ekonomi

Finansdepartementet, Enheten för kommunal lagstiftning

Socialutskottet

Läkemedelsverket

Socialstyrelsen

Sveriges Kommuner och Landsting

Stiftelsen Leading Health Care

Famna

Vårdföretagarna

Svenska Palliativregistret

Senior Alert

Svenska Demensregistret

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD)

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012

överenskommelse
mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

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

		2
1	INLEDNING	3
2	SATSNINGENS MÅLSÄTTNING	3
3	MÅLGRUPP FÖR SATSNINGEN	4
4	DEN EKONOMISKA OMFATTNINGEN AV SATSNINGEN	5
5	FÖRDELNING AV MEDEL	5
5.1	GRUNDLÄGGANDE KRAV	6
5.2	STÖD TILL ETT LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE	6
5.2.1	<i>Utvecklingsledare</i>	6
5.2.2	<i>Ledningskraft – att gå från ord till handling</i>	7
5.2.3	<i>Kvalitetssäkrad välfärd</i>	8
5.2.4	<i>Försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg</i>	8
5.2.5	<i>Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister</i>	9
5.2.6	<i>Nationell samordning</i>	10
5.3	PRESTATIONS/RESULTATERSÄTTNING	10
5.3.1	<i>God vård i livets slutskede</i>	10
5.3.2	<i>Preventivt arbetssätt</i>	12
5.3.3	<i>God vård vid demenssjukdom</i>	12
5.3.4	<i>God läkemedelsbehandling för äldre</i>	14
5.3.5	<i>Sammanhållen vård och omsorg</i>	15
6	PATIENT- OCH BRUKARPERSPEKTIV	17
7	ÖPPNA JÄMFÖRELSER FÖR ÄLDRE	17
8	ÅTERRAPPORTERING	18
9	BESLUT OM UTBETALNING AV MEDEL	18
10	GEMENSAM UPPFÖLJNING AV INDIKATORERNA	18
11	REDOVISNING AV EKONOMISKA MEDEL OCH ÅTERBETALNING	18
12	UTVÄRDERING AV ÖVERENSKOMMELSEN	19
13	ÖVERENSKOMMELSENS INRIKTNING 2013–2014	19
14	GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	19
	BILAGA 1 MÅL FÖR ÄLDRESATSNINGEN	20
	BILAGA 2 SÄRSKILT VIKTIGA OMRÅDEN ATT FÖRBÄTTRA	22
	BILAGA 3. LÄKEMEDELSGRUPPER MED BETYDANDE ANTIKOLINERGA EFFEKTER	25

1 Inledning

En majoritet av den äldre befolkningen lever ett gott liv och klarar sig själva utan stöd från samhället långt upp i åren. Risken att drabbas av ohälsa och funktionsnedsättningar som innebär behov av vård och omsorg ökar med åldern. Äldre personer med omfattande och sammansatta vård- och omsorgsbehov är en växande grupp i vårt samhälle. Sedan Ädel-reformen genomfördes år 1992 har antalet personer 80 år och äldre ökat med 30 procent och kommer att öka med ytterligare 60 procent under kommande två decennier.

Vårdstrukturen har förändrats sedan Ädel-reformen både vad avser socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser och verksamheter. Långt fler äldre bor idag i eget boende, boende- och vårdtiderna har minskat både i särskilda boendeformer och i slutna hälso- och sjukvård, fler har hemtjänst och hemsjukvård och nya vård- och omsorgsformer som bl.a. korttidsverksamheter har byggts ut. Viktiga faktorer för denna utveckling har varit nya möjligheter att diagnostisera och behandla sjukdomar, bättre kompensation för funktionsnedsättning och förbättrad livskvalitet med adekvat läkemedelsbehandling.

För dagens äldre personer med flera samtidigt förekommande sjukdomstillstånd ställs stora krav att kunna hantera en skör livssituation i ett vård- och omsorgssystem som traditionellt är organiserat efter diagnoser och mindre anpassat till de mest sjuka äldres behov. Olika studier liksom patient- och brukarundersökningar ger en bild att de mest sjuka äldres behov av en sammanhållen vård och omsorg inte uppmärksammas tillräckligt. Utmaningen för kommuner och landsting är att både tillsammans och var och en för sig bidra till en vård och omsorg med ett helhetsperspektiv och hög kvalitet.

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 försöksverksamheter som bygger på sammanhållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre och till kommun- och landstingsgemensamma utvecklingsledare. Dessa ger stöd och driver utvecklingen i reguljära verksamheter. 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.

2 Satsningens målsättning

Parterna är överens om att statliga stimulansbidrag inom äldreområdet framför allt ska kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Under de

kommande åren kommer främst åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre att prioriteras. Totalt beräknas satsningen under mandatperioden för de mest sjuka äldre att uppgå till drygt fyra miljarder kronor. De medel som avsätts för 2012 och framåt ska huvudsakligen fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell där krav och mål successivt höjs. Satsningen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensiviera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Även enskilda utförare omfattas av satsningen. Målen för satsningen finns beskrivna i *bilaga 1*.

Sett ur den enskildes perspektiv så är målsättningen följande.

Mål

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

Målbild

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

3 Målgrupp för satsningen

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

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

Parterna är överens om att avgränsningen av gruppen mest sjuka äldre innefattar samtliga personer 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. Med omfattande sjukvård avses något av följande: multisjuklighet (tre diagnoser senaste 12 månaderna) eller fler än 19 vård dagar i slutenvård eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju läkarbesök i öppen specialistvård. Med omfattande omsorg menas de äldre som bor permanent i särskilt boende, de som har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, de som bor i korttidsboende eller har beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). 2010 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre dvs. 297 000 personer.

4 Den ekonomiska omfattningen av satsningen

1 271 000 000 kronor har avsatts i statsbudgeten för 2012 i syfte att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I budgetpropositionen för 2012 har också angivits att regeringen, under förutsättning att riksdagen beviljar medel, avser att under perioden 2011–2014 avsätta 3 750 000 000 kronor i syfte att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Beloppet motsvarar 1 300 000 000 kronor per år 2013 och 2014. Denna överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre omfattar 1 161 000 000 kronor. Utanför överenskommelsen men ingående i satsningen om de mest sjuka äldre kommer särskilda regeringsbeslut om uppdrag till olika myndigheter eller organisationer att fattas i särskild ordning.

Utbetalning av resultat- och prestationsbaserade medel för 2012 sker senast i december 2012 baserat på uppnådda resultat under perioden september 2011 – september 2012. Medel utbetalas av Kammarkollegiet efter beslut av regeringen. Utbetalning sker från anslag 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken och 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

5 Fördelning av medel

För att ha möjlighet att delta i tilldelningen av de prestationsbaserade medlen som avsätts är parterna överens om att huvudmännen måste uppfylla vissa grundläggande krav. Under förutsättning att dessa grundläggande krav är uppfyllda har huvudmännen möjlighet att få del av de prestationsbaserade medlen som presenteras i avsnitt 5.3. Den tidigare överenskommelsen som ingicks 2010 om stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre och som fortsätter även nästa år presenteras i avsnitt 5.2.

Enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting som slöts i juni 2011 ska landstinget tillsammans med samtliga

kommuner i länet som en förberedelse för denna överenskommelse beskriva på vilket sätt man avser att organisera ledning i samverkan samt vilka mål man avser att sätta upp och vilka planerade aktiviteter man avser att genomföra i den fortsatta utvecklingen av samordnade insatser för vård och omsorg om de mest sjuka äldre. 30 miljoner kronor har under 2011 ställts till förfogande som stöd för arbetet.

Parterna är överens om följande delar i en överenskommelse om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre för 2012.

5.1 Grundläggande krav

Följande förutsättningar ska vara uppnådda för att landsting och kommuner ska kunna få möjlighet att ta del av medlen för 2012:

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 aktiviteter samt en beskrivning av hur uppföljningen ska gå till och hur resultaten ska redovisas.
2. Huvudmännen ska vidare 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).

5.2 Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete

5.2.1 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 detta.

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

Förbättringsarbetet ska inriktas mot de områden som lagts fast i den för huvudmännen gemensamma handlingsplanen och härigenom bidra till bättre måluppfyllelse. Det är angeläget att bästa tillgängliga kunskap läggs till grund för förbättringsarbetet.

Överenskommelser har tecknats mellan kommuner och landsting och Sveriges Kommuner och Landsting i samtliga län avseende ett gemensamt strukturerat och långsiktigt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. I alla län har också formulerats avsiktsförklaringar för hur kommuner och landsting gemensamt tänker bygga strukturer för kunskapsutveckling.

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 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. En plan för genomförandet ska ligga till grund för utbetalning av medlen till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur förmedlar medlen till huvudmän, Famna och Vårdföretagarna.

5.2.2 Ledningskraft – att gå från ord till handling

Sveriges Kommuner och Landsting inledde 2010 ett landsomfattande förändringsarbete kring de mest sjuka äldre genom överenskommelsen med staten om ett prestationsbaserat statsbidrag (S2010/1130/ST). Med den positiva utveckling som skett när det gäller att utveckla ett strukturerat förbättringsarbete med stöd av kvalitetsregistren Svenska Palliativregistret och Senior Alert är tiden mogen att ta nästa steg i förändringsarbetet.

Förbättringar för de mest sjuka äldre ställer stora krav på kunskap 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 länsgemensamma handlingsplanen för 2012 till praktisk vardag. Ledningskraft blir ett naturligt nästa steg i det påbörjade arbetet att införa ett nytt arbetssätt i vård och omsorg om äldre som är mer strukturerat, förebyggande, evidensbaserat och använder sig av resultat från kvalitetsregister och öppna jämförelser i såväl styrning och ledning som i det dagliga förbättringsarbetet i verksamheterna.

Ledningskraft har ambitionen att utvecklas till ett nationellt förbättringsarbete som vänder sig till hälso- och sjukvårds- och äldreverksamheter i hela Sverige oavsett driftsform. Målgruppen är

verksamhetschefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård, som i samverkan deltar i chefsteam med koppling till genomförande av respektive läns handlingsplan. Chefsteamerna är representanter för sitt län och dess handlingsplan och kommer genom deltagande i programmet rustas för fortsatt kapacitetsbyggande i kommuner, landsting och enskilda utförare 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.

5.2.3 Kvalitetssäkrad välfärd

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 behöver förstärkas och byggas 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 i ett tjugotal nätverk med vardera sex möten per år.

För att öka genomslaget av de konkreta utvecklingsarbetena är det viktigt att nätverksarbetet kompletteras med olika former av kunskapsinsatser. Inte minst är det viktigt att nå de politiska ledningarna såväl som förvaltningsledningarna. Målet 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 och en assistent ska engageras liksom expertis inom olika sakområden. För en kombinerad nätverks- och kunskapsinsatsning avsätts 12 miljoner kronor för 2012.

5.2.4 Försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg

I överenskommelsen från 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingår en treårig satsning på försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Sveriges Kommuner och Landsting har ansvarat för utlysning, beredning och beslut att tilldela 19 projekt försöksmedel i juni 2010. Projekten handlar bl.a. om organisatoriska lösningar – äldrelots, mobila team, samlokaliserade verksamheter liksom ett antal projekt som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocessen. Erfarenheterna från projekten har stort värde när det gäller att stimulera utvecklingen i riktning mot en mer sammanhållen vård

och omsorg för de mest sjuka äldre. Parterna är överens om att för 2012, som är sista året för den här satsningen, avsätta 70 miljoner kronor till de 19 försöksverksamheterna. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera försöksverksamheterna samt ett antal samverkansnätverk.

5.2.5 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. Härutöver bör de kunna bli en viktig informationskälla för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer. Samtliga fyra register innehåller uppgifter om angelägna förbättringsområden som är relevanta för de mest sjuka äldre. Deltagande i registren kan stimulera personalen till ett förändrat arbetssätt. Det handlar om att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår, förbättra munhälsan, den palliativa vården och demensvården. Via registren kommer kunskap om vården och omsorgens resultat att bli synliga.

Användningen av kvalitetsregister som grund för prestationsersättning kan ses som en process i flera steg där utvecklingen och det aktuella läget får avgöra var man befinner sig och hur fort man kan gå fram.

1. Komma igång med registrering – målet är att verksamheterna ska börja använda registret. Prestationsersättning utgår per utförd registrering. Exempel: Registrering i Senior Alert.
2. Täckningsgrad – målet är att registret ska vara infört i en viss omfattning för en definierad målgrupp. Prestationsersättning utgår när en bestämd andel av målgruppen finns med i kvalitetsregistret och utbetalas i relation till målgruppens storlek eller till antalet personer över 65 år i kommunen respektive landstinget. Exempel: Täckningsgrad i Svenska Palliativregistret.
3. Belöna process – målet är att se mer av en utvald nyckelprocess som registreras i kvalitetsregistret. Prestationsersättning kan utgå i förhållande till antal registreringar eller täckningsgrad. Exempel: Ersättning för utförda brytpunktsamtal i Svenska Palliativregistret.
4. Belöna uppnått resultat – målet är att deltagandet i kvalitetsregistret skapar ett mervärde och gör skillnad för den äldre. Prestationsersättning utgår sedan ett visst resultat uppnåtts. Resultatet får inte vara möjligt att manipulera och måste kontrolleras. Statskontoret har i 2011 års rapport rekommenderat att prestationsersättningen vidareutvecklas till att omfatta även process och resultat.

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:

- Svenska Palliativregistret, 7 miljoner kronor
- Senior Alert, 12 miljoner kronor
- SveDem och BPSD, 8 miljoner kronor

Sammanlagt 30 miljoner kronor utbetalas till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur fördelar 27 miljoner kronor till de olika registren i enlighet med en av regeringen godkänd genomförandeplan.

Kvalitetsregistren ska kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter. För samordning av och genomförande inom idéburna utförare 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 att säkerställa att detta sker på ett sätt som är förenligt med gällande sekretess- och registerlagstiftning.

5.2.6 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 utvecklingsarbetet. Detta är nära kopplat till ett av huvudmännen prioriterat område *Bättre liv för sjuka äldre* och har därmed starkt politiskt stöd och engagemang. För en jämlik vård och ett lyckat införande av ett strukturerat, systematiskt och förebyggande arbetssätt med hjälp av kvalitetsregistren förutsätts att alla kommuner och landsting deltar. I detta arbete har Sveriges Kommuner och Landsting en roll att samordna arbetet nationellt och skapa möjligheter för långsiktigt hållbart erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting.

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. 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.

5.3 Prestations/resultatersättning

5.3.1 God vård i livets slutskede

Årligen dör cirka 95 000 personer i Sverige, varav cirka 80 procent är väntade dödsfall där det finns behov av någon form av palliativ vård. God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut utgör ett av de nationella målen för vård och omsorg. Ett stöd i arbetet är användning

av Svenska Palliativregistret. De enheter som registrerar kan utifrån den kunskap som registreringen erbjuder bedriva en strukturerad vård i livets slutskede, vilket gäller även de enheter som har få döende patienter. Den enhet som vårdade patienten den sista veckan i livet registrerar efter dödsfallet bl.a. förekomsten av informerande samtal, möjlighet att välja vårdform den sista tiden, skattning av smärta och andra symptom, ensamhet i dödsögonblicket och efterlevandessamtal.

Intresset för att delta i registret har ökat kraftigt under 2010 och 2011. Idag registrerar alla utom 6 kommuner dödsfall i Svenska Palliativregistret. 60 procent av kommunerna ligger över 50 procents täckningsgrad. Två landsting, Blekinge och Gävleborg, har uppnått över 70 procent.

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting innebar 2010 att 40 miljoner kronor fördelades till de kommuner och landsting som registrerade 40 procent eller fler av dödsfallen i Svenska Palliativregistret och ytterligare 10 miljoner kronor till de kommuner och landsting som registrerade 70 procent eller fler. I överenskommelsen för 2011 har målet höjts till 50 procent respektive 70 procent.

Ett särskilt fokus läggs på de äldre som närmar sig eller befinner sig i livets slutskede och som bör erbjudas ett s.k. brytpunktssamtal, dvs. det samtal som ansvarig läkare ska ha med patienten om det medicinska beslutet att övergå till palliativ vård. Brytpunktssamtalet är ett sätt att markera en gräns där målet för vården ändrar riktning. Det hålls när man ser att de livsförlängande insatserna inte längre har effekt. Det får stora positiva konsekvenser för vården den sista tiden i en människas liv om detta samtal genomförs. Personen får ökade förutsättningar att dö i lugn och ro med god symptomlindring av smärta, ångest och oro. Det ger en möjlighet att förebygga och minska behovet av sjukhusvård och ambulanstransporter för döende till och från sjukhuset. En annan positiv konsekvens är att närstående hinner ta avsked. Brytpunktssamtal ska vara dokumenterat i journalen och kvalitet kan kontrolleras via stickprov.

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 brytpunktssamtal. Målsättningen är att täckningsgraden ska vara så hög till 2013 att registret därefter kan användas som resultatindikator som kan målsättas.

Prestationsersättning 2012

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.

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.

5.3.2 Preventivt arbetssätt

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

Deltagande i kvalitetsregistret Senior Alert innebär att personalen får stöd att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte. Registrering görs för alla över 65 år vid inskrivning eller ankomst till ett sjukhus, särskilt boende, 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.

Deltagande i registret har ökat sedan prestationsersättning infördes våren 2010: från 6 till 19 landsting och från 10 till 264 kommuner hösten 2011. I nuläget finns 8 300 enheter anmälda för att registrera i Senior Alert varav 2 500 är aktiva användare. Under 2011 uppskattas minst 100 000 personer ha fått en riskbedömning.

Störst risk för fall, trycksår och undernäring har äldre personer som bor i särskilda boenden för äldre (SÄBO). En satsning i kommunerna på att samtliga relevanta verksamheter registrerar i Senior Alert bedöms som viktigt som förebyggande insats.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller det preventiva 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.

Prestationsersättning 2012

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

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.

5.3.3 God vård vid demenssjukdom

I Sverige finns cirka 150 000 personer med demens varav cirka 12 000 är under 65 år. Årligen insjuknar omkring 24 000 personer. Demens skapar stort lidande både för den som drabbas och de anhöriga. Eftersom

sjukdomen inte går att bota inriktas samhällets insatser på att diagnostisera och på olika sätt mildra effekterna. Vård och omsorg om personer med demens har målsättningen att ge den som är sjuk ett så bra liv som möjligt och underlätta för familj och vänner.

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. Syftet är att förbättra kvaliteten i demensvården och målet är en likvärdig, optimerad behandling av patienter med demenssjukdom. 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. 92 av cirka 1 000 vårdcentraler är anslutna till registret idag, varav 53 är aktiva användare. Totalt var 14 800 patienter med nydiagnostiserad demenssjukdom registrerade i SveDem hösten 2011. 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.

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

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens(BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Behandlingsmetodiken som utgör grunden för BPSD-registrets arbetssätt är mycket lovande med möjligheter att förbättra vården och minska lidande och användandet av tvångsåtgärder för personer med 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. Det är framför allt kommunernas demensenheter som är intresserade av att börja använda det nya arbetssättet med registrering och uppföljning i BPSD.

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.

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.

5.3.4 God läkemedelsbehandling för äldre

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

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

Det bör framhållas att vissa tillstånd hos äldre med framgång kan behandlas icke-farmakologiskt, dvs. med andra behandlingsformer än läkemedel. Ibland kan första behandlingen exempelvis vara ändrad livsföring vid sömnbesvär eller kostförändringar eller ökad motion vid förstoppning. I andra fall, t.ex. beteendesyntom hos en patient med demens, bör behovet av god omvårdnad och boendemiljö tillgodoses först innan läkemedelsbehandling övervägs. Teamarbetet, där olika personalkategoriernas professionella kunskap bidrar, kan komplettera läkarens bedömning och behandlingsförslag.

För att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre ges ett resultatbaserat stöd om sammanlagt 325 miljoner kronor till kommuner och landsting som minskar användningen av följande läkemedel¹:

- 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. I september 2012 ska förekomsten av dessa läkemedel

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

ha minskat med minst 10 procent på länsnivå jämfört med nivån i september 2011 för att få del av avsatta medel. 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. I september 2012 ska förekomsten av denna typ av interaktion ha minskat med minst 10 procent på länsnivå jämfört med nivån i september 2011 för att få del av avsatta medel. För kommande år (2013–14) är avsikten att förekomsten av interaktioner klass D 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. I september 2012 ska användningen av dessa läkemedel ha minskat med minst 10 procent på länsnivå jämfört med nivån i september 2011 för att få del av avsatta medel. 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 i september 2012 jämfört med nivån i september 2011 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.

5.3.5 Sammanhållen vård och omsorg

Många äldre saknar förmåga att rätt hantera och administrera nödvändiga och ofta frekventa kontakter med vården och omsorgen. Det är lätt att den som är sjuk och gammal hamnar mellan stolarna trots många kontakter och mycket personal runt den äldre. De mest sjuka äldre har av naturliga skäl ett särskilt stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser. Problemet är att

vården och omsorgen inte är uppbyggd för att på ett lämpligt sätt möta många äldre sköra personer med omfattande eller snabbt föränderliga behov. Inriktningen måste vara att tillskapa en sammanhållen vård och omsorg av god kvalitet som bidrar till att de mest sjuka äldre känner sig trygga och att behovet av slutna hälso- och sjukvård kan minska. Det krävs i detta sammanhang åtgärder för såväl organisation och annan infrastruktur som åtgärder för ökad kompetens inom planering och direkt verksamhet.

Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas, s.k. ”undvikbar slutenvård”. Exempel på sådana sjukdomstillstånd kan vara att patienten har andningssvårigheter, är svårt uttorkad, har fallskador eller biverkningar på grund av felaktig läkemedelsbehandling. För den enskilde äldre kan en resa till akutsjukvården innebära onödigt och farligt exponering för infektioner, långa väntetider och ökade förvirringstillstånd.

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

Exempel på åtgärder som kan verka förebyggande och stimulera till positiv utveckling för målgruppen är bättre användning av e-hälsoverktyg, arbete i form av aktiv hälsostyrning, användning av individuella planer, mobila lösningar, fler hembesök av läkare och sjuksköterskor, rehabilitering i hemmet, kontaktsjuksköterskor, mer avancerad hemsjukvård eller s.k. virtuella vårdavdelningar, regelbundna läkemedelsuppföljningar, m.m. Se vidare *bilaga 2*.

Prestationsersättning 2012

325 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorerna *Undvikbar slutna vård och Återinläggningar inom 30 dagar* med 10 procent den 1 september 2012 jämfört med nivån den 1 september 2011. 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 medelvärdet med 10 procent. Är det färre än fem län får de som klarar det uppsatta målet dela på 200 miljoner kronor.

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.

6 Patient- och brukarperspektiv

Som ett led i regeringens satsning på insatser för att åstadkomma en sammanhållande vård och omsorg om de mest sjuka äldre gav regeringen i juni 2011 Socialstyrelsen ett flertal utvecklings- och kartläggningsuppdrag. Flertalet av dessa uppdrag ska ges fortsatt stöd även för 2012 och redovisas i ett särskilt regeringsbeslut till Socialstyrelsen.

Ett område som är särskilt angeläget att utveckla är äldres möjligheter att ge sina synpunkter på den vård och omsorg de erhåller. Socialstyrelsen genomför årligen en nationell brukarundersökning där cirka 150 000 äldre personer som får kommunal äldreomsorg ges möjlighet att ge synpunkter på den vård och omsorg de får. För 2012 får Socialstyrelsen medel för att utveckla brukarundersökningen ytterligare metodologiskt men också utöka omfattningen så att fler äldre ges möjlighet att ge sina synpunkter på den vård och omsorg de får. Resultatet från undersökningen måste kunna brytas ned på verksamhets- och enhetsnivå och då förhoppningsvis direkt påverka den vård och omsorg som ges. Ambitionen är att dessa uppgifter ska kunna användas som resultatindikatorer som i sin tur kan målsättas. Den nationella patientenkäten är också ett instrument som behöver utvecklas och bli mer heltäckande. Både den nationella brukarenkäten och den nationella patientenkäten bör redovisa data som går att urskiljas efter driftsform.

7 Öppna jämförelser för äldre

I Öppna jämförelser på äldreområdet och inom hälso- och sjukvården redovisas indikatorer som kommer att användas för uppföljning av överenskommelsen. Inom hälso- och sjukvården finns redan sådana som ger eller som är möjliga att bearbeta för att närmare beskriva situationen för den specifika målgruppen ”de mest sjuka äldre”. Sådana befintliga indikatorer liksom sådana som enkelt kan tas fram också inom socialtjänstens område kommer att presenteras som ett komplement i en utvidgad version av Öppna jämförelser Äldre under 2012. Socialstyrelsen, som har uppdraget att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla Öppna jämförelser på äldreområdet, kommer att inom ramen för nuvarande uppdrag ta fram en sådan utvidgad rapport.

På sikt är det önskvärt att ytterligare indikatorer tas fram som mer allsidigt beskriver utvecklingen av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Resultaten från de nationella brukar- och patientenkäterna kommer att följas och redovisas i Öppna jämförelser för äldre liksom Lex Sarah och Lex Maria anmälningar. Även patientnämndernas klagomålshantering och Socialstyrelsens tillsynsbeslut och tillsynsrapporter när det gäller äldre kommer att ingå i Öppna jämförelser för äldre.

8 Återrapportering

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting är ense om att överenskommelsen ska följas upp och återrapporteras. För varje insats som Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för ska Sveriges Kommuner och Landsting skriftligt redovisa vilka aktiviteter och verksamheter som genomförts. Återrapportering av de delar som rör stödet till förbättringsarbete ska ske senast den 1 november 2012. Slutredovisning ska ske senast den 1 mars 2013.

Kommuner och landstingen ska, för att komma i fråga för ersättning, redovisa sina resultat gällande prestationer för de olika indikatorerna senast den 1 november 2012 till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen kommer att ges ett uppdrag att ansvara gentemot regeringen för att göra en samlad bedömning av uppställda krav och resultat från kommuner och landsting.

9 Beslut om utbetalning av medel

Regeringen kommer att fatta beslut om utbetalning av medel, i enlighet med överenskommelsen. Om inte minst fem län klarar av att uppnå uppsatta mål vad gäller läkemedelindikatorerna eller indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggningar kan det bli aktuellt med att medel används till andra ändamål inom området som regeringen beslutar om. Som underlag för utbetalning av medel ska Sveriges Kommuner och Landsting inkomma med en plan för genomförandet av överenskommelsen.

10 Gemensam uppföljning av indikatorerna

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting kommer löpande att följa hur intentionerna med överenskommelsen uppfylls och utvecklas när det gäller läkemedelsindikatorerna och indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggning.

11 Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning

Redovisning av hur ekonomiska medel som har utbetalats till Sveriges Kommuner och Landsting har använts ska Sveriges Kommuner och Landsting göra i formuläret Bidrag – årlig ekonomisk redovisning. 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. Eventuellt återstående medel ska återbetalas till Kammarkollegiet (bankgiro 5052–5781) senast den 1 april 2013.

12 Utvärdering av överenskommelsen

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

13 Överenskommelsens inriktning 2013–2014

Inför 2013 års överenskommelse är avsikten att ytterligare utveckla och höja ambitionsnivån när det gäller att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Det gäller såväl inträdeskraven som indikatorerna. Erfarenheter från 2012 kommer också att vara viktiga ingångsvärden i detta arbete.

I kommande överenskommelser är avsikten att sätta större fokus på patient- och brukarsynpunkter på vård och omsorg. Inom området läkemedelsanvändning finns det många ytterligare initiativ för en säkrare läkemedelsanvändning som bör utvecklas så att de kan ingå i ramen för överenskommelsen. Vidare bör satsningen på olika kvalitetsregister till 2013 kunna resultera i att fokus riktas mer mot åtgärder som kan målrelateras utifrån informationen i registren. Ett inträdeskrav för 2013 blir att kommuner och landsting har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. Avsikten är också att ta in ytterligare inträdeskrav för 2013 gällande införandet av Nationell patientöversikt (NPÖ). Vad gäller landstingen är avsikten att öka kraven mot ett brett införande av NPÖ och kommunerna ska ha tagit väsentliga steg i införandet.

14 Godkännande av överenskommelsen

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

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner
och Landsting

Stockholm den 14 december 2011

Stockholm den 14 december 2011

Karin Johansson Ragnwi Marcelind

Håkan Sörman

Bilaga 1 Mål för Äldresatsningen

Mål för äldresatsningen 2011–2014

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

1. Skapa samverkan och samordning

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

2. God hälsa, vård och omsorg

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

3. God och säker läkemedelsbehandling

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

4. God vård i livets slutskede

- Nationella vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens nationella riktlinjer och vägledning för palliativ vård och omsorg ska vara implementerade i alla berörda verksamheter
- Svenska palliativregistret används i alla berörda verksamheter

5. God vård vid demenssjukdom

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

6. Ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter

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

7. Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens

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

8. Uppföljning och utvärdering

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

Bilaga 2 Särskilt viktiga områden att förbättra

Inom följande områden bör huvudmännen genomföra förändringar och förbättringar när det gäller att få till stånd en sammanhållen vård och omsorg sett utifrån de mest sjuka äldres behov och situation.

Bättre samverkan och samordning

Det finns många skäl att förbättra vården och omsorgen för sjuka äldre som behöver ha nära, tät och långvarig kontakt med sjukvården. En ändamålsenlig vård som bedrivs utifrån svårt sjuka äldres behov kan förbättra både resultat och resursutnyttjande. En bristande helhetssyn inom vård och omsorg, leder ofta till både sämre resultat och ökade totala kostnader. Alla landsting och kommuner bör därför ha långsiktigt hållbara strukturer för samverkan och samordning med konkreta förbättringsstrategier för de mest sjuka äldre. Vem som har ansvaret för att samordna vård- och omsorgsinsatser såväl mellan landsting och kommun som mellan landstingens verksamheter måste vara tydligt liksom vem som har ansvaret för att följa upp resultatet för sjuka äldre.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att bl.a. kartlägga primärvårdens ansvar och uppdrag för de mest sjuka äldre samt lämna förslag till hur äldres kontakter med olika delar av vården och omsorgen bättre kan samordnas. I den rapport som Socialstyrelsen lämnat i december 2011 finns exempel på vad samverkan respektive samordning av verksamheter för mest sjuka äldre kan innebära som en inledande vägledning för huvudmännen.

Enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ska kommuner och landsting vid behov upprätta en *individuell plan* när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. När det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska även ges möjlighet att delta vid upprättandet av planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig detta. Det ska framgå av planen vilka insatser som behövs, vilka insatser som kommun respektive landsting ansvarar för, vilka åtgärder som andra svarar för och vem av kommunen eller landstinget som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Det är viktigt att dessa bestämmelser om en individuell plan följs när det gäller de mest sjuka äldre. Syftet är att tydliggöra huvudmännens ansvar för den äldre som har behov av såväl vård- som omsorgsinsatser, vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret är fördelat mellan dem. Planen ska innehålla de insatser som behövs och när det är lämpligt, målen för insatserna både på kortare och längre sikt.

En patient har sedan den 1 juli 2010 rätt till en *fast vårdkontakt* eller flera fasta vårdkontakter om patienten själv kräver detta eller om verksamhetschefen utser sådan. Om det är nödvändigt för att tillgodose en patients behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Bestämmelsen tydliggör verksamhetschefens ansvar för samordning av patienternas hela vårdssituation. Eftersom ansvaret ligger på en mer övergripande verksamhetsnivå, skapas bättre förutsättningar att samordna vården även utanför den enskilde läkarens specialitet och anpassa

samordning och information efter behov hos den enskilde patienten. Det tydliggör också vem som har det sammanhållna ansvaret för vården, vilket ökar patienternas möjligheter att ställa frågor och diskutera sin vårdssituation med en ansvarig.

Effektiv vård och omsorg

Effektiviteten i vård och omsorg kan förbättras, inte minst när det gäller mest sjuka äldre. Flera studier från bland annat Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting visar att skillnader i praxis, kvalitet, kostnader och effektivitet mellan olika kommuner och landsting är stora, även om hänsyn tas till strukturella skillnader, när det gäller vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Det mest uppenbara sättet att öka effektiviteten är att undvika onödiga kostnader. Undvikbar slutenvård, återinläggningar, felbehandlingar, vårdskador och vårdrelaterade infektioner har svåra negativa effekter för sköra äldre men kräver också resurser i onödan. Åtgärder bör vidtas för att kvalitetssäkra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Bättre läkemedelsbehandling

Felaktig läkemedelsanvändning är enligt Socialstyrelsen en av de vanligaste anledningarna till att sjuka äldre skadas i vården. Mer än var tionde person över 80 år har tio eller fler läkemedel. Detta riskerar att ge problem med t.ex. läkemedelsinteraktioner och olika biverkningar. Det finns stora behov att följa upp och utvärdera effekterna av insatt medicinering genom hela vårdkedjan. Flera studier har visat att inläggningar på medicinkliniker i hög utsträckning beror på läkemedelsbiverkningar. En nyligen genomförd studie vid Karolinska sjukhuset visar att i mer än en tredjedel av fallen som blev inlagda på sjukhuset var det läkemedel som orsakat inläggningen. Antalet äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade felbehandlingar måste minska. Läkemedelsgenomgångar och regelbundna läkemedelsavstämningar kan vara ett sätt att komma åt dessa problem när de gäller mest sjuka äldre.

Ersättningssystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Huvudmännens ersättningssystem inverkar i mycket stor utsträckning på effektivitet och kvalitet i vården och omsorgen. De utvecklingsinitiativ som har tagits under senare år har i många fall haft sin utgångspunkt i generella system, utan särskild anpassning till de mest sjuka äldres behov. Det finns få exempel på ersättningssystem som är anpassade till sjuka äldres särskilda behov i vård och omsorg. Annorlunda utformade ersättningssystem har potential att avhjälpa många av de brister som finns i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det gäller bristande samverkan, bristande kontinuitet och uppföljning av den äldres behov. Det måste därför gå att skapa ersättningssystem som stödjer en god vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan kring dem. Vårdtyngden hos sjuka äldre måste beaktas i högre grad än vad som sker idag.

Utveckla vården och omsorgen i hemmet

Vård och omsorg för äldre måste organiseras med en hög grad av helhetssyn och samordning. Det går att urskilja två nyckelfunktioner som om de inte fungerar leder till det som många gånger beskrivs som en vårdkarusell när det gäller sjuka äldre. För det första krävs att en sakkunnig och allsidig bedömning av den enskildes tillstånd och behov kan göras i eller nära den

enskildes hem. En kompetent medicinsk bedömning är särskilt viktig. För det andra krävs att det finns resurser i form av personal med tillräcklig kunskap för att utföra de insatser som behövs men också för att förstå när ytterligare expertis behöver tillkallas. Hembesök av läkare eller sjuksköterska från primärvården måste bli vanligare för de sjuka äldre som har svårt att förflytta sig.

Förebyggande insatser i vården bör bli vanligare – några exempel

Vården och omsorgen behöver lägga betydligt större kraft på preventiva åtgärder för en person med känd hjärt-kärlsjukdom om man vill minska akut insjuknande i hjärtsvikt. Det innebär t.ex. uppföljning av ordinerad läkemedelsbehandling, regelbunden viktkontroll och bedömning av hälsotillståndet. Fysisk träning initierad av en person med sjukgymnastisk kompetens är genomgående en högt prioriterad åtgärd. Hjärt- och kärlsjuka personer har god nytta av fysisk träning. Med hjälp av tätare uppföljning och bättre behandling i hemmet kan tillstånd med akut hjärtsvikt som kräver akuta sjukvårdsinsatser drastiskt minska. Detta leder till bättre livskvalitet för patienten och att samhället kan spara kostnader i form av undvikbar slutenvård.

Diabetes är en kronisk sjukdom som till största delen behandlas i primärvården som t.ex. följer blodsocker, HbA1c, blodtryck samt kolesterol regelbundet. Patienter med diabetes behöver bra kosthållning, fysisk aktivitet och korrekt läkemedelsbehandling. Med tät uppföljning och bättre behandling i hemmet kan en god blodsockerkontroll åstadkommas. Det innebär färre komplikationer, minskat behov av akuta besök och inläggningar på sjukhus, d.v.s. undvikbar slutenvård.

Rehabilitering i hemmet

Insikten om rehabiliteringens betydelse kan ses som en rörelse från ett mer passiviserande omsorgsarbete mot ett mer aktiverande och stödjande rehabiliteringsarbete. Utvecklingen av nya och bättre hjälpmedel bidrar också till att allt fler kan bo kvar hemma. Tidigare utvärderingar av rehabilitering i hemmet visar resultat i form av förbättrad funktion och förmåga hos vårdtagaren, bättre arbetsmiljö för såväl hemtjänst- som rehabiliteringspersonal samt kostnadsbesparingar för kommunen. Ur brukarperspektivet finns också resultat som pekar på ökat oberoende, större självständighet och en förbättrad livskvalitet.

Bilaga 3. Läkemedelsgrupper med betydande antikolinerga effekter**Läkemedelsgrupp ATC Läkemedel**

(sorterade efter ATC-kod)

Medel vid funktionella tarmsymtom, antikolinerga

A03AB glykopyrron

A03BA atropin, hyoscyamin

A03BB butylskopolamin, metylscopolamin

Antiemetika, antikolinerga A04AD skopolamin

Antiarytmika, vissa C01BA disopyramid

Urologiska spasmolytika * G04BD oxybutynin, tolterodin, solifenacin, darifenacin, fesoterodin

Opioider i kombination med spasmolytika

N02AG morfin, ketobemidon resp. hydromorfon i kombination med spasmolytika

Medel vid parkinsonism, antikolinerga N04A trihexyfenidyl, biperiden

Antipsykotiska läkemedel av högdostyp

N05AA levomepromazin

N05AF03 klorprotixen

Antipsykotiskt läkemedel N05AH02 klozapin

Lugnande medel N05BB01 hydroxizin

Antidepressiva, icke-selektiva monoaminåterupptagshämmare

N06AA klomipramin, amitriptylin, nortriptylin, maprotilin

Antihistaminer, vissa (1:a generationen)

R06AA02 dimenhydrinat

R06AB klorfeniramin, dexklorfeniramin

R06AD alimemazin, prometazin, tietylperazin

R06AX02 cyproheptadin

* Risken för kognitiva störningar kan variera mellan preparaten på grund av skillnader i receptorselektivitet och benägenhet att passera in i centrala nervsystemet.