

Förslag till reviderad uppdragsbeskrivning, ersättningsbilaga och uppföljningsplan för slutet geriatrisk vård samt demensutredning

Ärendet

I ärendet lämnas förslag till reviderad uppdragsbeskrivning, reviderad uppföljningsplan och ny ersättningsbilaga för geriatrisk vård, inklusive förslag på ersättningsnivåer för direktinläggningar. Dessa dokument kommer att ligga till grund för tecknandet av flerårsavtal med de landstingsdrivna vårdgivarna 2010.

Föreliggande uppdragsbeskrivning, uppföljningsplan och ersättningsbilaga har förhandlats med de fackliga organisationerna, behandlats av specialitetsrådet för geriatrik och handikapp- och pensionärsrådet.

Ärendet har behandlats i Programberedning Äldre och Multisjuka.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* godkänna reviderad uppdragsbeskrivning, uppföljningsplan, och den nya ersättningsbilagan för geriatrisk vård
- att* fastslå att ersättning utöver avtalad DRG-ersättning för patienter som skrivs in direkt från hemmet utgår med 1500 kr/patient samt för patient som skrivs in från akutmottagning med 750 kr/patient upp till fastslagen målvoly

Förvaltningens synpunkter

Bakgrund

Den nuvarande uppdragsbeskrivningen för geriatrisk vård beslutades av HSN 2007-09-25 och har införts i avtalen med geriatriska vårdgivare under 2008. Av länets elva geriatriska vårdgivare har tre vårdgivare äldre uppdragsbeskrivningar då dessa avtal slöts 2006 efter upphandling. Detta gäller Nackageriatriken AB, Nynäs Vård AB och Brommageriatriken AB.

Bilagor:

1. Uppdragsbeskrivning
2. Ersättningsbilaga
- 3 Uppföljningsplan

En översyn av den geriatriska vården i länet har genomförts under 2008 (HSN 2008-04-29, p 4). HSN beslutade att tillgängligheten till geriatrisk vård ska öka så att patienter i ökad grad skrivs in direkt från hemmet eller övertas direkt från länets akutmottagningar utan onödig inskrivning på akutsjukhusens vårdavdelningar. Detta för att patienten ska få vård på rätt vårdnivå så fort som möjligt och onödiga överflyttningar i vårdkedjan ska undvikas. Vidare beslutade HSN att genomföra översynens förslag till åtgärder för ett förbättrat akut omhändertagande av äldre och för en anpassning av beställningarna utifrån behov och optimalt vårdflöde i de olika geografiska områdena. Slutligen fastslog HSN att ersättningsmodellen skulle utvecklas i syfte att öka styrningen så att besluten kan förverkligas.

I förslaget till reviderad uppdragsbeskrivning för geriatrisk vård samt demensutredning föreslås förändringar utifrån erfarenheter som gjorts i arbetet med nuvarande uppdragsbeskrivning och förslag i geriatriköversynen. Nedan beskrivs de huvudsakliga förändringar i förhållande till den tidigare uppdragsbeskrivningen, ersättningsmodellen och uppföljningsplanen.

Uppdragsbeskrivning

Målgrupp och intagningskriterier

I förslaget anges inga förändringar vad gäller innehållet i den geriatriska målgruppen eller intagningskriterier till geriatrisk vård. Åldersgränsen på 65 år behålls. Det betyder att i normalfallet ska patienten vara över 65 år för att vårdas vid geriatrisk klinik. I det fall en patient under 65 år är i behov av geriatrisk vård kan detta utföras inom ramen för särskild överenskommelse med förvaltningen.

Uppdrag

Förändringar i uppdraget i förhållande till tidigare innebär att det geriatriska uppdraget även omfattar viss öppenvård i direkt anslutning till vårdtillfället:

- återbesök i vissa fall i anslutning till avslutat geriatriskt slutenvårdstillfälle eller avslutad demensutredning steg 2 i syfte att följa upp utförda behandlingar av mer komplicerad art eller avsluta/sammanfatta utredning där provsvar inkommit efter utskrivning. Detta för att patienten ska få en säker och trygg övergång till efterföljande vårdnivå samt möjliggöra tidigare hemgång efter vårdtillfället. Merparten av alla uppföljande besök kommer liksom tidigare att göras hos husläkaren.
- besök för patienter med ovanliga eller komplicerade demensförlopp efter att utredning genomförts. Dessa patienter, som är relativt få till antalet, ställer stora krav på kompetens för behandling och uppföljning vilket innebär att dessa faller utanför husläkarens kompetensnivå för demensuppföljning.

Vidare har gränssnittet mot primärvårdsrehabilitering tydliggjorts. Om patient har behov av enstaka efterföljande rehabiliterande insatser i direkt anslutning till det geriatriska vårdtillfället skall dessa insatser tillhandahållas av den geriatriska kliniken. Detta innebär att rehabiliteringsinsatser kan slutföras vid geriatrisk mottagning utan att annan vårdgivare kopplas in vilket effektiviserar rehabiliteringen för denna patientgrupp.

Vid några geriatriska kliniker bedrivs idag rehabiliteringsverksamhet i öppenvård som går utöver vad som ovan definierats som basgeriatrik och är att betrakta som primärvårdsrehabilitering utförd vid geriatrisk klinik. Verk-

samheten kommer att definieras som en lokal avvikelse i de berörda kliniskernas avtal. Om beslut skulle fattas om införande av vårdval inom primärvårdsrehabilitering bör verksamheten vid dessa geriatriska kliniker ingå under detta regelverk.

Kvalitetsregister

Utöver tidigare krav på att rapportera till relevanta kvalitetsregister åläggs vårdgivaren att rapportera till Svenska Demensregistret. Svenska Demensregistret, som stöds av Socialstyrelsen, är ett nyligen upprättat register för kvalitetsdata.

Kompetens

I uppdraget har tydliggjorts att vårdgivaren utöver specialistutbildad läkare och sjuksköterska ska ha legitimerad/utbildad sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator/socionom i verksamheten.

Tillgång till dietist, logoped, psykolog och stöd i existentiella frågor ska finnas i verksamheten.

Ökad tillgänglighet

Tidigare krav på att minst 90 procent av patienter som skrivs in oplanerat från akutmottagningar, hemmet eller närakuter skall ha erhållit inläggning inom sex timmar efter att förfrågan erhållits har skärpts. Vårdgivaren skall enligt det nya uppdraget tillhandahålla en vårdplats till samtliga godkända patienter inom tre timmar efter att förfrågan/remiss erhållits då patienten befinner sig i hemmet eller på akutmottagning.

När det gäller övertag av patienter från akutsomatisk vårdavdelning är tillgänglighetskravet oförändrat 24 timmar. Dock ges den akutsomatiska vårdgivaren rätt att söka efter ledig vårdplats på valfri geriatrisk klinik i det fall den områdesansvariga kliniken ej övertagit godkänd patient inom fastslagen tidsgräns.

Tidigare krav på att vårdgivaren ska erbjuda ett första besök vid demensutredning (på specialistnivån) inom 15 dagar har ersatts med att utredning ska ha påbörjats inom 30 dagar efter att remiss erhållits. Detta för att likställa tillgängligheten till demensutredning med vårdgarantins krav på tillgänglighet till specialistutredning. Målsättning är att utredning ska vara avslutad inom tre månader.

Geriatriken förfogar över en stor del av tillgängliga vårdplatser för äldre med stora vårdbehov i länet. Förvaltningen behöver säkerställa att vårdplatser finns tillgängliga under hela året. I uppdraget föreslås att en tillfällig, planerad minskning av antalet geriatriska vårdplatser på maximalt 10 % kan ske under en begränsad tidsperiod.

Uppföljningsplan

Den föreslagna uppföljningsplanen skiljer sig åt på flera punkter från tidigare uppföljningsplan. Ett antal resultatindikatorer har tagits bort då de varit svårtolkade eller tveksamma, andra indikatorer har formulerats om eller kommit till. Uppföljningsplanen innehåller ett flertal kvalitetsindikatorer som utvecklats i samråd med bl a företrädare för geriatriska vårdgivare. Flera indikatorer är anpassade efter innehållet i det nyligen framtagna kvalitetsregistret Senior Alert.

Liksom tidigare följs vårdgivarens systematiska processer inom ett flertal vanliga områden. Följande nya områden kommer att följas upp:

- det fallpreventiva arbetet i enlighet med det nyligen framtagna vårdprogrammet.
- följsamhet till rekommenderade antibiotikabehandlingar vid infektioner
- andelen vårdrelaterade infektioner.
- läkemedelssituationen i enlighet med Socialstyrelsen kvalitetsindikatorer för äldre.

Följsamhet till tillgänglighetskraven har anpassats efter de nya kraven på tillgänglighet i uppdragsbeskrivningen (se ovan).

Uppföljningsplanen revideras årligen utgående från tidigare års erfarenheter. Information om innehållet i kommande uppföljningsplaner ska regelbundet tillställas Programberedning Äldre och multisjuka eller motsvarande beredande organ för information.

Ersättningsbilaga

Ersättningsbilagan bygger på den av landstingsstyrelsen beslutade ersättningsmodellen för geriatrisk vård (LS 2009-06-16). HSN ansvarar för att fastslå ersättningsnivåer för att stimulera till ökat direktintag till geriatriken.

Målsättningen med den nya ersättningsmodellen är:

- ökad produktivitet
- ökat direktintag från hemmet och akutmottagning
- minskad väntetid vid andra sjukhus
- förstärkt incitamenten för att köpa vård vid annan geriatrisk klinik vid platsbrist i den egna verksamheten
- förbättrad registrering av verksamhetsinnehåll
- förbättrad avtalsuppföljning

Den nya ersättningsmodellen utgår från DRG i sin helhet och att beställningarna uttrycks i DRG-poäng.

Den fasta ersättningen i dagens modell på i genomsnitt 60 procent minskas i den nya ersättningsmodellen till 35 procent. Beloppets storlek fastställs genom att beräkna totalersättningen utifrån beställda DRG-poäng.

Den rörliga ersättningen ökar från dagens genomsnittliga nivå på 40 procent till 65 procent. En ökad rörlig ersättning ökar incitamenten till att utföra en beställd vård och att ha ett jämt tillflöde av patienter under året dvs. produktivitet och tillgänglighet kan antas öka jämfört med tidigare.

Marginalersättning

De beställda DRG-poängen kommer liksom idag att definiera den avtalade volymen vård som ska utföras. Till skillnad från tidigare modell där volymen samtidigt utgjorde gränsen för att få betalt så ger den nya ersättningsmodellen ersättning för vårdproduktion över avtal med 10 procent av det rörliga DRG-poängpriset.

Stimulans för ökat direktintag

Under 2009 har en målrelaterad ersättning kopplad till andelen direktinlagda patienter införts. Avstämning mot fastlagda målnivåer och utbetalning av ev.

bonus till vårdgivaren sker vid fyra tillfällen under året. För ändamålet har avsatts 15 Mkr i budget under 2009.

I den nya ersättningsmodellen är incitamentet för direktintag annorlunda utformat. Från 2010 ska istället en särskild tilläggsersättning per vårdtillfälle för direktinlagda patienter utgå utöver den avtalade DRG-ersättningen. HSN har därför att fastställa nivån på denna tillkommande ersättning per vårdtillfälle.

Begreppet direktintag omfattar samtliga patienter som ej har ett föregående vårdtillfälle på annan slutenvårdsenhet före inskrivning på geriatrisk klinik. Därför omfattas både patienter som skrivs in direkt från hemmet och patienter som tas över från akutsjukhusens akutmottagningar. Att patienter skrivs in direkt från hemmet kan i många fall vara både mer önskvärt för patienten och mer kostsamt för den geriatriska kliniken. Därför bör ersättningen för patienter som skrivs in direkt från hemmet vara högre än ersättningen för patienter som skrivs in från akutmottagning. HSN föreslås fastställa att ersättning utgår med 1500 kr/vårdtillfälle för patient som skrivs in direkt från hemmet samt med 750 kr/vårdtillfälle för patient som skrivs in från akutmottagning. Ersättning utgår upp till avtalad nivå för kliniken, vilken ska beräknas utifrån att 70 procent av förväntade vårdtillfällen utgörs av direktinläggningar.

Kostnadsansvar för förskrivning av läkemedel i öppen vård

Landstingfullmäktige beslutade under 2007 (Läkemedelsstrategi för åren 2008-2012) att kostnadsansvar för läkemedelsförskrivning i öppenvård ska införas inom bl a geriatrisk vård. På grund av brister i registreringen är det svårt att få fram ett tillförlitligt underlag som bas för en kostnadsbudget per klinik. Detta gör att en fullständig överföring av kostnadsansvaret till kliniker från 2010 skulle baseras på mycket osäkra data. Därför föreslår förvaltningen en successiv överföring av kostnadsansvaret. Som ett första steg föreslås att 20 procent av kostnadsansvaret för öppenvårdsförskrivningen förs över till vårdgivarna från och med 1 januari 2010. I takt med att registreringen förbättras är intentionen att en större del av kostnadsansvaret ska påföras förskrivarna.

Målrelaterad ersättning

Den målrelaterade ersättningen för kvalitetsarbetet och miljöcertifiering utgör 4 procent av den totala ersättningen. Summan som utgör målrelaterad ersättning för miljö höjs från 0,2 procent till 0,5 procent.

I nuvarande avtal är den målrelaterade ersättningen formulerad så att vårdgivaren endast kan förlora ersättning. Om vårdgivaren ej når fastställda målnivåer utfaller vite. I den nya ersättningsmodellen kan vårdgivaren även erhålla extra ersättning. Om redovisade kvalitetsnivåer överstiger fastlagda bonusnivåer erhålls så kallad bonusersättning. Den modell som föreslås för geriatriken är att de återbetalda medlen (vitena) utgör en ”pott” för utbetalning av bonusersättning i de fall vårdgivare uppnått i förväg bestämda bonusnivåer. Storleken på bonusutbetalningar beror på hur mycket viten som vårdgivarna återbetalat. Grund för fördelningen av denna ”bonuspott” utgörs av vårdgivarens beställda volym och på antalet vårdgivare som är bonusberättigade för den aktuella kvalitetsindikatoren.

Ekonomiska konsekvenser

En viss utökning av beställningarna kan behöva ske med anledning av förändringarna inom öppenvårdsuppdraget. Dock bedöms eventuella merkostnader bli mycket begränsade och rymas inom föreslagen budget.

Den produktion som sker utöver avtalad vårdvolym ska enligt ersättningsmodellen ersättas med 10 procent av det rörliga DRG-poängpriset. Detta medför en viss risk för ökade kostnader. Dock bedöms risken för stora kostnadsökningar till följd av överproduktion vara liten.

I ersättningsmodellen finns incitament för ökat direktintag i form av extra ersättning för dessa vårdtillfällen. För detta har förvaltningen avsatt resurser på samma nivå som för 2009. Om alla vårdgivare skulle uppnå full ersättning skulle kostnaden överskrida de avsatta resurserna. Förvaltningen bedömer dock att samtliga vårdgivare inom avtalsperioden inte kommer att uppnå takersättningen.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget innebär att patientsäkerheten ökar genom att olika patientsäkerhetsområden följs upp i uppföljningsplanen.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Inga förändringar jämfört med tidigare.

Miljökonsekvenser

I avtalen ingår skärpta miljövillkor jämfört med 2008 i syfte att nå målen som anges i Miljö Steg 5. Samtliga geriatriska vårdgivare kommer att vara certifierade.

Catarina Andersson Forsman

Olle Olofsson