

Prestationsersättning till särskilda boenden för äldre

– ERFARENHETER OCH TIPS FRÅN TRE KOMMUNER

Förord

Ett prestationsbaserat ersättningssystem för särskilda boenden inom äldreomsorgen kan ha flera syften – t.ex. att få en mer behovsstyrd resursfördelning, att utgöra ett led i en konkurrensutsättning och/eller att stödja valfrihetssystem.

Det är ännu så länge inte så många kommuner som infört ersättningssystem för särskilda boenden. I den här skriften beskriver vi tre kommuner som gjort det, och vilka erfarenheter de har vunnit. Tanken är att skriften ska kunna tjäna som information och inspiration till andra kommuner som överväger att införa prestationsbaserade ersättningar för särskilda boenden.

Skriften har tagits fram av Agneta Rönn och Greger Bengtsson vid SKL.

Kontaktpersoner i de kommuner som beskrivs är Marita Åkerström, Stockholm stad. Yvonne Holmström, Nacka kommun och Bo Svensson, Lunds kommun.

Stockholm i april 2012

Lennart Hansson
Avdelningen för Ekonomi och Styrning
Sektionen för demokrati och styrning

Innehåll

Varför denna skrift?	4
Varför inför man ett ersättningssystem för särskilda boenden?	5
Nacka kommun	5
Stockholm Stad	6
Lund kommun.....	6
Några sammanfattande reflexioner.....	7
Hur utformar man ett ersättningssystem – vilka är de viktigaste parametrarna?	8
Skiljer ersättningssystemet på boenden som drivs av privata utförare och boenden i egen regi?.....	8
Vad ingår i ersättningen och vad ligger utanför?	8
Hur anpassar man ersättningsnivåerna till olika vårdbehov?	9
Ersättning för tomma platser?	10
Årlig uppräkningsnivå av ersättningarna?	10
Hur varierar de faktiska ersättningsbeloppen?	10
Vad får ett ersättningssystem för effekter – övergångsvis och på längre sikt?..	12
Effekter för kommunens egna boenden?	13
Kan ersättningssystemet bidra till att säkra en god kvalitet i boendena?	13
Goda råd från våra kommuner utifrån deras erfarenheter hittills	14
Lund kommun:	14
Nacka kommun:	14
Stockholm Stad:	15
Bilaga - Metod för mätning av vårdbehov i särskilda boende	16
Inledning.....	16
Metoden	16
Mätinstrumenten.....	17
ADL-TRAPPAN/Katz-index	17
Modifierad Bergerskala	19
Psykisk status	20
Hälso- och sjukvårdsinsatser	21

Varför denna skrift?

Under senare år har allt fler kommuner infört valfrihetssystem i äldreomsorgen. Utvecklingen har stärkts i och med införandet av lagen om valfrihetssystem (LOV), även om det är frivilligt för kommunerna att tillämpa lagen inom socialtjänstens område. Framför allt har kundval införts i hemtjänsten, medan det ännu inte är lika vanligt förekommande i särskilt boende.

Införandet av valfrihetssystem innebär också att man inför ett ersättningssystem för de tjänster som kan väljas, där samma ersättning ska gälla för alla privata utförare. I många fall utgår också samma ersättning till kommunens egenregiverksamhet för motsvarande tjänster, om den enskilde väljer dessa eller inte väljer alls. SKL gör sedan två år en enkät till alla kommuner om ersättningsnivåerna i hemtjänst. Resultaten presenteras på SKL:s hemsida.

Ett antal kommuner tillämpar också olika former av ersättningssystem för särskilda boenden. Genom en mini-enkät fick vi fram att åtminstone ett 20-tal kommuner har någon form av sådant ersättningssystem (det kan finnas fler). Endast i några enstaka fall är systemen förenade med valfrihetssystem. Systemen är utformade på litet olika sätt. Ersättningsnivåerna är inte lika lätta att jämföra som för hemtjänsten.

Kostnaderna för särskilt boende utgör ungefär 60 % av de totala kostnaderna för äldreomsorgen och frågan om ersättnings/resursfördelningssystem kan ha stor betydelse. För att ge möjlighet till jämförelser för de kommuner som har infört eller överväger att införa ett ersättningssystem för särskilda boenden har vi försökt beskriva systemen i några få kommuner.

Vi har besökt och intervjuat företrädare för tre kommuner som haft ersättningssystem för särskilda boenden under ett antal år - Lund, Nacka och Stockholm. Syftet med den här skriften är att sammanfatta dessa kommuners erfarenheter och goda råd till kommuner som överväger att införa ett ersättningssystem för särskilda boenden, oavsett om man gör det i samband med införande av valfrihetssystem eller helt enkelt vill få en bättre styrning av resurserna.

Varför inför man ett ersättningsystem för särskilda boenden?

Man kan ha olika – och flera – syften med att införa ett ersättningsystem för särskilda boenden. Det kan handla om att få en bättre resursfördelning, att konkurrensutsätta de särskilda boendena, att stödja kundval eller att göra besparingar. I ”våra” kommuner har motiven sett litet olika ut.

Nacka kommun

Nacka är den kommun som tidigast utvecklade kundval inom vård och omsorg utifrån en mycket tydligt uttalad och medveten strategi som också innefattade konkurrensutsättning av olika utförare. Man införde kundval i hemtjänsten redan 1992 i form av ett check-system. Utifrån ett bedömt vårdbehov fick de äldre disponera en check som de kunde använda hos olika utförare – antingen kommunala eller av kommunen godkända privata utförare (numera finns det enbart privata utförare i Nackas hemtjänst). Efter beslut i kommunfullmäktige införde Nacka 2001 kundval och motsvarande checksystem även i särskilda boenden. Inför detta gjordes ett utvecklingsarbete där man bl.a. tog fram en modell för vårdresursmätning i särskilt boende (beskrivs mer utförligt i det följande). Vårdresursmätningen låg sedan till grund för att fastställa olika ersättningsnivåer. Nackas modell för vårdresursmätning har sedan kommit att användas av flera andra kommuner, bl.a. Stockholm och Lund, men man har valt litet olika sätt att omsätta den till olika ersättningsnivåer.

I Nacka har man inga entreprenader i särskilda boenden utan enbart kommunala boenden (resultatenheter) och privata boenden som är upphandlade enligt LOV. Nacka har endast avtal med privata boenden som finns i kommunen (inte utanför) och som har godkänts enligt de kvalitetskriterier som kommunen ställt upp. Avtalen gäller inte ett fixt antal platser utan man har ”option” på plats (i vissa fall i konkurrens med andra kommuner). Det finns totalt 14 äldreboenden varav fem är kommunala och resten privata (två nya boenden har öppnat ganska nyligen).

Den enskilde som fått beslut om plats i särskilt boende har valfrihet mellan olika boenden. För de som inte kan eller vill välja själva gäller närhetsprincipen. Nacka har f.n. inga köer till sina särskilda boenden.

Stockholm Stad

Valfrihets- och ersättningssystemet för särskilda boenden i Stockholm ("äldrepenng") infördes 2008 efter beslut i kommunfullmäktige. Ersättningssystemet syftade till att skapa likställighet genom att resurserna skulle fördelas efter den enskildes vårdbehov. Andra skäl var att ge alla utförare samma ersättning för samma tjänst, vilket skulle främja mångfald bland utförarna, och att systemet inte skulle bli kostnadsdrivande. Ersättningssystemet bygger på samma modell för vårdbehovsmätning som utvecklats i Nacka.

Stockholm har såväl kommunala särskilda boenden som boenden på entreprenad, dvs. upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, och privata boenden upphandlade enligt LOV. Det är stadsdelsnämnderna som ansvarar för drift av kommunala boenden samtupphandlingar av och avtal med entreprenörer. Det senare sker med stöd och viss styrning från central förvaltning. En översyn av entreprenaderna pågår för närvarande. Upphandling av privata boenden görs centralt av äldreförvaltningen på uppdrag av KS.

Staden har totalt 115 boenden inom valfrihetssystemet. Till detta kommer 22 s.k. profilboenden med inriktning på specifika sjukdomstillstånd, t.ex. Parkinsons sjukdom. De boende fördelar sig med 40% på entreprenadboenden, 32% på privata boenden (inkl. sådana som ligger utanför länet) och 28% på boenden i egenregi (januari 2012). Grundprincipen i Stockholm är kvarboende så länge den enskilde vill, och sedan valfrihet mellan olika boenden. Totalt sett har man inte några köer till särskilda boenden; det finns en del tomma platser. Till vissa boenden kan det dock finnas kö.

Lunds kommun

Resursfördelnings/ersättningssystemet för kommunala boenden infördes 2006 efter beslut i vård- och omsorgsnämnden, med syftet att fördela resurserna utifrån brukarnas behov. Därigenom skulle man, inom samma ekonomiska ramar, få en mer rättvis resursfördelning, ett mer effektivt resursutnyttjande och en mer likvärdig kvalitetsnivå mellan de olika boendena. Det yttersta syftet är att brukarna ska ha tillgång till en likvärdig vård och omsorg utifrån sina behov. Systemet bygger på samma modell för vårdbehovsmätning som i Nacka.

Efter ett majoritetsskifte 2006 beslutade vård- och omsorgsnämnden att man skulle konkurransutsätta kommunens särskilda boenden. Fyra boenden lades ut för entreprenadupphandling och man fick anbud där priset vid olika vårdbehovsnivåer låg betydligt lägre än kommunens ersättningsnivåer. Senare gjordes en upphandling av ytterligare två boenden, där ersättningen var given och man fick konkurrera med kvalitet. Entreprenadavtal tecknades så småningom om totalt sex särskilda boenden. Ersättningsnivåerna är nu lika för både egenregin och entreprenaderna, på en nivå som ligger någonstans "mitten mellan".

Det finns totalt 20 särskilda boenden i kommunen, varav 14 är kommunalt drivna. De sex entreprenad-boendena drivs av samma entreprenör. Man har ytterst få platser i privata boenden.

I Lund gäller kvarboendepincipen, och vid beslut om plats i särskilt boende tar man hänsyn till den enskildes önskemål men har ingen uttrycklig valfrihet, dvs. "rätt" att välja. Däremot har den enskilde rätt att byta boende om man vill. Kommunen har inga direkta köer till särskilda boenden för närvarande, man kan erbjuda alla plats.

Några sammanfattande reflexioner

I alla tre kommunerna är det viktigaste syftet att ersättningssystemet ska fördela resurserna efter de äldres individuella, faktiska vårdbehov oavsett vilket boende de bor på. På så sätt kan systemet bidra till en mer likvärdig vård och en mer effektiv användning av resurserna. Att ha valfrihet för individen kan sätta extra tryck på boendena, men är egentligen inte nödvändigt för att uppnå syftet.

Ett annat syfte är att man har velat konkurrensutsätta de enskilda boendena. Ersättningssystemet blir då ett sätt att fördela resurser mellan olika boenden som får ”konkurrera” om de äldre på lika villkor, oavsett om de är kommunala eller drivs av andra utförare. Systemet bidrar då till att främja kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen. Om ersättningsnivåerna är givna kan man få ut mer kvalitet i en konkurrensutsättning. Om i stället en viss kvalitetsnivå är utgångspunkten för en upphandling så kan man i stället pressa priset (jfr Lunds första upphandling).

Oavsett syfte så behöver systemet bygga på en modell för individuell bedömning av vårdbehovet, som sedan ligger till grund för att bestämma hur stor ersättning som ska betalas.

En aspekt när man diskuterar ett eventuellt ersättningssystem är ”infrastrukturen” för kommunens särskilda boenden, dvs. hur många boenden finns det, vilken inriktning har de (t.ex. rena demensboenden), hur stora är de, finns det både kommunala och privata eller enbart kommunala osv. Infrastrukturen påverkas av flera olika faktorer, t.ex. geografiskt läge, kultur och traditioner i kommunen. I en stor del av landets kommuner finns få eller inga privata boenden/entreprenörer. Infrastrukturen kan självfallet påverkas av om det finns ett ersättningssystem– och om man vill uppmuntra konkurrens eller inte. Även i en kommun med enbart kommunala boenden kan ett ersättningssystem bidra till ett bättre utnyttjande av resurserna och att de äldre får en bättre vård utifrån sina behov.

En skillnad som finns mellan våra tre kommuner är vilken politisk nivå som beslutat om ersättningssystemet. I Stockholm och Nacka har besluten fattats av fullmäktige medan det i Lund är vård- och omsorgsnämnden som beslutat om ersättningssystemet.

Hur utformar man ett ersättningsystem – vilka är de viktigaste parametrarna?

Ett ersättningssystem kan utformas på litet olika sätt beroende på syftet och på hur detaljerat man vill att det ska vara. Våra exempelkommuner har utformat sina system ganska likartat (man hämtar förstås inspiration och erfarenheter från varandra) men det finns också vissa skillnader. Här redovisar vi de viktigaste ”vägvalen” som man har gjort.

Skiljer ersättningssystemet på boenden som drivs av privata utförare och boenden i egenregi?

I alla tre kommunerna har man samma ersättning för samma tjänst till boendena, oavsett om de är privata eller kommunala. Den enda skillnaden är att de privata boendena får viss kompensation för sina moms-kostnader, som inte de kommunala boendena har.

I Lund har man tagit ytterligare ett steg genom att skriva in i sitt entreprenadavtal att ersättningen kan ändras under året om kommunfullmäktige beslutar om förändringar i de förutsättningar som har gällt när ersättningarna har fastställts. Det innebär t.ex. att entreprenadboendena, på samma sätt som de kommunala boendena kan få vidkännas en lägre ersättning om fullmäktige beslutar om ett generellt besparingsbeting under löpande år.

Vad ingår i ersättningen och vad ligger utanför?

Grundprincipen är att ersättningen ska täcka samtliga kostnader som boendena har. Därigenom kan det aldrig uppstå någon diskussion om vad som gäller, och boendena har det fulla ansvaret för att anpassa verksamheten och klara sin ekonomi på de fastställda ersättningarna. Det blir då också viktigt att vara tydlig med vilka kostnader, t.ex. ”overhead-kostnader” (förvaltningen, nämnden osv.) m.m. som ska belasta de kommunala boendena för att det ska bli konsistens mellan kostnaderna och den ersättningen som ska täcka dem.

I Nacka tillämpar man grundprincipen fullt ut, dvs. ersättningen ska täcka allt. Det som inte ingår är maten, som betalas av de boende själva. Det motsvarar 120 kr per dygn. Därtill kommer ett tillägg för boende som är demenssjuka på 100 kr per dygn.

I Stockholm och Lund har man valt att hantera kostnaderna för lokaler som en separat del, men på litet olika sätt. I Stockholm har boendena i egen regi och på entreprenad fria lokaler, vilket de privata utförarna kompenseras för genom ett schablon tillägg per vård-dygn. I Lund ligger lokalkostnaderna helt utanför ersättningssystemet, vilket är möjligt eftersom alla boenden bedrivs i lokaler som ägs och förvaltas av kommunen genom dess bostadsföretag.

Hur anpassar man ersättningsnivåerna till olika vårdbehov?

Själva grunden i ett prestationsbaserat ersättningssystem är att ersättningen anpassas till det vårdbehov som varje boende har. Först då kan systemet bidra till att styra resurserna rätt. Ett mindre omfattande vårdbehov ger en lägre ersättning och ett större behov en högre ersättning. Utmaningen är dels att hitta en metod för att bestämma vårdbehovet (resursbehovet) och dels att bestämma hur stor ersättningen ska vara vid olika behovsnivåer. De konkreta insatserna bestäms sedan i den genomförandeplan som upprättas mellan boendet och den enskilde. Insatserna bestäms utifrån individens behov, oberoende av ersättningen.

När Nacka skulle införa sitt kundvals- och ersättningssystem 2001 gjorde man ett ganska omfattande utrednings- och utvecklingsarbete för att ta fram en bra modell för behovsbedömning, dvs. en bedömning av resursbehoven (vilket framför allt är personalresurser). Nackas modell har sedan kommit att användas av flera andra kommuner, bl.a. Stockholm och Lund.

Modellen ger en samlad bedömning av vårdbehovet för varje boende och bygger på en bedömning i fyra steg: fysisk status, mental åldersförändring, psykisk status samt medicinsk status. Utifrån ett strukturerat frågeschema görs intervjuer med personal som känner den enskilde. Intervjувaren utmynnar sammantaget i en viss poäng, där den maximala poängen är 24 och motsvarar det största vårdbehovet. Modellen beskrivs närmare i [bilaga 1](#).

I Nacka valde man ursprungligen att dela in skalan 1 - 24 i totalt åtta intervall, där varje intervall gavs en viss ersättningsnivå. För att komma fram till beloppen på varje nivå gjorde man ett omfattande beräknings- och analysarbete utifrån sina befintliga kostnader och andra relevanta data, där man också prövade sig fram till en fördelning mellan de olika nivåerna som kunde anses som rättvisande och som vid given ekonomisk ram gav ett rimligt utfall vid provmätningar. Man fastställde alltså inte de olika nivåerna utifrån en beräkning av kostnaderna för ett visst vårdbehov. Nacka har senare minskat antalet ersättningsnivåer till fem (1-6, 7-11, 12-15, 16-20 respektive 21-24 poäng). För boende med demenssjukdom tillkommer ett enhetligt belopp per plats och dygn.

I Stockholm använder man samma vårdbehovsmodell, men man har stannat vid tre ersättningsnivåer utifrån den 24-gradiga skalan (1-8, 9-16, 17-24 poäng). Man gjorde ett eget utrednings- och utvecklingsarbete för att konstruera ersättningstrappan, liksom Nacka utifrån befintliga kostnader m.m. och provberäkningar på fördelningen som gav ett rimligt utfall utifrån vad man ville uppnå. I Stockholm har man också, utöver de tre behovsnivåerna, en särskild ersättning för profilboenden. Dessa ingår dock inte i valfrihetssystemet.

Även i Lund använder man Nackas vårdbehovsmodell, och där har man utformat ersättningstrappan med sju olika ersättningsnivåer. I praktiken är det dock bara fem nivåer som hänför sig till vårdbehovsskalan (3-6,9, 7-11,9, 12-16,9, 17-19,9, 20-24). Därutöver har man en nivå för ”ännu ej vårdbehovs-bedömda”, som motsvarar en genomsnittlig nivå, och en nivå för korttidsboenden.

I alla tre kommunerna görs vårdbehovsbedömningarna vanligen av särskilt utsedd och för ändamålet särskilt utbildad personal. I vissa stadsdelar i Stockholm görs dock vårdnivåmätningarna av alla biståndshandläggare. Att bedömningsmetoden tillämpas enhetligt är en viktig förutsättning för att systemet ska fungera och få trovärdighet. Bedömningen styr vilken ersättningsnivå som ska tillämpas i varje enskilt fall, och ger även information till boendena.

I Nacka och Stockholm görs en första, preliminär bedömning i samband med att den äldre ska flytta in, och en uppföljande bedömning efter två - tre månader. I Lund görs den första bedömningen inom tre månader efter inflyttning och man tillämpar en särskild ersättningsnivå för dem som ännu inte är vårdbehovsbedömda. I alla tre kommunerna finns därefter möjlighet för boendena att begära en ombedömning om vårdbehovet förändras på ett varaktigt sätt som kan påverka ersättningsnivån.

Ersättning för tomma platser?

När en boende avlider eller flyttar så uppstår en lucka innan platsen blir belagd igen. Hur man valt att hantera detta i ersättningsystemet varierar också mellan de tre kommunerna. I Nacka får boendet en ersättning på lägsta nivå i 14 dagar efter avflyttningen. I Stockholm får boendet ersättning i lägsta ersättningsnivå i 7 dagar. I båda fallen får man behålla denna övergångsersättning även om platsen blir belagd under tiden. I Lund har man däremot ingen särskild ersättning för tomma platser utan har bakat in ett schablonbelopp i den ordinarie ersättningen som ska kompensera detta. Detta menar man kan öka incitamentet att belägga platsen så snart som möjligt.

Årlig uppräknings av ersättningarna?

En viktig fråga är hur ersättningsnivåerna förändras med hänsyn till pris- och löneförändringar. Här ser det olika ut i våra tre kommuner. I Stockholm har man gjort en indexreglering av ersättningarna, som innebär att de skrivs upp varje år med arbetskostnads- respektive konsumentprisindex (fördelningen 80-20). Det gäller såväl grunderättningen som lokalschablonen. I Nacka har man inte någon indexreglering utan fattar årligen ett politiskt beslut om huruvida ersättningarna ska räknas upp eller ej, vilket grundar sig på en sammantagen bedömning av olika faktorer. I praktiken har ersättningarna räknats upp med någon/några procent per år. I Lund finns inte heller någon indexreglering utan ersättningsnivåerna fastställs utifrån de förutsättningar som föreligger i budgetarbetet.

Generellt gäller att ersättningsnivåerna skrivs upp proportionerligt, dvs. relationerna mellan de olika nivåerna i ersättningstrappan förändras inte.

Hur varierar de faktiska ersättningsbeloppen?

I sammanställningen nedan framgår de ersättningsbelopp som gäller i de tre kommunerna för 2012 för kommunala respektive privata boenden. Ersättningen till privata boenden är högre för att kompensera för momskostnaderna.

Tabell 1 Ersättningar i kronor per vårddygn vid olika vårdnivåer och i privata respektive kommunala särskilda boenden i Nacka, Stockholm och Lund

	Vårdbehov	Kommunala	Privata	
Nacka kommun				Tillägg Demenssjuka
Nivå 1	1-6p	980	1036	100
Nivå 2	7-11p	1222	1296	100
Nivå 3	12-15p	1455	1541	100
Nivå 4	16-20p	1667	1766	100
Nivå 5	21-24p	2053	2176	100
Ingår ej matsättning, 120 kr per dygn; denna betalas av den enskilde direkt till boendet.				
Stockholm Stad				Schablontillägg lokaler
Nivå 1	1-8p	1130	1192	105
Nivå 2	9-16p	1665	1755	105
Nivå 3	17-24p	1967	2073	105
Profilboenden särskild ersättning				
Lund kommun				
Nivå 1	3-6,99p	633	684	
Nivå 2	7-11,99p	925	976	
Nivå 3	12-16,99p	1 558	1609	
Nivå 4	17-19,99p	1 783	1834	
Nivå 5	20-24	2 100	2151	
Nivå 0 x)		1 535	1586	
Korttid		1 902	1953	
Lokalkostnad ingår ej men uppskattas till 150 kr/plats o dygn x) ej vårdbehovsbedömda, växelvård				

Att notera är att ersättningarna enligt ovan är utöver den hyra som betalas av de enskilda till boendet. Principerna för hyressättning, avgiftsjämkning m.m. kan skilja sig mellan kommunerna.

Sammanställningen nedan är ett försök att jämföra ersättningarna ”på lika villkor” mellan de tre kommunerna. Vi har där tagit hänsyn till den skillnad som finns mellan Nacka och de övriga när det gäller mat- och lokalkostnader. Det går inte att göra en direkt jämförelse mellan nivåerna eftersom man valt något olika intervall, men i uppställningen kan man få viss uppfattning om nivåer och hur brant ersättningstrappan är. Ersättningsnivåerna avser kommunala boenden.

Tabell 2 Jämförelse mellan "likvärdiga" ersättningsnivåer i ordinarie särskilda boenden vid olika behovsnivåer i Nacka, Lund och Stockholm

	Nacka	Lund	Stockholm
Nivå 1-6p	1100	783	
Nivå 1-8p			1235
Nivå 7-11/12p	1342	1 075	
Nivå 12-15/16p	1575	1 708	
Nivå 9-16p			1770
Nivå 16/17-19/20p	1787	1 933	
Nivå 17-24p			2072
Nivå 20/21-24p	2173	2 250	

Av sammanställningen kan man utläsa att Nacka har högre ersättning än Lund i de lägsta skikten och något lägre i de högsta, dvs. Lunds trappa börjar lägre men är brantare, och har högsta ersättningen på den översta ersättningsnivån. Stockholm har ganska hög ersättning i den lägsta nivån men ligger lägre än de andra två i den högsta ersättningsnivån.

Vad får ett ersättningssystem för effekter – övergångsvis och på längre sikt?

Den allmänna meningen i alla tre kommunerna är att ersättningssystemen har fungerat bra och att de har bidragit till att uppfylla huvudsyftet att fördela resurser efter behov. Ett exempel är att man generellt bedömer att de differentierade ersättningarna har gjort att boendena blivit mer benägna ta emot boende med stora vårdbehov eftersom systemet kompenserar sådana merkostnader som de större vårdbehoven föranleder. Systemen anses också ha lett till en bättre styrning och effektivitet i verksamheten. Några mer systematiska utvärderingar av systemen har dock inte gjorts.

I Stockholm har Äldreförvaltningen nyligen fått ett uppdrag att göra en översyn av ersättningssystemet och ersättningsnivåerna. Bl.a. kommer man att titta på de faktiska ersättningarna som utövarna får i genomsnitt (behövs de tre nivåerna?) och man ska undersöka om nivåerna är rimliga (avstämning mot kostnadsbilden på främst kommunala boenden, jämförelse av kostnader och intäkter, lämplig bemanning osv). Man ska vidare utvärdera reglerna om ersättning för tomma platser och vilken indexuppräkningsmetod som ska användas. Översynen ska vara klar i juni 2012.

Stockholm gjorde också en utvärdering av systemet för vårdbehovsmätning 2009 och det befanns i stort fungera bra. Det har blivit en annan fördelning mellan nivåerna jämfört med vad man räknade med från början: utfall ca 12-70-18% jämfört med beräknade 17-54-29%. Fördelningen har legat ganska konstant över tiden från införandet.

Lund gjorde en liten uppföljning av ersättningssystemet efter ett par år men det enda som ändrades var ersättningen till korttidsboenden (som var för låg). I övrigt har man erfarenheten att systemet fungerar och att det aldrig blir några diskussioner med boendena om pengar och kompensation för olika saker eftersom ersättningen ska täcka allt. Systemet har fått en stor acceptans.

I Nacka har man inte gjort någon särskild uppföljning av ersättningssystemet men det anses fungera väl utifrån den mycket tydliga inriktning mot kundval som man har haft sedan lång tid. Den enda förändring som man har gjort på senare tid är att minska anta-

let nivåer i ersättningssystemet från åtta till fem. Avsikten var att genom färre spann minska trycket på täta ombudomgångar och att minska skillnaderna mot andra kommuner. Man införde samtidigt den särskilda ersättningen för boende med demenssjukdom.

En särskild fråga gäller hur man klarade övergången till det nya systemet – och de omfördelningar av pengar som det ledde till mellan boendena. Vissa fick minskade intäkter och andra fick ökningsar. I Nacka hade man övergångsregler under två år och i Lund hade man också en viss anpassningstid. Stockholm hade ingen särskild övergångstid; gällande entreprenadavtal fick löpa avtalsstiden ut. I stora drag anser alla tre kommuner att boendena har klarat övergången bra och kunnat anpassa sig till de nya villkoren.

Effekter för kommunens egna boenden?

En annan fråga gäller vilka effekter systemen har för kommunens egna boenden och hur man hanterar en situation där dessa inte klarar sin ekonomi. En utgångspunkt här är att de kommunala boendena fungerar som resultatenheter i en beställar-utförarmodell, men det kan finnas skillnader t.ex. i hur man får hantera över- och underskott – kan de rullas från ett år till ett annat eller ”nollställs” de vid varje årsskifte?

I Lund har flera av de kommunala boendena gått med underskott under 2011, framför allt p.g.a. en minskad beläggning. Man har ännu inte fattat beslut om hur de ska hantearas – om de t.ex. ska kunna ”rullas” framåt för att täckas nästa år.

I Nacka får boendena själva ta ansvar för sin ekonomi – dvs. inga extra pengar betalas ut från kommunen.

I Stockholm har man erfarenheten att de kommunala boendena i regel går runt så länge som de har sina platser fyllda – problemen kan uppstå om de har tomma platser och stor omsättning – tomplatsersättningen är inte så generös och det kan vara svårt att fylla en tom plats inom sju dagar. Det är varje stadsdelsnämnd som ytterst beslutar om fördelningar av pengar mellan stadsdelsnämndens olika verksamheter.

Kan ersättningssystemet bidra till att säkra en god kvalitet i boendena?

I Lund menar man att det är svårt att säga om ersättningssystemet har påverkat kvaliteten - den styrs av många andra faktorer (genomförandeplaner, stimulansbidrag, ökade krav osv.). Man har inte tillfört systemet nya pengar för att höja kvaliteten.

I Nacka finns ingen koppling mellan kvalitetskriterierna och ersättningssystemet; kvalitetskraven ställs i avtalet. I princip kan man utfärda varning om boendena inte svarar mot dessa krav, men det har inte hänt hittills.

Stockholm ställer i grunden samma kvalitetskrav för alla boenden, men entreprenaderna kan ”lägga på” mer åtaganden i samband med upphandlingen för att vinna konkurrensfördelar och därmed öka sina chanser att vinna upphandlingen.

I Lund finns inte några fastställda krav på viss bemanning för de kommunala boendena men däremot för entreprenaderna. De tillkom efter att man i upphandlingen, som en av flera kvalitetsfaktorer, skulle uppge vilken bemanning man erbjöd vid ett visst angivet vårdbehov. Boendena ligger ofta precis på denna miniminivå. Det tas hänsyn till tomma platser när man stämmer av bemanningskraven.

I Stockholm förekommer krav på viss bemanning för entreprenaderna men inte för egen regi eller privata utförare. Det har tidigare gjorts en utredning i staden om bemanning inom demensboenden, bl.a. frågan om en minimibemanning. Äldrecentrum deltog i utredningen. Man beräknade behovet av bemanning utifrån ett visst beräknat vårdbehov. Man konstaterade bl.a. att det är svårt få ekonomi i små enheter, vilket innebär en

viss målkonflikt eftersom små boenden har andra fördelar. Utredningen finns redovisad i rapporten Lämplig bemanning.

I Lund har man samma kvalitetsuppföljning på kommunala boenden som på entreprenaderna och man gör samma brukarundersökningar (inte socialstyrelsens). Man ser problem med brukarundersökningar, många av de boende är dementa som inte kan svara själva och då får resultaten ett tveksamt värde.

Nacka gör årliga kvalitetsuppföljningar av varje boende som redovisas i särskilda rapporter som läggs ut på nätet.

I Stockholm har uppföljningen av verksamheten blivit allt mer strukturerad och heltäckande. Det samlade intrycket är att kvaliteten generellt sett blivit bättre men det är svårt att säga om det beror på ersättningssystemet. Hela staden gör standardiserade brukarundersökningar. Man kommer eventuellt att använda socialstyrelsens undersökning, men de kan än så länge inte brytas ner och ge resultat per boende.

Stockholm genomför avtalsuppföljning, verksamhetsuppföljning och individuppföljning. Individ- och verksamhetsuppföljningar genomförs av stadsdelsförvaltningarna. Äldreförvaltningen har hand om viss avtalsuppföljning av privata boenden och stadsdelsförvaltningarna för entreprenader. De sanktioner som finns är vitesförelägganden och hävande av avtal. Man kommer att bygga upp en ny central enhet inom Äldreförvaltningen som ska samordna, stödja och styra uppföljningen av äldreomsorgen mer än idag, jobba med metoder och försöka åstadkomma mer helhetsperspektiv. Det blir både planerade granskningar och akuta inspektioner.

Goda råd från våra kommuner utifrån deras erfarenheter hittills

Lunds kommun:

- Gör det enkelt! Enkel bedömningsordning - inte en massa omdömmingar, det tar bara administrativa resurser och ger ingenting.
- Ha en ordentlig förankringsprocess och klargör premisserna: vad ska ingå i ersättningen, vilka delar - man måste prova sig fram. Gör en verksamhetsanalys av vilka tjänster som ska köpas (vaktmästeri osv.) så att man sedan kan sätta ersättningar som ska täcka alltsammans och räcker till vad det faktiskt kostar.
- Vårdbehoven varierar faktiskt över tid vilket innebär att systemet ska styra rätt, dvs. resurser efter behov.
- Lund har haft en ordning, som man kommit överens med facken om, att man tillfälligt kan flytta personal mellan de kommunala boendena för att jämna ut toppar och nedgångar i arbetsbelastningen. Det är bara en ren in/utlåning av personal, inga ekonomiska transaktioner görs mellan boendena.

Nacka kommun:

- Den viktigaste grundförutsättningen för ett väl fungerande ersättningssystem är att man tydligt skiljer mellan finansiering och produktion. Många kommuner är inte där idag.
- Nacka har valt att inte upphandla utan istället godkänna boenden som de boende kan välja. Därmed är man mer flexibel. Men förutsättningarna för upphandling är inte samma överallt.
- Samma ersättning till privata som till kommunala boenden, vårdbehovet ska styra.

- Samma person bör göra vårdbehovsbedömningarna.
- Ersättningen ska omfatta samtliga kostnader, även lokalkostnader (utom den del som är hyra som den enskilde själv betalar)

Stockholm Stad:

- Förarbetet är viktigt, gör ordentliga kostnadsberäkningar. Var tydlig med vad som ska ingå i och täckas av ersättningen. Realism i bedömning av kvalitetskrav och kostnader.
- För att skapa både mångfald och likvärdighet måste kommunala och privata utförare behandlas lika i alla avseenden. Om de kommunala boendena t.ex. får utbildningsinsatser bekostade av kommunen bör i princip även de privata ges samma möjlighet så det blir konkurrensneutralt.
- Viktigt med utbildning och förankring av modellen för vårdbehovsmätningar både bland beställare och utförare. Utveckla en bra organisation för uppföljning, både på individ- och verksamhetsnivå. Viktigt att ha den enskilde i fokus, ställ frågan om individens behov blir tillgodosedda och - om inte, varför?

Bilaga - Metod för mätning av vårdbehov i särskilda boenden

Inledning

Ett ersättningsystem för särskilda boenden bygger på att man, utifrån en bedömning av vilket vårdbehov varje vårdtagare har, dimensionerar och fördelar vårdresurser utifrån behoven.

Det första steget i vårdresursfördelningen är att göra en bedömning/mätning av vårdbehoven. I nästa steg knyter man olika behovsnivåer till olika ersättningsnivåer.

I bilagan beskrivs det instrument för vårdbehovsmätning som tillämpas i Nacka, Lund och Stockholm. Instrumentet utvecklades ursprungligen av Nacka kommun 2001 och det tar hänsyn till fyra faktorer hos vårdtagaren; aktivitetsförmåga, mental oförmåga, psykisk status samt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

De tre kommunerna har sedan utformat olika ”trappor” för vilken ersättning (vilka resurser) som ska utgå vid ett visst vårdbehov. Dessa trappor är olika för de tre kommunerna. De beskrivs inte här utan bilagan beskriver enbart själva vårdmätningmetoden.

De faktiska insatserna som den enskilde vårdtagaren får på boendet bestäms i en genomförandeplan mellan vårdtagaren och boendet. Denna har inget direkt samband med ersättningsnivån.

Metoden

Metoden för vårdbehovsmätning utgör, tillsammans med ”ersättningstrappan”, ett underlag för att bestämma den ersättning (de resurser) som behövs för att erbjuda den enskilde god vård i särskilt boende för äldre. Metoden har fyra delar:

Aktivitetsförmågan mäts genom att bedöma vårdtagarens förmåga att självständigt klara de dagliga aktiviteterna. Den metod som valts är ADL-trappan, Katz-index av Hulter-Åsberg.

Trappan består av tio ADL-aktiviteter, vi har valt att mäta steg 5-10, dvs. hygien, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och födointag.

Modifierad Bergerskala används som ett instrument för att gradera mentala störningar vid neurologiska sjukdomar.

Psykisk status skattar de behov av hjälp och trygghetsskapande insatser en person är i behov av på grund av sitt psykiska status.

Hälsa- och sjukvårdsinsatser är en skala som graderar vilken medicinsk omvårdnad, vård och/eller rehabilitering den boende har behov av.

Dessa fyra parametrar är poängsatta och på blanketten "Sammanställning av vårdbehov" markeras och sammanräknas poängen som sedan resulterar i en ersättningsnivå för varje vårdtagare. Vårdresursmätningen tar inte hänsyn till vårdmiljön, vilka rutiner som är utarbetade, vilket förhållningssätt/bemötande personalen har till de boende och inte heller personalens kompetens.

Mätinstrumenten

ADL-TRAPPAN/Katz-index

Fokuserar på vårdtagarens förmåga att klara de aktiviteter som efterfrågas.

Är han/hon beroende av hjälp från någon annan och i så fall i hur stor utsträckning?

Poängberäkning (Ger 1-7 poäng)

På blanketten "sammanställning av vårdbehov" markeras behovet av hjälp med minus eller plustecken.

Vid ifyllande av blanketten skall plustecken sättas till vänster om den markerade linjen och minustecken till höger. Alla minus till höger om den markerade linjen ger poäng.

Vid sammanräkning ges alltid ett extra poäng.

Även om den enskilde inte behöver någon hjälp ger detta 1 poäng vid sammanräkningen.

ADL-trappan - Katz-index

Personlig hygien (ta sig till tvättplats, tvätta hela kroppen i badkar/dusch eller handfat)		
Ingen hjälp Behöver ingen hjälp eller tillsyn. Tar sig till handfatet själv, eller i och ur badkar, ingen tillsyn i duschen.	Lite hjälp Behöver tvätthjälp med ryggen.	Mycket hjälp Behöver hjälp ta sig till tvättplats eller vatten framburet. Hjälp i och ur badkar, tillsyn i dusch, hjälp med fötter eller underlivet.
På- och avklädning (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)		
Ingen hjälp Behöver ingen hjälp eller tillsyn. Hämtar kläder, klär på och av sig, ytterkläder, skor och strumpor.	Lite hjälp Behöver hjälp med att knyta skor eller ta på stödstrumpor.	Mycket hjälp Behöver hjälp med att hämta kläder, eller med på- avklädning, eller förblir ofullständigt påklädd.
Toalettbesök (ta sig till toaletten, komma på och av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna kläderna)		
Ingen hjälp Behöver ingen hjälp eller tillsyn. Kan använda käpp, rollator, rullstol, Kan använda nattkärl.	Lite hjälp Behöver hjälp med att ta sig till toaletten, eller med något av ovanstående.	Mycket hjälp Behöver hjälp eller tillsyn, kan inte ta sig till toaletten. Använder bäcken, inkontinensskydd eller toalettstol även dagtid.
Förflyttning (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)		
Ingen hjälp Behöver ingen hjälp eller tillsyn. Kan använda ett stöd, t ex käpp eller annat hjälpmedel.	Lite hjälp Behöver hjälp av en annan person.	Mycket hjälp Kan inte lämna sängen, eller behöver lyftas med lift eller med hjälp av två personer.
Kontinens (fysiologisk tömning av blåsa och tarm. Inkontinens = ofrivillig urin- eller facesavgång. Hygien, toalettbesök, förstoppning räknas inte)		
Ingen hjälp Kontinent. Sköter själv stomi/ KAD	Lite hjälp Misslyckas i bland	Mycket hjälp Inkontinens som kräver ständig tillsyn, eller hjälp av annan. Stomi/KAD som sköts av annan.
Födointag (får mat från tallrik eller dylikt in i munnen. Hygien och bordsskick bedöms inte)		
Ingen hjälp Äter själv.	Lite hjälp Behöver hjälp att skära kött, öppna matförpackningar.	Mycket hjälp Behöver muntlig instruktion för att äta och dricka. Får hjälp med att få in maten i munnen/ sondmatas via PEG sond.

Modifierad Bergerskala

Mätmetod som bygger på Bergerskalan och som skattar den mentala förändringen till följd av någon neurologisk skada t ex. vid demenssjukdom eller stroke.

En person kan vara mentalt klar men på grund av en neurologisk skada t ex afasi erhålla poäng längre ner på skalan.

Poängsättningen utgår från antagandet att den funktionshindrade har högre grad av beroende mellan Berger I och Berger V. När personen befinner sig på nedersta trappstegen av skattningsskalan är vårdbehovet ett annat, personen är mer stationär och behöver då mer fysisk omvårdnad. Detta ger därför lägre poäng i Bergerskalan.

På nivå V-VI är hjärnskadorna omfattande eller demenssjukdomen långt utvecklad.

Omvårdnadsjournalens dokumentation ska stödja bedömningen.

Alla kriterier under respektive punkt behöver inte vara uppfyllda för att angiven poäng skall erhållas.

Poäng 0-6

0 Mentalt klar (0 poäng)

I Har vissa minnessvårigheter. De dagliga aktiviteterna splittras/störs av glömska. Kan ganska lätt göra sig förstådd trots språkstörning, lätt afasi. (1 poäng)

II Något rumsligt desorienterad. Förlägger föremål. Reder sig själv i välbekant miljö. Kan gå vilse. Har svårt hitta ord. Mer uttalad språkstörning. (2 poäng)

III Behöver muntlig vägledning och råd för att klara vardagsaktiviteter. Påminnelse om t.ex. hygien, måltider, aktiviteter pg av försämrad tidsuppfattning. (3 poäng)

IV Kan inte handla utifrån enbart muntliga instruktioner. Desorienterad i tid och rum. Kan inte tala sammanhängande eller förstår inte det talade ordet. Frustrerad över sin situation. (6 poäng)

V Har påtagliga minnesluckor. Saknar förmåga att utföra någon form av handling. Kan inte kommunicera med begripliga ord. Svåra språkstörningar. (5 poäng)

VI Behöver beröringsstimulans för att reagera. Har helt förlorat talförmågan. (4 poäng)

Psykisk status

Mäter det behov av hjälp och trygghetsskapande insatser en person är i behov av på grund av sin psykiska status.

Personens stämning och beteende skall inte vara av tillfällig karaktär.

Omvårdnadsjournalens dokumentation ska stödja bedömningen.
Alla kriterier under respektive punkt eller punkterna innan, behöver inte vara uppfyllda för att angiven poäng skall erhållas.

Poäng 1-7

0. Ingen särskild psykisk omvårdnad
1. Allmänt inriktade insatser i form av att befrämja trygghet, trivsel och psykosocialt välbefinnande, kontaktskapande aktiviteter som befrämjar relationerna mellan de boende.
2. Kräver individuellt riktat bemötande och omvårdnad. Verbalt upprepande, kallar upprepande på t.ex. hjälp. Söker hela tiden uppmärksamhet.

Upprepade klagomål över ångest eller oro t.ex. söker ihärdig uppmärksamhet beträffande planering, måltider, kläder, relationer.
3. Vandrande, (irrar omkring utan mål, till synes omedveten om behov och sin egen säkerhet).

Risk för att den enskilde avviker från boendet.
Går in och plockar i andras tillhörigheter.
4. Verbalt aggressiv, (hotar andra, förbannar eller skriker åt andra).
5. Fysiskt aggressivt beteende, (andra blir slagna, knuffade, klösta eller sexuellt antastade). Utåtagerande och våldsam.
6. Socialt avvikande beteende, (gör oljud, högljudd, skriker, våld mot sig själv, sexuellt beteende avklädning inför andra, kastar mat/avföring).
7. Behov av kvalificerad psykisk vård, bedömd av legitimerad personal.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Mäter sjukvårdsinsatser där någon form av medicinsk kompetens fordras.

Själva insatsen kan sedan utföras på delegation. Noteras bör dock att vissa insatser inte kan delegeras.

Om sjukvårdsinsatsen är komplicerad och legitimerad personal bedömer att detta kräver särskild övervakning skall det framgå av dokumentationen.

Poäng 1-4

1. Inga särskilda hälso- och sjukvårdsinsatser alternativt egenvård
Ingen delegering behövs för arbetsuppgiften.
Allmänt inriktade insatser i form av förebyggande aktivering, kunna observera förändringar och rapportera samt vätskekontroll.
Administrering av läkemedel från märkt dosett/APO-dos till känd boende, där den boende själv har kunskap om sin medicinering, men inte själv kan inta den.
Förebyggande och allmänt rehabiliterande insatser efter instruktion av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut.
2. Lättare hälso- och sjukvårdsinsatser
Administrering av läkemedel från märkt dosett/APO-dos till känd boende med identitetskontroll. Den boende har själv ingen kunskap om sin medicinering.
Delegering behövs för uppgiften.
T.ex.
 - medicinsk tillsyn och kontroll- temp, blodtryck
 - skötsel och spolning av KAD
 - mindre/enklare sårbehandling och omläggning
 - insulingivning vid stabilt blodsocker, blodsockermätning
 - matning av person med sväljsvårigheter
 - skötsel och matning via PEG sond
 - Syrgasbehandling med syrgaskoncentrator
 - Medicinska stödstrumpor
Individuellt riktade rehabiliteringsinsatser delegerade av arbetsterapeut/sjukgymnast.
T.ex.
 - decubitus- och kontrakturprofylax
 - vändschema
 - ADL-träning
3. Kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser
Medicinsk vård och omvårdnad som endast kan utföras av sjuksköterska
Arbetsuppgifter som endast i undantagsfall kan delegeras.
T.ex.
 - kvalificerade och större omläggningar där regelbunden övervakning krävs
 - intramuskulära injektioner
 - insättning av KAD
 - skötsel och matning via clinifedsond
 - intravenösa injektioner, infusioner
 - insulingivning som kräver regelbundna blodsockerkontroller
 - svårinställd smärtlindring
 - blodprovstagningar

Individuellt riktade rehabiliteringsinsatser som endast kan utföras av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast t.ex. individuell funktionsträning/aktivitetsträning
Specifikt riktad träning i mindre grupp. (2-4 personer)

4. Högkvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser
Medicinsk vård och omvårdnad som kräver insatser av legitimerad personal.

Arbetsuppgiften kan inte delegeras

T.ex.

- avancerade omläggningar
- skötsel av tracheotomerad
- avancerad smärtlindring
- blodtransfusion
- mycket svårinställd medicinering, avancerad andningsövervakning, sugning av nedre luftvägar
- syrgasbehandling i komplicerade fall
- använda infusions/injektionspump
- CVK, PICC-line, Port-a-Cath
- ständig övervakning där sjuksköterska finns i omedelbar närhet

Reviderat av:

Ingrid Saadat, gruppchef Enheten Äldre

Yvonne Holmström, (Medicinsk ansvarig för rehabilitering)

Gunilla Ottosson, (Medicinsk ansvarig sjuksköterska)

Irene Elsberg, boendesamordnare Enheten Äldre

Prestationsersättning till särskilda boenden för äldre

– erfarenheter och tips från tre kommuner

I skriften beskrivs hur prestationsersättningar för särskilda boenden har utformats i några kommuner och vilka erfarenheter de har gjort.

Upplysningar om innehållet
Agneta, Rönn, agneta.ronn@skl.se
Greger, Bengtsson, greger.bengtsson@skl.se

Sveriges Kommuner och Landsting, 2012
ISBN: 978-91-7164-790-0

Beställ eller ladda ned på www.skl.se/publikationer ISBN 978-91-7164-790-0