



Remisskonferens

Ny överenskommelse för hälso-och sjukvård i hemmet



Agenda

- Bakgrund & varför
- Hälsa- och sjukvård i hemmet, primärvårdsnivå

FIKA 20 minuter

- Ekonomi och uppföljning

PAUS 5 minuter

- Rehabilitering på primärvårdsnivå
- Medicintekniska produkter
- Beredning och beslutsprocess
- Avslut & trevlig helg!



Vem är här?

- **Politiker**
- Chefer

Syftet med remiss- konferensen

- Bakgrund och inramning
- Ge en **sammanfattning** av förslaget på ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet

Hälso- och sjukvård

- Regionen har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvård.
- Därutöver har kommunen ett ansvar att ge hälso-och sjukvård på särskilt boende och dagverksamhet upp till sjuksköterskenivå.
- För hemsjukvård i ordinärt boende kan en överlåtelse av ansvar göras från Region till kommun enligt **14 kap. 1 §** hälso-och sjukvårdslag (2017:30).
- Överlåtelse av ansvar regleras i en överenskommelse.
- Den får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare, det åligger Regionen.
- Samtliga län förutom Stockholm har överlåtit ansvar till kommunerna för hemsjukvård i ordinärt boende.



PRIMÄRVÅRD SOM VÅRDNIVÅ

- Kommun och Region

TILLGÄNGLIGHET

KONTINUITET

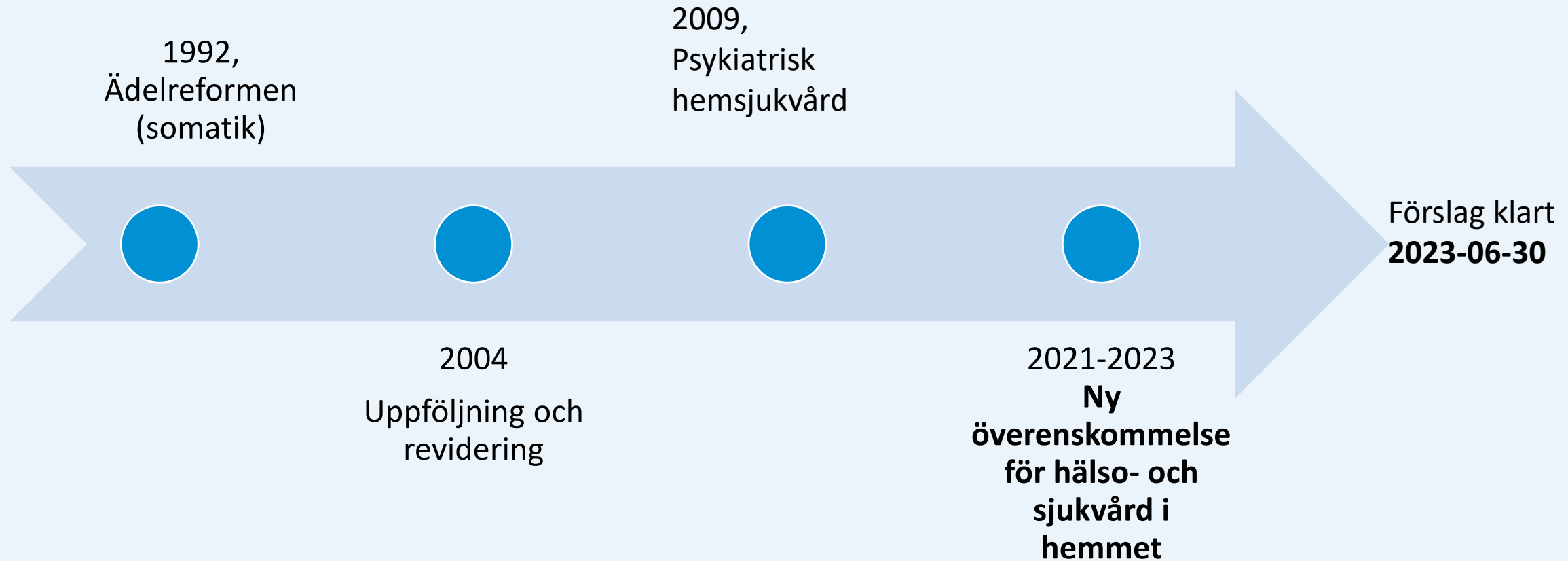
SAMORDNING

PROAKTIVITET

Vad är kommunal hemsjukvård

- Medicinska insatser upp till sjuksköterskenivå
- Rehabilitering på primärvårdsnivå – ”delad vårdnad”
- Primära hembesöksorganisationen

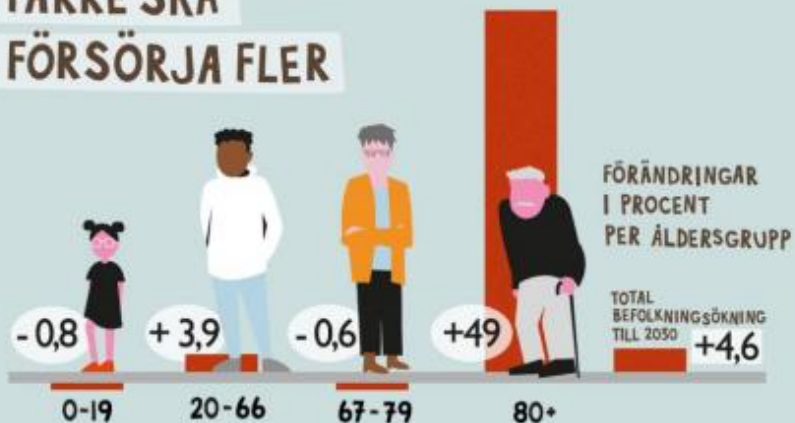
Kommunal hemsjukvård



Varför skriver vi om överenskommelsen?

- Mycket har hänt sedan nuvarande överenskommelse om hemsjukvård togs fram.
- Medellivslängden har ökat och de medicinska framstegen gör att möjligheten att få sin hälso- och sjukvård i hemmet är större.
- Tidigare överenskommelser bygger i hög grad på gränsdragning framför behov av samordning och samarbete.
- Detta sammantaget har gjort att det finns behov att ta fram en ny överenskommelse som blir mer heltäckande och som är anpassat efter dagens och framtidens förutsättningar.

FÄRRE SKA FÖRSÖRJA FLER



VARFÖR STÄLLER VI OM TILL NÄRA VÅRD?



DIGITALISERING FÖRÄNDRAR BETEENDEN

FÖRÄNDRADE BEHOV



JÄMLIK HÄLSA



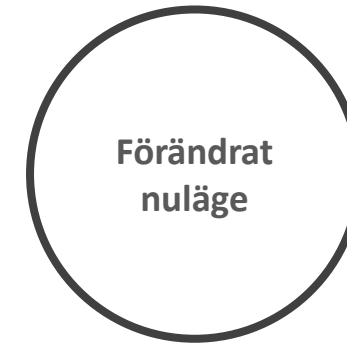
Målsättningen är att överenskommelsen ska bidra till att

- Vi jobbar i **partnerskap**, i gränsöverskridande **team**.
- **Individens behov** är vår gemensamma utgångspunkt, inte gränsdragningar eller ansvarsområden.
- Vi arbetar **hälsofrämjande, förebyggande** och **rehabiliterande**.
- Vi är **likvärdiga parter**. Vi **informerar varandra** och gör varandra delaktiga inför beslut.
- Vi hjälps åt. Vi delar på arbetet genom att **sambemanna** och **samfinansiera**.
- Vi tar ett gemensamt ansvar för att **utveckla** hälso- och sjukvården

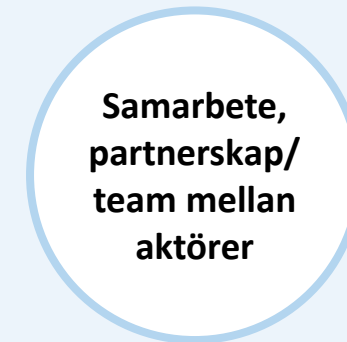


Sammanfattning huvudproblem

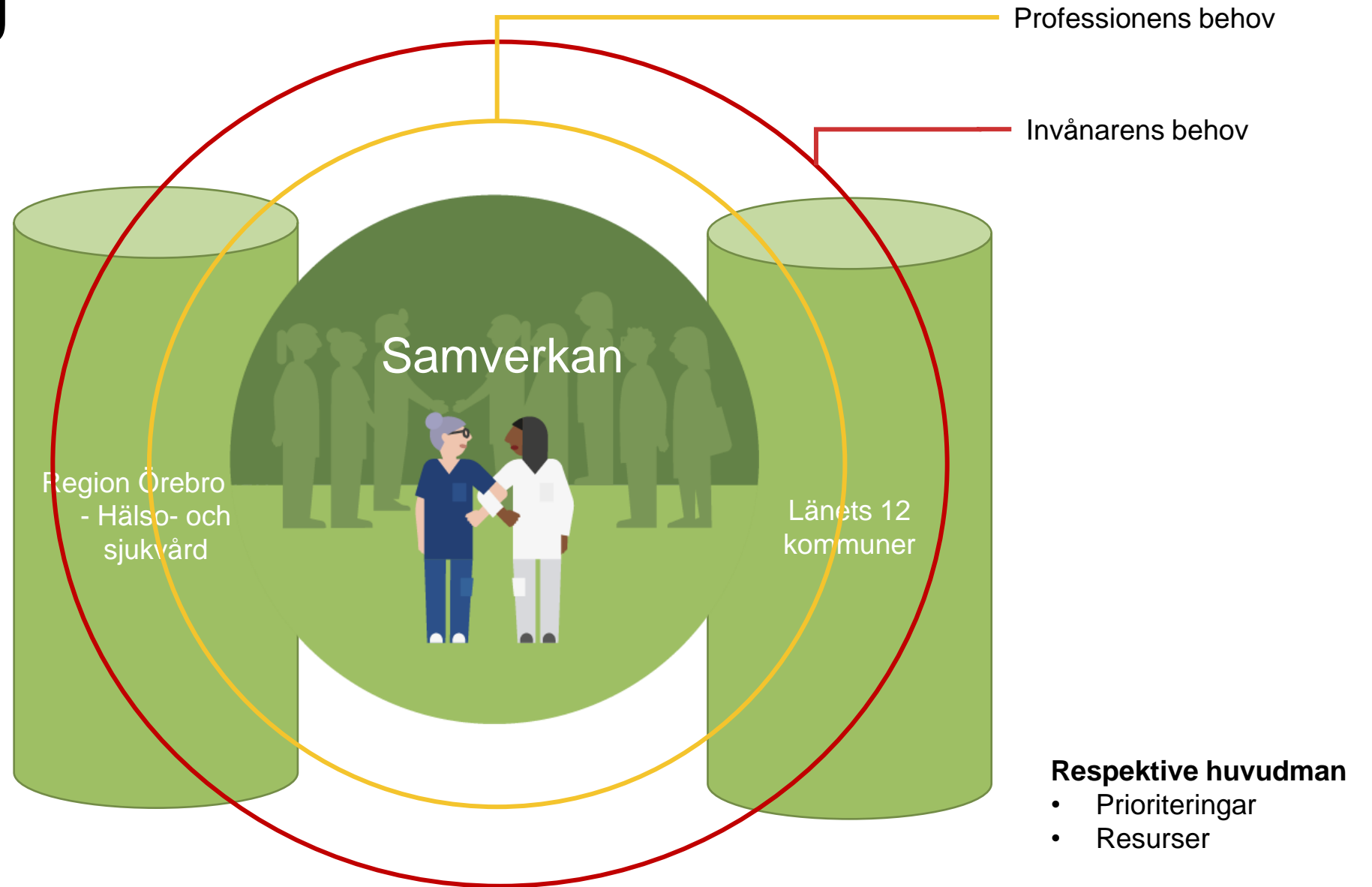
Fyra problemområden som identifierats på workshop med chefsgruppen hösten 2019



Fyra problemområden som identifierats efter kartläggning av nuläget



Avgränsning



Vårt sätt att organisera oss påverkar våra förutsättningar...

- Vi har **delad vårdnad**. Det finns inget incitament eller strukturer som premierar samarbete- samverkan- teamarbete i det dagliga arbetet.
- Vi möts oftast vid överlämning, uppdelning av **ditt och mitt ansvar** och gränsdragningar.
- Informationsöverföring mellan verksamheter och huvudmän är **krångligt!**
- Vårt sätt organisera oss och resursbesätta är reaktivt och inte proaktivt utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. **Vi prioriterar kortsiktigt!**

Vi är vänner
men vi är inte bästa
kompisar
– pandemin har
stärkt vår vänskap

Insikter

- Mervärdet med kommunal hälso- och sjukvård uppstår när socialtjänstinsatser och kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser **samordnas**. Idag är den samordningen **bristfällig. Vem är dirigenten?**
- Det är resurskrävande för kommunsköterska att samordna Regionens hälso- och sjukvård om ingen ytterligare access ges till tidsbokning och snabba kontaktvägar.
- Vårdsamordnaren framträder som en nyckelperson – utmaning: Kompetenskrav och uppdrag
- Det saknas en medicinskt behandlingsplan med planerade åtgärder
- Kommunikation kring läkemedel är trassligt
- Vi har dålig följsamhet till överenskommelser!
- Idag finns begränsat utrymme för läkarbedömning för undvikbar sjukhusvård



Flera delar påverkar hälso- och sjukvård i hemmet

- det är en del i ett system



Innehåll i överenskommelsen



Områden:

1. Principer för samverkan
 2. Hälsa- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå
 3. Rehabilitering på primärvårdsnivå
 4. Ekonomisk modell och reglering
- **Inriktningsbeslut** för medicintekniska produkter
 - **Egenvård och nutrition tjänstemannabeslut**



- **Barn under 18 år –**
specialiserad vård
- **Psykiatrisk hemsjukvård –**
integrerad i hälso- och sjukvård i hemmet

Principer för samverkan

Förslaget innehåller:

- Läsanvisning för överenskommelsen
- Principer för samverkan - utgår från befintlig överenskommelse för samverkan
- Lagstiftning
- Överenskommelsen följs upp vart annat år
- *Principer och modell för ekonomisk reglering*

REMISSFÖRSLAG TILL BEREDNING

VERSION 1

Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende

- Region Örebro län och kommunerna i Örebro län

Dokumenttyp

Författad av:

Beslutad av:

Hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå

Förslaget innehåller:

- Ansvarsfördelning
- Primärvårdens innehåll
- In- och utskrivningsprocessen för kommunal hemsjukvård
- Avsnitt om psykiatrisk hemsjukvård, avser insatser kring läkemedel
- *Ekonomisk reglering (tilläggsbelopp)*

REMISSFÖRSLAG TILL BEREDNING

VERSION 1

Hälso- och sjukvård i hemmet primärvårdsnivå

- Kommunal hälso-och sjukvård i ordinärt boende

Dokumenttyp

Författad av:

Beslutad av:

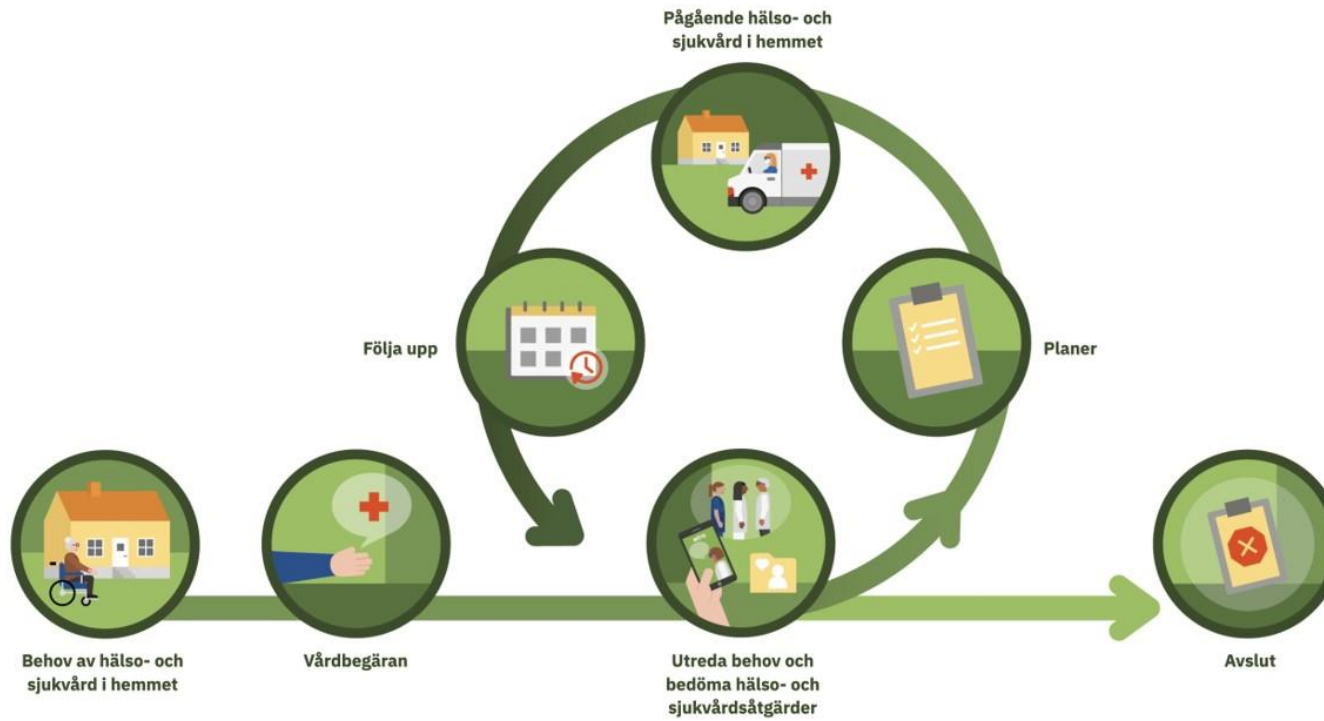
Datum:

Version:

Diariumnummer:

In- och utskrivningsprocessen

- Tydligare struktur och ansvarstagande



Vem är hemsjukvårdspatienten?

Behov av **samordning** och **identifierad risk**

– då är kommunal hemsjukvård ett träffsäker insats

..annars är det en kostsam insats för systemet

Hemsjukvård kräver och förutsätter samordning av parterna



Behov av hemsjukvård



- Vem som kan ta initiativ
- En inskrivning till kommunal hälso-och sjukvård förutsätter ett aktivt åtagande från parterna
- Förutsätter tillit och dialog mellan parterna.
- Läkaren har det yttersta medicinska ansvaret
- **Kriterier**



Vårdbegäran – Från Region till kommun



- Digital vårdbegäran (Lifecare)
- Fast vårdkontakt
- Fast läkarkontakt
- Vilket behov som ska bedömas och målet med insatsen.
- Kommunen ska möta uppskyndsamt om inget annat anges
- Kommunen kan inte neka en vårdbegäran

Utreda & bedöma



- Utredningens omfattning och vilka som deltar anpassas utifrån den enskildes behov.
- Sambedömning - parterna behöver nå samsyn i bedömning och beslut om kommunal hälso- och sjukvård.
- Säkerställa att det finns rätt kompetens och aktuell medicinskteknisk utrustning i hemmet
- *Det finns inget hinder att utredning och planering av insatser genomförs integrerat.*



Planering inom 7 dagar



- En förutsättning för en trygg och säker hälso-och sjukvård är att vården är planerad.
- En samplanering tillsammans med den enskilde ska göras så tidigt att invånarens behov tillgodoses på ett säkert sätt, som längst **inom en vecka** efter fastställd vårdnivå.
- Detta gäller **särskilt** för personer som har haft utskrivningsplanering från slutenvården.
- Resultatet är en medicinsk behandlingsplan (vårdplan).
- Vid insatser där det är uppenbart obehövt att göra en samplanering tillsammans med den enskilde avgör parterna på vilket sätt de gör sin gemensamma planering



Pågående hälso- och sjukvård



- De invånare som har behov av hälso-och sjukvård i hemmet ska ha **tillgång till en teambaserad** vård över huvudmannagränserna.
- Hur teamet utformas avgörs utifrån den enskildes behov
- Teamet bör ha **hög relations- och informationskontinuitet**, vara lättillgängliga för invånaren och närstående, för varandra inom teamet och ha möjlighet till regelbundna möten.
- **Lokala** parter ska **upprätta tillämpningsanvisningar** där parterna tydliggör innehåll, ansvarsfördelning, struktur och kontaktvägar för hälso- och sjukvård i hemmet.
- Det ska framkomma på vilket sätt parterna arbetar för att stärka **invånarens delaktighet** i hälso- och sjukvården.

Uppföljning & avslut



- Planerad uppföljning
- Avsluta insatser som inte är pågående

Tillit

- Varandras kompetens
- Vill varandra gott
- Att den enskilde är huvudpersonen

Vad innebär det för den enskilde?

- Trygg, säker, planerad och samordnad hälso- och sjukvård



Vad innebär det för Regionen

- Strukturerad inskrivning
- Fast läkarkontakt
- Fast vårdkontakt
- Riskbedömning
- Delta i en **gemensam** utredning och planering
- Förlängt ansvar för specialiserad vård efter sjukhusvistelse (7 dagar)



Vad innebär det för kommunen

- Primära hembesöksorganisationen – påminna och förhålla sig till
- Fast vårdkontakt
- Riskbedömning
- Delta i en **gemensam** utredning och planering





Ekonomisk reglering

Ny överenskommelse

hälso- och sjukvård i hemmet



2023-10-06

Jan Sundelius, samordnare Nära vård

Andreas Johansson, VD Ensolution AB

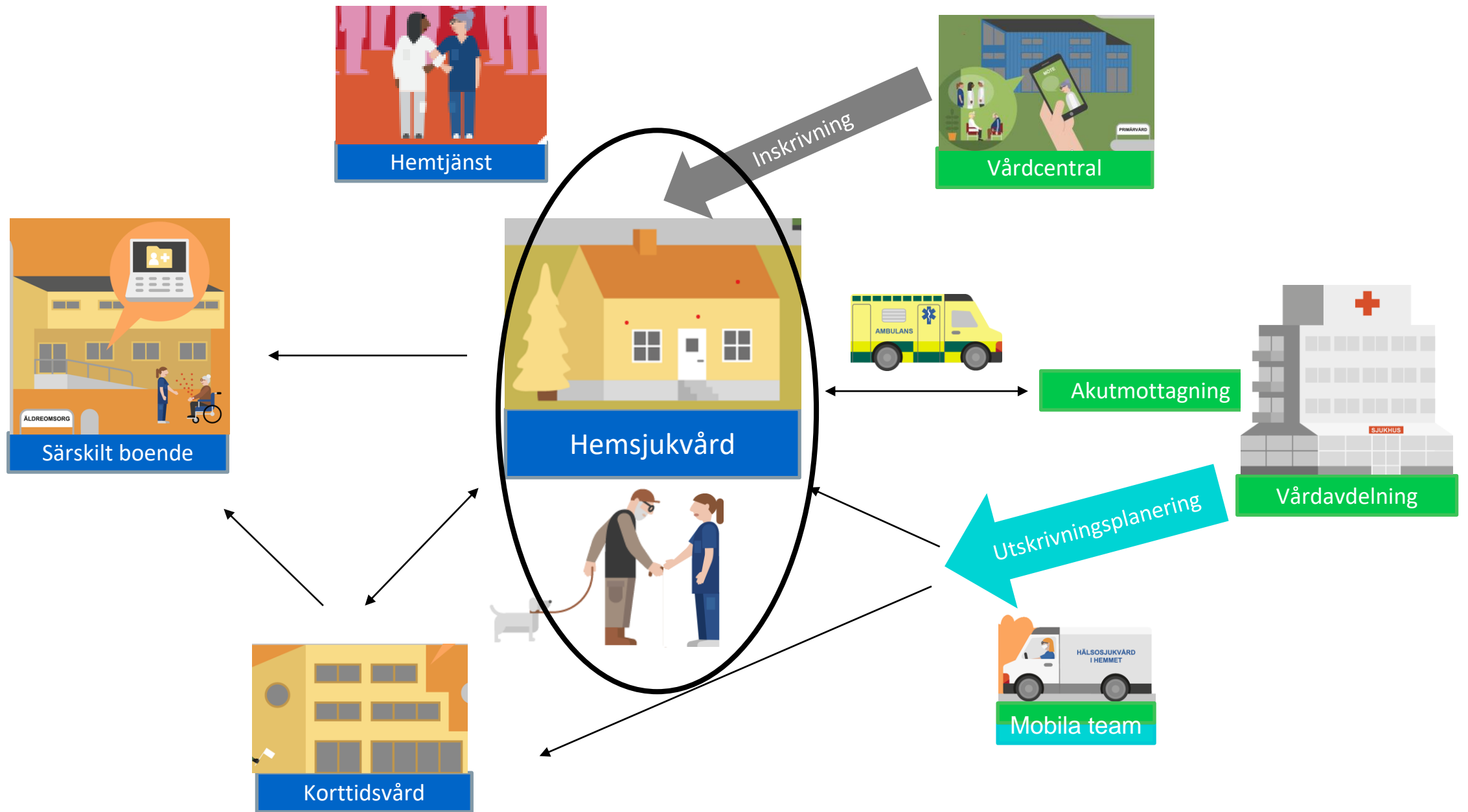


Bakgrund



- Skatteväxling 1992
- Tilläggsbelopp somatisk hemsjukvård 2004 - fördelat efter 65 år och äldre
- Psykiatrisk hemsjukvård - fakturering per individ
- Ingen uppföljning av ekonomisk reglering.





Förutsättningarna är olika

Kommun	Antal invånare	Andel invånare över 80 år	Kommun-yta	Avstånd sjukhus km	Yta/vård-central	Socio-ekonomi (CNI)	Tillgång säbo	Tillgång korttidsvård	Tillgång läkare vårdcentral	Tillgång Mobila team
Askersund	11 373	7,1%	816	55,1	816	0,93	10,2	1,2	10 197	0
Degerfors	9 653	7,4%	384	11,9	384	1,10	10,3	2,1	2 947	1
Hallsberg	15 878	5,6%	637	31,2	318	1,12	8,7	1,2	1 517	0
Hällefors	6 921	8,5%	985	58,8	985	1,22	7,4	1,7	3 237	0
Karlskoga	30 419	7,2%	468	0,0	156	1,05	10,1	0,5	2 578	1
Kumla	21 872	5,2%	204	22,7	204	0,98	9,4	0,8	2 719	0
Laxå	5 649	8,0%	602	43,9	602	1,11	saknas	1,7	1 920	1
Lekeberg	8 356	5,4%	463	27,6	463	0,82	10,4	2,4	887	0
Lindesberg	23 468	6,6%	1 378	0,0	459	1,06	11,9	1,5	2 377	0
Ljusnarsberg	4 692	8,4%	576	40,2	576	1,15	11,6	0,9	4 300	0
Nora	10 705	7,1%	619	27,9	619	1,00	9,7	1,4	1 313	0
Örebro	158 288	4,7%	1 373	0,0	106	1,20	12,1	1,3	1 590	1
Länet totalt		5,7%			293	1,06	10,2	1,4	1 819	
Riket		5,4%				1,00	10,7	0,9		
Nedre gräns	20 000	5,5%	400	10	300	1	10	1,1	1 500	0,5
Övre gräns	50 000	7,0%	900	40	600	1,12	11	1,5	2 500	0,5

Uppdraget



1. Göra en översyn av nuvarande modeller för ekonomisk reglering inför ställningstagande om eventuell förändring
2. Ge förslag på hur de justeringar i överenskommelsen för hälso- och sjukvård i hemmet som föreslås ska regleras ekonomiskt.
3. Ta fram förslag på metod för beräkning av hälso- och sjukvård i hemmet. För att kunna följa förändringar över tid.



Arbetsgrupp




Ekonomer och verksamhetsföreträdare från:

- Länets kommuner
- Region Örebro län

Konsultstöd från Ensolution AB





*Ekonomimodell
för hälso- och sjukvård
i hemmet
Region Örebro*

2023-03-30

Agenda

Mätning av hälso- och sjukvårdskostnader och jämförelse med skatteväxling

- Hur har kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården i alla kommuner utvecklats sedan skatteväxlingen 1992?
- Vad blir skillnaden mellan dagens kostnadsnivå givet att förutsättningarna är samma som vid växlingen?

Analys och utvärdering av vad som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården med hjälp av den insamling av bedömningar av hälso- och sjukvårdsinsatser

- Mätningen ska kunna användas för att beskriva och reglera utvecklingen.
- Skiljer sig resurserna som en kommun lägger på hälso- och sjukvård jämfört med andra?
- Vad kan förklara skillnader i nedlagda resurser?

Ensolution.

Hemsjukvårdens kostnader

Urval av utfallsår, jämförelse för KPB kommuner, mkr

Kommun	2010	2011	2012	2016	2020	2021	Antal invånare + 65 år 2021	Kostnad per invånare 2021	% från medel
Örebro	Saknas	Saknas	127,9	142,4	167,7	172,7	28 932	5 969	-12%
Kumla	14,3	15,6	17,3	22,8	29,4	30,2	4 447	6 787	2%
Lindesberg	21,8	19,9	Saknas	21,8	26,4	27,4	5 999	4 563	-46%
Karlskoga	Saknas	35,4	38,2	38,8	43,0	45,4	7 551	6 019	-11%
Hällefors	Saknas	7,4	9,3	11,3	13,8	13,4	1 974	6 804	2%
Nora	Saknas	Saknas	14,6	16,8	21,8	22,5	2 939	7 667	13%
Laxå	15,4	16,7	15,6	12,2	14,6	14,3	1 629	8 799	24%
Lekeberg	Saknas	Saknas	7,7	9,3	11,2	11,8	1 779	6 631	-1%
Hallsberg	15,6	16,0	Saknas	27,1	31,9	33,0	3 672	8 985	26%
Askersund	15,0	Saknas	Saknas	19,7	23,2	22,6	3 343	6 755	1%
Degerfors	Saknas	Saknas	Saknas	Saknas	12,6	13,1	2 730	4 783	-40%
Ljusnarsberg	Saknas	Saknas	Saknas	Saknas	9,5	9,4	1 477	6 393	-4%
								6 680	

Inkl. kostnader för insatser utförda på delegation/instruktion av hemtjänst i ordinärt boende,
kostnader för SSK och rehabpersonal i ordinärt boende exkl. korttidsvård
Örebro inkluderar Tullhuset HSL personal och dagrehab.

Skatteväxling 1992, hemsjukvård

Jämförelse per kommun, varav totalt 2,20 kr i skattesats

	Skatteväxling hemsjukvård
Örebro	0,54
Kumla	0,51
Lindesberg	0,67
Karlskoga	0,69
Hällefors	0,54
Nora	0,63
Laxå	0,50
Lekeberg	0,54
Hallsberg	0,68
Askersund	0,60
Degerfors	0,60
Ljusnarsberg	0,51

Det varierade mellan kommunerna i vad som växlades. Beräkningarna gjorde på 1989 års material och justerades till utfall 1990/1991 inför 1992 Lindesberg, Karlskoga och Hallsberg hade en högre andel hemsjukvård av andelen vid växlingen

Hemsjukvårdens kostnader

Jämförelse, kostnadsutveckling i jämförelse med skatteutveckling, mkr

	2012	2016	2020	2021
Örebro	-23,1	-33,6	-59,0	-56,4
Kumla	-5,2	-3,8	-0,4	0,0
Lindesberg		-16,8	-15,9	-15,3
Karlskoga	-5,2	-12,2	-13,0	-10,7
Hällefors	1,0	1,9	3,6	3,4
Nora	0,6	0,7	3,8	4,5
Laxå	9,7	5,3	7,0	6,8
Lekeberg	-0,6	-0,7	-0,8	-0,6
Hallsberg		1,5	3,1	3,9
Askersund		3,3	4,9	4,1
Ljusnarsberg			3,1	3,1
Degerfors			-2,8	-2,3
Totalt	-23	-54	-66	-60

Det finns både negativa och positiva differenser bland kommunerna i länet med skatteväxlingen. Beroende på nivån av växling, nedlagda resurser och skatteutvecklingen så ger olika utfall. Differensen blir störst för Örebro kommun. Totalt har länets kommuner gynnats positivt av växlingen men variationen är stor. Beräkningarna tar inte hänsyn skillnader i insatsmix, t.ex. att fler eller färre nu bor hemma eller i särskilt boende jämfört med vid växlingen

Slutsatser av analysen

Den här beräkningarna visar på att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården har ökat över tid i kommunerna i Region Örebro.

Däremot visar beräkningarna att det på totalen för hela länet varit en rimlig skatteväxling med de justeringar som har gjorts 2004. Det skillnader som uppstår är rimliga.

Kategorisering av patienter

Underlag för reglering och olika vårdnivå

Inkluderar SSK och AT insatser och delegerade/fördelade insatser

- **Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter**
 - Kan samordna sin egen vård, är inte riskpatienter och har låga HSL behov utan läkemedelshantering. Patienter som primärt hanteras av primärvården och/eller har egenvård. Kan också vara patienter som fr.a. kan ha delegerade insatser men kräver lite tid av SSK. Insatser kan vara provtagning, sårvård eller hjälpmedel. Besök som görs på uppdrag av regionen hos patienter utan att vara inskriven i hemsjukvården
- **Kategori 2a – hemsjukvårdspatient - lätt**
 - ”Typiska hemsjukvårdspatienten med lättare behov”. Stora flertalet av patienter som är inskrivna men som inte är tillhör någon av de andra grupperna. Kräver fr.a. kontinuerlig hjälp med läkemedelshantering, provtagning eller sårvård. Kan ha rehabiliterande insatser också
- **Kategori 2b – hemsjukvårdspatient - svår**
 - Hemsjukvårdspatienten med större behov. Patienter som är inskrivna och som har större behov än 2 timmar per vecka. Ofta kombinationer av insatser, t.ex. läkemedelshantering, insulin, kontakter och delegerande hälso- och sjukvårdsinsatser. Kräver kontinuerlig hjälp.
- **Kategori 3 – rehabpatient**
 - Patienter som har kontakt med AT utan att vara aktuell för insats av SSK. Primärt patienter med enbart hjälpmedelsbehov eller med rehabiliterande insatser
- **Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient**
 - Patienter med specifik omvårdnad (ex. dialys) eller med omfattande behov (över 4 timmar SSK tid/vecka) och/eller behov av samordning av vård och/eller riskpatient. Kräver samordnade insatser av både primärvård och hemsjukvård
- **Kategori 5 – palliativ vård**
 - Patienter med palliativ vård och/eller vård i livets slutskede

Ens .

Kategorisering av patienter

Resultat

Antal patienter						
Kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	13	195	35	26	135	396
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	40	192	90	171	593	1086
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	13	61	40	22	134	270
Kategori 3 - rehabpatient	20	62	115	86	303	499
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient		10	9	11	38	68
Kategori 5 - palliativ vård	3	13	4	9	73	102
Totalsumma	89	531	293	325	1286	2524
Medelkostnad per patient						
Kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	61 890	19 642	32 730	25 651	35 279	28 308
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	59 369	65 358	67 679	43 581	73 398	66 291
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	169 393	190 560	218 618	256 804	199 203	203 385
Kategori 3 - rehabpatient	72 937	154 637	63 673	57 959	123 393	121 726
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient	0	77 041	134 555	84 523	287 130	203 266
Kategori 5 - palliativ vård	577 054	248 650	240 198	306 322	229 693	249 499
Totalsumma	188 128	125 981	126 242	129 140	158 016	145 412

Fördelning av tid, SSK

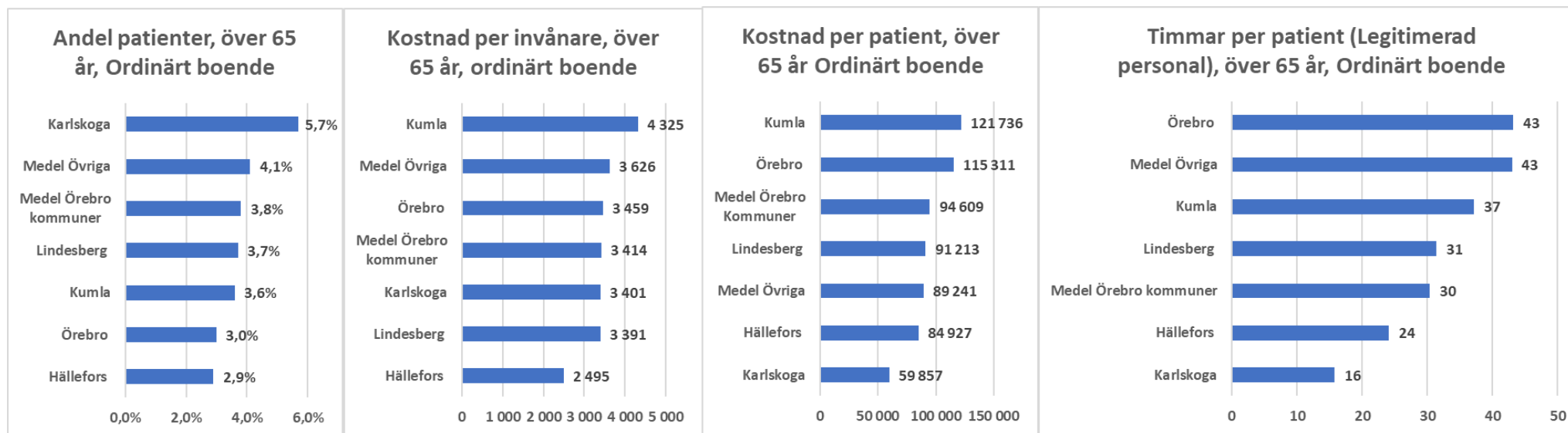
Tid per aktivitet och kommun, jämförelse med andra kommuner

	Örebro	Kumla	Lindesberg	Karlskoga	Hällefors	Medel Örebro kommuner	Medel Övriga
Direkt tid	14,7	11,3	12,4	11,2	13,9	12,7	13,0
Färdtid (gång/bil/cykel)	3,4	5,6	4,6	4,7	2,8	4,2	4,1
Väntetid (utan vårdtagare)	1,2	1,1	1,3	1,1	1,2	1,2	1,0
Planering relaterad till vårdtagare	3,7	3,3	3,8	3,0	3,3	3,4	3,5
Rapporter/vårdokumentation	4,7	9,3	5,3	9,0	6,5	7,0	8,0
Planering av kommande vårdtagare	1,1	1,0	0,5	0,8	1,2	0,9	0,9
Samtal/möte relaterat till vårdtagare	4,3	2,8	4,0	2,6	2,4	3,2	2,6
Introduktion av personal/student	1,0	0,9	1,3	0,9	0,4	0,9	0,6
Utbildning av annan personal	0,5	0,6	0,4	0,3	0,4	0,4	0,7
Vård av lokal, material och fordon	0,5	0,2	0,4	0,4	0,6	0,4	0,6
Egen utbildning/projektmedverkan	0,5	0,3	0,5	0,4	1,7	0,7	0,5
Delning av läkemedel i dosett eller motsvarande	0,5	0,4	1,2	0,9	1,1	0,8	0,3
Fackligt arbete	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Kvalitetsuppföljning/utvecklingsarbete	0,1	0,0	0,3	0,1	0,5	0,2	0,5
Arbetsplattsträffar	0,3	0,8	0,5	0,5	0,5	0,5	1,1
Beställningar (t.ex. av hjälpmedel)	0,7	0,4	0,7	1,2	1,5	0,9	0,9
Planering relaterad till arbetsgruppen	1,2	1,1	1,1	0,2	0,8	0,9	1,3
Annat arbete	1,6	0,9	1,8	2,5	1,2	1,6	0,5

Som ovanstående bild visar är medeltiden för direkt patienttid cirka 32 %. Patientmixens inverkan på de totala kostnaderna är ungefär 1/3 av kostnadsmassan. Övriga 2/3 förklaras av andra uppgifter.

Övergripande nyckeltal

Andel inskrivna patienter per invånare över 65 år och kostnad per invånare över 65 år, kostnad per patienter över 65 år samt timmar per patient, SSK



En kommun som Karlskoga har en hög andel inskrivna, har samtidigt en låg kostnad per invånare över 65 år. Detta beror på att antalet timmar per patient är så låg vilket i sin tur påverkar den låga medelkostnaden per patient (den hade varit högre om andelen delegerad tid varit hög). En kommun som Kumla har låg andel inskrivna och hög kostnad per invånare. Detta beror på fler timmar per patient och en hög andel delegerad tid vilket driver upp medelkostnaden per patient. Hällefors har generellt låga kostnader och det beror på att deras resurskrävande patienter återfinns i åldersspannet under 65 år. I huvudsak följer andelen inskrivna patienter också kostnad per invånare, det vill säga har en kommun en större andel patienter kommer detta också medföra att de får en högre kostnad per invånare. Denna faktor är en betydande

En

Befolkningsprognos

Antal invånare per åldersintervall, Förväntad befolkningsutveckling i kommunerna i länet, 2022-2030

Örebro län	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Under 65 år	240 689	241 237	241 686	242 096	242 519	242 754	243 196	243 132	243 240
65-69 år	16 395	16 141	16 173	16 086	16 054	16 264	16 472	17 141	17 665
70-74 år	16 480	16 103	15 745	15 498	15 596	15 498	15 287	15 333	15 268
75-79 år	16 104	16 266	16 017	15 780	15 234	14 911	14 598	14 299	14 112
80-84 år	10 018	10 726	11 632	12 346	12 984	13 379	13 547	13 375	13 214
85-89 år	5 066	5 372	5 648	6 080	6 461	6 950	7 485	8 157	8 699
Över 90 år	3 100	3 068	3 055	3 074	3 120	3 198	3 368	3 521	3 771
	307 852	308 912	309 957	310 959	311 968	312 954	313 954	314 959	315 968

Scenario 1

Scenario utifrån befolkningsframskrivning

Åldersgrupp	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Under 65 år	309	311	311	312	313	313	314	314	314
65-69 år	126	124	124	123	123	125	126	132	136
70-74 år	253	247	242	238	239	238	235	235	234
75-79 år	442	447	440	433	418	409	401	393	388
80-84 år	646	691	750	796	837	862	873	862	852
85-89 år	640	679	714	768	816	878	946	1031	1099
Över 90 år	758	750	747	752	763	782	824	861	922
Totalsumma	3174	3248	3327	3422	3510	3608	3718	3827	3944
Förändring per år		2,3%	2,4%	2,9%	2,6%	2,8%	3,1%	2,9%	3,1%

Ovanstående prognos visar på att det är en årlig ökning mellan 2-3 % enbart baserat på samma konsumtion och befolkningsutveckling vilket är en rimlig utveckling fram tom 2030. Detta är en procentuell utveckling som också kan översättas till kostnadsutveckling utan prisökningar. I huvudsak betyder det att det krävs en effektivisering med 2-3 % varje år för att klara av befolkningsutvecklingen.

Scenario 2

Scenario - befolkningsframskrivning och konsumtionsökning av kategori 4

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	534	548	562	579	595	612	632	652	672
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	1404	1438	1475	1520	1562	1611	1668	1724	1785
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	358	367	377	389	400	412	426	439	453
Kategori 3 - rehabpatient	653	667	680	695	708	722	736	749	763
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient	89	90	91	93	95	96	98	100	102
Kategori 5 - palliativ vård	136	139	142	146	150	154	159	163	168
	3174	3248	3327	3422	3510	3608	3718	3827	3944
Förskjutning av 4 med 5 % varje år	1,05	1,050	1,103	1,158	1,216	1,276	1,340	1,407	1,477
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	534	548	562	579	595	612	632	652	672
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	1404	1438	1475	1520	1562	1611	1668	1724	1785
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	358	367	377	389	400	412	426	439	453
Kategori 3 - rehabpatient	653	667	680	695	708	722	736	749	763
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient	93	95	101	108	115	123	131	141	151
Kategori 5 - palliativ vård	136	139	142	146	150	154	159	163	168
	3179	3253	3337	3437	3530	3634	3752	3868	3993
Effekt förskjutning 4 med OPI 2,95 %	928 208	1 254 059	2 582 908	4 124 689	5 735 901	7 590 316	9 673 190	12 003 856	14 569 939

Kategori 4 är patienter med specifik omvårdnad (ex. dialys) eller med omfattande behov (över 4 timmar SSK tid/vecka) och/eller behov av samordning av vård och/eller riskpatient. Kräver samordnade insatser av både primärvård och hemsjukvård. Det är den är kategorin av patienter som man kan förvänta sig öka i framtiden med vård i hemmet och/eller där det historiskt har varit en förskjutning mot vård i hemmet (i stället för vård på sjukhus eller primärvård). Medelkostnaden för utfall 2021 var 203 266 kr per patient, Det är det som grunden för beräkningen. Det är givetvis svårt att sätta en korrekt siffra vad en "rätt" konsumtionsökning av kategori 4 kan vara. Ensolution har gjort mätningar i flera kommuner där vi faktamässigt observerat att det rör sig om ett antal extra patienter varje år gradvis om inga andra större förändringar genomförs. Därmed går det att översätta till en procentsats som en uppskattning. Skillnaden för ett år med 5 % blir t.ex. 95 st för 2023 i stället för 90 st. Det är inte på något sätt en större konsumtionsökning. I kostnadsökning rör det sig om 1-2 miljoner per år i konsumtionsökning. En beräkning har gjorts av kostnadseffekten inkl. en beräkning med OP! på 2,95 % per år. För 2024 skulle detta då innebära ett tilläggsbelopp på 2,5 miljoner om den här modellen används för som tilläggsbelopp.

En.

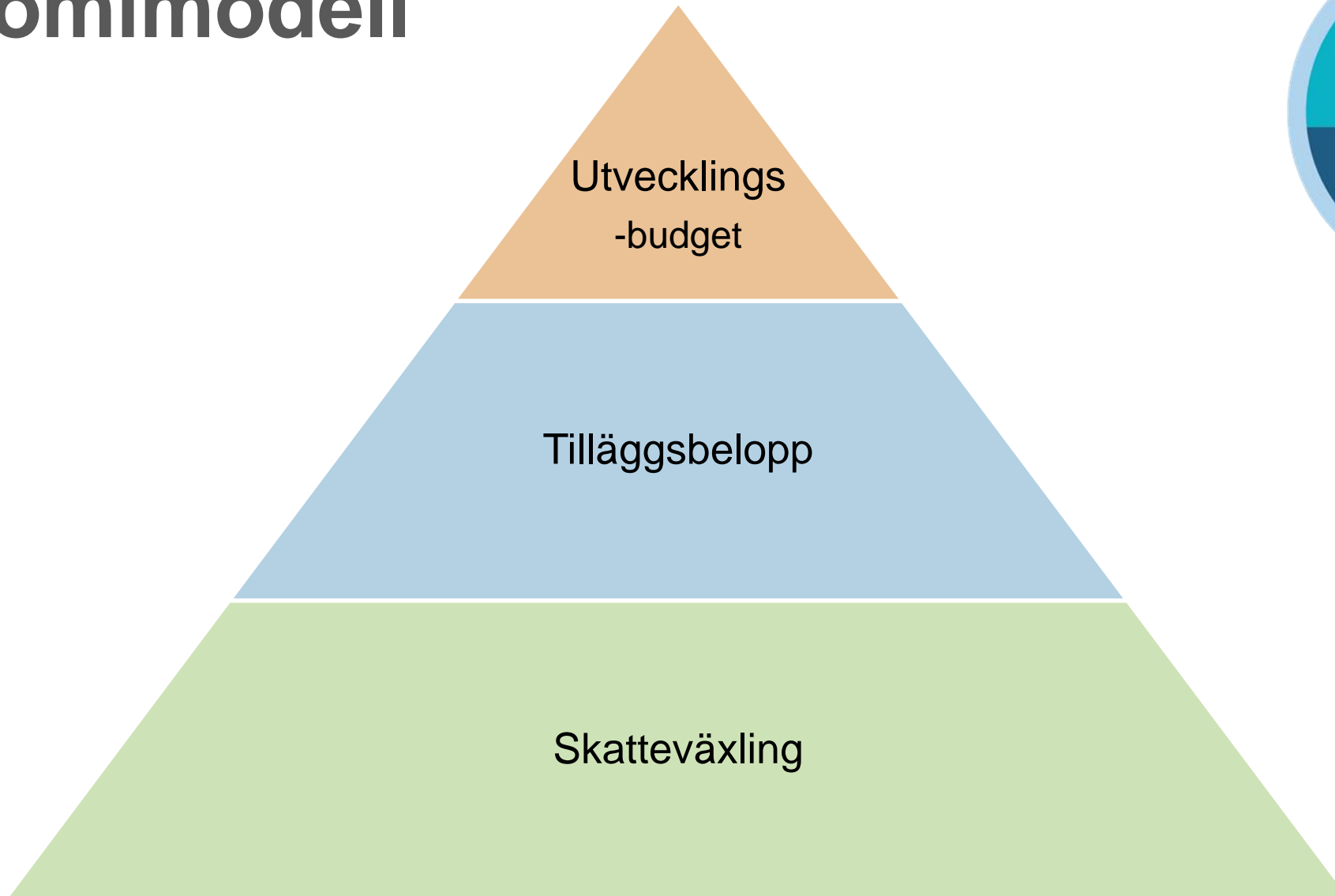
Principer Ekonomimodell



- Gemensamt ansvar för patienten
- Enkelhet
- Ingen detaljstyrning
- Hållbarhet över tid
- Medge flexibilitet



Ekonomimodell



Skatteväxling



- Oförändrad skatteväxling
 - Skatteväxling 1992 har gett kommunerna kompensation på länsnivå för faktisk kostnad för hemsjukvård
 - Ingen förändrad ansvarsfördelning i överenskommelse
- Uppföljning?



Tilläggsbelopp



- Justeras och fördelas mellan kommunerna
 - huvudsakligen efter andel invånare 65 år och äldre
- Kompletteras med tillägg för:
 - Glesbygd - avstånd till sjukhus
 - Patienter med avancerad hemsjukvård
- Innefattar psykiatrisk hemsjukvård
 - nuvarande modell med fakturering på individnivå upphör
- Räknas upp årligen efter Landstingsprisindex (LPIK)
- Uppföljning och eventuell justering vartannat år



Tilläggsbelopp

Tillägsbelopp totalt för länet

Beräkningsgrund	Belopp
Grundbelopp (2023*)	14 876 099
Tillägg psykiatrisk hemsjukvård	1 650 000
Glesbygdsfaktor	826 305
Avancerad hemsjukvård uppräknat till 2024	2 582 908
Totalt	19 935 313

Utvecklingsbudget



- Formalisering av befintligt arbetssätt
- Finansiering av gemensamma utvecklingskostnader
- Årligt gemensamt beslut om storlek och inriktning.
- Finansieras via statliga stimulansmedel eller lokala politiska satsningar
- Fördelas med 50% av Region och 50% av kommunerna om inget annat görs upp för enskilda områden



PAUS

5 minuter





Remisskonferens

Strategi för rehabilitering

Gemensam riktning för rehabilitering inom kommunal och regional primärvård i Örebro län



Rehabilitering

- Förebygga och minska risk för skada och sjukdom
- Öka självständighet
- Underlätta smärthantering
- Öka livskvalitet

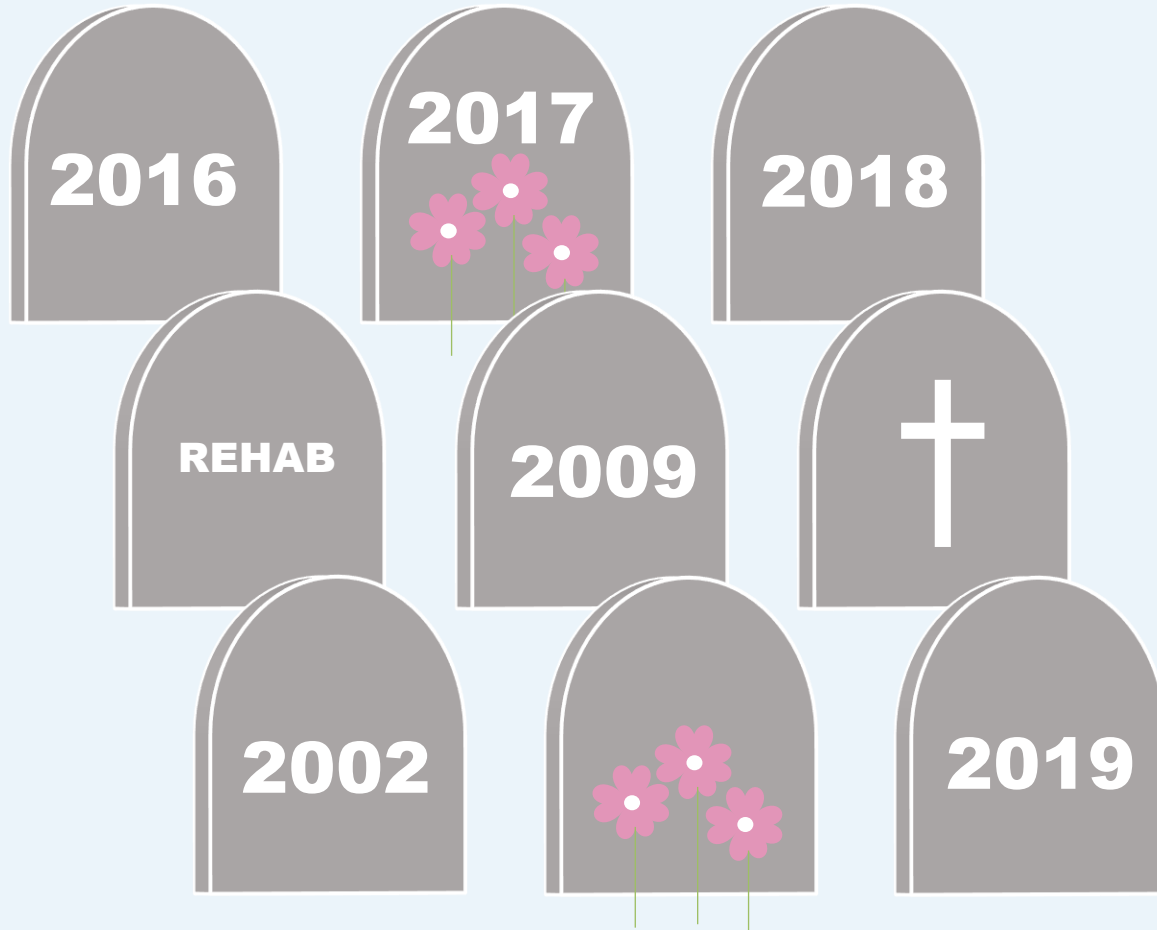
”Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och aktivt deltagande i samhällslivet”

– Socialstyrelsens definition av rehabilitering

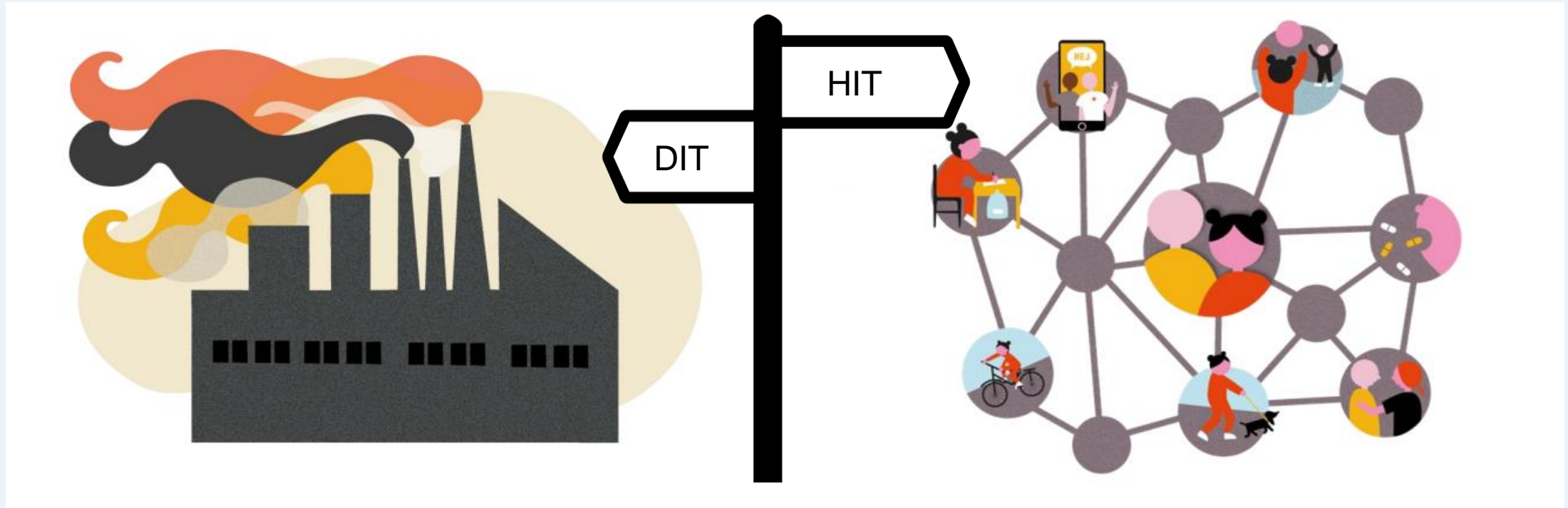
Vi har styckat upp invånarna – och våra insatser för rehabilitering – på kroppsdelsnivå

- Bruten rehabiliteringskedja från start
- Otillräckliga strukturer för informationsöverföring
- Rehabiliteringsprocessen samordnas inte för den enskilde (team)
- Hög risk för patientsäkerhetsbrister
- Ingen struktur för gemensamt ägandeskap
- Förutsättningen för ett personcentrerat vårdförlopp är bristfällig





Vägvalet



Strategi för rehabilitering

- 1 Syfte, ansvar, systemledning
- 2 Definitioner och kompetensnivåer

Strategi för rehabilitering

TILLSAMMANS

Struktur för
samverkan och
systemledning

Tydlig
ansvarsfördelning

Gemensam
terminologi

VARFÖR?

Regional utveckling, Välfärd och folkhälsa

Karin Hägerås, leg. sjukgymnast

karin.hageras@regionorebrolan.se

Sara Brorsson, leg. arbetsterapeut

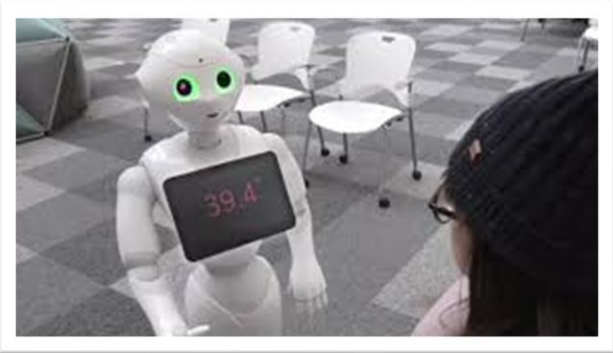
sarah.brorsson@regionorebrolan.se

Medicintekniska produkter

Inriktningsbeslut

Ewa Slätmo
Charlotte Dahlbom
AnneChristine Ahl
Barbro Larsson







Mål med utredningen

- Ta fram ett **sammanhållet arbetssätt** som är flexibelt och undanröjer gränssnittskonflikter
- Ta fram en **arbetsprocess som är sammanhållen** för produkt – förbrukningsmaterial – service – ekonomi
- **Tydliggör kostnadsansvaret** för medicintekniska produkter Vid alltför fragmentiserad fördelning **eftersök helhetslösning** så långt som möjligt.
- Ta fram ett förslag på hur **kompetensförsörjning/kompetensutveckling** för medicintekniska produkter kan organiseras
- Utforska **förutsättningarna för en gemensam nämnd** för medicintekniska produkter i länet

Förslag till inriktningsbeslut

Gemensam nämnd, ny organisation och ändrad finansieringsmodell.

- Utredningen föreslår att en **gemensam systemledning bildas**, i första hand i form av en gemensam nämnd, för det medicintekniska området för länets kommuner och regionen.
- Förslaget innebär att Centrum för hjälpmedel (CFH) får ett utökat uppdrag som **fristående förvaltningsorganisation** för att hantera de frågor som nämnden har ansvar för. CFH ges också uppdraget att bilda en **gemensam organisation för upphandling, tekniskt stöd och service för hela länet** med krav på hög nivå gällande service, kompetens och tillgänglighet.
- För att undvika alltför fragmentiserad fördelning föreslås att länets kommuner och regionen väljer en modell liknande Västmanland där **gränssnittet för hjälpmedelskostnad i huvudsak går mellan ordinärt och särskilt boende med vissa undantag**.
- CFH övergår från **anslagsfinansiering** till **intäktsfinansiering** genom leasing alt köpeavtal för verksamheterna vilket förutsätter en ekonomisk reglering inom regionen och mellan huvudmännen.

5 Varför

1. En viktig förutsättning i utredningen har varit att förslagen ska leda till **god ekonomisk hushållning** och möjligheten för båda huvudmännen att ha **inflytande** och kunna ta ett **gemensamt ansvar för utvecklingen** inom det medicintekniska området.
2. Gemensam systemledning ger förutsättningar för att framgångsrikt kunna **styra, leda** och **gemensamt prioritera behov och ekonomiska resurser** inom det medicintekniska området. Utifrån ett invånarperspektiv bidrar det till en **mer jämlik vård och omsorg i länet**.

5 Varför

3. Det utökade uppdraget för Centrum för hjälpmedel (CFH) förutsätts leda till **ökad kostnadseffektivitet, kompetens och kvalitet** genom den gemensamma organisationen.
4. Genom förslaget till gemensam förvaltningsorganisation **tillgodoses de krav som lagstiftningen** ställer på ansvarig huvudman (ex MDR)
5. Det förändrade gränssnittet gällande kostnadsansvaret för personliga hjälpmedel skapar **incitament** för kommunernas och regionens **inflytande** och **ansvar** gällande prioritering, förskrivning, uppföljning samt **ökad kostnadsmedvetenhet**.

Hjälpmedelsverksamheten i Västmanland

Styr- och samverkansformer

Barbro Larsson, regionråd Region Västmanland, f.d. ordf. Hjälpmedelsnämnden

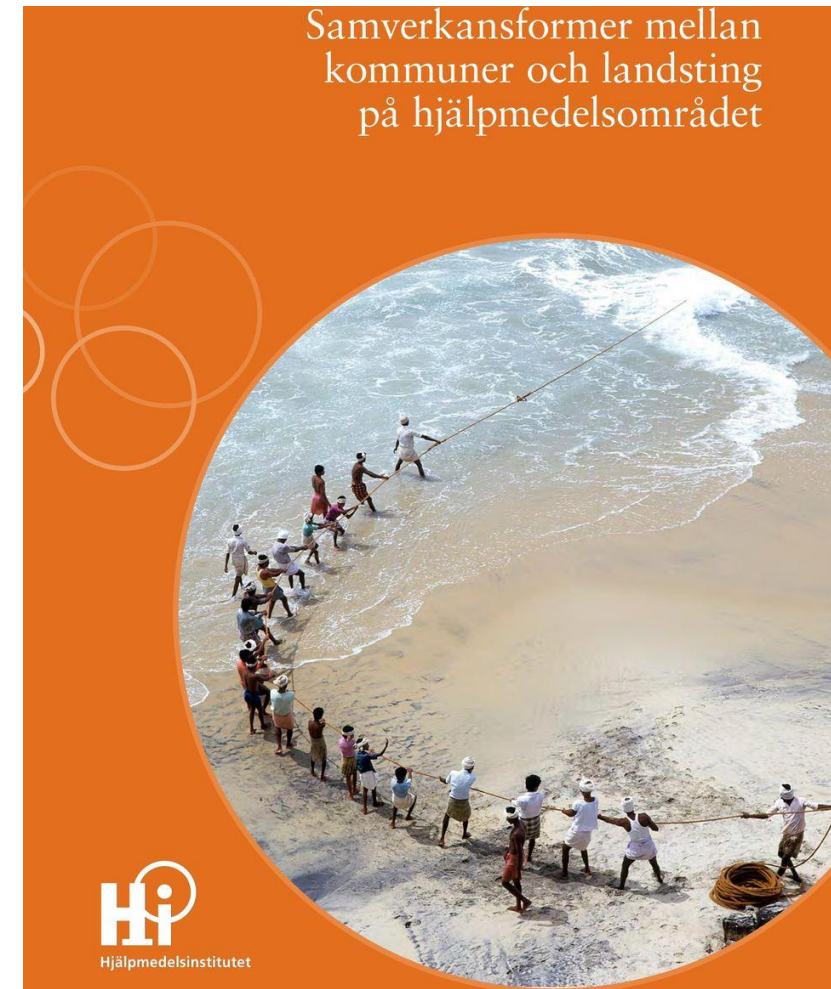
AnneChristine Ahl, f.d. förvaltningschef och verksamhetschef Region Västmanland



- Vad är en Gemensam nämnd?
- Medicinteknik hjälpmedel snabb utveckling och komplicerade regelverk
- Hjälpmedel är vitala för egenvård, hemtjänst och hemsjukvård och för arbetsmiljön och minskar behovet av personellt stöd
- Samverkan möjliggör en kostnadseffektiv hjälpmedelsförsörjning
- Mycket god erfarenheter av Hjälpmedelsnämnd och Hjälpmedelscentrum

Gemensam nämnd

- Kan fullgöra uppgifter avseende all kommunal verksamhet.
- Ingår i en av samverkande parter politiska organisation.
- Uppgifterna preciseras i överenskommelse och i reglemente.
- Varje samverkande part ska vara representerad i styrelsen.
- KF och RF är högsta beslutande organ, de beslutar vilka nämnder som ska finnas och väljer ledamöter och ersättare till KS/RS och nämnderna.
- Nämnden genomför uppdraget som fullmäktige definierat till givna förutsättningar. Med uppdraget följer ett ansvar för nämnden och ledamöterna i nämnden.



Medicinteknik i snabb förändring kräver kompetens

- Hälsa- och sjukvårdslag
- Patientlag (2014:821) 7 kap 2
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Lag (1993:584) om medicintekniska produkter
- Förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR)
- Förordning (EU) 2017/746 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (IVDR)
- Konsumentlagen och LOU



Sidoförflyttning av en liggande person (65 kg)
Med bomullslakan och draglakan: 27,5 kg
Med glidlaken minskas kraften med 59-75 %



SOL och HSL samverkar ofta hjälpmedel kan minska behovet av personellt stöd

Kommunernas utmaning

8 % av 65 + i ordinärt boende har hemtjänst
Äldreomsorg/person 80 + kostar 250 000/år
Antalet 80 + ökar och samtidig brist på personal

Kostnadsanalys äldre söker bistånd för att duscha

Undersökningsgrupp (n25) arbetsterapeut 3 hembesök
samt hjälpmedel

Arbetsterapi 20580

Hjälpmedel 5732

Hemtjänst 14700 = 41012 kr

Jämförelsegrupp (n25) bistånd för att duscha

Hemtjänst 141540

= Minskade kostnader likvärdig hälsoeffekt



Hjälpmedel snämnd

Hjälpmedel ska bidra till ett bra liv.

Oberoende var i länet du bor, vem du är, vad du tidigare gjort. Nämndens uppgift är att se till att hjälpmedel tillhandahålls på ett kostnadseffektivt sätt i samråd mellan huvudmännen.



Gemensam samverkansnämnd sedan år 2000

- Samordnar hanteringen av hjälpmedel i länet och Hjälpmedelscentrums verksamhet
- **Kostnadseffektivt tillhandahålla hjälpmedel i samråd mellan parterna**
- **Alla parter har samma insyn, inflytande och beslutanderätt**
- 5 ledamöter från region – ordförande
10 ledamöter från kommunerna – vice ordförande



Nämndens ansvar att invånarna erbjuds en god hjälpmedelsförsörjning på lika villkor

- Effektivt, professionell och med patientsäkra hjälpmedel
- Hjälpmedel och tjänster för daglig livsföring, vård och behandling och inkontinens
- Parterna erbjuds också
 - hjälpmedel till särskilda boendeformer och skolhjälpmedel
 - köpa service av verksamhetsutrustning
- Region betalningsansvar i ordinärt boende, kommun i säbo
- Hjälpmedelscentrum är intäktsfinansierad



Nämndens uppgift ur finansierings- och patientperspektiv

- Utarbeta mål, riktlinjer och policy - *till parterna för beslut.*
- Besluta vilka hjälpmedel och tjänster som tillhandahålls.
- Föreslå avgifter, egenansvar, finansieringsprincip och kostnadsfördelning - *till parterna för beslut.*
- Föreslå budget - *till RF för beslut efter samråd med parterna.*
- Fastställa Hjälpmedelshandbok och kompetenskrav för förskrivare.
- Följa utvecklingen inom området.
- Uppföljning och utvärdering ur ett användarperspektiv.
- Samråda med intresseorganisationer.



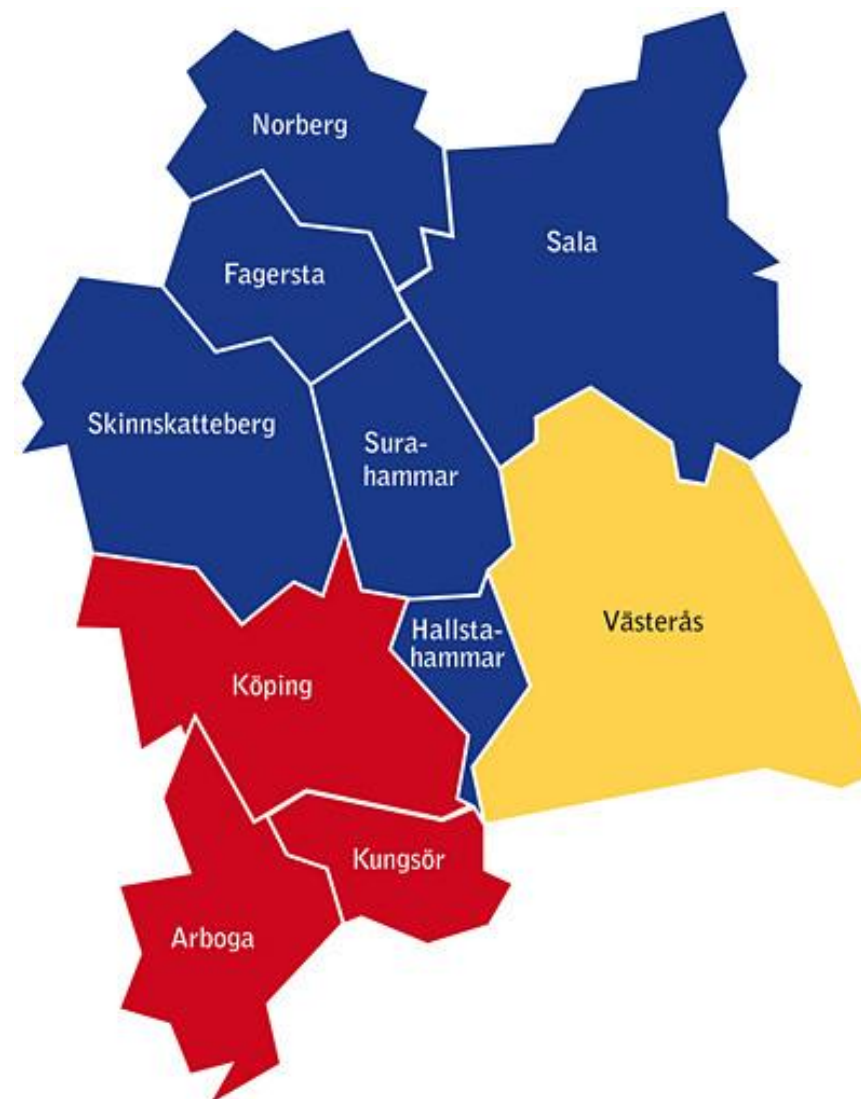
Driftansvarig för Hjälpmiddelscentrum



- Ansvar för att verksamheten drivs ekonomiskt och rationellt med hög kvalitet.
- Fastställa verksamhetsplan utifrån regionplan och Hjälpmedelsnämndens viljeinriktning
- Fastlägga prismodell för hjälpmedel och tjänster
- Följa och rapportera ekonomi, prestationer och kvalitet
- Internkontrollplan

För en fungerande samverkan

- Alla huvudmäns perspektiv med befolkningen i fokus
- Kompetent ledning som prioriterar att samverka maximera effekten av hjälpmedel och minska ev. negativ effekt av besparingar
- Tydlig struktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner
- Tid avsätts med uppdraget i fokus
- Forskning, evidens och hälsoekonomi används
- Överskott återbetalas efter viss avsättning för utveckling



Väl organiserad samverkan resurserna används effektivt och gemensamma mål nås

Utifrån reglemente och samverkansavtal

- **Presidie** 4 politiker och två tjänstepersoner
- **Tjänstemannaberedning**
Socialchefer och motsvarande i regionen. Beredande till nämnden.
- **Strategiskt kundråd**
Tjänstepersoner på strategisk nivå/ budgetansvar utses av socialchef och motsvarande i regionen. Beredande till tjänstemannaberedning.
- **Hjälpmedelsråd** Dialog med brukarorganisationer.

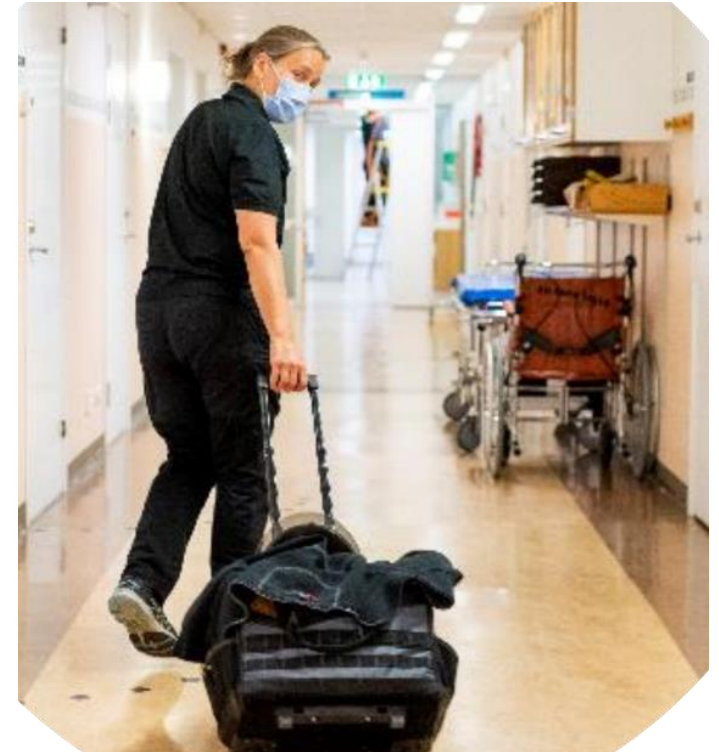
och...

- **Förskrivarråd** Verksamhetsnära frågor om förskrivning och verksamhet.

Hjälpmedel

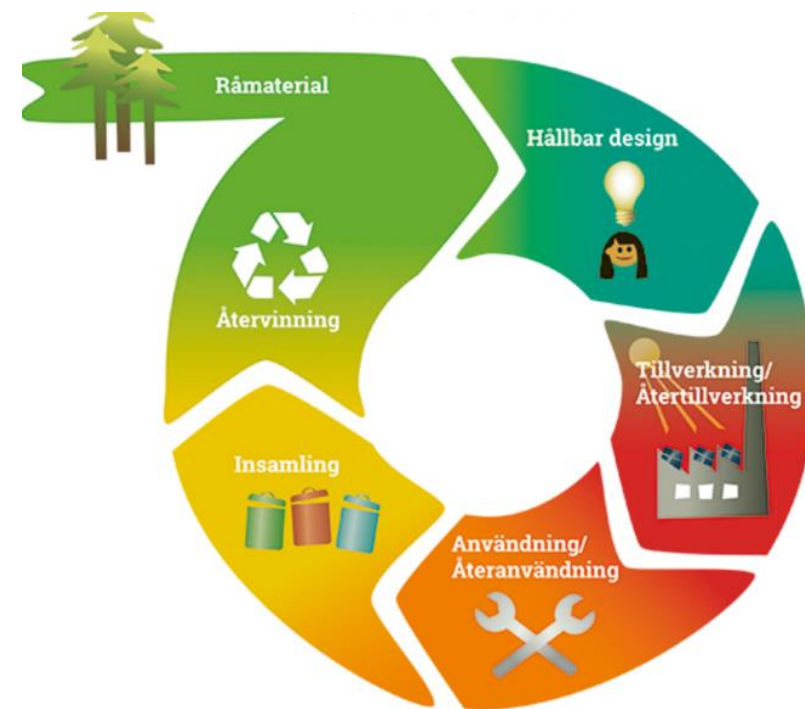
för att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet och självständighet

- Daglig livsföring
- Hjälpmedel för vård och behandling
- Inkontinenshjälpmedel
- Hjälpmedel i särskilda boendeformer
- Verksamhetsutrustning och service



En hållbar verksamhet med kostnadseffektivt sortiment

- Välkänd av förskrivare, patienter, vård- och omsorgspersonal och allmänhet
- Miljövänligt, säkert och kostnadseffektivt
- Samlad kompetens
- Gemensam upphandling
- Cirkulärt flöde
- Kostnads- och hälsoekonomiska analyser



Hjälpmedel minskar kostnader

Enighet om vikten av en gemensam hjälpmedelshantering

- Gemensamt regelverk, inköp, lager och administration
- Använder gemensam kompetens och resurser
 - Gemensam utbildning för förskrivare mfl.
 - patientsäkerhet
- Hälsöekonomiskt perspektiv
- Stimulera forskning och utveckling



Ur patientperspektiv

- Jämlik hantering
- Enklare att veta vart man ska vända sig
- Vårdgivare ser patientens hjälpmedel och tillbehör – patientsäkerhet
- Lättillgänglig, med stort informationsutbud
- Information hjälpmedel på 1177.se

Sammanfattning

Gemensam nämnd ger parterna samma insyn, inflytande och beslutsrätt

Politik i samspel med tjänstemannaledning
Tydliga ansvarsgränser och styrning med reellt samarbete

Kunskap om hjälpmedlens kostnadseffektivitet i samhällsperspektiv minskar risken att överväganden i en budget dominerar

Ökad patientsäkerhet
Jämlik hantering
Tydliga kontaktvägar
Samordnad kompetens



Tack

- AnneChristine.Ahl@regionvastmanland.se
- Barbro.Larsson@regionvastmanland.se



Nästa steg...

Politisk beredning och beslutsprocess

Politisk beredning	September - december 2023
Remisskonferens	6 oktober 2023
Hantering av inkomna remissvar	Januari – februari 2024
Förslag till beslut, åter till KCRD, chefsgrupp för SoV och VoO och Regionala samverkansrådet	Mars 2024
Politisk beslutsprocess	Utskick mars 2024
Ikraftträdande	September 2024 alt. januari 2025

Hur lämnar politiken remissvar?

- Svar lämnas senast den **31 december 2023** i en enkät på webbsidan för remiss för ny överenskommelse för hälso-och sjukvård i hemmet.
- Där finns även alla dokument med förslag samlade.
- Beslutande nämnd hos respektive huvudman lämnar ett gemensamt svar.

Länk till webbsida:

[Remiss för ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet](#)

• [Vårdgivare Region Örebro län \(regionorebrolan.se\)](#)

Kontaktuppgifter

malin.duckert-ek@regionorebrolan.se

jan.sundelius@regionorebrolan.se

karin.hageras@regionorebrolan.se

sarah.brorsson@regionorebrolan.se

eva.slatmo@regionorebrolan.se

charlotte.dahlbom@regionorebrolan.se

Projektledare

Ekonomisk modell och reglering

Rehabilitering

Rehabilitering

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter

