



Rapport

Implementering och uppföljning av Överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet

2026-05-12



Innehållsförteckning

Bild	Innehåll
Bild 3	Om rapporten
Bild 4	Sammanfattning och förslag till beslut
Bild 8	Bakgrund
Bild 10	Implementering av överenskommelsen
Bild 17	Uppföljning av överenskommelsen
Bild 20	Uppföljning av samverkan kommun och vårdcentral 2025
Bild 31	Hemsjukvårdsmätning
Bild 41	Ekonomisk reglering
Bild 44	Nationellt intresse
Bild 46	Fortsatt arbete
Bild 52	Bilagor /Länkar

Om rapporten

Rapporten beskriver arbetet med implementering och uppföljning av överenskommelsen för hälso- och sjukvård i hemmet mellan länets kommuner och Region Örebro län.

Rapporten omfattar det länsgemensamma arbetet och gör inte anspråk på att ge en fullständig bild av allt det arbete som genomförts i samverkan på olika nivåer i länet.

Mottagare av rapporten är Chefsgrupp social välfärd samt vård och omsorg. För att göra rapporten lättläst och tillgänglig har den gjorts i powerpointformat

Örebro 2026-05-12

Ammi Gustafsson, utvecklingsledare Välfärd och folkhälsa
Fredrik Svensson, processledare ViSam
Jan Sundelius, samordnare för omställning nära vård



Sammanfattning och förslag till beslut

Sammanfattning i text

I januari 2025 fattade regionen och länets tolv kommuner beslut om en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet. I samband med beslutet togs en plan för arbetet med implementering fram. En representant för kommunerna och en för regionen utsågs som ansvariga för att stödja den länsgemensamma implementeringen utifrån fastställd plan.

Följande aktiviteter har genomförts inom ramen för implementering

- Stöd till utsedda implementeringspersoner i regionens och kommunernas primärvård
- Tagit fram digitalt formulär och arbetssätt för Begäran om hälso- och sjukvård i hemmet som används vid inskrivning
- Tagit fram rutin och arbetssätt för medicinsk behandlingsplan i samband med inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivning från sjukhus
- Tagit fram riktlinje för Överlämnande av hälso- och sjukvårdsåtgärder från specialiserad öppenvård till kommunal hälso- och sjukvård
- Genomfört gapanalys för inskrivning från psykiatrisk hälso- och sjukvård

Uppföljning av överenskommelsen har genomförts enligt plan som finns beskriven i överenskommelsen. Av olika skäl har alla delar av uppföljningsplanen inte kunnat genomföras. Två uppföljningar har genomförts under hösten

- Uppföljning av samverkan mellan vårdcentral och kommun
- Mätning av volymer i kommunal sjukvård i hemmet



Utbetalning till kommunerna av fastställt tilläggsbeloppet har skett två gånger sedan överenskommelsen trädde i kraft. Fördelning för avancerad hemsjukvård kunde inte göras 2025 då aktuellt resultat från mätning av hemsjukvård inte genomfördes.

Örebro läns arbete med ny överenskommelse har väckt stort intresse i hela landet och vi har delat med oss av våra erfarenheter i flera olika forum.

Under arbetet med implementeringen och i genomförd uppföljning har flera behov av fortsatta gemensamma utvecklingsområden identifierats

Arbetet med implementeringen kommer att behöva fortsätta. Den lokala implementeringen har kommit olika långt och ett visst stöd kan behövas ytterligare en period. Det finns även några aktiviteter som ingick i implementeringsplanen som behöver avslutas. Förslaget är därför att det länsgemensamma arbetet fortsätter men avslutas under hösten 2026

Förslag på fortsatta utvecklingsområden har tagits fram. Dessa behöver fortsatt hanteras av chefsgruppen för samverkan och kan lämpligen ingå i den reviderade färdplanen för det länsgemensamma arbetet med nära vård.

Slutligen vill vi trycka på att den största framgångsfaktorn i framtagande och implementering har varit att det genomförts i samverkan mellan alla parter. Fortsatt arbete behöver också ske tillsammans för att det ska bli framgångsrikt.



Förslag till beslut

- Det länsgemensamma uppdraget runt implementering avslutas hösten 2026 och fortsatt implementering övergår i ordinarie drift.
- De utvecklingsområden som identifierats i rapporten överlämnas till Chefsgrupp social välfärd samt vård och omsorg för fortsatt hantering



Bakgrund

Bakgrund för arbetet

Redan 2019 påbörjades ett omfattande arbete med att revidera Örebro läns överenskommelse för hemsjukvård från 2005. I januari 2025 trädde en nya överenskommelsen för hälso- och sjukvård i hemmet i kraft efter beslut i regionen och länets tolv kommuner. Överenskommelsen omfattar personer över 18 år som är aktuella för kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

I samband med beslutet togs en plan för arbetet med implementering fram. En representant för kommunerna och en för regionen utsågs som ansvariga för att stödja den länsgemensamma implementeringen utifrån fastställd plan.

I överenskommelsen fastställdes även en plan för uppföljning samt en modell för ekonomisk reglering



Region Örebro län

Förvaltnings

Verksamhet Vårld och folkhälsa

Ommer

Överenskommelse

Dokumenttitel Hälso- och sjukvård i hemmet primärvårdsnivå

Agens Ann-Louise Gustafsson

Styrelse Ingmar Ångman

Fastställare Ingmar Ångman

Dokumentreferens 1085641 R1

Reviderat datum 2025-02-17

Giltigt datum fr o m 2025-03-11

VERSION 1

Hälso- och sjukvård i hemmet primärvårdsnivå

- Kommunal hemsjukvård i ordinärt boende

Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan

Region Örebro län

VI SKAPAR HÄLSA TILLSAMMANS

Kopia utskriftsdatum: 2025-03-11

Sid 1 (20)

Implementering av överenskommelsen

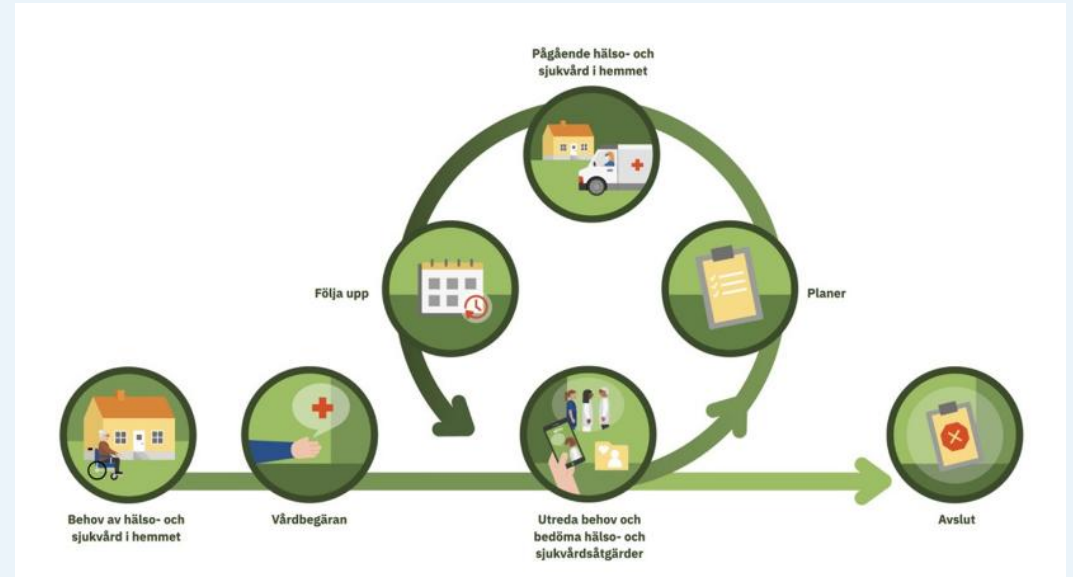
Implementering regionens och kommunernas primärvård

Implementeringspersoner utsågs i länets 12 kommuner och på alla vårdcentraler. Dessa skulle ansvara för implementeringen av den nya överenskommelsen. Det fanns ett gediget material som kunde användas när kommun och vårdcentral satt tillsammans och utförde gapanalyser.

Lokala handlingsplaner togs fram i ett flertal kommuner men förutsättningarna var olika, personalomsättning och arbetsbelastning medförde att arbetet stannade av på vissa enheter.

Ett nätverk med implementeringspersonerna har träffats digitalt vid fyra tillfällen under året med ledning av utvecklingsledare från Velfärd och folkhälsa och processledare från regionen. Vi fick en fin utbildning i implementeringskunskap och diskuterade överenskommelsens olika delar, utmaningar och goda erfarenheter.

Arbetet med implementeringen bedöms ha kommit olika långt och ett visst stöd kan behövas ytterligare en period.



Begäran om hälso- och sjukvård i hemmet

- I överenskommelsen anges att vårdcentralen ska skicka en begäran om hälso-och sjukvård i hemmet till kommunens hälso-och sjukvård innan kommunen kan ta över ett vårdåtagandet.
- Rutin för sändande och mottagande av begäran om hälso-och sjukvård togs fram.
- En bilaga i Lifecare SP skapades och beställdes av leverantören Tietoevry.
- Återkoppling av arbetet har kontinuerligt skett till ViSam grupperingar (metodhandledare/utskrivningssamordnare/vårdsamordnare), länsdelsgrupper samt till de för överenskommelsen utsedda implementeringspersoner).
- Arbetssättet med begäran om hälso-och sjukvård i hemmet startades upp 7 april 2025.
- En rapport av utdata för uppföljning av bilagan är beställd av Tietoevry för att underlätta uppföljningen av arbetssättet.

Begäran om hälso- och sjukvård i hemmet

Aktuell information enligt SBAR

S: Situation. Beskriv patientens upplevda behov. Anhöriga kan företräda den enskilde

B: Bakgrundsfakta om patients hälsotillstånd

A: Aktuellt. Sammanfattning av läkarens bedömning

R: Rekommendation av insatser och målsättning med kommunal hemsjukvård

Kontaktinformation

Fast läkarkontakt	Telefonnummer
Ansvarig ordinator om annan ansvarig än fast läkarkontakt	Telefonnummer
Fast vårdkontakt	Telefonnummer
Vårdcentral	Telefonnummer

Stäng Bifoga

Inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivning från sjukhus

- I överenskommelsen anges att en medicinsk behandlingsplan (vårdplan) ska skrivas i samband med att patienten skrivs ut från vårdavdelning i de fall där patienten är i behov av hälso- och sjukvård i hemmet. Planen ska vara läsbar via nationell patient översikt (NPÖ).
- Inför framtagande av planens innehåll genomfördes en gapanalys med verksamhetsföreträdare från Regionens öppen och slutenvård tillsammans med kommunernas verksamhetsföreträdare.
- Efter gapanalysen utsågs av områdeschefen för specialiserad vård en arbetsgrupp bestående av läkare från specialiserad vård och medicinska rådet (vårdcentral).
- Rutin för medicinska behandlingsplanen förankrades i nästa steg med ledningsgruppen för specialiserad vård innan beslut av rutinen i HSLG.
- Återkoppling av arbetet har kontinuerligt skett till ViSam grupperingar (metodhandledare/utskrivningssamordnare/vårdsamordnare), länsdelsgrupper samt till de för överenskommelsen utsedda implementeringspersoner.
- Ledningsfunktioner inom område specialiserad vård har ett ansvar för vidare implementering inom området.

Region Örebro län

Medicinsk behandlingsplan

Medicinsk behandlingsplan i samband med utskrivning från vårdavdelning

[Beslutsprocess för ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet • Vårdcentraler Region Örebro län](#)

Bakgrund:
Enligt överenskommelsen om Hälso- och sjukvård i hemmet ska en medicinsk behandlingsplan (vårdplan) upprättas om det föreligger behov och åtgärder som sträcker sig sju dagar framåt eller till en ny behandlingsplan upprättas innan kommunerna tar över ett vårdtagande.
Innehållet i medicinsk behandlingsplan ska finnas i slutsteckningar från sjukvårdens eller läkare så att informationen är tillgänglig via Nationell patientöversikt (NPÖ). Finns det behov av rehabiliteringsinsatser och insatser från mobila team ska dessa inkluderas i behandlingsplanen.
Planen ska skrivas i slutsteckning och vara klar senast vid tillkomsten för patientens hemgång.
Vad är nytt:
Framtighande med en behandlingsplan för de närstående sju dagarna



Överlämna hälso- och sjukvårdsåtgärder från specialiserad öppenvård till kommunal hälso-och sjukvård

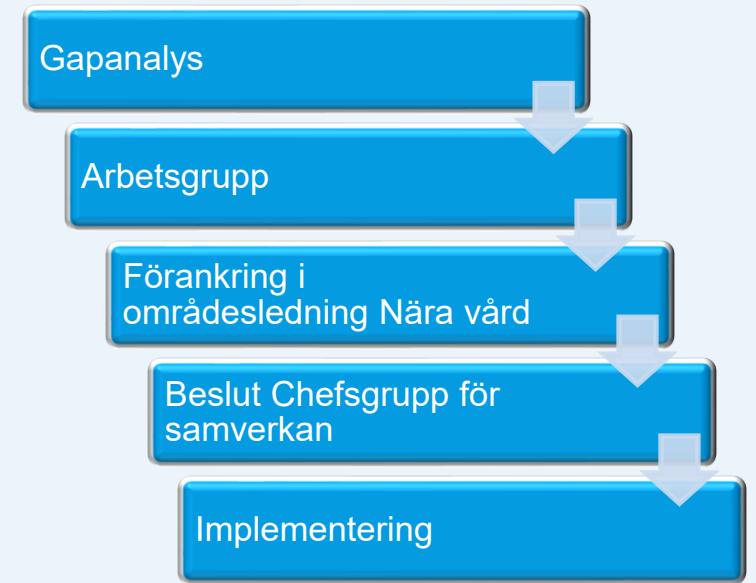
- I överenskommelsen anges att en Samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas i de fall där patienten är i behov av hälso-och sjukvård i hemmet.
- I överenskommelsen anges också att vid insatser där båda parterna är överens om att det är uppenbart obehövt att göra en samplanering tillsammans med den enskilde, avgör parterna på vilket sätt de gör sin gemensamma planering
- Inför framtagande av planens innehåll genomfördes en gapanalys med verksamhetsföreträdare från Regionens öppenvård tillsammans med kommunernas verksamhetsföreträdare.
- En arbetsgrupp med verksamhetsföreträdare från Regionens tre sjukhus USÖ, Karlskoga samt Lindesbergs lasarett från kommunerna deltog MAS/MAR från respektive länsdel. Arbetsgruppen utarbetade riktlinjen.
- Återkoppling av arbetet har kontinuerligt skett till ViSam grupperingar (metodhandledare/utskrivningssamordnare/vårdsamordnare, länsdelsgrupper samt till de för överenskommelsen utsedda implementeringspersoner.
- Riktlinjen ska beslutas i chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg
- Ledningsfunktioner inom respektive verksamheter har ett ansvar för vidare implementering inom området.

Region Örebro län		Dokumenttitel Överlämna hälso- och sjukvårdsåtgärder från specialiserad öppenvård till kommunal hälso- och sjukvård	Dokumentrevision
Förvaltning Region Örebro Län och Läns kommuner	Ansvarig Anni Gustafsson	Dokumenttyp Riktlinje	Reviderat datum 2025-12-18
Dokumentkategorier Riktlinje	Dokumentägare Ingemar Ångman	Dokumentstatus Godkänd	Utlämningsdatum 2025-12-18

Överlämna hälso- och sjukvårdsåtgärder från specialiserad öppenvård till kommunal hälso-och sjukvård

Ansvar
 Områdeschef Vårld och folkhälsa har övergripande ansvar för rutinen. Chefer i berörda organisationer ansvarar för att riktlinjen efterlevs inom verksamheterna. Medarbetare ansvarar för att följa riktlinjen utifrån sin profession.

Giltighetstid
 Riktlinjen granskas/uppdateras 12 månader efter fastställande.



Inskrivning i psykiatrisk hälso- och sjukvård

Psykiatrisk hälso- och sjukvård reglerades tidigare i ett separat avtal men är nu inlyft i överenskommelsen om hälso- och sjukvård i hemmet. Avsnittet handlar om läkemedelshantering där behandlingsansvaret kvarstår hos psykiatrin och kommunen utför insatsen.

En gapanalys genomfördes med representanter från kommunerna och psykiatrin där alla var eniga om att överenskommelsen stämde väl överens med det arbetssätt som råder. Det fanns också en samsyn om att SIP-verktyget kunde användas mer och bättre.

Slutsatsen var att det inte finns behov av någon kompletterande riktlinje

GAP analys

Förankring
områdesledning
psykiatrisk vård

Implementering

Överenskommelse medicinsk samverkan på primärvårdsnivå

Regionerna är skyldiga att ha avtal med kommunerna om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Det gamla avtalet gällande läkarmedverkan är senast reviderat 2011.

I samband med omställningen till nära vård, den nya överenskommelsen om hälso- och sjukvård i hemmet och den nationella utredningen "Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård" behövde en ny överenskommelse tas fram.

Det fanns ett starkt önskemål om att kalla den överenskommelse medicinsk samverkan på primärvårdsnivå, då det handlar om samarbetet kring våra gemensamma patienter.

Ett underlag som två medarbetare tog fram under 2025, bearbetades och användes därefter som ett underlag i en workshop 260416. Ett 50-tal personer deltog i workshopen både chefer, läkare, MAS, samverkansledare och utvecklingsledare. Värdefulla synpunkter samlades in och kommer att bearbetas av en arbetsgrupp.

Beslut om ny överenskommelse planeras till hösten 2026.



Uppföljning av överenskommelsen

Uppföljningsplan

I överenskommelsen anges att uppföljning ska genomföras årligen mellan parterna. Uppföljningen kommer att behöva utvecklas och förändras för att bli kvalitativt bättre och mer automatiserad. Därför behöver en årlig uppföljningsplan upprättas av chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg. Uppföljningen omfattar fyra delar

1. Den enskildes upplevelse
2. Uppföljning av samverkan
3. Följsamhet till överenskommelsen
4. Kvantitativa mått



Genomförd uppföljning

Område	Mätmetod	Genomfört	Kommentar
1. Den enskildes upplevelse	Vård- och omsorgskollen	Nej	Resultat i Vård – och omsorgskollen och nationella enkätundersökningar bedöms inte ändamålsenliga för att se effekter. Annan uppföljningsmetod behöver tas fram.
	Nationella patient och brukarenkäter	Nej	
2. Uppföljning av samverkan	Dialogträff med representanter från specialiserad vård, psykiatri och från länets kommuner	Nej	För tidigt att genomföra uppföljning då riktlinjer och arbetssätt inte är implementerade. Lämpligt genomförande vår 2027
	Uppföljning av samverkan mellan vårdcentral och kommun	Ja	Genomförd hösten 2025 Gå till resultat
3. Följsamhet till överenskommelsen	Enkät till urval av medarbetare	Nej	Följts upp via uppföljning av samverkan vårdcentral och kommun där medarbetare deltar. Bedöms inte nödvändigt att genomföra separat uppföljningsenkät till medarbetare.
	Årsredovisning från Oenighetsgrupp	Nej	Inga synpunkter har inkommit till gruppen under perioden.
4. Kvantitativa mått	Mätning av hemsjukvård	Ja	Genomförd hösten 2025 Gå till resultat

Sammanfattning
uppföljning av
samverkan kommun
och vårdcentral

Bakgrund

- Behov av att följa upp samverkan utifrån vårdcentralernas Krav- och kvalitetsbok
- Representanter från regionen och kommunen tog fram enkät.
- Första uppföljning genomfördes 2024
- Utveckling av modellen har skett under 2025
 - Förtydligande och tillägg av frågor
 - Separat uppföljning för säbo och hemsjukvård
 - Tydligare krav på vilka som ska delta
 - Förenklad insamling av resultatet



Syfte

- Huvudsyftet är att ge verksamheterna underlag för att förbättra samarbetet för de gemensamma patienterna
- Samlat resultat används för att identifiera övergripande brister
- Uppföljning av länets överenskommelse för sjukvård i hemmet
- Del av regionens hälsovalsenhets årliga uppföljning

Tillvägagångssätt

- Chefer och representanter från olika professioner deltar
- Gemensam värdering av hur väl samarbetet fungerar utifrån ett antal frågor
- Dokumentation sker i enkätverktyg



Sammanfattning – styrkor, förbättringar och utmaningar

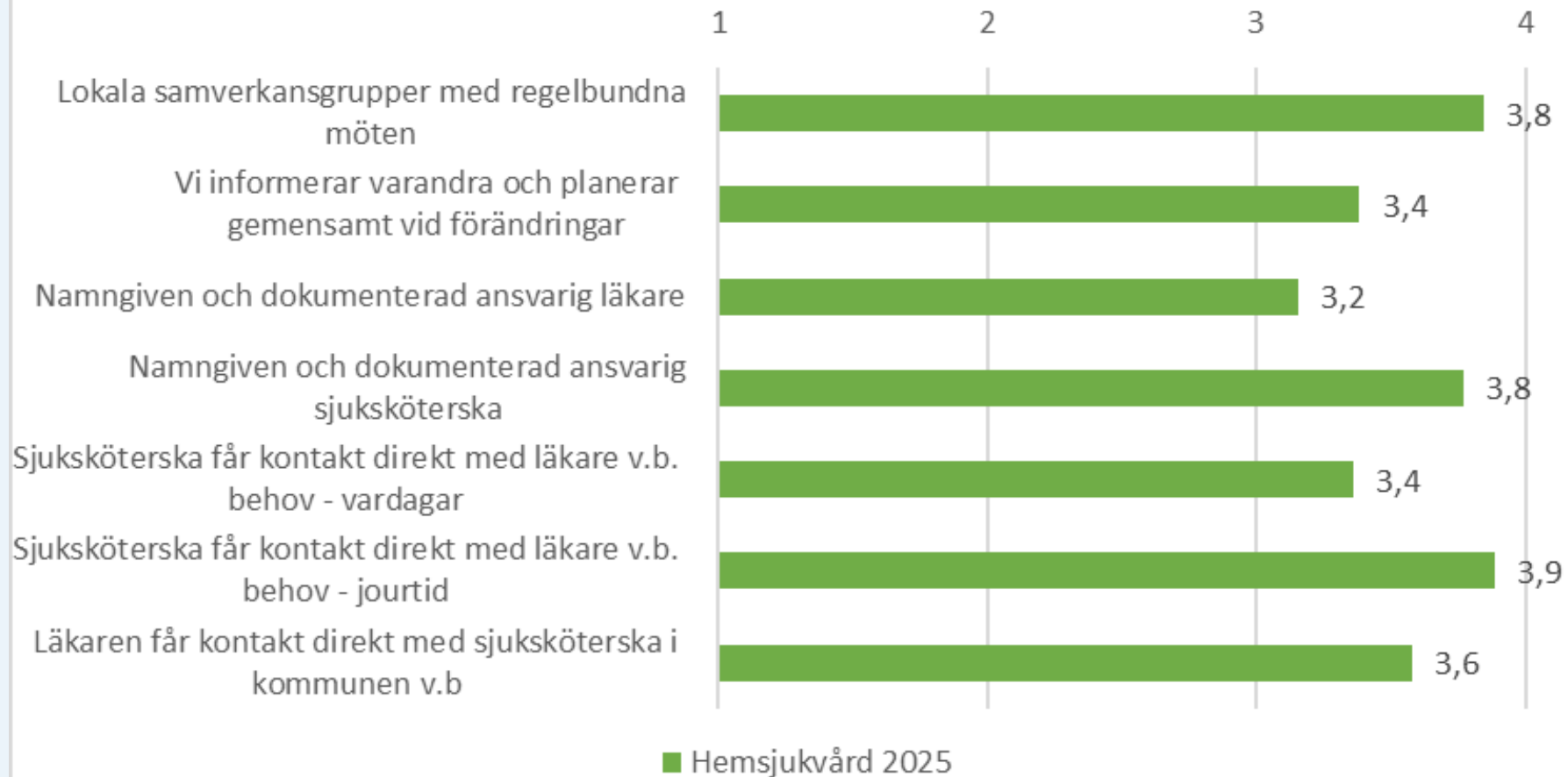
Styrkor och förbättringar

- Korta kontaktvägar
- Regelbundna samverkansmöten
- Vårdbegäran i Lifecare
- Namngiven och känd sjuksköterska i kommunen
- Möjlighet till kontakt med läkare jourtid
- Lokala samarbeten kring rehab, fysioterapeut, arbetsterapeut, palliativa team, lokala projekt

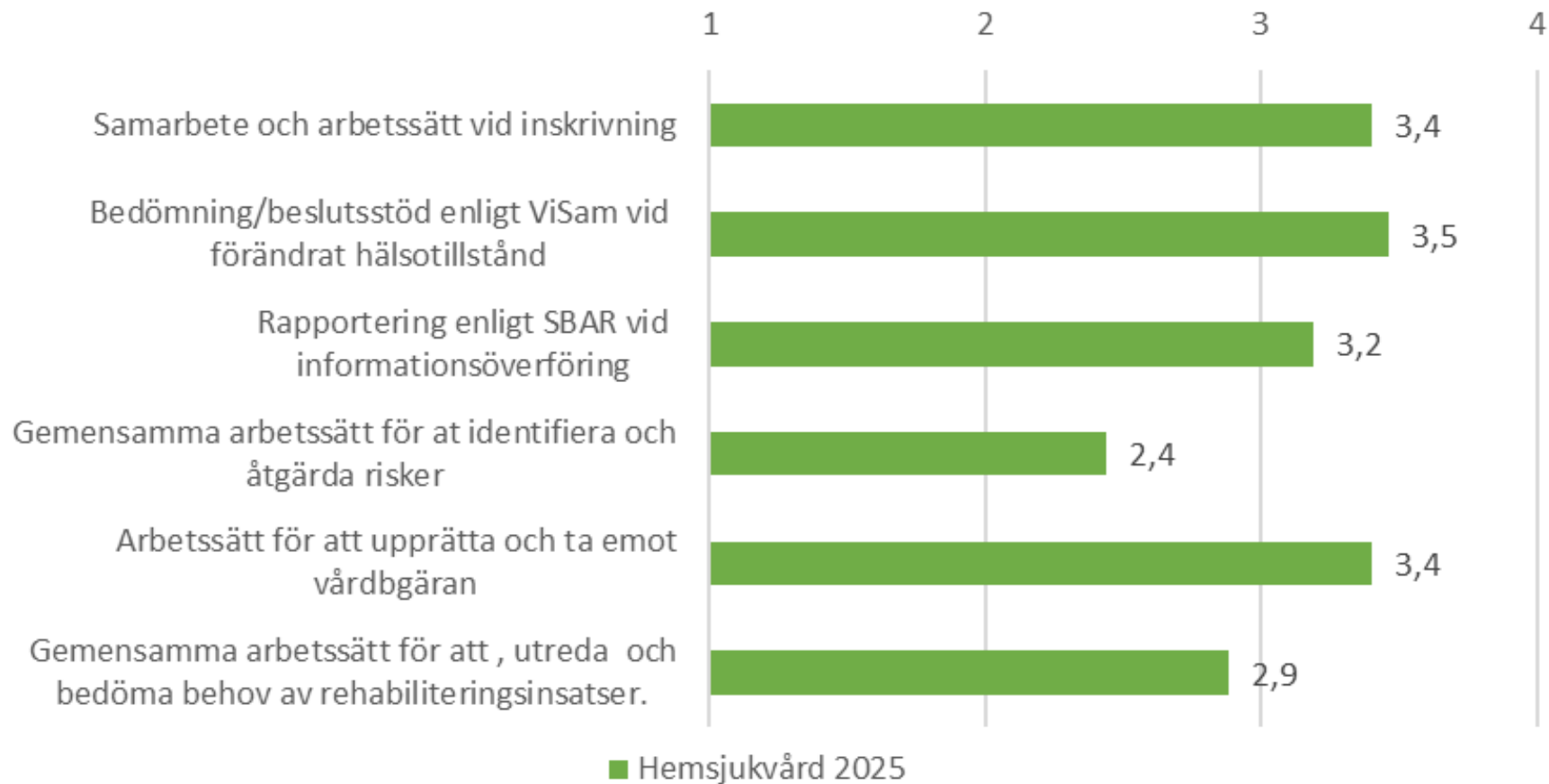
Utmaningar

- Resurs- och tidsbrist Läkare, Fysioterapeut
- Läkemedelsgenomgångar görs inte konsekvent
- Ny överenskommelse är bristande känd eller implementerad (ffa Örebro)
- Senior Alert och SBAR används inte systematiskt och konsekvent
- Gemensamma arbetssätt för att identifiera och åtgärda risker
- Arbetssätt för och uppföljning för rehabiliteringsinsatser

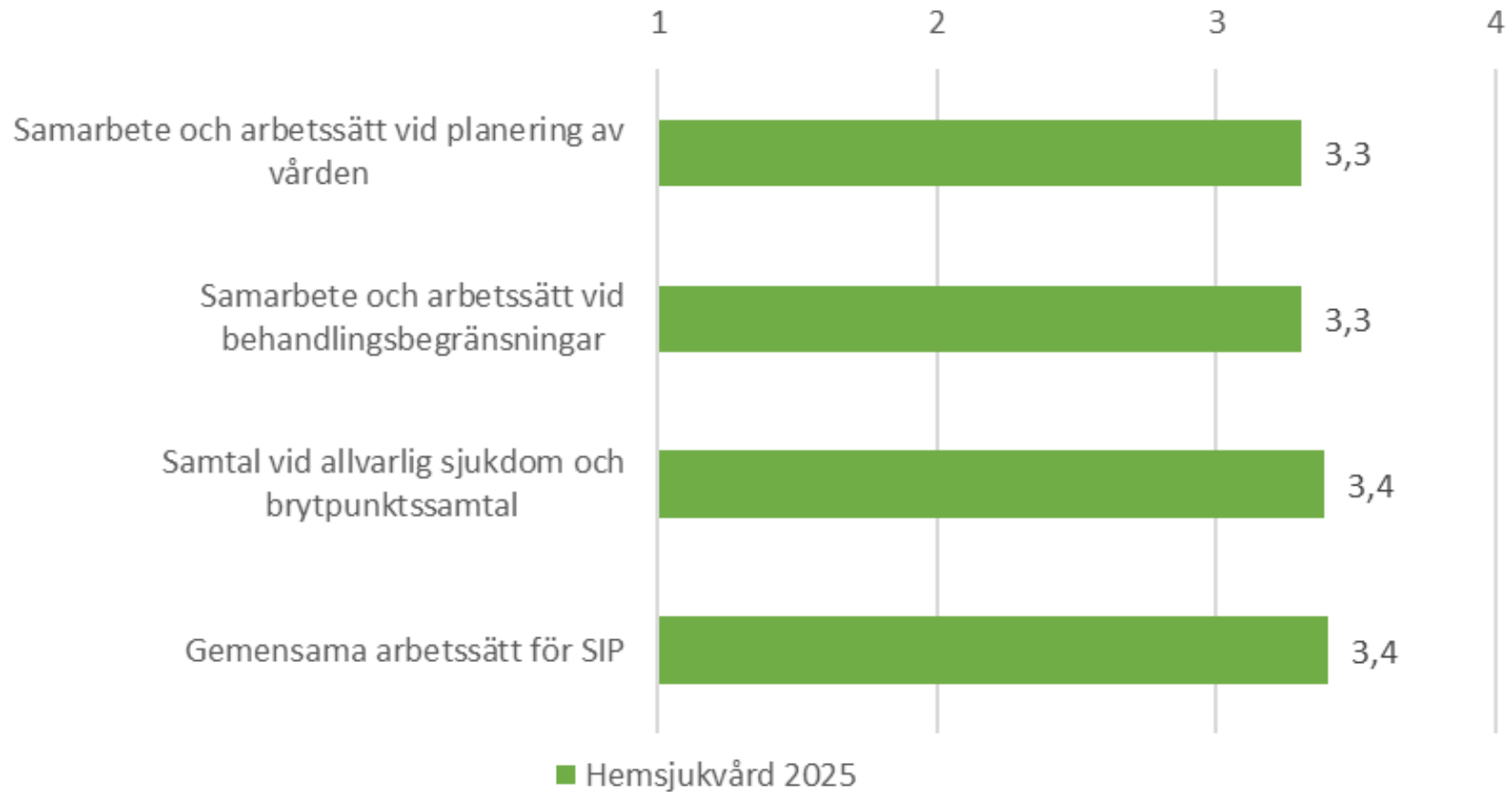
Förutsättningar för samverkan



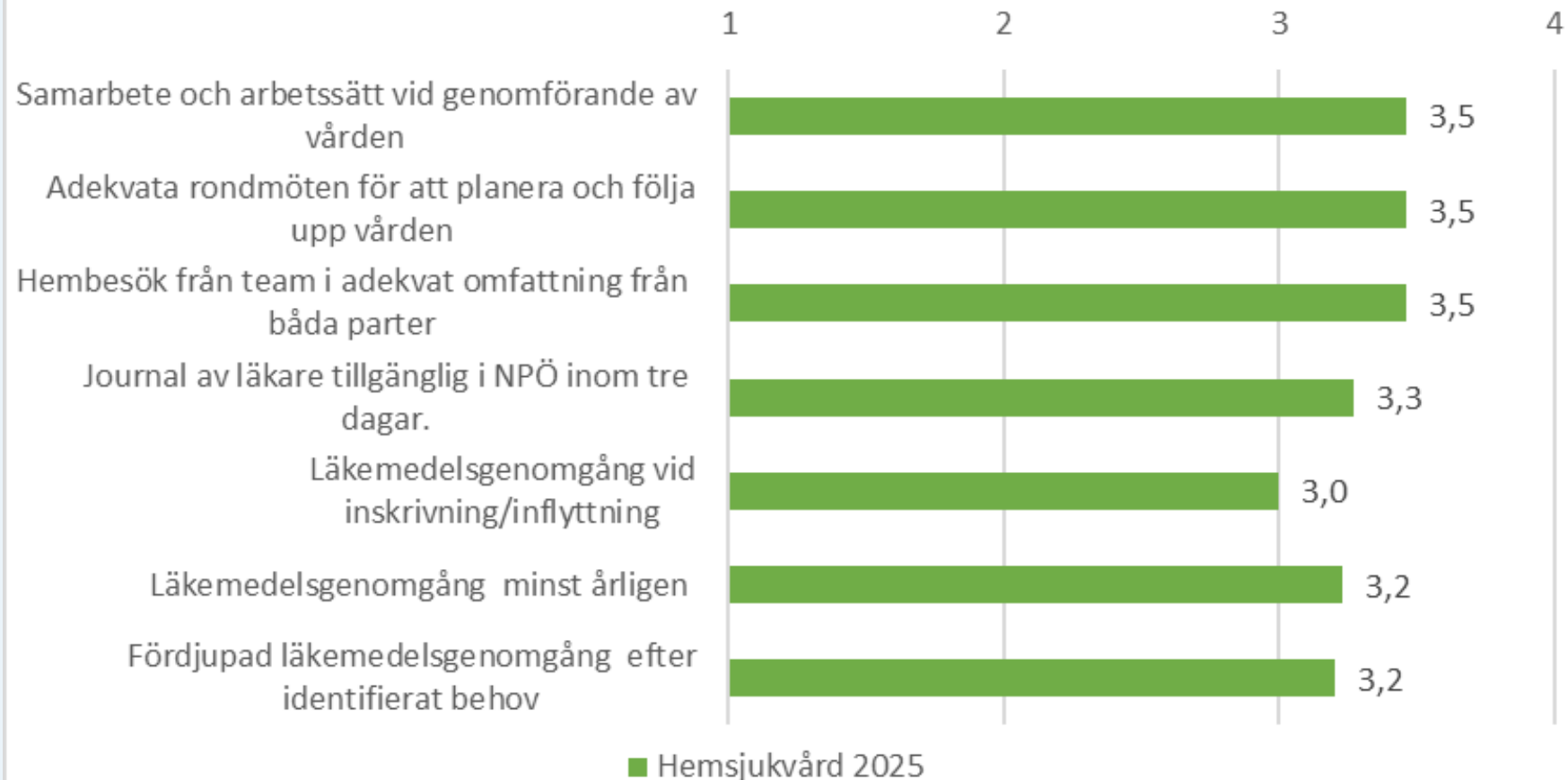
Utreda och bedöma hälso- och sjukvård



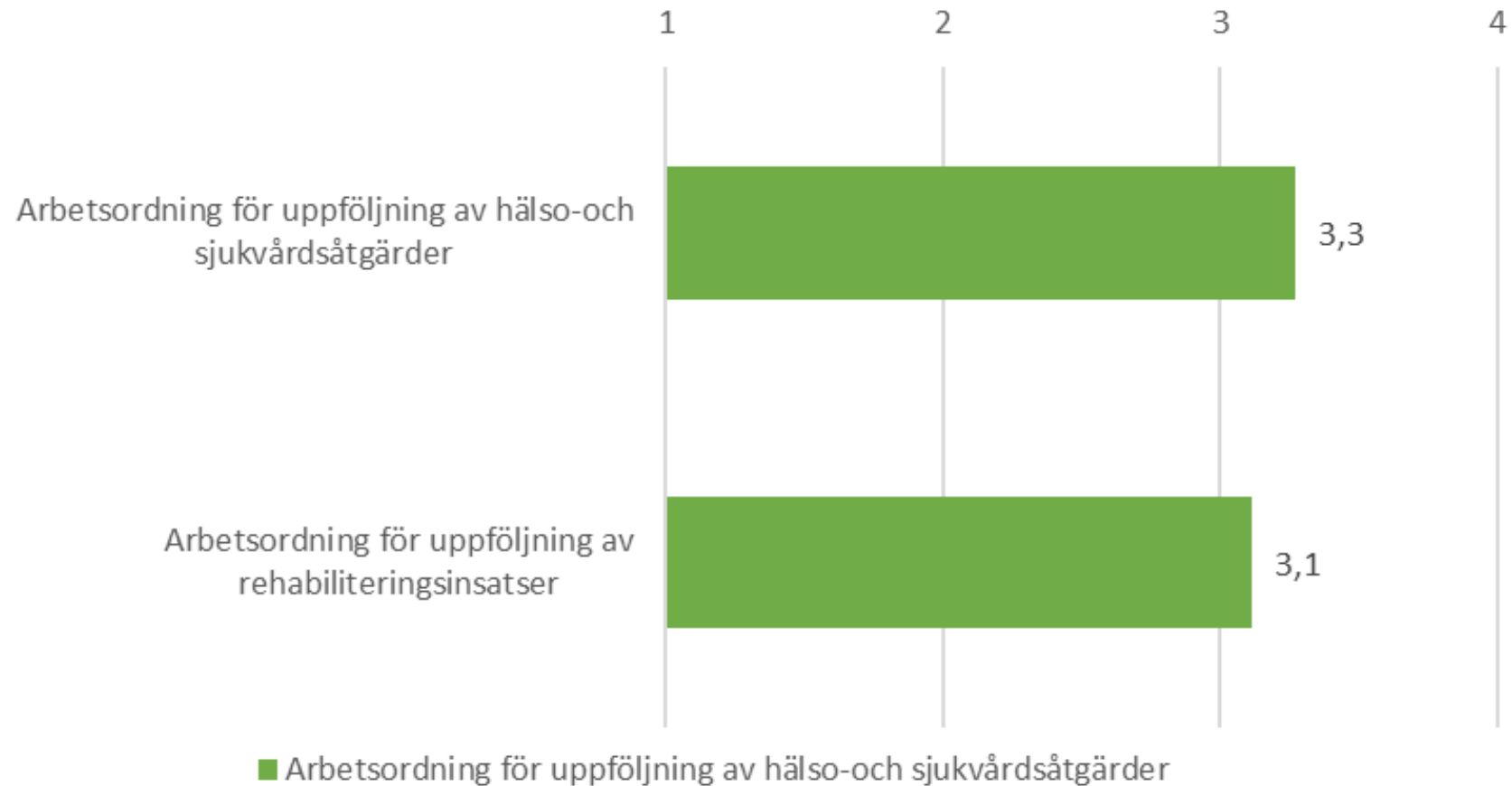
Planera hälso- och sjukvård



Utföra hälso- och sjukvård



Följa upp hälso- och sjukvård



Viktiga punkter ur ett ledningsperspektiv

1. **Positiv grund att bygga på**

- Vilja att samarbeta
- Fungerande strukturer för möten
- God grundkommunikation och respekt mellan professionerna
- Framgångsrika lokala projekt att lära av

2. **Resursfrågan är akut och påverkar**

- Rehabiliteringsinsatser
- Förebyggande arbete
- Strukturerade läkemedelsgenomgångar
- Hembesök enligt behov
- Implementering av nya arbetssätt

Forts - viktiga punkter ur ett ledningsperspektiv

- 3. Brist på hemrehabfysioterapeuter påverkar alla länsdelar**
Beskrivs som systemhotande och påverkar rehabiliteringsinsatser, fallprevention och samverkan mellan professioner.
- 4. Brister i Läkemedelsgenomgångar**
Genomförs inte enligt rutiner och inte systematiskt. När de görs, dokumenteras de inte alltid korrekt.
- 5. Behov av gemensam säker digital plattform**
Leder till ineffektiv kommunikation, informationsbrist och risk för fördröjningar i patienters vård. Särskilt problematisk för icke legitimerad personal i kommunen
- 6. Implementering av nya arbetssätt fungerar inte**
Trots att nya överenskommelser och rutiner finns på papper, implementeras de inte i praktiken i flera fall.

Sammanfattning av hemsjukvårdsmätning

Om mätningen

Som en del i uppföljningsplanen och som underlag för beräkning av tilläggsbelopp i överenskommelsen har en mätning genomförts av företaget Ensolution för att mäta volymförändringar i den kommunal hemsjukvården. Motsvarande mätning genomfördes hösten 2022 i fem kommuner som underlag i arbetet med överenskommelsen. Ny mätning 2025 har genomförts i samtliga tolv kommuner



Bakgrund och Syfte

Bakgrund till mätningen

- Säkerställa att invånarna i länet får en trygg, säker, planerad och samordna hälso- sjukvård.
- Kräver att hemsjukvården följs upp för att kartlägga ev. förskjutning av ansvar
- Årlig mätning som ligger till grund för beräkning av tilläggsbelopp från region till kommunerna
- Patienter inom ordinärt boende -> kartläggning volymer och vårdnivåer utifrån patientmålgrupper
- Oktober 2025 första perioden för mätning

Uppdrag – två delar

Uppföljning och etablera en löpande uppföljning

Hösten 2025 säkerställa att rätt underlag samlas in för beräkning av tilläggsbelopp med oktober som mätperiod



Oktober månad
mätperiod

Stötta kommuner att själva kunna ta fram underlag och bearbeta dessa för löpande kunna följa den kommunala primärvården



Löpande varje månad
(med nuvarande
avtalsperiod fram till
september 2026)

Kategorier av patienter

Speciellt fokus vid insamling vid mätningen

Kategori

Kategori 1 - trygghetspatienter/hembesökspatienter

Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt

Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår

Kategori 3 - Rehabpatient

Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient

Kategori 5 - palliativ vård



Kategori 1 - trygghetspatienter/hembesökspatienter

Patienter som har låga behov av hälso- och sjukvård 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 (AT). 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 även ha rehabiliterande insatser.

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 och/eller med rehabiliterande insatser

Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient

Patienter med specifik omvårdnad (ex. dialys). Kräver samordnade insatser av både primärvård och hemsjukvård

Kategori 5 – palliativ vård

Patienter med palliativ vård och/eller vård i livets slutskede

Generellt om mätningen



Förutsättningar

- För de flesta kommunerna har registrerade KVÅ-koder använts för SSK och AT som underlag
- För Örebro, Degerfors och Hallsberg har patientansvariga SSK och AT gjort manuella bedömning på patienters behov. För dessa kommuner är planen att efter mätningen påbörja även insamlingen av KVÅ-koder
- Jämförelsen och kalkylerna av kostnader bygger på oktober månad
- Validering av resultat har genomförts genom att jämföra flera månader och tidigare resultat (januari – september) för de kommuner som har KVÅ-koder. Detta gör också att det finns en jämförelse över tid
- Mätningen avser endast insatser som utförs av legitimerade personal (ej delegerade insatser). Detta gör att det finns ytterligare insatser som utförs som inte är med i mätningen. För Örebro som genomfört en manuell mätningen har vi tagit med de delegerade insatserna som ett exempel. Framåt när Lifecare HSL införs är det möjligt att komplettera med de delegerade insatserna via API-koppling. Det är då möjligt att följa även dessa insatser i alla kommunerna.
- För ekonomi har årsarbetarkostnad per kommun + 12 % OH schablon för 2025 används. Inga kostnader för förvaltningsnivå, kommunnivå eller material, tekniska eller omvårdnadshjälpmiddel finns med i beräkningarna
- Resultatet kommer att visa jämförelser med övriga kommuner regionen

Sammanfattning

Ensolutions sammanfattning av mätningen



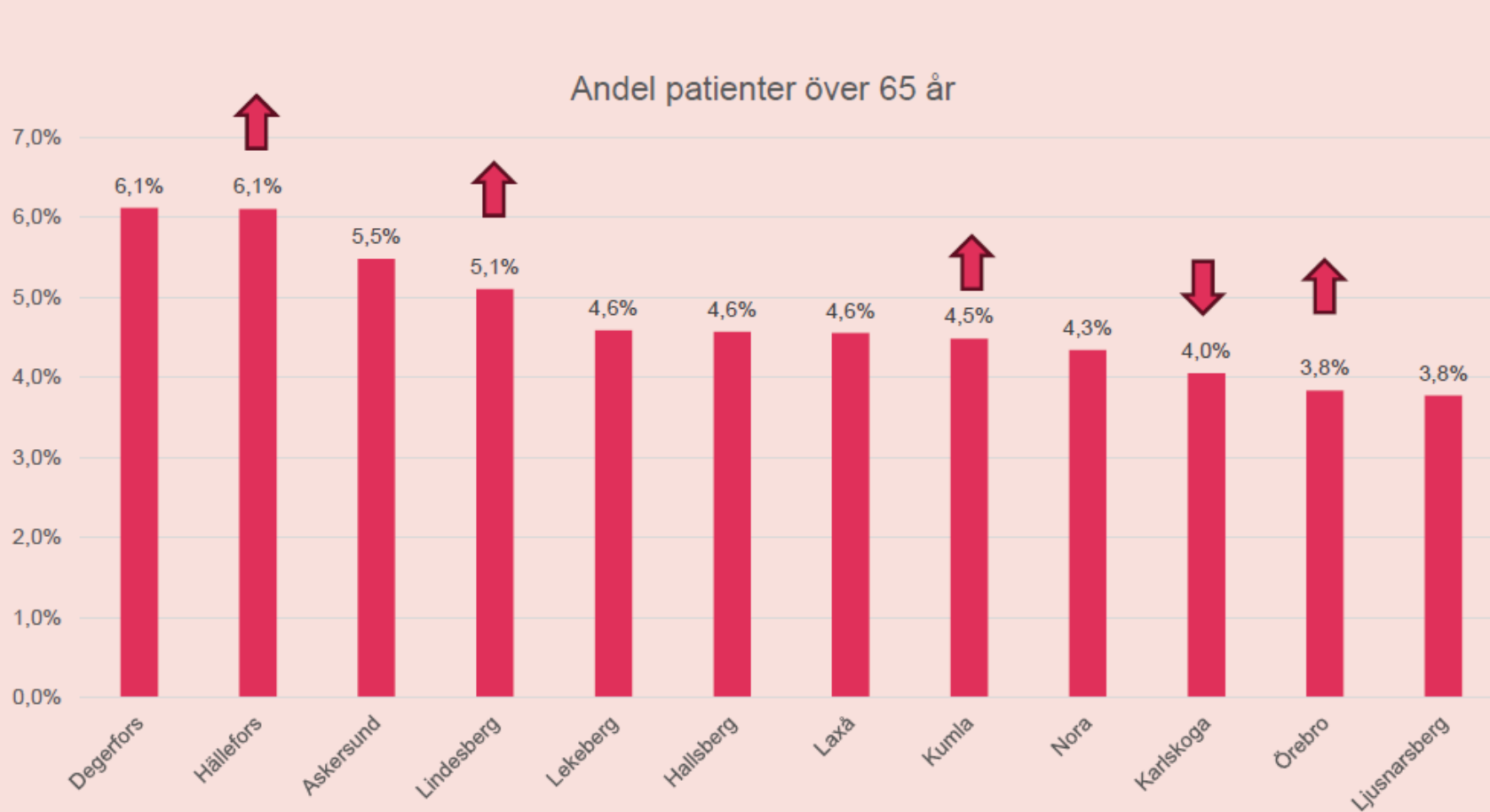
- Det finns stor variation mellan kommunerna i både andel patienter, patientmix och kostnader
- Andelen inskrivna patienter över 65 år varierar, med vissa kommuner som sticker ut med högre andel. Generellt har länet en hög inskrivningsgrad. Inskrivningsgraden ökar från mätningen med utfall 2022
- Generellt ses ett samband mellan högre andel patienter över 65 år och högre kostnad per invånare
- Kategori 2b (hemsjukvård, svår) driver ökade totalkostnader, särskilt på grund av många delegerade insatser
- Kommunerna utför allt mer avancerad vård i hemmet (kategori 4), med en förskjutning med över 5 % per år vilket är mer än förväntat utifrån tidigare mätning
- Tre kommuner sticker ut med betydligt högre antal timmar per patient (SSK) där mycket tid läggs på bedömningar, utredningar samt patientkontakter vilket driver upp vårdtyngden
- Tre kommuner har betydligt högre antal timmar per patient (AT) under oktober månad. Primär orsak till högre medelantal timmar är en högre andel tid på rehabilitering

Sammanfattningen visar att det är viktigt att följa utvecklingen i respektive kommun och att analysera varför vissa kommuner har fler patienter och utför mer vård i hemmet. Eftersom både antalet och andelen patienter ökar i kombination med att vårdtyngden ökar är innehållet i vården viktigt att följa. Vem gör vad och hur mycket?

A. Patienter i kommunal primärvård



Andel inskrivna SSK av invånare över 65 år SSK – Ordinärt boende, patienter över 65 år



↑ = jämförelse utveckling från 2022

Ökad andel – fler patienter
Stor spridning
Följer inte givet andelen
särskilt boende platser över
80 år

Utfall 2022
Hällefors 2,9 %
Örebro 3,0%
Kumla 3,6 %
Lindesberg 3,7 %
Karlskoga 5,7 %

A. Patienter i kommunal primärvård

Antal per patientkategori och procentuell andel per patientkategori, SSK och AT

	Karlskoga	Lindesberg	Örebro	Nora	Lekeberg	Ljusnarsberg	Degerfors	Hallsberg	Laxå	Kumla	Askersund	Hällefors	Summa
1	98	219	121	55	23	28	7	10	27	37	80	60	765
2a	177	89	582	73	53	22	86	82	46	165	93	52	1 520
2b	39	8	401	12	11	2	60	82	2	10	14	13	654
3	112	130	306	36	19	37	16	34	15	33	39	7	784
4	9	2	70	3	2	4	7	8	1	7	4	0	117
5	5	12	72	4	0	4	5	1	0	0	2	2	107
	440	460	1 552	183	108	97	181	217	91	252	232	134	3 947

	Karlskoga	Lindesberg	Örebro	Nora	Lekeberg	Ljusnarsberg	Degerfors	Hallsberg	Laxå	Kumla	Askersund	Hällefors	Medel
1	22,3%	47,6%	7,8%	30,1%	21,3%	28,9%	3,9%	2,3%	29,7%	14,7%	34,5%	44,8%	19,5%
2a	40,2%	19,3%	37,5%	39,9%	49,1%	22,7%	47,5%	18,0%	50,5%	65,5%	40,1%	38,8%	38,6%
2b	8,9%	1,7%	25,8%	6,6%	10,2%	2,1%	33,1%	56,6%	2,2%	4,0%	6,0%	9,7%	16,7%
3	25,5%	28,3%	19,7%	19,7%	17,6%	38,1%	8,8%	15,5%	16,5%	13,1%	16,8%	5,2%	19,4%
4	2,0%	0,4%	4,5%	1,6%	1,9%	4,1%	3,9%	5,6%	1,1%	2,8%	1,7%	0,0%	3,0%
5	1,1%	2,6%	4,6%	2,2%	0,0%	4,1%	2,8%	2,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,5%	2,7%

Kategori

Kategori 1 - trygghetspatienter/hembesökspatienter

Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt

Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår

Kategori 3 - Rehabpatient

Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient

Kategori 5 - palliativ vård

Stor skillnad i mix mellan kommunerna

Ovanligt många patienter i kategori 1 (20 %)

Ökat patientantal jämfört med 2022 – uppskattning och prognos
totalt 3437 st i jämförelse med utfall 3947 st

Samma andel i kategori 4 såsom 2022 men antalet ökar

A. Utveckling av kategori 4 patienter

Jämförelse per kategori 2022 - 2025



	Utfall 2022	Prognos framskrivning 2025	Prognos med förskjutning 5 % 2025	Utfall 2025	Skillnad jämfört med förskjutning
Örebro	38	41	47	70	23
Kumla	6	7	9	7	-2
Karlskoga	8	8	9	9	0
Hällefors	0	0	1	0	-1
Lindesberg	9	9	13	2	-11
Summa	61	65	79	88	9
Alla extrapolerat	86	93	108	117	9

Kommunerna utför mer avancerad vård i hemmet
Förskjutningen av allt mer avancerad vård i hemmet är högre än 5 % per år (ca. 8 %). 117 st jämfört med prognos 108 st

Ekonomisk reglering

Modell för ekonomisk reglering

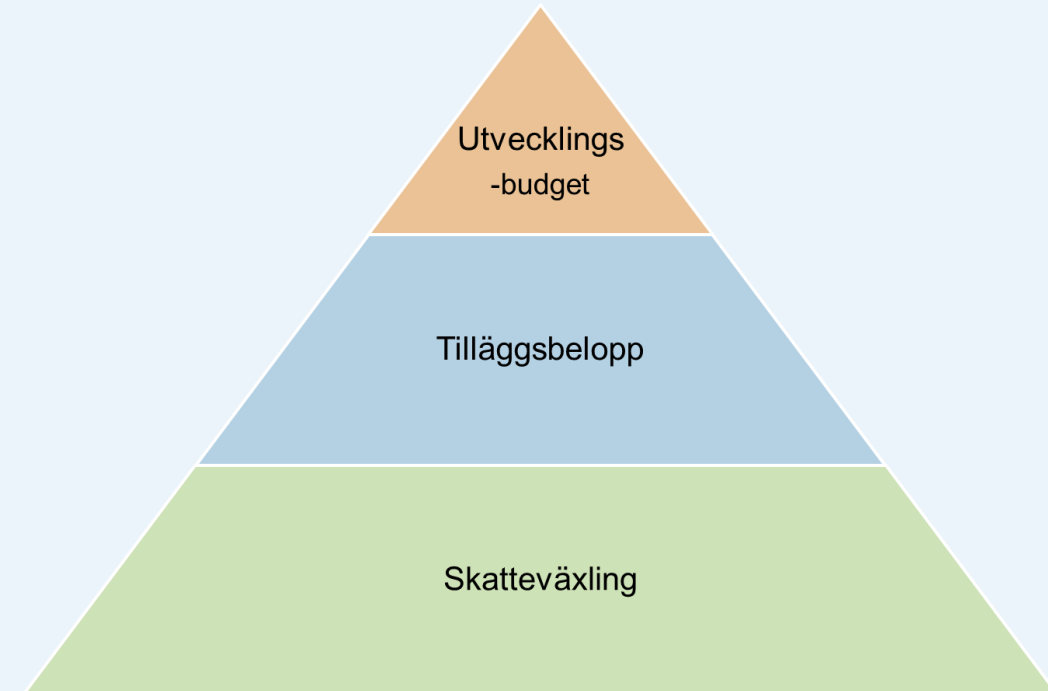
Skatteväxlingen från 1992 är bas i modellen

Tilläggsbeloppet avser somatisk och psykiatrisk hemsjukvård och räknas upp årligen efter skatteunderlag.

Beräkningsgrunder

- Andel äldre - kompenserar för åldersstruktur i länets kommuner.
- Kompensation för avstånd – kompenserar för tillgänglighet till hälso- och sjukvård.
- Avancerad hemsjukvård – kompenserar för förskjutningar av resurskrävande individer.

Utvecklingsbudget ska finansiera gemensamma utvecklingskostnader. Årligt gemensamt beslut om storlek och inriktning.



Utbetalning av tilläggsbelopp

Utbetalning av tilläggsbeloppet har skett två gånger sedan överenskommelsen trädde i kraft

Inför 2025 gjordes ingen ny hemsjukvårdsmätning och därför fördelades belopp för avancerad hemsjukvård mellan kommunerna efter andel äldre.

Resultat av mätningen innebar att uppräknig och fördelning för avancerad hemsjukvård kunde göras

Ökning mellan åren förklaras av

1. Ökat antal patienter med avancerad hemsjukvård
2. Uppräknig av beloppet efter skatteunderlag



År	Andel äldre	Kompensation för avstånd	Avancerad hemsjukvård	Totalt
2025	18 064 081	863 384	2 698 811	21 626 277
2026	18 729 643	895 195	5 490 258	25 115 096

Nationellt intresse

Stort intresse från övriga landet

Det har varit stort intresse runt vårt arbete med framtagande och implementering av överenskommelsen från övriga landet. Vi har haft separata dragningar och dialoger med Västra Götaland, Västmanland, Kalmar, Norrbotten, Jämtland och Västernorrland

Vi har även presenterat vårt arbete i några nationella forum

Vid den nationella Framtidsdagen för Nära vård fick vi möjlighet att tillsammans med region Jönköping föreläsa om vår överenskommelse.

På digitalt mötesforum för nära vård fick vi också berätta om överenskommelsen och vårt implementeringsarbete för personer som arbetar med omställningen till nära vård i kommuner och regioner i hela landet.

Vi deltog även i SKR:s Nära vård-podd som leddes av Lisbeth Löpare-Johansson, nationell samordnare för omställningen till nära vård.

Länk till sändningen

[Närvårdspodden - en podcast från SKR | Tillit och samverkan över gränser](#)



Fortsatt arbete

Fortsatt arbete med implementering

Förslaget är att nuvarande länsgemensamma uppdrag runt implementering avslutas hösten 2026 och övergår i ordinarie drift.

Nuvarande resurspersoner ansvarar för att:

- Förankra riktlinje från öppen specialiserad vård till kommunal hälso- och sjukvård samt rutin gällande medicinsk behandlingsplan i berörda verksamheter.
- Genomföra beslutade förändringar/förtydliganden i överenskommelsen
- Genomföra ett avslutningsseminarium under hösten

I arbetet med implementering och i genomförda uppföljning har ett antal fortsatta utvecklingsområden identifierats. Dessa behöver fortsatt hanteras av chefsgruppen för samverkan och kan lämpligen ingå i den reviderade färdplanen för det länsgemensamma arbetet med nära vård. Utvecklingsområdena beskrivs på kommande två bilder.



Fortsatta utvecklingsområden 1

Samordnad planering och kontinuitet för patienten

- Ta fram riktlinje för primärvårdens medicinska behandlingsplan, dvs fortsättning på den medicinska behandlingsplanen från utskrivande avdelning.
- Införa gemensam skattningsskala för skörhet för patienter med behov
- Tydliggöra när och till vilka personer och vilka riskbedömningar/bedömningsinstrument ska användas
- Förbättra samordnad planering – fullfölj uppdrag runt utvecklad process för SIP i länsgemensam färdplan.
- Säkra fast vårdkontakt – fullfölj uppdrag runt ansvar och roller för fasta vårdkontakter för personer med insatser från båda huvudmännen i länsgemensam färdplan
- Säkra att läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin
- Fastställ antal dagar för medskick av läkemedel vid utskrivning från sjukhus i rutin för hemgångsklar

Rehabilitering

- Säkra förutsättningar för rehabilitering i hemmet - Fullfölj arbetet med gränssnitt rehabilitering



Fortsatta utvecklingsområden 2

Samverkan och samarbete

- Fullfölj arbetet med överenskommelse läkaransvar/medicinsk samverkan i särskild arbetsgrupp
- Ta fram förslag på mall och arbetssätt för obligatorisk lokal plan för samarbete mellan vårdcentral och kommun
- Skapa långsiktiga samarbetsmodeller som inkluderar kontaktvägar till specialistvården för avancerade insatser, teamarbete och tillgänglighet över vårdnivåer

E-hälsa och digitalisering

- Säkra att palliativa (tillfälliga) ordinationer i journal blir läsbar via NPÖ, används i dag i pappersformat.
- Skapa samsyn och länsgemensam standard för planer som stödjer patientens behov
- Etablera och integrera digital kommunikation t.ex. chattfunktion mellan huvudmän och professioner.
- Inför struktur för digital informationsdelning mellan kommun och region samt spegling av dokumenterad överenskommelse till patient via 1177.



Förslag till ändringar i överenskommelsen

Implementeringsarbetet pågår fortfarande både på länsövergripande och lokal nivå. Inga synpunkter har inkommit till den utsedda oenighetsgruppen. Mot denna bakgrund är bedömningen att det har gått för kort tid för att kunna värdera om större förändringar i överenskommelsen behöver genomföras.

De förändringar som föreslås i detta läge handlar därför om förtydliganden och anpassningar i texterna som inte borde kräva politiska beslut.

- Ändra begrepp från "Vårdbegäran" till "Begäran om hälso- och sjukvård i hemmet".
- Tydliggör läkaransvar efter utskrivning (7 dagar).
- Förtydliga att överlämnande av hälso-och sjukvårdsåtgärder från "öppen" specialiserad vård till hälso-och sjukvård i hemmet" avser somatisk sjukvård.
- Revidera uppföljningsplan inför 2027 (se nästa bild).



Region Örebro län

1085641 R1

2025-02-17

2025-03-11

VERSION 1

Hälso- och sjukvård i hemmet primärvårdsnivå
- Kommunal hemsjukvård i ordinärt boende

Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan

Köpa utskriftsdatum: 2025-03-11

Sid 1 (20)

Förslag till plan för fortsatt uppföljning

För att säkerställa långsiktighet i uppföljningen och för att metoderna för uppföljning ska vara ändamålsenliga behöver en reviderad uppföljningsplan för 2027 tas fram.

Fortsatt årlig mätning av vårdnivåer hos patienter med kommunal hälso- och sjukvård är nödvändig för att ha en gemensam bild av förändringar i volymer och för att ha underlag för beslutad modell för ekonomisk reglering. Därför behövs ett gemensamt beslut om fortsatt hantering av mätning. Data behöver också tillgängliggöras för att regionen ska ha underlag att betala ut det årliga tilläggsbeloppet.

För att följa upp patientens upplevelse behöver metod tas fram som är riktad till personer som får insatsen. Detta kan göras på flera sätt men kräver ett särskilt arbete. Ställningstagande behöver göras om detta ska göras och i så fall hur.

En särskild enkät till medarbetare är inte nödvändig. Medarbetarnas uppfattning fångas i årlig uppföljning av samverkan mellan vårdcentral och kommun.

Dialogträffar med representanter från specialiserad vård, psykiatri och från länets kommuner sker under 2027 för att följa upp inskrivning från specialiserad vård.

Övriga delar som bör ingå är

- Följa avvikelser i den nya gemensamma modellen för avvikelser i samverkan
- Följ upp medicinska behandlingsplan – Stickprov
- Mäta och följa upp begäran om hälso-och sjukvård via Lifecare SP



Bilagor/länkar

Bilagor /Länkar

Länkar till överenskommelsen

[Hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå](#)

[Principer för samverkan och ekonomisk reglering](#)

Uppföljning av samverkan mellan vårdcentral och kommun

[Hälsoval • Vårdgivare Region Örebro län](#)

