

**UTREDNING**

**FÖRSLAG**

# Medicintekniska produkter i den nära vården

**Dokumenttyp: Utredning med förslag till beslut**

Författad av: Charlotte Dahlbom och Ewa Slätmo

Beslutad av:

Datum: 2023-09-08

Version: 6

Diarienummer:



Region Örebro län



Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan



## Innehåll

<b>Förslag till inriktningsbeslut .....</b>	<b>4</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>Bakgrund .....</b>	<b>7</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>8</b>
Mål .....	10
Uppdrag.....	10
Medicintekniska produkter .....	10
Avgränsning .....	11
<b>Nulägesbeskrivning .....</b>	<b>12</b>
<b>Utredningens förslag till åtgärder och förväntat resultat med tidplan .....</b>	<b>14</b>
A. Ta fram ett sammanhållet arbetssätt som är flexibelt och undanröjer gränssnittskonflikter .....	14
B. Ta fram en arbetsprocess som är sammanhållen för produkt – förbrukningsmaterial – service – ekonomi .....	15
C. Tydliggör kostnadsansvaret för medicintekniska produkter. Vid allt för fragmentiserad fördelning eftersök helhetslösning så långt som möjligt .....	15
D. Ta fram ett förslag på hur kompetensförsörjning/kompetensutveckling för medicintekniska produkter kan organiseras.....	16
E. Utforska förutsättningarna för en gemensam nämnd för medicintekniska produkter i länet. ....	16
<b>Förslag på tidplan .....</b>	<b>17</b>
År 2023 .....	17
År 2024 .....	18
<b>Förslag på organisationsskiss .....</b>	<b>20</b>
<b>Referenser, länkar och bilagor .....</b>	<b>21</b>
Bilagor .....	23
Bilaga 1 Utredningens organisation och arbetssätt.....	23
Bilaga 2 Definition av vårdnivåer .....	24
Bilaga 3 Prioriteringsnivåer som stöd vid behovsbedömning inom Dalarnas län .....	25
Bilaga 4 Nulägesbeskrivning Örebro MAS/MAR 2023-02-08.....	26
Bilaga 5 Hjälpmedlets livscykel .....	30
Bilaga 6 Olika organisations- och samverkansformer inom hjälpmedelsområdet.....	36

# Förslag till inriktningsbeslut

**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.**

Det bedöms vara en förutsättning 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.

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 tekniskt stöd och service för hela länet.

En bärande princip i utredningens förslag är också att den huvudman som har vårdgivaransvaret även har kostnadsansvaret men 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 särskilt och ordinärt 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



# Sammanfattning

Utredningen ”Medicintekniska produkter i den nära vården” syftar till att stödja ett effektivt arbetssätt med säkerställande av inflytande, kompetens och utveckling som främjar möjligheter till insatser som innebär en ökad grad av självständighet för den enskilde. En viktig utgångspunkt i utredningens förslag är att bidra till resurseffektivitet, god ekonomisk hushållning och att möta behovet av framtida utveckling inom det medicintekniska området.

Utredningen föreslår därför att en gemensam systemledning bildas för det medicintekniska området för länets kommuner och regionen, i första hand en gemensam nämnd. Det bedöms vara en förutsättning för att framgångsrikt kunna styra, leda och gemensamt prioritera behov och ekonomiska resurser inom det medicintekniska området. Vill man ha ett gemensamt beslutsorgan är gemensam nämnd eller kommunalförbund den samverkansform man kan välja. Utifrån ett invånarperspektiv bidrar det också till en mera jämlik vård och omsorg i länet. Ett kommunalförbund innebär uppbyggnad av en separat administrativ organisation vilket kan medföra ökade kostnader.

Skulle valet av politisk systemledning landa i ett samverkansavtal kan man inte skapa något gemensamt förvaltningsorgan. Den köpande kommunen/regionens inflytande regleras enbart av avtalet. Det är den säljande kommunen/regionen som beslutar hur eventuella anläggningar ska användas. Det är också den kommunen som är arbetsgivare och som fattar beslut som rör personalen.

För mera detaljerad beskrivning och redovisning av de olika alternativen se bilaga 6.

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 tekniskt stöd och service för hela länet.

Förslaget bedöms som helhet vara en åtgärd som främjar både kostnadseffektivitet och kvalitet. Se bilaga 5.

En bärande princip i utredningens förslag är att den huvudman som har vårdgivaransvaret också har kostnadsansvaret men 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 särskilt och ordinärt boende med vissa

Det förutsätter en ekonomisk reglering mellan huvudmännen där hänsyn tas till den demografiska utvecklingen, att rutiner tas fram för hur övergångar ska hanteras samt att regleringen även berör den regionala primärvården.

Behandlingshjälpmedel är ett fortsatt ansvar för regionen och där behöver interna rutiner upprättas för spårbarhet. Frågan om CFH ska överta ansvaret för dessa produkter förutsätter en fortsatt dialog och tydlig överenskommelse.

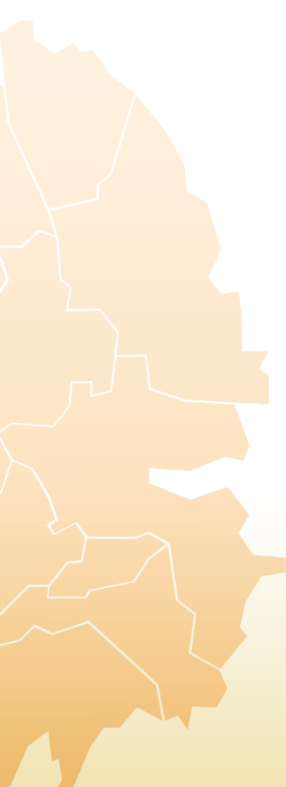
Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för vårdprocessen för rehabilitering på primärvårdsnivå. Det förutsätter att kommunens arbetsterapeut och regionens fysioterapeut är likvärdiga parter och har ett välfungerande teamarbete, målsättning och informationsöverföring kring gemensamma patienter. Det är en förutsättning i det dagliga arbetet i allmänhet och en avgörande förutsättning i synnerhet för att kunna använda avancerade medicintekniska produkter i hemmiljön.

Det nuvarande sättet för huvudmännen att samarbeta och ta sitt gemensamma ansvar av vårdkedjan för rehabilitering i primärvården har allvarliga brister, framför allt gällande teamarbete, resurstillgång och informationsöverföring. Huvudmännen uppfyller inte det ansvar man åtagit sig enligt överenskommelse. Dessa brister behöver undanröjas för att vårdprocessen för rehabilitering ska vara patientsäker.

Organisation och hantering av produkter inom området digitala hjälpmedel (välfärdsteknik) bör omfattas av samma struktur som övriga hjälpmedelsområden för att dra nytta av en samlad kompetens avseende upphandling, teknikstöd, nyttjandegrad, säkerhetsfrågor och olika former av kompetensfrågor.

Utredningen föreslår därför att området digitala hjälpmedel som beviljas enligt HSL och SoL blir en del av den gemensamma nämndens ansvarsområde. Genom en samordning i länet i likhet med Västra Götaland förstärks möjligheten till utveckling inom det digitala området för hela länet. Det är en viktig förutsättning för att kunna realisera omställningen till den nära vården vilket ställer krav på nya lösningar.

En viktig framtidsfråga gällande användandet av digitala lösningar enligt forskare på Swedish Centre for Digital Innovation (SCDI) är att se det som verksamhetsutveckling med fokus på innovation = utforskande av nya möjligheter



# Bakgrund

I Sverige pågår en omställning av hälso- och sjukvårdssystemet till nära vård. Den demografiska utvecklingen och ökade möjligheter att ge mer kvalificerad vård utanför sjukhus har medfört att personer med mer komplexa och avancerade vårdbehov över längre tid vistas i ordinärt boende och på kommunernas särskilda boende. Omställningen till nära vård förväntas sannolikt innebära en ökad förflyttning av den specialiserade hälso- och sjukvården från sjukhus till att i större omfattning ges i hemmet.

Regionen har ett övergripande ansvar för specialiserad vård och har det medicinska ansvaret genom hela vårdkedjan ([Specialiserad vård i hemmet \(skr.se\)](#))

Det handlar även om kompetens kring och hantering av avancerad medicinteknisk utrustning i hemmet.

Gränsen mellan vilka insatser som är på primärvårdsnivå och vilka som utgör specialiserad vård är dynamisk och förändras över tid. Gränsdragning kommer att regleras i avtal i den nya överenskommelsen för hälso- och sjukvård i hemmet.

Förskrivning av hjälpmedel är en hälso- och sjukvårdsåtgärd inom rehabilitering, rehabilitering samt vård- och behandling. Region och kommunerna inom respektive region ansvarar för att erbjuda hjälpmedel till den som är bosatt i regionen.

Merparten av landets regioner och kommuner har en långsiktigt sammanhållen samverkan i hjälpmedelsområdet. Vanliga samverkansformer är gemensam nämnd, samverkansavtal och kommunalförbund. Samverkansformerna bygger på att alla parter har insyn och möjlighet att påverka för att sjukvårdshuvudmännen ska kunna erbjuda hjälpmedel.

De gemensamma nämnderna har lyfts fram som en framgångsrik organisationsform i flera utredningar. Detta stärks av erfarenheter från de verksamheter som styrs av gemensamma nämnder där de lyfter fram att värdet av en nämnd som hanterar befolkningens behov och den politiska viljan inom hjälpmedelsområdet har stor betydelse för att lyfta frågorna till det övergripande perspektiv som är nödvändigt. ([Samverkansformer mellan landsting och kommuner inom hjälpmedelsområdet \(regionorebrolan.se\)](#))

Kommunalförbund är ett annat sätt att samordna hjälpmedelsförsörjningen. I denna samverkansform minskar dock huvudmännens reella inflytande. Det finns erfarenheter efter olika reformer med skatteväxlingar som medfört att alla parter känt sig förfördelade. En viktig del för ett framgångsrikt samarbete är att alla huvudmän har samma inflytande på regelverk och drift och således kan hantera hjälpmedelsförsörjningen med ett befolkningsperspektiv och inte ur ett ensidigt huvudmannaperspektiv. Inrättande av ett kommunalförbund bedöms också vara en mer kostsam lösning jämfört med en gemensam nämnd. Det gäller både administration, överföring av inventarier mm.

Sjukvårdshuvudmännen har politiskt beslutat lokala regelverk som innefattar både vilka medicintekniska produkter som är tillgängliga för förskrivning, vilka som får förskriva dessa samt vilka egenavgifter som patienten får betala vid lån av hjälpmedel. Tillgängligt utbud varierar över landet.

# Inledning

Det finns en återkommande utmaning när vårdkedjor delas upp mellan vårdnivåer inom samma huvudman och/eller mellan olika huvudmän. Det bjuder in till olika tolkningar och gränsdragningskonflikter. Det är särskilt utmanande när det omfattar krav på snabba omställningar och hög grad av flexibilitet.

ÄDEL-reformen och efterföljande reformer och lagstiftningar har inte fullt ut kunnat lösa dessa utmaningar mellan vårdnivåer inom samma huvudman och/eller mellan olika huvudmän.

Inom Örebro län pågår ett arbete (2020 – juni 2023) för att ta fram en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet där utredningen av medicintekniska produkter i nära vård är en del av. Överenskommelsen ska utgå från intentionerna inom nära vård vilket kommer att påverka förutsättningarna för framtidens vård.

För att klara hälso- och sjukvårdens omställning mot nära vård är användandet av personförskrivna medicintekniska produkter (MTP) en av förutsättningarna. Det finns idag en utmaning då det i länet saknas ett gemensamt processflöde för MTP mellan kommunerna och regionen i länet. Utredningen har identifierat ett antal brister med nuvarande system som hindrar möjligheterna att både använda och utveckla MTP på ett optimalt sätt.

Följande rapport är resultatet av ett utredningsuppdrag gällande ”Medicintekniska produkter i den nära vården” inom ramen för arbetet med överenskommelsen. Fortsättningsvis används medicintekniska produkter(MTP) som samlingsbegrepp för området.

Alla medicintekniska produkter och tjänster på den europeiska marknaden regleras av EU-lagstiftningen Medical Device Regulation (MDR) och ska vara CE-märkt i enlighet med denna. MDR är en förordning, vilket innebär att den gäller som nationell lag i samtliga EUs medlemsstater. Förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR). Kravet på varje huvudman är att det finns en funktion som har ”regulatorisk kompetens”. Ansvar för att detta uppfylls ligger på verksamhetschef hos respektive huvudman enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det finns även en förordning (EU) 2017/746 som har trätt i kraft och tillämpas för MTP för in vitro-diagnostik (IVDR).

Kommunernas respektive regionens ansvar för att tillhandahålla medicintekniska produkter regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Kopplat till ansvaret finns också ett flertal andra författningar och bestämmelser att efterleva. Det kommer ständigt nya produkter på marknaden som inte passar in i nuvarande gruppering och ansvarsfördelning. Dessa produkter riskerar att hamna i en gråzon då det saknas gemensam styrning inom området.

Det finns en gällande överenskommelse för medicintekniska produkter i länet ”Ansvarsfördelning för medicintekniska produkter i Örebro län” som reglerar hur det är uppdelat mellan regionen och kommunerna i Örebro län, trots det finns brister i det systematiska kvalitetsarbetet hos huvudmännen. I länet saknas en gemensam jämn kvalitet vad gäller besiktning, egenkontroller, spårbarhet inom området. Utöver att det är reglerat i lagstiftning så får det en direkt effekt på tillgänglighet, patientsäkerhet och medarbetarnas



arbetsmiljö. Här finns ett mervärde och lärande utifrån ett länsperspektiv att ha ett samlat och gemensamt arbetssätt – både utifrån ett invånare- och verksamhetsperspektiv.

Nuvarande ansvarsfördelning gällande förskrivning av personliga hjälpmedel begränsar kommunernas möjlighet till formellt inflytande gällande produktval och för regionen en begränsad möjlighet att påverka kostnadsutvecklingen.

Medicintekniska produkter påverkar direkt förutsättningarna för hemgång från slutenvård och kan vara avgörande för att klara av vård i hemmet. Medicintekniska produkter behöver också finnas med som en faktor när man utvecklar framtidens vård.

Den nya lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som trädde i kraft 2023-01-01 gör det möjligt för vårdgivare och socialtjänstens äldreomsorgs- och funktionshinderområdet att via ett elektroniskt system, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, ge eller få tillgång till uppgifter hos en annan vårdgivare eller omsorgsgivare. Detta möjliggör ett ökat samnyttjande av digitala hjälpmedel (välfärdsteknik) vilket bl a kan minska problem med anhopning av digitala hjälpmedel i den enskildes hem och bidra till ett mer hållbart nyttjande av produkter.

Det medicintekniska området är förenat med kostnader, den behöver kunna följas över tid som en av flera indikatorer för ekonomi vid omställning till nära vård. Det finns också en ekonomisk hållbarhet och vinster att göra genom en bättre samordning i länet.

Möjligheter att ta fram uppgifter på vad den samlade hjälpmedelsverksamheten eller hjälpmedlen kostar är begränsad i nuläget. Det beror bl.a. på att varje sjukvårdshuvudman har olika organisationer för verksamheten och att redovisningen görs på olika sätt. Där kommuner och landsting samverkar och har gemensamt IT-stöd underlättas statistikinsamling.

Sjukvårdshuvudmännen påtalar ofta att kostnaderna för hjälpmedel kontinuerligt ökar. Hjälpmedel ses ibland enbart som kostnader utan att ta hänsyn till nyttoeffekter och besparingar som hjälpmedel kan ge. Ett problem kan dock vara att kostnaderna uppstår hos en huvudman men nyttan och besparingarna uppstår hos en annan huvudman. Nyttokostnadsstudier kan vara ett stöd för att göra rätt prioriteringar av hjälpmedel.

Utredningen har tittat på nuvarande ansvarsfördelning utifrån såväl patientsäkerhetsperspektiv som ett ekonomiskt perspektiv. En annan viktig utgångspunkt har också varit att se över vad en samordning av upphandling, underhåll och service kan innebära ur ett kvalitets- och kostnadsperspektiv (jfr Dalarna, Västra Götaland och Västmanland).

ViSam-modellen (Samverkansmodell för planering och informationsöverföring) är ett viktigt planeringsverktyg för att bl a säkerställa att eventuella medicintekniska produkter som patienten behöver kan hanteras av berörd vårdpersonal och att ansvarsfördelningen är klarlagd innan patienten skrivs ut. Patienten ska vara hemgångsklar innan utskrivning och det innefattar även att tillgången till medicinteknisk utrustning och kompetens för att hantera denna är säkerställd. [ViSam – Samverkansmodell för planering och informationsöverföring \(visamregionorebro.se\)](https://visamregionorebro.se)

## Mål

Uppdragets mål är att få till en sammanhållen arbetsprocess som är flexibel och undanröjer gränssnittskonflikter samt ett förslag till ny överenskommelse för medicintekniska produkter som även inkluderar organisation och ordning för kompetensutvecklingsbehov gällande medicintekniska produkter (MTP).

## Uppdrag

Uppdraget är ett samverkansuppdrag mellan huvudmännen.

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

## Medicintekniska produkter

Utredningen omfattar följande fem undergrupper och nedan redovisas vilken vårdgivare som har ansvar för inköp och kostnad i nuläget.

1. **Undersökningsutrustning** – Utrustning för undersökning som krävs för den vård som respektive huvudman har ansvar att bedriva. *Finansieras av respektive huvudman.*
2. **Behandlingshjälpmedel** – Hjälpmedel som i huvudsak förskrivs av personal vid Region Örebro län sjukhuskliniker och vårdcentraler till patienter i öppenvård i samband med behandling. *Regionen har finansieringsansvaret.*
3. **Omvårdnadshjälpmedel (arbetstekniska hjälpmedel)** - Hjälpmedel som behövs för att vårda människor med olika funktionsnedsättningar i ordinärt och

särskilt boende inom ramen för det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.  
*Finansieras i huvudsak av kommunerna.*

4. **Personliga hjälpmedel** - Individuellt utprovat hjälpmedel som syftar till att bibehålla eller öka förmågan till aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning inklusive nedsatt kommunikation, syn och hörsel. *Regionen har ansvar för finansiering och upphandling och förskrivningen görs i huvudsak av kommunanställda arbetsterapeuter men förskrivs även av fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom regionen.*
  
5. **Digitala hjälpmedel (välfärdsteknik)** gemensamt är att de används av invånaren i deras vardagsmiljö (def. enligt samverkansavtal Västra Götaland). *Hanteras och finansieras av respektive huvudman och kan vara beslut som fattas enligt socialtjänstlagen (SoL) eller hälso- och sjukvårdslagen (HSL).*

Begreppet *digitala hjälpmedel* är digital teknik som syftar till att

- a) bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning, oavsett om den är individuellt utprovad eller inte.
  
- b) kontrollera, bibehålla eller förbättra ett medicinskt tillstånd och som är avsedd att kunna användas utan hälso- och sjukvårdsutbildning oavsett om den är individuellt utprovad eller inte. Dessa avser både produkter med digitala komponenter som traditionellt brukar räknas som hjälpmedel och produkter som brukar definieras som välfärdsteknik.

## Avgränsning

Utredningen omfattar inte pedagogiska hjälpmedel och arbetshjälpmedel i skola och på arbetsplatser då dessa områden inte bedömts tillhöra uppdraget nära vård i hemmet.

Förslagen i utredningen kopplas till vilken huvudman som har vårdgivaransvaret och är inte åldersrelaterat.



# Nulägesbeskrivning

*Nedan redovisas påtalade brister i nuvarande ansvarsfördelning. I bilaga 4 finns en redovisning av hur MAS/MAR Örebro kommun upplever nuläget i Örebro län*

I nuläget finns ett antal överenskommelser gällande ansvarsfördelning och hantering av medicinteknisk utrustning. Grundprincipen för samtliga överenskommelser i samverkan mellan kommunerna och regionen i Örebro län bygger på den ekonomiska reglering och ansvarsfördelning som gjordes 1992 i samband med ÄDEL-överenskommelsen. Under åren har avstämningar och vissa mindre justeringar gjorts i ”Ansvarsfördelning för medicintekniska produkter m.m.” mellan kommunerna och regionen. I fortsättningen benämns den som överenskommelse MTP.

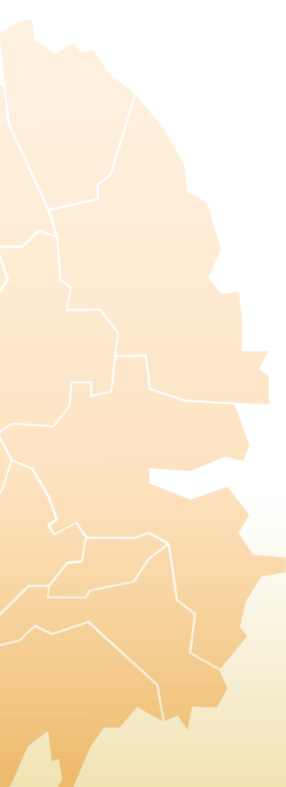
Respektive part behöver ta ansvar för sin del och underlätta för samarbete med övriga parter. MTP omfattar alla åldersgrupper inom primärvård och specialiserad vård.

Inom ramen för utredningens uppdrag har följande brister identifierats vilket påverkar patientsäkerhet, kvalitet och kostnadseffektivitet samt lagefterlevnad:

- Det saknas en gemensam hjälpmedelspolicy och vägledning för behovsbedömning samt prioriteringsnivåer i den nuvarande överenskommelse MTP. Länets invånare ska behandlas jämlikt. För att möjliggöra delaktighet på lika villkor behöver verksamheter inom kommuner och regioner bidra till att utjämna skillnader i levnadsvillkor.
- Det finns ojämn kompetens gällande upphandling, produktval och förskrivningsprocess vilket kan medföra bristande patientsäkerhet och lagefterlevnad. Den nya EU-lagstiftningen MDR och IVDR innebär ett tydligare ansvar för distribution av MTP, krav på regulatorisk kompetens hos respektive vårdgivare och ett fungerade kvalitetsledningssystem för MTP.
- Det finns brister i kunskap gällande handhavande och service av MTP. Varje kommun har egna tekniker/vaktmästare vilket innebär en högre grad av sårbarhet inte minst för de mindre kommunerna. Det begränsar möjligheten till att upprätthålla och utveckla det medicintekniska området
- Det finns brister i tillgängligheten till service för användare av hjälpmedel som bor långt från Centrum för hjälpmedel (CFH). De får ofta lämna ifrån sig hjälpmedlet eftersom det ska transporteras till CFH för underhåll/repairation då det inte finns tekniker på plats i närområdet.
- Det uppstår ibland oklarheter vem användaren av hjälpmedlet ska vända sig till och personen bollas då vidare. Utifrån det sortiment som förskrivs varierar rutinerna hos respektive huvudman. Hjälpmedlen hamnar i olika system utan en sammanhållen hjälpmedelsbild för patienten.
- Det saknas en samordning av ledningssystem/verksamhetssystem för MTP vilket orsakar svårigheter att samla dokumentation för MTP. Det ger upphov till brister bl a i

möjligheter till uppföljning och spårbarhet som i sin tur leder till mindre effektiv användning för hela länet

- Kommunerna saknar en tydlig organisation som fortlöpande kontrollerar och uppdaterar funktionen av inköpt undersökningsutrustning. Inom regionen finns en organisation för detta genom Område medicinsk teknik
- Det saknas samlad kunskap och ett samlat grepp om nya medicintekniska produkter och hur de ev. ersätter eller kompletterar sortimentet. Det beror till stor del på att det saknas tydliga beslutsvägar och uttalade roller med tillhörande mandat.
- Det saknas formellt inflytande för kommunerna att medverka vid prioritering av vilka personliga hjälpmedel som ska ingå i sortimentet. Regionen har idag hela kostnadsansvaret även för det kommunerna förskriver vilket påverkar regionens möjlighet att påverka kostnadsutfall. Dagens anslagsfinansiering av personliga hjälpmedel skapar svårigheter att erbjuda efterfrågade produkter, fler produkter samt vilka tjänster som ska erbjudas. Det finns inga incitament för kostnadsmedvetenhet och uppföljning av förskrivningar.
- Länet har ingen tydlig samordning gällande digitala hjälpmedel (välfärdsteknik) vilket bedöms vara en viktig förutsättning för att skapa möjlighet till gynnsam utveckling för hela länet



# Utredningens förslag till åtgärder och förväntat resultat med tidplan

En viktig utgångspunkt i utredningens förslag är att bidra till resurseffektivitet, god ekonomisk hushållning och att möta behovet av framtida utveckling inom det medicintekniska området. Detta behöver genomsyra det fortsatta arbetet i förslagets olika delar.

Förslagen till åtgärder för att uppnå förväntat resultat är samlade under respektive punkt i utredningsuppdraget.

## **A. Ta fram ett sammanhållet arbetssätt som är flexibelt och undanröjer gränssnittskonflikter**

Länet har idag en gemensam överenskommelse för MTP och den behöver oavsett förslagen uppdateras. Förutsättning för samsyn och utveckling av MTP-området är att det tas fram en länsgemensam hjälpmedelpolicy. Idag finns enbart en policy för regionen.

1. Ta fram en gemensam hjälpmedelpolicy för länets kommuner och regionen med vägledning för behovsbedömning utifrån människovärdesprincipen, behovs-och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.
2. Hjälpmedelpolicyn ska också omfatta principer för prioriteringsnivåer. Se bilaga enligt modell från region Dalarna
3. Revidera nuvarande överenskommelse avseende MTP och inkludera digitala hjälpmedel. Behov finns att tydliggöra egenansvaret för inköp och vad som klassas som hjälpmedel.
4. Det finns behov av att tydliggöra specialistnivå/primärvårdsnivå i den nya överenskommelsen för vård i hemmet
5. Revidera listan för basnivå och ansvarsfördelning gällande undersökningsutrustning i ordinärt och särskilt boende.
6. Behandlingshjälpmedel, syn och hörselhjälpmedel hanteras inom regionen av respektive klinik men CFH kan delvis vara ansvarig för hantering och distribution
7. Behandlingshjälpmedel med tillhörande förbrukningsartiklar fortsatt ett ansvar för regionen
8. Kommunerna har ett ansvar för omvårdnadshjälpmedel inom ramen för det kommunala hälso-och sjukvårdsansvaret. CFH ges ett ansvar för att ombesörja upphandling, service, transport, returhantering, rekonditionering och lagerhållning vilket innebär en effektivare och säkrare hantering.
9. Ett nytt gränssnitt för hjälpmedelskostnader införs enligt modell Västmanland mellan särskilt och ordinärt boende.
10. Digitala hjälpmedel - den som förskriver/beställer betalar. CFH ges även här ett samlat ansvar för dessa produkter enligt punkt 8.

## **B. Ta fram en arbetsprocess som är sammanhållen för produkt – förbrukningsmaterial – service – ekonomi**

1. CFH får ett utökat uppdrag och bildar en länsövergripande förvaltningsorganisation för att tillhandahålla MTP samt ansvara för teknisk support/stödorganisation med tekniker på flera håll i länet och med viss lagerhållning lokalt. Genom en samordning av befintliga kommunala och regionala resurser skapas förutsättningar att hålla en hög nivå gällande service, kompetens och tillgänglighet med korta leveranstider i hela länet. Utgångspunkten måste vara att bibehålla/förbättra service och tillgänglighet. Genom att CFH skulle äga och hantera produkterna så löses kravet på regulatorisk kompetens utifrån MDR med automatik.
2. CFH genomför upphandlingar av de hjälpmedelsprodukter den gemensamma nämnden ansvarar för.
3. Utifrån förslagen 1 och 2 behöver kommunerna och regionen tillsammans inventera befintliga resurser inom respektive organisation för upphandling, tillhandahållande och tekniskt stöd och support. Därefter tas ett förslag fram hur resurserna kan användas i en samlad organisation som säkerställer en hög kompetens för att tillgodose de krav på kvalitet som vårdgivarna har.
4. Utöka samarbetet för den nära vården gällande medicinteknisk service och support mellan CFH och regionens Område medicinsk teknik för att möjliggöra ett tillgängligt stöd med hög kompetens i hela länet.
5. Samordna ledningssystem för säkerställande av kvalitet, uppföljning och kontroll
6. Regionen färdigställer den interna processen för förbrukningsmaterial kopplat till behandlingshjälpmedel

## **C. Tydliggör kostnadsansvaret för medicintekniska produkter. Vid allt för fragmentiserad fördelning eftersök helhetslösning så långt som möjligt**

1. CFH övergår från anslagsfinansiering till intäktsfinansiering genom leasing alt köpeavtal för verksamheterna vilket förutsätter en ekonomisk reglering inom regionen och mellan huvudmännen
2. Inför gemensamma avgifter för personliga hjälpmedel med ett gemensamt högkostnadsskydd i samband med att även kommunerna ges ett ansvar för personliga hjälpmedel inom ramen det nya gränssnittet.

## **D. Ta fram ett förslag på hur kompetensförsörjning/kompetensutveckling för medicintekniska produkter kan organiseras**

1. Länets kommuner och regionen bör gemensamt upprätta en plan för kontinuerlig kompetensutveckling/fortbildning både fysiskt och digitalt inom det medicintekniska området. Detta behöver omfatta all berörd personal.
2. Samla rehabiliteringskompetensen, arbetsterapeut och fysioterapeut, för att utveckla stöd och insatser kopplat till vårdgivaransvaret och säkerställa att MTP används korrekt utifrån patientsäkerhet, lagefterlevnad och kostnadseffektivitet.
3. När specialistvården flyttar ut finns behov av att bygga säker process från formell till reell kompetens för att kunna hantera avancerad medicinteknisk utrustning i nära vård. Utredningen föreslår ett fortsatt arbete kring att ta fram ett förslag på hur en sådan process kan realiseras
4. Behovet av mobila arbetssätt och ambulansorganisationens roll i möjligheten att erbjuda insatser och stöd gällande avancerad utrustning/vård i den nära vården bör utredas.

## **E. Utforska förutsättningarna för en gemensam nämnd för medicintekniska produkter i länet.**

1. Inrätta en gemensam nämnd för regionen och kommunerna i länet för MTP. Ett annat alternativ kan vara att bilda ett kommunalförbund vilket förutsätter en uppbyggnad av en separat administrativ organisation som kan bidra till ökade kostnader.
2. En tjänstemannaberedning bestående av tjänstemän från länets kommuner och regionen inrättas som stöd till nämndens uppdrag.
3. CFH blir en länsgemensam förvaltningsorganisation som har att hantera upphandling, tillhandahållande och service/support av MTP inom ramen för nämndens uppdrag.





# Förslag på tidplan

Ett fortsatt arbete krävs för att kunna genomföra förslagen till åtgärder och bedömningen är att det behöver tillsättas utredare med CFH som viktig samarbetspart.

Arbetet med medicintekniska produkter är en viktig förutsättning för en patientsäker medicinteknisk hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Det bör så långt så möjligt gå i takt med arbetet för implementering av ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet.

## År 2023 HT

1. Specialistnivå/primärvårdsnivå är tydliggjord i nya överenskommelsen för hälso- och sjukvård i hemmet
2. Påbörja arbetet med att gemensamt revidera hjälpmedelspolicy och överenskommelsen MTP som kompletteras med vägledning för behovsbedömning utifrån människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnads-effektivitetsprincipen. I arbetet med överenskommelsen MTP ska principer för prioriteringsnivåer vara införda. Se bilaga 3
3. En inventering av kommunernas undersökningsutrustning genomförs och därefter påbörjas arbetet med att revidera listan för basnivå och ansvarsfördelning mellan regionen och kommunerna
4. Regionen har färdigställt den interna processen för förbrukningsmaterial kopplat till behandlingshjälpmedel
5. Påbörja arbetet med gemensam inventering av befintliga resurser i länets kommuner och regionen gällande upphandling, tillhandahållande och service/support av MTP
6. Gemensam inventering gällande totala kostnader för MTP i länets kommuner och regionen
7. En ekonomisk beräkning med beskrivning av förslagets konsekvenser påbörjas. En bärande princip i utredningens förslag har varit att den huvudman som har vårdgivaransvaret också har kostnadsansvaret men 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 särskilt och ordinärt boende med vissa undantag.
8. Beräkningen ska tydliggöra hur kostnaderna ska fördelas mellan kommun/region vid utskrivningar från slutenvården samt när det gäller förskrivning av fysioterapeut och arbetsterapeut på primärvårdsnivå. I dagens organisation inom Örebro län har arbetsterapeut och fysioterapeut inom regionens och kommunernas primärvård uppdrag för båda vårdgivarna. Nuvarande uppdelning av professionerna inom rehabiliteringsområdet mellan kommunernas och

regionens primärvård riskerar att skapa otydlighet. Den ekonomiska beräkningen ska även omfatta förslaget om gemensam systemledning.

9. Risk- och konsekvensanalyser behöver genomföras

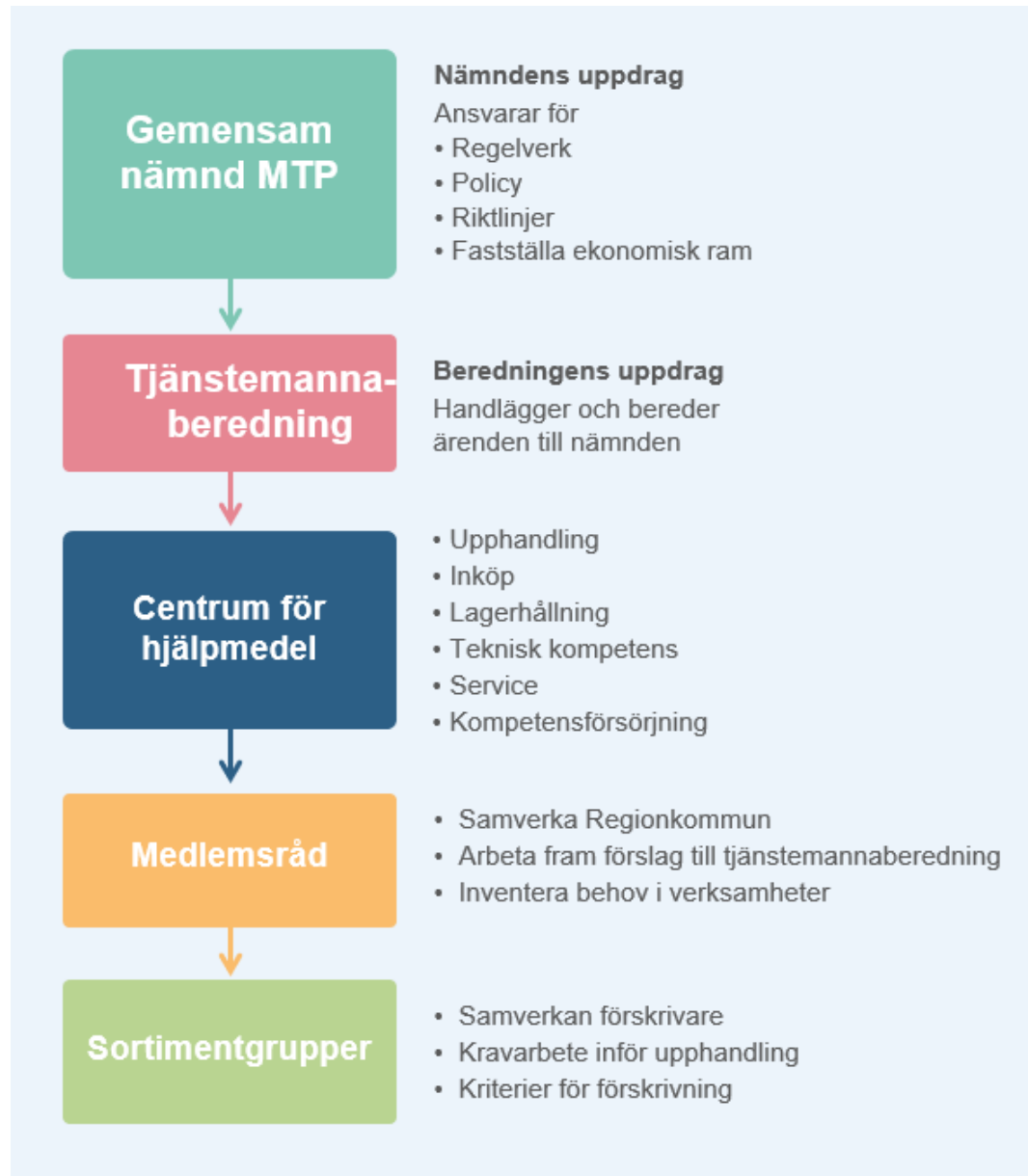
## År 2024

1. Arbete påbörjas för att i samband med nästa mandatperiod:
  - bilda en gemensam systemledning för det medicintekniska området för länets kommuner och regionen. Utgångspunkten är i första hand en gemensam nämnd. Ett annat alternativ kan vara att bilda ett kommunalförbund vilket förutsätter en uppbyggnad av en separat administrativ organisation som kan bidra till ökade kostnader.
  - ha en struktur på plats som hanterar frågor kring hur/när nya produkter ska tas in i sortimentet eller avveckling av andra produkter ska ske. I denna struktur ska även ev. pilotprojekt kunna hanteras.
  - inrätta en tjänstemannaorganisation som stöd till nämndens uppdrag
  - ha en ny samlad länsorganisation (CFH) för upphandling, distribution och teknisk service/support med tekniker på flera håll i länet och med viss lagerhållning lokalt för de produkter nämnden ansvarar för
  - har samarbetet utökats för den nära vården gällande medicinteknisk service och support mellan CFH och regionens Område medicinsk teknik
  - har ett gemensamt ledningssystem för säkerställande av kvalitet, uppföljning och kontroll införts
  - har en ny ansvarsgräns gällande personliga hjälpmedel införts
  - CFH har övergått från anslagsfinansiering till intäktsfinansiering genom leasing alt köpeavtal för verksamheterna. Detta förutsätter en ekonomisk reglering inom regionen och mellan huvudmännen
  - ett system för gemensamma avgifter för personliga hjälpmedel med ett gemensamt högkostnadsskydd är infört
2. Överenskommelse MTP omfattar även digitala hjälpmedel vilket innebär att en fördjupad utredning behöver göras kring omfattning och konsekvenser för att få en hållbar och kostnadseffektiv lösning för framtiden. I förslaget ingår även digitala hjälpmedel (välfärdsteknik) som inte lyder under gällande EU-förordning om MTP
3. Behandlingshjälpmedel, syn och hörselhjälpmedel hanteras idag inom regionen av respektive klinik men CFH skulle i framtiden med fördel kunna ha ett större ansvar för upphandling och distribution vilket innebär att en översyn behöver påbörjas under året

4. Länets kommuner och regionen har upprättat en gemensam plan för kontinuerlig kompetensutveckling/fortbildning både fysiskt och digitalt inom det medicintekniska området. Planen ska omfatta all berörd personal
5. Rehabiliteringskompetensen, arbetsterapeut och fysioterapeut, har ett gemensamt ansvar för att utveckla stöd och insatser kopplat till vårdgivaransvaret och säkerställa att MTP används korrekt
6. En tydlig process från formell till reell kompetens för att kunna hantera avancerad medicinteknisk utrustning i nära vård finns beskriven när specialistvård ges i hemmet
7. Behovet av mobila arbetssätt och ambulansorganisationens roll i möjligheten att erbjuda mer insatser och stöd gällande avancerad utrustning/vård i den nära vården är fastställd.
8. I en framtida implementeringsplan ingår även plan för uppföljning



# Förslag på organisationskiss



## Referenser, länkar och bilagor

- [Nytt medicintekniskt regelverk | SKR](#)
- Medicintekniska produkter, hjälpmedel SKR <https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/medicintekniksamordningochstod/medicinteknikaprodukterhjalpmedel.9204.html>
- Specialiserad vård i hemmet SKR [Specialiserad vård i hemmet \(skr.se\)](#)
- Samnyttjande av välfärdsteknik SKR [Samnyttjande av välfärdsteknik \(skr.se\)](#)
- Socialstyrelsens föreskrift HSLF- FS 2021:52 [HSLF-FS 2021:52 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården](#)
- Hjälpmedelsinstitutet 2013: Samverkansformer mellan kommuner och landsting på hjälpmedelsområdet [Samverkansformer mellan landsting och kommuner inom hjälpmedelsområdet \(regionorebrolan.se\)](#)
- Ansvarsfördelning medicintekniska produkter – överenskommelse Örebro län [xcv \(regionorebrolan.se\)](#)
- Kriterier för förskrivning av omvårdnadshjälpmedel för kommunerna i Örebro län [Riktlinjer för förskrivning av omvårdnadshjälpmedel \(regionorebrolan.se\)](#)
- [Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård – Överenskommelse mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län](#)
- [ViSam – Samverkansmodell för planering och informationsöverföring \(visamregionorebro.se\)](#)
- Region Örebro län: Ledningssystem för medicintekniska produkter [Ledningssystem för medicintekniska produkter \(orebroll.se\)](#)
- **Dalarna samverkansavtal**  
[Länsövergripande Överenskommelse och anvisning -Rehabilitering, habilitering inkl hjälpmedel \(regiondalarna.se\)](#)

[Kostnadsansvar - Region Dalarna](#)

[Avtal och tjänstekatalog - Region Dalarna](#)

[Hjälpmedel - Region Dalarna](#)

[Styrning, ledning och samverkan - Region Dalarna](#)

- **Västra Götaland utredning och förslag digitala hjälpmedel samt pågående hjälpmedelsverksamhet**

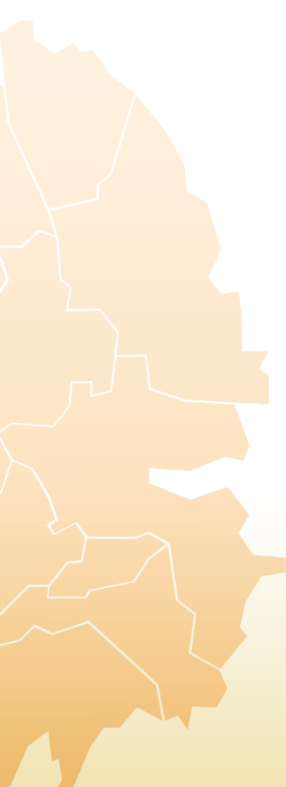
<https://www.vardsamverkan.se/pagaende-uppdrag/valfardsteknik-i-samverkan/>

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/hjalpmedel-och-lakemedelsnara-produkter/>

- **Västmanlands modell för kostnadsansvar**

[Kostnadsansvar - Region Västmanland \(regionvastmanland.se\)](https://regionvastmanland.se/kostnadsansvar)

- [Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation \(2022:913\) Lag \(2022:913\) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)
- Bilaga 1 Utredningens organisation och arbetssätt
- Bilaga 2 Definition av vårdnivåer
- Bilaga 3 Prioriteringsnivåer enligt modell från Region Dalarna
- Bilaga 4 Nulägesbeskrivning MAS/MAR Örebro 2023-02-08
- Bilaga 5 Hjälpmedlets livscykel
- Bilaga 6 Olika organisationsformer inom hjälpmedelsområdet



# Bilagor

## Bilaga 1 Utredningens organisation och arbetsätt

*Uppdragsägare:* Ingmar Ångman, områdeschef välfärd och folkhälsa, regional utveckling

*Styrgrupp:* Styrgruppen för ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet

*Projektledare:* Malin Duckert Ek, välfärd och folkhälsa, regional utveckling

*Uppdragsledare:* Charlotte Dahlbom och Ewa Slätmo

*Arbetsgrupp:* Kommunerna: Erica Gunnarsson MAR Örebro, Gunilla Andersson MAS Ljusnarsberg, Jaana Carlsson MAS Degerfors, Therese Börjesson MAR Kumla.

*Regionen:* Carola Fahlström områdessamordnare spec vård, Elisabet Höijer dsk Skebäck VC, Ulrika Karlgren områdessamordnare Område nära vård, Katrina Semb bitr verksamhetschef PV söder, Sofie Säterlid sjuksköterska Freja VC, Michael Söderlind verksamhetschef CFH

Uppdragsledarna har organiserat arbetet och tagit del av nuvarande samverkansavtal och ansvarsfördelning gällande MTP för Örebro län. Detsamma gäller dokumentation som t ex lagar, författningar och föreskrifter som styr området runt MTP.

Uppdragsledarna har besökt olika grupperingar inom samverkan och ledningsgrupper inom kommunerna och regionen för att delge information om uppdraget samt samla in olika perspektiv på ämnet om MTP.

För att uppnå delaktighet i arbetet och bidra med kompetens från olika verksamheter har en arbetsgrupp med representanter från kommunerna och regionen bildats. Arbetsgruppen har träffats under ledning av uppdagsledarna ungefär en gång/månad. Dessa möten har varit operativa arbetsmöten med olika former av workshops innehållande moment som t ex SWOT-analys.

Arbetet med att processa fram utredningens förslag har även genomförts via workshop med arbetsgrupp, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) i länet samt representanter för specialiserad vård och nära vård inom regionen. Arbetsgruppen har sedan arbetat med att sammanställa och systematisera resultatet av workshopen. En förhandsremiss på tjänstemannanivå ska under februari skickas ut till chefsgruppen och MAS/MAR i länet och därefter har en uppföljande dialogkonferens genomförts med representanter som beskrivits ovan. Därefter har förslagen till inriktningsbeslut presenterats för styrgrupp inför remisskonferensen i slutet av mars. Förslaget kommer därefter att behandlas i sedvanlig ordning av kommunerna och regionen.

Omvärldsanalys har bedrivits av uppdagsledarna och arbetsgruppen genom att ta del av andra läns lösningar via hemsidor och digitala möten med företrädare för olika län samt fysiskt studiebesök i Region Dalarna.

Uppdragsledarna har haft ett antal avstämningsmöten med uppdagsägaren områdeschef Ingmar Ångman och projektledaren för “*Överenskommelsen för vård i hemmet*” Malin Duckert-Ek. Dessutom har avrapportering skett till Styrgruppen för överenskommelsearbetet, Chefsgruppen för samverkan inom Välfärd och folkhälsa samt Specifika samverkansrådet.

## Bilaga 2 Definition av vårdnivåer

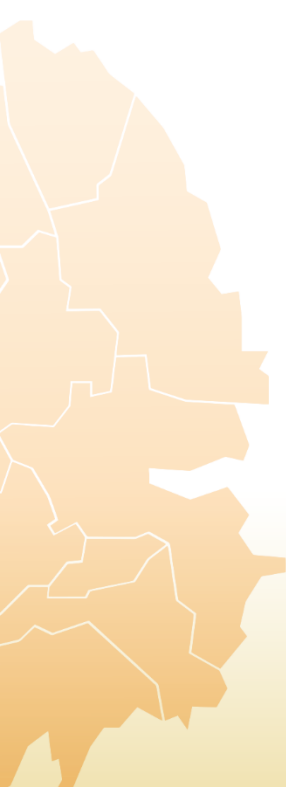
(Specialiserad vård i hemmet SKR stödmaterial juni 2022)

**Primärvård** – Vårdnivå för hälso- och sjukvårdstjänster för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Såväl regioner som kommuner är huvudmän. Efter en ändring i HSL 2021 definieras primärvårdens uppdrag som att svara för behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Kommuner och regioner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, och samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården (2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL).

I förarbetena framhålls att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att den delen av hälso- och sjukvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård (prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 116).

**Specialiserad vård** – Vårdnivå för hälso- och sjukvårdstjänster som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård. Regionen är huvudman. Kommunens personal kan i begränsad utsträckning medverka i utförandet.

**Egenvård** – Egenvård är hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan göra själv eller med hjälp av någon annan till exempel en närstående, en personlig assistent eller personal på ett HVB-hem eller annat boende. Egenvården är inte hälso- och sjukvård och omfattas inte av HSL. Bedömning, planering och uppföljning är däremot hälso- och sjukvård.





## Bilaga 3 Prioriteringsnivåer som stöd vid behovsbedömning inom Dalarnas län

### Prioriteringsnivåer som stöd vid behovsbedömning inom Dalarnas län

#### Att beakta inom vart och ett av Hjälpmiddelsverksamhetens områden

**Prioriteringsnivå 1** – Livsuppehållande insatser och insatser vid allvarlig, eller risk för allvarlig nedsättning av kroppsfunktioner - exempelvis andning, cirkulation, urinavledning.

Insatser för att kunna ta emot och förmedla grundläggande budskap – exempelvis som att påkalla uppmärksamhet

**Prioriteringsnivå 2** – Insatser som möjliggör dagliga aktiviteter - som personlig vård, förflyttning och vardagskommunikation i hemmet. Insatser som ger barn förutsättningar att utvecklas genom lek och trygghet

**Prioriteringsnivå 3** – Insatser som möjliggör vardagsaktiviteter – som att utföra ärenden, utveckla ett självständigt och aktivt liv i relation till sin omgivning

**Prioriteringsnivå 4** – Insatser för fritt valda aktiviteter – som att vistas i fritidsboende, utöva sport och andra fritidsaktiviteter som kräver specialutrustning. De behov som finns inom prioriteringsnivå 4 ligger utöver de som i allmänhet behövs för att uppnå hälsa och undvika ohälsa. Därför ska insatser inom denna nivå anses som egenansvar. Undantagsvis kan förskrivning ske även inom denna nivå om den individuella behovsbedömningen ger stöd för detta

## Bilaga 4 Nulägesbeskrivning Örebro MAS/MAR 2023-05-03

Det saknas idag en gemensam vägledning för hur förändringar av större betydelse ska bedömas och prioriteras samt vem som ska fatta beslut om produktval. Det kan handla om att ersätta en produkt eller komplettera sortimentet, vilket leder till att varje vårdgivare fattar beslut om detta och kan leda till en ojämlig vård.

Mycket har förändrats sedan man skrev överenskommelsen kring medicintekniska produkter och skatteväxlade. En viktig del är att kraven kring medicintekniska produkter skärpts upp enligt EU-lagstiftningen Medical Device Regulation (MDR och IVDR).

Kommunerna har svårt att leva upp till kraven idag.

Kraven handlar bland annat om:

- lagstiftningen MDR innebär ett tydligare ansvar för att vara distributör av MTP
- Förordningen ställer krav på att alla distributörer ska ha en namngivna person utsedd till rollen som PRRC- regulatorisk kompetens. Idag är alla kommuner och regionen distributörer men kommunerna har inga namngivna PRRC.
- Den namngivna personen har då ett formellt ansvar att se till att distributören uppfyller de formella kraven som:
  - o Att ha ett ledningssystem för MTP inklusive ett register för registrering av MTP för spårbarhet
  - o Att ha en organisation för förebyggande underhåll, modell för riskbedömningar och ställningstagande av avsteg från rekommenderad livslängd på produkten.

### Övergripande

1. Invånare har svårt att förstå skillnad mellan olika medicintekniska produkter personliga hjälpmedel och omvårdnadshjälpmedel och Det uppstår ofta oklarheter vart patienten ska vända sig, bollas för ofta vidare.
2. Önskvärt att Sårbehandlingsprodukter och förbandsmaterial i kommunerna och Region Örebro län beskrivs och hanteras som en egen grupp och beskrivas i separat dokument.
3. Länet har ingen samordning gällande Tekniska lösningar (välfärdsteknik) som kan underlätta vård och omsorg (gäller inte personligt förskrivna hjälpmedel) - viktig framtidsfråga. Kan skapa viss oklarhet om man skriver med dessa produkter som en egen grupp i medicintekniska produkter då inte alla produkter är det. Kanske skulle behöva beskrivas separat.
4. Det finns även andra produkter som förskrivs till patienten i öppenvård där det i vissa fall kan finnas en osäkerhet vad gäller kostnadsansvaret, bland annat preparat som ligger utanför högkostnadsskyddet men som Region Örebro län ändå subventionerar. För ytterligare information, se bilaga 1. Skapar otydlighet i dokumentet

### Undersökningsutrustning

1. När det gäller undersökningsundersökning finns inga gemensamma beslut på vilka produkter varje vårdgivare ska ha som grundutrustning. Vissa produkter kanske man skulle kunna ha gemensamt mellan vårdcentral och kommuner.
2. Det finns idag ingen gemensam upphandling eller service. Kommunerna har inte tillgång till teknisk service till dessa produkter idag.
3. Medicinteknik på regionen finns idag och är en fungerande verksamhet, men servar endast regionens produkter.
4. produktval när det gäller dessa produkter och sortimentet ser olika ut i varje kommun, beroende på ekonomi och kompetens, vad de ska ha för en grundutrustning vilket leder till en ojämn vård.
5. För att kunna som läkare ska kunna ordinera olika bedömningar och undersökningar av ssk behöver de ha kännedom om vilka produkter som finns i primärvården, vilket gör att det krävs en samsyn kring undersökningsutrustning.
6. Det finns brister i kunskap gällande handhavande och service av medicinsktekniskutrustning

### Omvårdnadshjälpmedel

1. Idag råder oklarheter lokalt i kommunerna vem som ska stå för kostnaden för omvårdnadshjälpmedel som behövs i skolan.
2. Idag är kunskap och kännedom för förskrivare om madrasser bristfällig och det är svårt att förstå när det är uppdelat hos två huvudmän. Att madrasser som förskrivs till patient som en behandling borde ligga hos samma huvudman.
3. Idag uppstår det ofta diskussioner när ett barn behöver ett omvårdnadshjälpmedel. Det skapar ett svårt gränssnitt då kommunerna ska ha ansvar för vissa hjälpmedel för barn när de inte har något hälso- och sjukvårdsansvar för barnen.
4. Alla kommuner (undantag, en kommun har egen upphandling) har en gemensam upphandling. Örebro kommun sköter upphandlingen tillsammans med representanter från övriga kommuner. Dessa upphandlingar är relativt resurskrävande då alla parter ska vara delaktiga.
5. Tillgång till, kvalitén på och ålder på omvårdnadshjälpmedel ser olika ut i respektive kommun vilket ibland kan vara en patientsäkerhetsrisk. Varje kommun väljer sitt egna sortiment.
6. Man tolkar kriterier olika i kommunerna vilket leder till en ojämlig vård, man kan i en kommun få ett hjälpmedel som man inte kan få i en annan.
7. Varje kommun har egna tekniker/vaktmästare. Kompetens ser olika ut och man har ofta inga kollegor att bolla tekniska problem med och det är en sårbarhet att man är ett fåtal i respektive kommun.
8. Det saknas idag riktlinjer/rutiner för hur förändringar av större betydelse ska beredas och beslutas, ex när det kommer nya medicintekniska produkter som inte finns tidigare kommer ut på marknaden. När man inte vet om det ett omvårdnadshjälpmedel eller ett personligt hjälpmedel hamnar ofta produkten i en gråzon och invånaren får inte tillgång till produkten.

**Behandlingshjälpmedel**

1. Dokument kring behandlingshjälpmedel är inte heltäckande idag.
2. Behandlande madrasser ingår i den här grupperingen idag vilket gör att kunskapen har varit bristande om hur man ska hantera dessa, att de är förskrivningsbara och brister i kunskap kring förskrivningsprocessen. Detta borde vara ett personligt förskrivet hjälpmedel och ligga inom det området.
3. Oklart om dessa produkter förskrivs som ett personligt hjälpmedel och det medför brister i förskrivningsprocessen.
4. När det gäller behandlingshjälpmedel så är det regionens ansvar, men när det gäller prefabricerade hand och handledsortoser och kompressionshandskar beskrivs det inte alls. Vilket har skapat ett tolkningsutrymme. För patienter på primärvårdsnivå faller kostnad på kommunerna utan att det finns en överenskommelse för det. Det beror på att arbetsterapeuterna är anställda i kommunen men utför sin behandling i sitt primärvårdsuppdrag. Sortiment och kostnader för patienterna ser olika ut i kommunerna. Finns ingen upphandling för dessa.
5. Hantering av behandlingshjälpmedel ser olika ut idag, ibland finns de på kliniker och ibland hanteras dessa hos CFH. En förflyttning av hantering har redan påbörjats och CFH har tagit över flera grupper då kliniker har svårt att leva upp till MDR.
6. Det finns ingen gemensam styrning inom regionen hur behandlingshjälpmedel ska hanteras och därför sker hanteringen väldigt olika ut idag.

**Personliga hjälpmedel för det dagliga livet (individuellt utprovade hjälpmedel)**

1. Hög kunskap i upphandling, har ett fungerande samarbete med andra regioner med gemensamma upphandlingar- Styrka att det är kostnadseffektivt och resurseffektiv.
2. Hög service och teknisk kunskap och erfarenhet
3. Kriterier för förskrivning och ”klassning” av vissa produkter behöver ses över, Epilepsilarm (EPlarm) att den som gör bedömning av behov och ska följa en behandling ska också vara den som förskriver en produkt (EP larm).
4. Det saknas formell (ekonomisk) makt för kommunerna att prioritera och påverka vilka personliga hjälpmedel som ska ingå i sortimentet. Beslut som fattas inom regionen ang sortiment eller kriterier för förskrivning kan påverka och ge kommunen ökade kostnader. Förskjutning av kostnader.
5. Dagens anslagsfinansiering av personliga hjälpmedel skapar svårigheter att erbjuda efterfrågade produkter, fler produkter samt vilka tjänster som ska erbjudas. Behoven identifieras hos de som är nära patienterna det finns ingen möjlighet att påverka val/ begränsar möjlighet att välja den bästa produkten.

Finns inga incitament för att ha vara medveten om kostnader och motivering till att följa upp förskrivningar.

6. Det saknas idag riktlinjer/rutiner för hur förändringar av större betydelse ska beredas och beslutas, ex när det kommer nya medicintekniska produkter som inte finns tidigare kommer ut på marknaden. När man inte vet om det ett omvårdnadshjälpmedel eller ett personligt hjälpmedel hamnar ofta produkten i en gråzon och invånaren får inte tillgång till produkten.

Hanna Schwager, MAR  
[hanna.schwager@orebro.se](mailto:hanna.schwager@orebro.se)

Erica Gunnarsson, MAR  
[erica.gunnarsson@orebro.se](mailto:erica.gunnarsson@orebro.se)

Cecilia Lundberg, MAS  
[cecilia.lundberg@orebro.se](mailto:cecilia.lundberg@orebro.se)

Susanne Blom, MAS  
[susanne.blom@orebro.se](mailto:susanne.blom@orebro.se)

Pernilla Larsson, MAS  
[Pernilla.larsson@orebro.se](mailto:Pernilla.larsson@orebro.se)



## Bilaga 5 Hjälpmedlets livscykel 2023-02-28

Michael Söderlind, verksamhetschef Centrum för hjälpmedel  
Therese Börjesson, MAR Kumla kommun

### Inledning

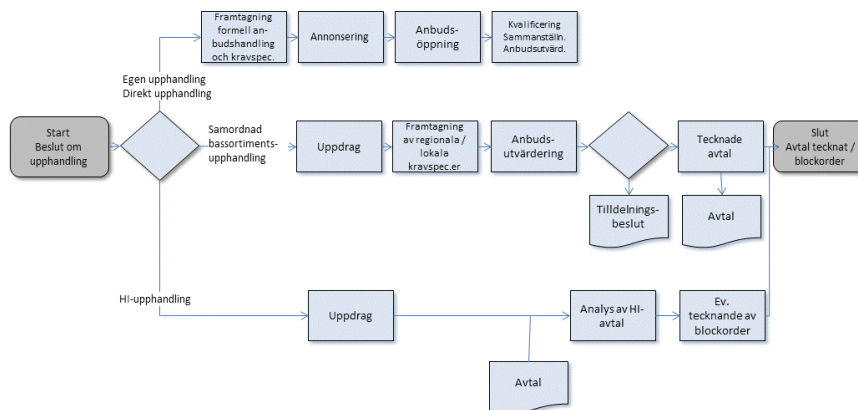
Dokumentet beskriver livscykeln för en medicinteknisk produkt (MTP) från upphandling till utrangering.

Örebro län har en uppdelning av ansvaret gällande MTP. För hjälpmedel innebär det att kommunerna ansvarar för omvårdnadshjälpmedel och Regionen ansvarar för personliga hjälpmedel.

Dessa olika typer av hjälpmedel har samma behov av hantering. De behöver till exempel, upphandlas, administreras, avropas, förskrivs, godsmottas, rekonditioneras och lagerhållas.

För att belysa detta beskrivs varje moment kortfattat nedan i ett nuläge och vad vinsterna skulle vara om länets kommuner och Regionen gör detta tillsammans för både omvårdnadshjälpmedel och personliga hjälpmedel.

### Upphandling och hantering av avtal



## 2.2 Upphandling (Marknadsundersökning, Kravspecifikationsarbete, annonsering och utvärdering)

### Nuläge för länets kommuner

Omvårdnadshjälpmedel omfattar sex produktområden och upphandlas i en och samma upphandling. De produktområden som upphandlas är:

Sängar, Madrasser, Selar, Lyftar, Hygienstolar och Förflyttningshjälpmedel.

För att genomföra detta krävs en ansvarig upphandlare och resurser med kännedom om produkterna som kan uttrycka behovet. I pågående upphandling deltar 30 personer från länets kommuner på ett eller annat sätt. Att kartlägga tidsåtgången har i detta läge inte varit möjligt.

#### *Möjlig samverkansvinst*

Regionen samarbetar inom 7-klövern kring upphandling av hjälpmedel på 30 olika hjälpmedelsområden, inklusive de områden som kommunerna i Örebro län upphandlar idag. Det finns en väl utarbetad process med roller och ansvar. I praktiken innebär det att Örebro är värdlän för tre av dessa upphandlingar. De andra upphandlingarna ansvarar andra län för att bistå med upphandlare. Därefter bemannas grupperna med kompetens kring produkterna från olika län. Alla behöver inte delta på allt vilket gör att det finns en stor besparing av resurser. Det som är viktigt är att etablera sortimentsgrupper för att fånga Örebros behov och det finns idag utarbetade arbetssätt via sortimentsgrupper för de personliga hjälpmedlen där förskrivare får chansen att uttrycka synpunkter kring sortimentet. Sortimentsgrupp träffas två gånger per termin består av ca 5 personer från olika delar av Örebro län.

## **2.3 Urval av produkter**

#### *Nuläge för länets kommuner*

Idag gör respektive kommun ett eget urval av vilka produkter i avtalet som ska finnas tillgängliga i kommunen att förskrivas. Det är ett arbete som sker i varje kommun och det finns risk att det leder till olika sortiment i de olika kommunerna och därmed risk för ojämlig tillgång till hjälpmedel sett till länet.

#### *Möjlig samverkansvinst*

Om urvalet görs av en gemensam sortimentsgrupp för hela länet, istället för i varje enskild kommun kan tid sparas. Länetns invånare får tillgång till ett jämnt och gemensamt sortiment.

## **2.4 Administration av artiklar i beställningssystem (Registrering av artiklar på avtal)**

#### *Nuläge för länets kommuner*

Respektive kommun registrerar utvalda artiklar i sina system manuellt vilket är ett stort arbete och kräver noggrannhet och kompetens.

#### *Möjlig samverkansvinst*

I nuläget används Sesam av Regionen och av Örebro kommun, men som två helt separata system utan sammankoppling.

Om alla kommuner och regioner använder ett och samma system (Sesam), behöver förändringar av sortiment i samband med nytt avtal endast registreras i ett system, istället för ett i varje kommun.

Detta kan utföras av resurser som är specialiserade på arbetsuppgiften.

Sesam har en integration till den nationella Hjälpmedelstjänsten som gör att artikelinformation kan importeras till Sesam, vilket gör att man inte behöver skriva in uppgifter om nya artiklar manuellt.

Här är kvalitets och tidsvinsterna mycket stora.

## 2.5 Utbildning till förskrivare på produkter

### *Nuläge för länets kommuner*

Respektive kommun ansvarar för att utbilda sin förskrivare på det nya sortimentet. Det är alltså tolv olika utbildare som ska förbereda olika utbildningar. Även om leverantören involveras så är det ett jobb att planera.

### *Möjlig samverkansvinst*

Genom att ha en gemensam utbildningsorganisation kan de sortimentsansvariga som är djupa på området utbilda mycket och bli bättre på just den uppgiften och genomföra samma utbildning för flera grupper med deltagare.

## 2.6 Avvikelser mot avtal

### *Nuläge för länets kommuner*

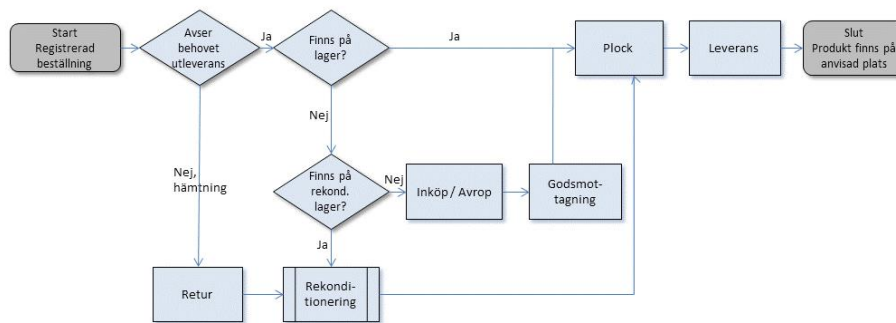
Idag sker identifiering och dokumentation kring dessa avvikelser på olika sätt och nivåer. Framförallt saknas det ett samlat sätt att samla och kommunicera dessa avvikelser.

### *Möjlig samverkansvinst*

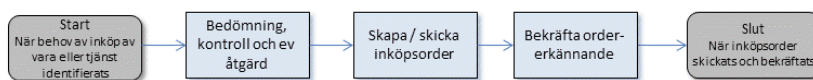
Genom att hantera avvikelser gemensamt och tillsammans med 7-klövern så ger det ett stort tryck på leverantörerna. 7-klövern har ett gemensamt system för rapportering av avvikelser på produkterna. Eftersom 7-klövern redan upphandlar dessa områden så registreras redan avvikelser och att fyllas på med vårt läns avvikelser gör det ännu starkare.

Praktisk hantering av MTP





### 3.1 Inköp/avrop av artiklar från avtal



#### Nuläge för länets kommuner

Respektive kommun analyserar sitt behov och köper in det som behövs. Eftersom denna arbetsuppgift varierar i omfattning hos respektive kommun så är det antagligen en arbetsuppgift som ska utföras bland många andra.

#### Möjlig samverkansvinst

Att göra detta gemensamt och ihop med de personliga hjälpmedlen gör att det finns stordriftsfördelar. De som jobbar med inköpen av de personliga hjälpmedlen har stora kunskaper om inköpsprocessen och skulle kunna överföra dem till att köpa även omvårdnadshjälpmedel. Sesam har också bra funktionalitet för att stödja inköpen och automatisera lagerpåfyllnad nära förskrivaren. Att samordna inköpen till en och samma huvudman leder till bättre priser. En annan stor fördel är att många inköp kan undvikas eftersom en retur av ett hjälpmedel från en kommun kan återanvändas i en annan kommun. Detta är idag inte möjligt eftersom varje kommun endast har möjlighet att cirkulera returer som kommer från den egna kommunens invånare alternativt köpa in ett nytt hjälpmedel.

### 3.2 Ordererkännande (kontrollera att inköp levereras i tid enligt avtal)

#### Nuläge för länets kommuner

Eftersom varje kommun köper in själva kommer också ordererkännandena till respektive kommun för hantering. Dessa ska stämmas av mot inköpet för att se att produkterna kommer på utsatt tid. Möjligheterna till systemstöd för detta är säkert olika i kommunerna eftersom det är olika system som används. En avvikelse mot utsatt leveranstid behöver följas upp gentemot leverantör och vite ska utgå i vissa lägen. (Therese fyll gärna på om hur det fungerar i kommunerna eller i alla fall i Kumla)

*Möjlig samverkansvinst*

En sammanhållen administration i Sesam kring hantering av ordererkännanden gör att systemstödet skulle vara bra. De som jobbar med dialog med leverantörer kring avvikelser på leveranstider kring de personliga hjälpmedlen har stor erfarenhet av det och skulle kunna hantera även omvårdnadshjälpmedel på samma vis. Det finns stöd för att ställa ut vite till leverantörerna vid behov och bra rapporter som underlag för detta. I Sesam har det utvecklats en EDI-lösning (elektronisk handel) som möjliggör att dessa ordererkännanden inte längre behöver registreras manuellt och fokus för de som jobbar med området blir att jobba med problemen och inte det som stämmer.

**3.3 Lagerhållning***Nuläge för länets kommuner*

Idag har respektive kommun sina egna lokaler, resurser och kompetens för att lagerföra sina omvårdnadshjälpmedel.

*Möjlig samverkansvinst*

Genom att samordna ett lager så finns det vinster i att det inte blir så sårbart eftersom det är många resurser som kan täcka för varandra vid behov. Det finns större möjligheter till ett ändamålsenligt lager och att bygga kompetens kring logistikprocessen.

**3.4 Förskrivning/Beställning***Nuläge för länets kommuner*

Idag förskrivs personliga hjälpmedel i webSesam och omvårdnadshjälpmedel på olika sätt enligt respektive kommuns rutin. Det leder till att förskrivare behöver känna till detta och lära sig två olika rutiner för nästan samma sak. Beroende på vilken typ av rutin som kommunen har för sin förskrivning så finns olika möjligheter till att fylla lagkravet kring spårbarheten. Eftersom förskrivningen sker i olika system så saknas möjligheten till en gemensam bild över patientens hjälpmedel.

*Möjlig samverkansvinst*

Genom att ha ett gemensamt system för förskrivning av hjälpmedel oavsett om det är personliga- eller omvårdnadshjälpmedel behöver förskrivaren bara lära sig ett system. Då finns det också en samlad bild över patientens hjälpmedel.

**3.5 Statistik**

Gemensam uppföljning av kostnader, förskrivningsmönster med mera.

*Nuläge för länets kommuner*

Eftersom uppgifterna finns i olika system med olika möjligheter för tillgång till utdata så skiljer det sig. Möjligheter till att jämföra statistik begränsas också av att det i de olika kommunerna krävs att varje organisation har någon som behärskar att ta fram informationen. Att enas om vilka mått som skall användas är också ett arbete som kräver sin resurs.

#### *Möjlig samverkansvinst*

Användning av samma system möjliggör gemensam men också uppdelad statistik. Det möjliggör också jämförelser nationellt. Idag frågar Socialstyrelsen efter information om förskrivningsmönster för hjälpmedel och att göra detta gemensamt underlättar för alla parter. Att bygga kompetens kring utdata är väldigt dyrt eftersom resursen som gör det behöver dels teknisk kompetens men också en verksamhetskänedom. Att göra detta tillsammans sparar mycket tid. Centrum för hjälpmedel har idag uppbyggd kompetens och standardiserade rapporter som enkelt skulle kunna föras över på omvårdnadshjälpmedel.

### **Systemkostnader**

#### *Nuläge för länets kommuner*

Det ser idag olika ut vilka system som kommunerna har för att förskriva omvårdnadshjälpmedel. En del kostar extra och en del finns som en del av andra system, till exempel journalsystemet. Ett exempel inom länet är att Örebro kommun använder samma system (Sesam) som Regionen. Det kostar 400 000:-/år.

#### *Möjlig samverkansvinst*

Som det ser ut idag skulle alla omvårdnadshjälpmedel kunna hanteras via Regionens Sesam-system utan att det skulle kosta mer pengar i form av licenser. Det ska läggas till att Visma som säljer systemet Sesam håller på och se över sin licensmodell och den kostnadsminskning vi ser just nu kommer påverkas. Det vi vet oavsett kostnad för system så minskas arbetsinsatsen genom att sköta administrationen en gång istället för att var och en gör det.



## Bilaga 6 Olika organisations- och samverkansformer inom hjälpmedelsområdet 2023-03-20

Författat av Anne-Christine Ahl, Leg sjuksköterska Master of Medical Science. Fd hjälpmedelschef i Västmanland på uppdrag av Michael Söderlind, verksamhetschef Centrum för hjälpmedel Region Örebro län

### Sammanfattning

Den del av det medicintekniska området som benämns som hjälpmedel är omgivet av ett komplicerat regelverk och karakteriseras av snabb förändring. Hjälpmedel är väsentliga för att den enskilde ska klara det dagliga livet, sin egenvård liksom för basal och avancerad hemsjukvård. Hjälpmedel är vitala för en acceptabel arbetsmiljö i både hem och särskilt boende.

Av denna rapport kan konstateras att samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen möjliggör att kostnadseffektivt bedriva hjälpmedelsverksamheten. Det är tydligt att olika samverkansformer ger förutsättningar i varierande grad, för att uppnå samverkan med ett samhällsperspektiv där många perspektiv beaktas samtidigt. Det är också tydligt att samverkan är svårt, resurskrävande och kräver att individens behov sätts i fokus. Ledarskapets betydelse kan inte nog betonas. Det finns ett flertal risker för att:

- gråzoner uppstår,
- bristande kunskap om att hjälpmedel är kostnadseffektivt i ett samhällsperspektiv
- ekonomiska överväganden i en budget, får en alltför dominerande roll och att kostnader inte ses i sitt helhetsperspektiv,
- konflikter mellan huvudmännen kring ansvarsgränser och detaljerad styrning, utan reellt samarbete, lätt kan uppkomma.

Det är väsentligt att den gemensamma styrformen tar höjd för och möjliggör samverkan med ett helikopterperspektiv som med ett samhällsperspektiv ser över huvudmännens organisations- och budgetgränser för att hantera de skattemedel som huvudmännen förvaltar på det mest effektiva sättet.

Kommunalförbund är ett sätt att samordna hjälpmedelsförsörjningen. I denna samverkansform minskar dock huvudmännens reella inflytande. Det finns erfarenheter efter reformer med skatteväxlingar som medfört att alla parter känt sig förfördelade. En viktig del för ett framgångsrikt samarbete är att alla huvudmän har samma inflytande på regelverk och drift och således kan hantera hjälpmedelsförsörjningen med ett befolkningsperspektiv och inte ur ett ensidigt huvudmannaperspektiv.

De gemensamma nämnderna lyfts fram som en framgångsrik organisationsform i flera utredningar. Detta stärks av erfarenheterna från de gemensamma nämnder som hanterar befolkningens hjälpmedelsbehov. Att varje samverkande part har en direkt påverkan över nämndens löpande verksamhet och behåller huvudmannaskapet för de frågor som överlämnats har betydelse. Samverkansformen möjliggör en god

samverkan på tjänstepersonsnivå och lyfter frågorna till ett övergripande perspektiv vilket är nödvändigt för att följa både vårdutvecklingen och utvecklingen i det medicintekniska området.

### **Hjälpmedelsområdet**

I takt med att befolkningen ökar och allt fler blir äldre kan också samsjuklighet av olika slag också förväntas öka. Samtidigt effektiviseras sjukvården bl.a. i den nära vårdutvecklingen och vården kommer allt oftare ske i hemmet med egenvård, hemsjukvård och avancerad hemsjukvård. Allt detta bidrar till ett ökat behov av hjälpmedel. Hjälpmedel kan förbättra livskvaliteten för personer med funktionsnedsättning på många sätt och är en viktig del i behandling, rehabilitering och habilitering.

Det finns ett antal studier av hjälpmedelsområdet från ett samhällsekonomiskt eller hälsoekonomiskt perspektiv som sammantaget visar att hjälpmedel är en relativt billig insats som samtidigt medför samhällsekonomiska besparingar. En genomgång av ett flertal samhällsekonomiska studier kring effekter av hjälpmedel som förskrivs via region eller kommun tyder på att hjälpmedel är lönsamma såväl för samhället i stort som för stat, kommun och region. Hjälpmedlen bidrar till ökad livskvalitet för hjälpmedelsanvändarna och deras närstående samt lägre kostnader för samhället till följd av minskade behov av hälso- och sjukvård samt omsorg.

Kommunernas ansvar för hjälpmedel har ökat efter hemsjukvårdsövergången. För hjälpmedel inom hjälpmedelscentralens verksamhetsområde är det vanligare att kommuner förskriver mer hjälpmedel än regionen. Stora variationer förekommer dock och det finns skillnader i förskrivningsmönster både mellan huvudmännen, inom regionerna, och mellan dessa. När det gäller förskrivning till dem som är 65 år eller äldre är det kommunen som förskriver flest hjälpmedel.

### **Organisationsformer och samverkan**

Hjälpmedelscentraler är oftast organiserade inom regionen. Det förekommer att de drivs gemensamt av huvudmännen i ett län. Hjälpmedelscentralers verksamhet kan också bedrivas på entreprenad där en sjukvårdshuvudman ensam, eller tillsammans med andra, upphandlar verksamheten. Samverkansformer som förekommer mellan region och kommuner är gemensam nämnd, kommunalförbund och samverkansavtal.

Samverkan i en gemensam nämnd innebär oftast ett gemensamt regelverk för hjälpmedel i hela länet, gemensam upphandling och gemensamt hjälpmedelssortiment. Nämnderna har också uppföljningsansvar och beslutar om riktlinjer och regler. Gemensam nämnd där både region och kommun ingår finns i sju län.

Samverkansformerna kommunalförbund och samverkansavtal kan innebära att det finns ett gemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning. Det finns också län där några kommuner valt att avstå från samverkan. Enligt Socialstyrelsens kartläggning Hjälpmedel i kommuner och region finns en läns-gemensam samverkansgrupp för hjälpmedelsområdet i fem län. Tre län anger att de har en hjälpmedelskommitté. I dessa grupper samverkar regionen och representanter från regionförbunden eller kommunalförbunden i hjälpmedelsfrågor. De arbetar bl.a. för att ge patienterna en samordnad, kvalitetssäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsprocess. Nästan alla region och kommuner har gemensamma övergripande regler som styr hjälpmedelsverksamheten. I fyra län har dock region och kommuner olika regler.

Både från användar- och ett samhällsperspektiv är det viktigt att vård bedrivs effektivt. Samordning av insatser mellan huvudmän samt mellan en organisationers olika delar kan initialt och lokalt uppfattas som olönsamt. Sett till hela samhällsekonomin blir det mer resurseffektivt med samverkan. Det är uppenbart att det finns fortsatta brister när det gäller samordning och kontinuitet i vården. Problemen drabbar alla åldersgrupper, men är särskilt påtagliga för de mest sjuka äldre och för personer med psykisk funktionsnedsättning. Den enskilde behöver ofta vara sin egen koordinator i vården och omsorgen. Det innebär i praktiken att många anhöriga får ta ett stort ansvar. Frågan om hjälpmedel har dessvärre inte tagit stor plats i de utvärderingar som gjorts efter Ädelreformen. I sammanhanget noteras att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen på de flesta håll är densamma som ansågs vara den mest fördelaktiga när Ädel- och handikappreformerna genomfördes. Likväl har brister uppmärksammats vad gäller just rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Det är vanligt med samverkan mellan region och kommun och mellan kommuner vad gäller tillhandahållandet av hjälpmedel. Det tycks dock som att graden av samarbete över huvudmannagränserna varierar. För de flesta kommuner finns det fördelar med att samverka och göra överenskommelser inom regionen.

Gemensam nämnd har fördelen att man tagit ett samlat ansvar för ansvarsfördelningen på ledningsnivå. Därmed kan många tvister undvikas. Samverkan kring upphandling, lagerhållning och annan logistik fungerar effektivt. Det avgörande torde dock inte vara just de gemensamma

nämnderna utan att man har tagit ett samlat ansvar för ansvarsfördelningen och ekonomin på politisk ledningsnivå.

De flesta kommuner har tagit över ansvaret för hemsjukvården. Samtidigt har vårdtiden i slutenvård minskat avsevärt. Detta medför att allt mer avancerad sjukvård sker i kommunerna, i hemmet (ordinärt boende) eller på särskilt boende. Eftersom det i regel är regionen som ansvarar för förskrivning och utprovning av hjälpmedel som kräver hälso- och sjukvårdens specialistkompetens, finns stora behov att reglera ansvaret i konkreta situationer mellan region och kommuner. Det kan handla om reparationer, återlämning, reservdelar, avgifter, rådgivning, utrustning i LSS-boenden och äldreboenden, hjälpmedel som används av personal osv. Regelverken kan bli omfattande, svåröverskådliga och oklara, vilket IVO påpekat i sin tillsyn. Det är dock nödvändigt med ett detaljerat regelverk, eftersom det finns uppenbara risker för patientsäkerheten om det är oklart vem som har ansvaret för att ett hjälpmedel är på plats när en patient kommer hem från sjukhuset.

Hjälpmiddelsutredningens (SOU 2017:43) utgångspunkt är att vården och omsorgen inklusive hjälpmedel, habilitering och rehabilitering bör organiseras på ett sätt som passar patienternas/brukarnas behov. Många avtal på hjälpmedelsområdet kretsar kring ansvarsfördelning, vem som betalar vad och hur alla produkter hanteras i olika skeden av förskrivningsprocessen. Samverkan handlar emellertid inte bara om ansvarsgränser. Det går inte att komma tillrätta med samordningsproblem genom att enbart lägga fokus på ansvarsgränser eller skapa nya sådana. Resultatet blir att hjälpmedelsanvändare (och anhöriga) många gånger själva får koordinera sina insatser och detta i ett system som kan vara krångligt och oförutsägbart. Att komma till rätta med sådana brister kräver ett annat sätt att arbeta och förhålla sig till användarna. Det måste finnas kontinuitet i kontakten med vården, en fungerande samordning mellan insatserna och god uppföljning. Någon måste knyta samman insatserna, där hjälpmedel utgör en integrerad del. Detta förutsätter ett teambaserat arbetssätt över huvudmannagränserna. Det finns farhågor för att det delade ansvaret för hjälpmedel leder till parallella organisationer och därmed till ineffektivitet och ökade kostnader. De avtal som studerats av utredningen förefaller dock inte leda till parallella organisationer. I något län finns emellertid hjälpmedelscentraler i både kommuner och region. Hjälpmiddelsutredningen noterar att det finns många regler om samverkan mellan huvudmännen, både på individnivå och på ett övergripande plan. Likväl finns det brister i samordningen.

### **Samordningsproblemen är inget nytt fenomen**

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) gjordes en genomgång och analys av effektiviteten i hälso- och sjukvården där ansvarsfördelningen och samverkan mellan kommuner och region var en av huvudfrågorna. Området

rehabilitering, habilitering och hjälpmedel utreddes inte närmare, men beskrevs som komplicerat med en fragmentiserad ansvarsstruktur och avsaknad av nationella data och uppföljningar.

När det gäller hälso- och sjukvården generellt konstaterade utredningen att det inte råder någon tvekan om att ansvarsfördelningen i flera avseenden bidrar till ineffektivitet, med flera ansvariga huvudmän och ständiga gränsdragningsdiskussioner som bromsar utveckling och ansvarstagande. Gråzoner skapas och det finns svårigheter att allokera resurser på ett optimalt sätt. En kostnad hos en huvudman genererar en vinst hos en annan. Det finns ökat behov av samordning speciellt när det gäller multisjuka äldre och vid utskrivning av en patient från sjukhus.

När det gäller barn är situationen beroende av ett fungerande samarbete mellan vård, omsorg och skola, detta oavsett om det gäller barn med fysisk, kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning.

### **Samverkansavtal är ingen garanti för fungerande samordning**

Samverkansavtal mellan huvudmän är en vanlig metod för att komma tillrätta med samordningsproblem. Inom ramen för en statlig satsning kallad PRIO29 har en prestationsbaserad ersättning betalats ut till de kommuner och region som har upprättat samverkansöverenskommelser och rapporterat in det antal SIP som tagits fram. När satsningen utvärderades 2014 hade 97 % av kommunerna och samtliga region upprättat samverkansavtal. Enligt undersökning om samordnad vård och omsorg som Vårdanalys har gjort, anser dock verksamhetschefer att det är utmanande att få samverkansavtal att ge positiv effekt och att hålla dem vid liv. I själva verket kan avtalen leda till en försämrad samordning eftersom båda parter upplever sig ha blivit ”lurade”. Intervjupersonerna uppgav också att det saknas en gemensam syn på vad samordning innebär. Avtalen gör visserligen ansvarsfördelningen tydligare, men i stället skapas gråzoner där ingen tar ansvar. Sällan medverkar representanter för brukarorganisationer när överenskommelserna görs.

### **Hjälpmedel – en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet - Handikappförbundet**

Handikappförbunden genomförde ett treårigt projekt Hjälpmedel – en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet som resulterade i fem rapporter.

I rapporten En kartläggning av handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor identifierades information till brukare om befintligt



sortiment som det viktigaste området att förändra på nationell nivå. På tredje plats kom ansvarsfördelningen mellan region och kommun. Avgiftssystemet kom på femte plats. Mer specifika frågor rörande hjälpmedel, t.ex. riktlinjer om egenvård, fritidshjälpmedel och begränsningar i sortimentet kom ännu längre ned. Det var små skillnader mellan organisationerna, men bland medlemsförbunden hade flest angett ansvarsfördelningen mellan region och kommun som prioriterat område. Oavsett vem som besvarat enkäten lyftes tre grupper fram som särskilt eftersatta i fråga om hjälpmedel; personer med behov av hjälpmedel inom kognition och kommunikation, personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med läs- och skrivsvårigheter.

I rapporten Politikers agerande i hjälpmedelsfrågan och deras samarbete med handikapprörelsen intervjuades majoritetspolitiker på hälso- och sjukvårdsområdet. Alla politikerna kände till skillnaderna i avgifter och regelverk över landet, men inte alla såg det som problematiskt utan hänvisade till den kommunala självstyrelsen. De län som hade inrättat en gemensam nämnd mellan region och kommun förordade detta till undvikande av ”gråzoner”.

### **Det finns både offentligrättsliga och privaträttsliga former för kommunal samverkan**

- De offentligrättsliga formerna är kommunalförbund och gemensamma nämnder.
- Som exempel på privaträttsliga former kan nämnas bolag, stiftelser och föreningar.
- Utöver detta finns möjligheter att samverka genom avtal.

En kommun eller en region kan utföra uppdrag tillsammans med en eller flera andra kommuner/regioner. En förutsättning är att de har samma uppdrag. Det innebär att på områden där kommuner och regioner har samma kommunala kompetens kan de samverka genom de driftformer som kommer att beskrivas nedan.

Gemensamma nämnder och kommunalförbund regleras i 9 kap. kommunallagen.

Regler för delägda bolag, gemensamma stiftelser och föreningsform finns i 10 kap. kommunallagen

### **Kommunalförbund**

Kommunalförbund brukar kallas ”specialkommuner” utifrån att alla regler i kommunallagen gäller för kommunalförbund om det inte särskilt anges något annat. Ett kommunalförbund omfattas av offentlighetsprincipen och offentlighets- och sekretesslagen.

Ett kommunalförbund är en egen juridisk person där kommunerna/regionerna är medlemmar. Det bildas genom att medlemmarnas fullmäktigeförsamlingar antar en förbundsordning. Ska förbundsordningen sedan ändras måste alla medlemmars fullmäktige besluta om ändringarna.

Ett kommunalförbunds hösta beslutande organ är antingen ett förbundsfullmäktige eller en förbundsdirektion. Med ett förbundsfullmäktige så har kommunalförbundet också en förbundsstyrelse. Direktion kan sägas vara en blandning av fullmäktige och styrelse då en förbundsdirektion både är beslutande församling och styrelse i den mening som ordet styrelse används i kommunallagen. Varje medlems fullmäktige ska utse minst en ledamot och en ersättare i den beslutande församlingen. De ska utses bland dem som är ledamöter och ersättare i medlemmens fullmäktige. Räddningstjänsten organiseras ofta i kommunalförbund.

Kommuner och region kan bilda kommunalförbund och överlämna vården av kommunala angelägenheter till dem. I kommunallagen finns regler om bildandet av och verksamheten hos ett kommunalförbund. Det enda krav som ställs på den verksamhet man vill samverka kring är att uppgiften faller inom den överlämnande kommunens kompetens.

Samverkan i kommunalförbund är alltså möjlig för alla kommunala angelägenheter och kan även avse uppgifter som omfattar myndighetsutövning. Den uppgift som överlämnas till ett kommunalförbund behöver inte vara gemensam för alla förbundsmedlemmar.

Ett kommunalförbund är en egen offentlighetsjuridisk person som är fristående från sina medlemmar. Förbundet blir huvudman för de frågor som medlemmarna flyttar över dit. Efter överlämnandet faller dessa frågor utanför medlemmarnas kompetens.

Medlemmarna i ett kommunalförbund har alltså inte någon direkt politisk påverkan på förbundets löpande verksamhet.

### **Gemensam nämnd**

Enligt lagen (SFS 2019:913) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet får en region och en eller flera kommuner som ingår i regionen genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra huvudmännens uppgifter enligt bl.a. HSL, socialtjänstlagen och LSS.

En gemensam nämnd innebär att två eller flera kommuner/regioner samverkar genom en nämnd som organisatoriskt ingår i en av de samverkande parterna. Den är således inte en egen juridisk person. Till grund för samarbetet ska det

finnas ett avtal och varje part ska utse minst en ledamot och en ersättare. Vardera fullmäktige prövar om dess ledamot/ersättare ska beviljas ansvarsfrihet. I övrigt är en gemensam nämnd som andra nämnder och ska ha ett reglemente. Detta reglemente ska antas av varje samverkande parts fullmäktige

Den gemensam nämnd är en politisk nämnd som består av företrädare för samtliga huvudmän. De gemensamma nämnderna hanterar, i samråd med brukarorganisationerna, övergripande hjälpmedelsfrågor som regelverk, sortiment, avgifter etc. De samverkansnämnder som finns har ofta beslutanderätt kring förskrivning utanför sortiment (dvs. när förskrivare har bedömt att en person har behov av något som inte finns i upphandlat hjälpmedelssortiment och vill göra en särskild förskrivning, formellt sett en direktupphandling).

Samverkan i en gemensam nämnd innebär oftast ett gemensamt regelverk för hjälpmedel i hela länet, gemensam upphandling och gemensamt hjälpmedelssortiment. Nämnderna har också uppföljningsansvar och beslutar om riktlinjer och regler.

Gemensam nämnd där både region och kommun ingår fanns 2017 i sju län. Gemensam nämnd med enbart kommuner fanns då i två regioner.

Regler om bildandet av och verksamheten hos en gemensam nämnd finns i kommunallagen. Samverkan genom en gemensam nämnd kan ske kring i princip alla kommunala angelägenheter som inte faller inom ramen för fullmäktiges exklusiva beslutanderätt. Även obligatoriska uppgifter som innefattar myndighetsutövning kan flyttas över till en gemensam nämnd. Uppgifterna som överlämnas måste dock vara gemensamma för de samverkande parterna.

Samverkan genom en gemensam nämnd är möjlig genom det så kallade Teckal-undantaget. En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller region (värdkommunen) och ingår i dennes organisation. Någon ny offentlighetsjuridisk person bildas alltså inte.

Varje samverkande part har en fortsatt direkt politisk påverkan över nämndens löpande verksamhet och behåller huvudmannskapet för de frågor som överlämnats.

### **Samordning via avtal**

Att samordna hjälpmedelsförsörjningen enbart i avtalsform kräver en aktiv samverkansorganisation som kan följa den snabba hjälpmedelsutvecklingen. LOV och LOU är tillämpligt. Dock rapporteras flera nackdelar med avtalssamverkan och berörs därför inte närmare här.

## Referenser

På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen SOU 2017:43.

Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och region – en nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.

Inspektionen för vård och omsorg (2013). Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013.

Offentlig avtalssamverkan – om s.k. Hamburgsamarbeten och inköpscentralers möjlighet att bedriva grossistverksamhet RAPPORT 2017:03.

Effektiv vård (SOU 2016:2).

Handikappförbunden 2010 En kartläggning av handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor. ISBN-nummer 978-91-86151-10-2.

Handikappförbunden 2010 Politikers agerande i hjälpmedelsfrågan och deras samarbete med handikapprörelsen. ISBN-nummer 978-91-86151-07-2.

Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016, dnr S2012.006.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg – en analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem, s. 89 f.

SFS 2019:913.

Samverkansformer mellan kommun och landsting på hjälpmedelsområdet. Hjälpmedelsinstitutet 2013.

Kommunallag 2017:725, 2017:744.

Driftsformer kommun och landsting. Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

