

RAPPORT

# Ekonomisk reglering i Örebro läns överenskommelse för sjukvård i hemmet

Rapporten är ett underlag för beslut om ekonomisk reglering mellan Örebro läns kommuner och Region Örebro län

## Dokumenttyp

Författad av: Utsedd länsgemensam arbetsgrupp

Beslutad av:

Datum:

Version: 1

Diarienummer:



Region Örebro län



Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan



## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
Bakgrund .....	5
Uppdraget .....	5
Mål .....	5
Resultat .....	5
Arbetsgrupp .....	6
Tidsplan .....	6
Avgränsning .....	6
<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
1. Översyn av nuvarande modeller .....	7
Historisk tillbakablick nuvarande avtal .....	7
Omvärdsspaning .....	8
Jämförelse hemsjukvårdskostnad – skatteväxling .....	9
Hemsjukvårdsmätning .....	12
Kommunernas beskrivning av utveckling av hemsjukvård .....	21
Kommunernas förutsättningar .....	21
Beskrivning av omgivningsfaktorer .....	22
Förändringar i Regionen .....	24
2. Förslag på ekonomisk modell .....	27
Principer .....	27
Förslag till modell för ekonomisk reglering .....	27
Förslag på ekonomisk reglering 2024 .....	29
Risker, vinster och framgångsfaktorer .....	30
3. Metod för beräkning - följa förändringar .....	31
<b>Bilagor</b> .....	<b>35</b>

# Sammanfattning

I Örebro län övertog kommunerna hemsjukvården 1992. I samband med detta gjordes en skatteväxling som reglerade den nya ansvarsfördelningen mellan kommunerna och dåvarande landstinget. En ny överenskommelse för somatisk hemsjukvård togs fram 2004 och i samband med detta gjordes en justering av den ekonomiska regleringen. Justeringen innebar att ett tilläggsbelopp togs fram som sedan dess har betalats ut halvårsvis till kommunerna. Tilläggsbeloppet har fördelats mellan kommunerna efter andel 65 år och äldre invånare och räknats upp med index. Psykiatrisk hemsjukvård har reglerats via en särskild överenskommelse där kommunerna fakturerat Regionen per patient.

Ett projekt för att ta fram ny länsöverenskommelse påbörjades 2021. Inom ramen för projektet tillsattes en särskild arbetsgrupp för att ta fram förslag till en hållbar ekonomisk modell för reglering och uppföljning som har acceptans hos Regionen och länets 12 kommuner.

Utifrån uppdraget har ett antal faktaunderlag tagits fram

En jämförelse har gjorts mellan skatteväxlingens värde idag och nuvarande kostnad för hemsjukvård. Beräkningarna visar att det länet för länet totalt varit en rimlig skatteväxling med de justeringar som har gjorts 2004, även om utfallet varierar mellan länets kommuner.

En hemsjukvårdsmätning har genomförts i fem av länets kommuner för att få en nulägesbild av omfattningen på insatserna som kommunerna gör hos patienter i hemsjukvården. I mätningen gjordes en kategorisering av patienterna som visar på en variation i patientmix mellan kommunerna. Mätningen ger ett underlag för att göra prognoser av hemsjukvården och utgör en grund för uppföljning av överenskommelsen.

Genomgång har gjorts av länets nuvarande överenskommelser och ekonomisk reglering samt även en genomlysning av andra läns överenskommelser.

Hemsjukvården påverkas av en rad olika omgivningsfaktorer som också påverkar ekonomisk reglering. Dessa beskrivs också i rapporten för att sätta hemsjukvården i ett sammanhang.

Utifrån faktaunderlaget ger arbetsgruppen följande förslag till beslut:

- Oförändrad skatteväxling
- Tilläggsbeloppet justeras och fördelas mellan kommunerna huvudsakligen efter andel invånare 65 år och äldre men kompletteras med tillägg för:
  - Glesbygd - avstånd till sjukhus
  - Patienter med avancerad hemsjukvård
- Tilläggsbeloppet justeras så att det även innefattar psykiatrisk hemsjukvård vilket innebär att nuvarande modell med fakturering på individnivå upphör
- En gemensam årlig utvecklingsbudget för utvecklingskostnader för sjukvård i hemmet tas fram i samband med revidering av Färdplanen för Nära vård
- Uppföljning av tilläggsbeloppet sker inför justering 2026 och sedan vartannat år
- Uppföljning av skatteväxlingen sker inför justering 2028 och sedan var fjärde år.

# Inledning

## Bakgrund

Länets nuvarande överenskommelse för hemsjukvård och den ekonomiska regleringen mellan huvudmännen har sin grund i Ädel-reformen 1992 då hemsjukvården fördes över från dåvarande landstinget till länets kommuner. En större översyn och revidering av överenskommelsen gjordes 2004. I samband med revideringen skedde även en justering av ekonomin som reglerades via ett tilläggsbelopp som kommunerna årligen fakturerar Regionen. Nuvarande överenskommelse omfattar endast somatisk hemsjukvård för vuxna. Psykiatrisk hemsjukvård och hemsjukvård för barn har hanterats i fristående överenskommelser. Detta gäller även andra samverkansområden som Medicintekniska produkter, nutrition och egenvård.

Mycket har hänt sedan nuvarande överenskommelse togs fram. Medellivslängden har ökat och de medicinska framstegen gör att möjligheten att få sin hälso- och sjukvård i hemmet är större. Tidigare överenskommelser bygger i hög grad på ansvarsfördelning och gränsdragning. I den länsgemensamma målbild som tagit fram för omställningen till nära vård är begrepp som tillit och samverkan centrala. Detta sammantaget har gjort att det finns behov att ta fram en ny överenskommelse som blir mer heltäckande och som är anpassat efter dagens förutsättningar.

I det projekt som arbetar med att ta fram ny överenskommelse ingick att göra en översyn av den ekonomiska regleringen. För att hantera detta formulerade chefsgruppen för social välfärd, vård och omsorg ett särskilt uppdrag

## Uppdraget

Uppdraget är ett deluppdrag i projektet att ta fram en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet.

## Mål

Målet för uppdraget var att få fram en hållbar ekonomisk modell för reglering och uppföljning som har acceptans hos Regionen och länets 12 kommuner.

## Resultat

Uppdraget förväntas att:

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

## Arbetsgrupp

Uppdraget har utförts av en särskild arbetsgrupp med representation av ekonomer och verksamhetskunniga från Regionen och en kommun per länsdel. Extern konsult på 50% från företaget Ensolution AB har funnits med i uppdraget från september 2022. Deltagare i arbetsgruppen se bilaga 5. Ensolution har på uppdrag genomfört mätning av insatser kommunal hemsjukvård och jämförelse mellan nuvarande kostnad för hemsjukvård och skatteväxlingen som beskrivs under resultatavsnittet.

## Tidsplan

Uppdraget påbörjades i februari 2022 och skulle enligt ursprunglig tidsplan vara klart i december 2022. Under arbetet har tiden för uppdraget förlängts till 31 mars 2023. Skäl till detta:

1. Upphandling av extern konsult tog längre tid än planerat
2. Förskjutning av tidsplan i projektet för framtagande av ny överenskommelse

## Avgränsning

Uppdraget avser ekonomisk reglering av sjukvård som ges till personer i ordinärt boende. Särskilda boendeformer och korttidsvård ingår inte.

Den ekonomiska regleringen som föreslås omfattar sjukvård i hemmet för alla åldrar och alla diagnosgrupper. Det innebär att den särskilda regleringen för psykiatrisk hemsjukvård inkluderas i förslaget. Då det inte föreslås någon förändring av nuvarande ansvarsfördelning för barn så finns inte heller något förslag på någon ekonomisk reglering.

För områdena rehabilitering, nutrition och medicintekniska produkter pågår separata utredningar inom ramen för arbete med ny överenskommelse. Beroende på vilka beslut som fattas kan ekonomisk reglering behöva förändras inom dessa områden. Några förslag inom dessa områden har inte varit möjliga att ta fram inom detta uppdrags tidsram.

# Resultat

## 1. Översyn av nuvarande modeller

### Historisk tillbakablick nuvarande avtal

I Örebro län överfördes hemsjukvården till kommunerna i samband med ÄDEL-reformen 1992. I samband med detta gjordes en skatteväxling som byggde på detaljerade beräkningar av dåvarande landstingets kostnader för sjukvård i ordinärt boende. I samband med detta togs ett första avtal för hemsjukvård mellan dåvarande landstinget och länets kommuner fram. Kommunerna tog då över insatser upp till sjuksköterskesnivå. I överenskommelsen ingick att samtliga arbetsterapeuter anställdes av kommunerna och samtliga sjukgymnaster i landstinget. Hur mycket som växlades per kommun beskrivs i bilaga 1.

En översyn av hemsjukvårdsavtalet gjordes 2004. I den mätning av hemsjukvårdsinsatser som gjordes i samband med översynen konstaterades att olika tolkningar av gränsdragning mellan landsting och kommun hade utvecklats i länet. I den nya avtal som togs fram och beslutades 2005 för somatisk hemsjukvård fastslogs därför att den s.k. "Tröskelprincipen"<sup>1</sup> skulle gälla i hela länet. För att kompensera för den förskjutning till kommunerna som denna förändring innebar så togs beslut om ett tilläggsbelopp som kommunerna årligen fakturerar Regionen. Beloppet utgick från den mätning av hemsjukvårdsinsatser som genomförts men fastställdes efter en förhandling mellan parterna till 8,8 mnkr. Den ekonomiska regleringen i avtalet från 2005 är den som fortsatt gäller. Det årliga beloppet fördelas efter antal invånare över 65 år och räknas upp med Landstingsprisindex. Beloppet som betalas ut till kommunerna är 14,9 mnkr kr 2023 (se tabell nedan). Uppföljning av den ekonomiska regleringen har inte skett sedan 2005.

#### Fördelning av ersättning för hemsjukvård 2023

<b>Årsersättning:</b>	<b>14 876 099</b>		
	<b>Invånare</b>	<b>Belopp i kronor</b>	
<b>Kommun</b>	<b>över 65 år</b>	<b>Procent</b>	<b>Helår</b>
Askersund	3 401	5,04	749 991
Degerfors	2 749	4,08	606 211
Hallsberg	3 688	5,47	813 280
Hällefors	1 977	2,93	435 969
Karlskoga	7 603	11,27	1 676 618
Kumla	4 575	6,78	1 008 882
Laxå	1 639	2,43	361 433
Lekeberg	1 838	2,72	405 317
Lindesberg	6 038	8,95	1 331 503
Ljusnarsberg	1 472	2,18	324 606
Nora	3 010	4,46	663 767
Örebro	29 469	43,68	6 498 522
<b>Summa</b>	<b>67 459</b>	<b>100,00</b>	<b>14 876 099</b>

Tabell 1: Fördelning av tilläggsbelopp för 2023 - Överenskommelse somatisk hemsjukvård

<sup>1</sup> Tröskelprincipen innebär kommunal hemsjukvård är aktuell om patienten inte kan ta sig till vårdcentralen

Psykiatrisk hemsjukvård har hanterats i separata överenskommelser, som konkret handlar om att kommunerna kan utföra insatser runt läkemedel på uppdrag av psykiatrin hos patienter som inte har samtidig somatisk hemsjukvård. Senaste revidering skedde 2020. För insatserna har kommunerna fakturerat Regionen per patient. Fakturerat belopp totalt för 2022 var 1,4 mnkr kr. Belopp per kommun och antal patienter framgår i diagram nedan.

Kommun	2022	Andel %	2021	Andel %	2020	Andel %	Totalt	Antal patienter
Askersund	-	-	5 390	0,28	27 226	2,21	32 616	6
Kumla	4 632	0,30	-	-	-	-	4 632	2
Lindesberg	142 510	9,38	265 766	13,82	200 580	16,25	608 856	6
Hällefors	<b>924 487</b>	<b>60,86</b>	<b>1 163 606</b>	<b>60,51</b>	<b>499 680</b>	<b>40,49</b>	<b>2 587 773</b>	5
Laxå	8 230	0,54	17 188	0,89	31 326	2,54	56 743	3
Degerfors	194 654	12,81	243 885	12,68	235 609	19,09	674 148	2
Karlskoga	166 016	10,93	148 441	7,72	104 634	8,48	419 090	10
Örebro	-	-	11 573	0,60	77 358	6,27	88 931	3
<b>Totalt</b>	<b>1 440 529</b>	<b>100%</b>	<b>1 855 848</b>	<b>100%</b>	<b>1 176 413</b>	<b>100%</b>	<b>4 472 790</b>	<b>37</b>

Tabell 2: Fakturerat belopp 2020-2022 - Överenskommelse psykiatrisk hemsjukvård

Man kan konstatera att ärendena inte fördelats proportionellt mellan kommunerna efter storlek och några kommuner har inte fakturerat alls under perioden. Hällefors står för mer än hälften av insatserna. Det förklaras av att dessa personer har haft relativt sett omfattande insatser inklusive restid under en lång period. En annan förklaring till obalansen mellan kommunerna är att patienter med samtidig somatisk och psykiatrisk hemsjukvård inte ersätts kommunen via överenskommelsen. Det finns patienter som efter hand också fått somatisk vård och då har fakturering upphört.

Även om det finns en handfull personer med mer omfattande insatser så handlar det i majoriteten av fallen om små belopp där man kan ifrågasätta värdet av den administration som krävs för registrering och fakturering

Nuvarande överenskommelse omfattar inte heller hemsjukvård för barn som i grunden är Regionens ansvar. I de fall kommunerna har utfört insatser har det skett överenskommelser på individnivå.

För att få bakgrunden till den ekonomiska regleringen har arbetsgruppen tagit del av de nuvarande överenskommelserna som berör hemsjukvården men också de underlag som användes inför skatteväxlingen. För att få ytterligare har intervjuer skett med ett par personer som fanns med i samband med skatteväxlingen 1992 och vid revideringen 2004.

## Omvärldsspaning

Genomlysning av samtliga läns modeller påvisar att alla förutom Stockholm har avtal eller överenskommelser om hemsjukvård mellan region och kommunerna i länet. Avtalen reglerar principer för vem som bedöms ha behov av sjukvård, vilka åtgärder som kommunen och regionen ska utföra samt hur samarbetet mellan dem ska ske. Merpart av avtalen omfattar framförallt somatisk inriktning för alla åldersgrupper. Psykiatri omnämns i flera men hanteras oftast i separata avtal. För tio regioner inklusive Örebro reglerar tröskelprincipen vem som får insatser från kommunal hemsjukvård utifrån patientens kapacitet att ta sig till mottagning. Det förekommer undantagsfall där



kommunen har ansvar för specialiserad vård i hemmet för det som kan utföras av professioner inom kommunen. Den vanligaste ekonomiska modellen som beskrivs för reglering mellan region och kommun är skatteväxling i samband med övertagandet av ansvaret för hemsjukvården. Skatteväxling i kombination med årlig kompensation är vanligaste modellen när övertagandet av hemsjukvården skett i två steg. Utöver skatteväxling och årlig kompensation är det vanligt förekommande med ytterligare kompletterande ekonomiska regleringar mellan region och kommun för specifika områden.

## Jämförelse hemsjukvårdskostnad – skatteväxling

Syftet med det här avsnittet är att beskriva:

1. Hur har kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro län utvecklats sedan skatteväxlingen i samband med Ädelreformen?
2. Vad motsvarar den intäkt som skatteväxlades i dagens skattekraft?
3. Vad blir skillnaden mellan dagens kostnadsnivå givet att förutsättningarna är samma som vid växlingen?

En mer omfattande beskrivning av beräkningarna återfinns i Ensolution AB:s rapport i bilaga 1.

Analyser av hälso- och sjukvården i kommunal regi är en komplex uppgift då det finns stora skillnader mellan olika kommuner avseende historik, ambitionsnivåer, arbetssätt, geografi, kostnadsnivå, produktivitet, konsumtion och kvalitet.

Materialet som har använts för att beskriva ovanstående frågeställningar är baserat på följande datakällor;

1. Kostnadsnivå vid skatteväxlingen  
Insamling av den kostnadsnivå som bildade uträkningen för vilken verksamhet som skatteväxlades och vad det betydde i skattekrona per invånare.
2. Kostnad per brukare och/eller beräkning av HSL kostnader  
Från insamlingen av kostnad per brukare hämtas den faktiska kostnadsutvecklingen och konsumtionen av hälso- och sjukvård över den period 2008 - 2021 för kommuner för vilka det finns Kostnad per brukare-data tillgängligt. För övriga kommuner har en specifik insamling och beräkning genomförts
3. Nationella uppgifter från SCB av för utveckling av skattesats, kommunal inkomstskatt och inkomstutjämningsbidrag  
Insamling av uppgifter för utveckling av skattesats, kommunal inkomstskatt och inkomstutjämningsbidrag för alla kommuner i länet.

### Beräkning, utveckling av HSL kostnader

Nedanstående tabell visar beräkningen av utvecklingen av hälso- och sjukvårdskostnader i samtliga kommuner i miljoner kr. För tidigare år innan 2021 har siffror som varit tillförlitliga tagits med.

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

Tabell 3: Utveckling av hälso- och sjukvårdskostnader per år och kommun, samt en sammanställning av kostnaden per invånare över 65 år

I beräkningen inkluderas kostnader för insatser utförda på delegation/instruktion av hemtjänst i ordinärt boende, kostnader för sjuksköterska och rehabpersonal i ordinärt boende exkl. korttidsvård. För Örebro kommun inkluderas hälso- och sjukvårdspersonal på korttidsenheten Tullhuset (ej den ordinarie korttidsvården) samt dagrehab. Orsaken till att korttidsenheten tagits med i beräkningen är för att det anses vara en så pass specifik verksamhet vars brukare annars hade befunnit sig för insatser inom hemmet eller på sjukhus.

Ovanstående tabell visar att det skiljer mycket mellan länets kommuner avseende kostnaden per invånare över 65 år samt att det varit en tydlig ökning över tid. Däremot verkar utvecklingen ha stannat av delvis mellan 2020 och 2021. En orsak till avstanningen är pandemin och statsbidrag vilket påverkat kostnadsutvecklingen.

### Skatteväxling

År 1989 användes som bas vid beräkningen av skatteväxlingen. Denna summa motsvarar den verksamhet som fanns inom ordinärt boende 1989. Växlingen skedde sedan 1992. Denna summa har sedan räknats upp med utvecklingen av inkomstskatten och inkomstutjämningsbidraget.

Den skatteväxling som gjordes mellan 1991 och 1992 var på 2,20 kronor varav den hälso- och sjukvård som togs över inom ordinärt boende som denna rapport diskuterar varierar mellan kommunerna.

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

Tabell 4: Skatteväxling per invånare och kommun, kostnad per invånare för den andelen som görs av vård i hemmet

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

Med utgångspunkt i allmän kommunalskatt från räkenskapssammandraget (RS) som vi delat på skattesats, samt inkomstutjämningsbidrag som delas på den länsvisa skattesatsen enligt utjämningsystemet, samtliga siffror enligt SCB och SKR, tog vi fram vad 1 kr skattesats motsvarat per år de senaste åren. Växlad skattesumma vid t.ex. 0,5 kronor i tabellen nedan visar då vad skatteväxlingen är värd per år i miljoner kronor.

År 2004 gjordes ett tillägg i överenskommelsen med en löpande fakturering mellan kommunerna. När man även tar hänsyn till detta tillägg blir utvecklingen följande

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2012-2021
Örebro	162,9	173,0	177,7	186,4	197,2	207,0	215,4	226,8	232,4	235,0	144%
Kumla	23,2	24,5	25,0	26,1	27,3	28,6	29,3	30,4	30,7	31,1	134%
Lindesberg	34,0	35,4	36,1	37,5	39,7	41,3	42,0	43,2	43,6	43,9	129%
Karlskoga	44,7	46,9	47,8	49,9	52,4	54,8	55,5	57,1	57,6	57,7	129%
Hällefors	8,6	8,8	9,0	9,2	9,8	10,2	10,3	10,5	10,6	10,5	121%
Nora	14,4	15,0	15,3	15,7	16,6	17,5	17,9	18,4	18,6	18,7	130%
Laxå	6,2	6,4	6,5	6,9	7,2	7,5	7,5	7,8	7,9	7,9	127%
Lekeberg	8,6	9,2	9,3	9,7	10,3	10,8	11,4	12,0	12,3	12,7	147%
Hallsberg	22,5	23,6	24,0	24,9	26,3	27,5	28,4	29,3	29,6	29,8	133%
Askersund	14,8	15,3	15,6	16,2	17,0	17,8	18,0	18,7	19,0	19,2	130%
Ljusnarsberg	5,5	5,7	5,8	6,1	6,4	6,6	6,7	6,8	6,7	6,7	121%
Degerfors	12,5	13,0	13,3	13,8	14,4	15,0	15,3	15,7	15,9	16,0	127%

Tabell 5: Skatteutveckling, växlad summa 2012-2021 per kommun inkl. extra ersättning hemsjukvård från överenskommelse 2004, mkr

Skatteutvecklingen varierar mellan kommunerna. Örebro har t.ex. haft en god skatteutveckling och utveckling av Inkomstutjämningsbidraget. Detta medför att en skatteväxling får större effekt i en kommun med god utveckling

### Skillnad mellan växlad skattesumma och utveckling

Tabell 6 nedan visar jämförelse mellan växlad skattesumma och utvecklingen för kostnader för hemsjukvård.

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

Tabell 6: Jämförelse, kostnadsutveckling i jämförelse med skatteutveckling, mkr

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

De här beräkningarna visar på att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården har ökat över tid i kommunerna i Region Örebro. Däremot visar beräkningarna att det på totalen för hela länet varit en rimlig skatteväxling med de justeringar som har gjorts 2004. De skillnader som uppstår är rimliga.

Detta betyder inte att det inte finns utmaningar framåt i tiden och att det inte behövs en ny hållbar överenskommelse. Detta är relaterat till att kostnaderna faktiskt har ökat och kan förväntas öka framöver.

## Hemsjukvårdsmätning

En utmaning med för länets kommuner är att hälso- och sjukvårdsinsatser inte är registrerade på ett ändamålsenligt sätt som underlag för ekonomisk beräkning. Underlag finns varken på länsnivå eller på nationell nivå. Man registrerar inte hälso- och sjukvårdsinsatser i tidsåtgång per insats. En omfattande volym är delegerade insatser som utförs av omvårdnadspersonal. Dessa insatser utförs företrädesvis integrerat med socialtjänstinsatser (hemtjänst) varför det inte på enkelt sätt går att urskilja tidsåtgång.

Syftet med den här rapporten är att beskriva

- Vilka insatser som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården?
- Baselinemätning i fem av länets kommuner för att beskriva innehållet i vården, dess kostnader och resurser samt kunna extrapolera dessa resultat till länsnivå.

Analys av hälso- och sjukvården i kommunal regi är en komplex uppgift då det finns stora skillnader mellan olika kommuner avseende historik, ambitionsnivåer, arbetssätt, geografi, kostnadsnivå, produktivitet, konsumtion och kvalitet. Denna rapport syftar till att beskriva och problematisera frågorna utifrån den statistik som Ensolution samlat in.

En mer omfattande beskrivning av mätningarna återfinns i Ensolution AB:s rapport i bilaga 2

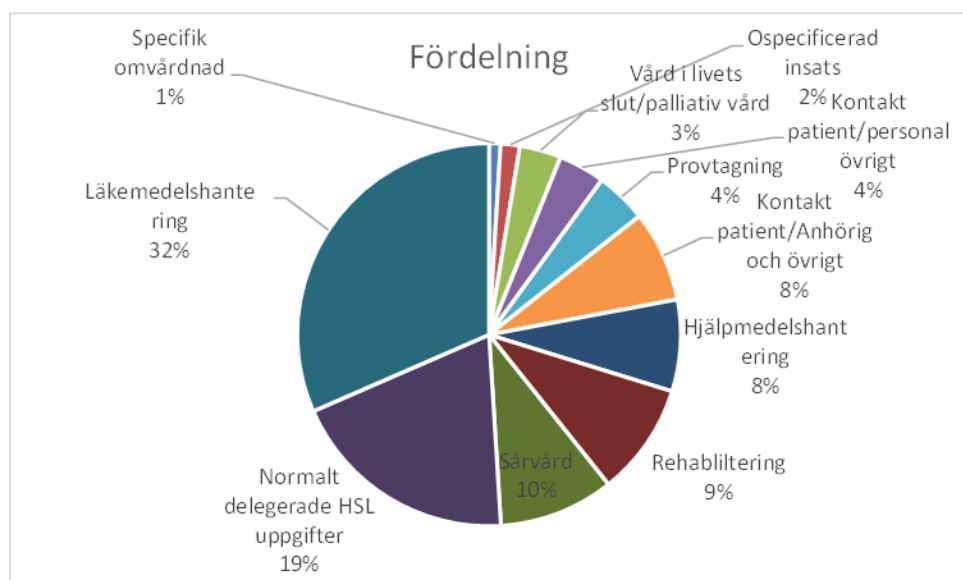
Materialet som kommer att användas för att beskriva ovanstående frågeställningar är baserat på följande datakällor från genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben

För att analysera och utvärdera vad som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs detta med hjälp av den insamling av bedömningar av hälso- och sjukvårdsinsatser som har genomförts i fem kommuner i länet samt Region Örebrobros fysioterapeuter under perioden i slutet av 2022. Detta material ger en beskrivning av kommuners innehåll och arbetssätt inom den kommunala hälso- och sjukvården. Materialet ger en kompletterande och delvis fördjupad bild av utvecklingen inom den kommunala hälso- och sjukvården.

### Vilka insatser utförs inom kommunal hälso- och sjukvård?

Kommunal hälso- och sjukvård innefattar resurser för legitimerad personal i form av sjuksköterskor (SSK) eller rehabpersonal, fysioterapeuter (FT) eller arbetsterapeuter (AT) som antingen själv utför alla insatser eller som delegerar eller fördelar uppdrag till annan personal. Insatserna utförs inom alla områden där kommunen har verksamhet såsom ordinärt boende (vård i hemmet), särskilt boende, korttidsvård, bostad med särskild service eller andra insatser enligt SoL och LSS. I den här mätningen redovisats bara insatser som sker som hälso- och sjukvård i hemmet.

Nedan följer en sammanställning av fördelning av total tid för yrkeskategorierna SSK och AT oberoende av vem som utför insatsen. Tid som till exempel undersköterskor eller rehab assistenter utför ingår också i sammanställningen.



Diagram

1: Fördelning av total tid per insats för alla yrkeskategorier, samtliga kommuner i mätningen

Ovanstående diagram visar att det är två insatser som dominerar det som utförs, nämligen läkemedelshantering, och normalt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa insatser står för 51 % av den nedlagda tiden.

Utifrån mätningar som genomförts i de olika kommunerna är det möjligt att dela in patienterna i olika kategorier för att analysera skillnader i patientmix och vårdtyngd mellan kommunerna för en sammanställning av alla insatser per patient. Detta är en första indelning för att kategorisera patienternas behov av hälso- och sjukvård.

### Vilka kategorier av patienter finns inom kommunal hälso- och sjukvård?

Nedanstående diagram visar en jämförande patientmix i olika kategorier mellan alla kommunerna. Detta är ett mått på skillnaderna i "vårdtyngd" mellan kommunerna.

Antal patienter						
Kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	13	195	35	26	135	396
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	40	192	90	171	593	1086
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	13	61	40	22	134	270
Kategori 3 - rehabpatient	20	62	115	86	303	499
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient		10	9	11	38	68
Kategori 5 - palliativ vård	3	13	4	9	73	102
<b>Totalsumma</b>	<b>89</b>	<b>531</b>	<b>293</b>	<b>325</b>	<b>1286</b>	<b>2524</b>
Andel av patienter						
Kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	15%	37%	12%	8%	10%	16%
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	45%	36%	31%	53%	46%	43%
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	15%	11%	14%	7%	10%	11%
Kategori 3 - rehabpatient	22%	12%	39%	26%	24%	20%
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient	0%	2%	3%	3%	3%	3%
Kategori 5 - palliativ vård	3%	2%	1%	3%	6%	4%
<b>Totalsumma</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabell 7: Jämförande patientmix av andel patienter i timintervall mellan alla kommuner, alla områden SSK + AT + delegerade insatser

#### Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter

- Patienter som kan samordna sin egen vård, som inte är riskpatienter samt 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. 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 eller med rehabiliterande insatser

#### Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient

- Patienter med specifik omvårdnad (ex. dialys) eller med omfattande behov (över 4 timmar SSK tid/vecka) och/eller behov av samordning av vård och/eller riskpatient. Kräver samordnade insatser av både primärvård och hemsjukvård

#### Kategori 5 – palliativ vård

- Patienter med palliativ vård och/eller vård i livets slutskede

SSK och AT tid per vecka						
Ny kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	7,85	26,65	13,59	9,99	56,95	114,55
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	19,98	83,25	62,16	101	455,24	721,63
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	9,1	45,5	55,55	44,51	157,12	311,78
Kategori 3 - rehabpatient	16,03	91,59	108,32	91,29	510,42	697,19
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient		6,87	12,61	10,57	133,28	163,33
Kategori 5 - palliativ vård	18,95	25,63	10,49	35,46	195,62	286,15
<b>Totalsumma</b>	<b>71,91</b>	<b>269,49</b>	<b>262,72</b>	<b>292,82</b>	<b>1508,63</b>	<b>2405,57</b>
SSK och AT kostnad, totalt helår						
Kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	714 350	2 771 600	918 684	545 454	4 145 960	9 096 048
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	1 818 180	8 658 000	4 202 016	5 514 600	33 141 472	53 334 268
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	828 100	4 732 000	3 755 180	2 430 246	11 438 336	23 183 862
Kategori 3 - rehabpatient	1 458 730	9 525 360	7 322 432	4 984 434	37 158 576	60 449 532
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient	0	714 480	852 436	577 122	9 702 784	11 846 822
Kategori 5 - palliativ vård	1 724 450	2 665 520	709 124	1 936 116	14 241 136	21 276 346
<b>Totalsumma</b>	<b>6 543 810</b>	<b>29 066 960</b>	<b>17 759 872</b>	<b>15 987 972</b>	<b>109 828 264</b>	<b>179 186 878</b>
Totalsumma, SSK, AT och delegerade/fördelade insatser, helår						
Kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	804 565	3 830 263	1 145 536	666 915	4 762 620	11 209 899
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	2 374 755	12 548 697	6 091 066	7 452 299	43 525 187	71 992 004
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	2 202 109	11 624 168	8 744 715	5 649 682	26 693 166	54 913 840
Kategori 3 - rehabpatient	1 458 730	9 587 500	7 322 432	4 984 434	37 387 935	60 741 031
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient	0	770 406	1 210 996	929 756	10 910 927	13 822 085
Kategori 5 - palliativ vård	1 731 161	3 232 456	960 791	2 756 896	16 767 590	25 448 895
<b>Totalsumma</b>	<b>8 571 320</b>	<b>41 593 490</b>	<b>25 475 536</b>	<b>22 439 982</b>	<b>140 047 426</b>	<b>238 127 754</b>
Medelkostnad per patient						
Kategori	Hällefors	Karlskoga	Kumla	Lindesberg	Örebro	Totalsumma
Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter	61 890	19 642	32 730	25 651	35 279	28 308
Kategori 2a - hemsjukvårdspatient lätt	59 369	65 358	67 679	43 581	73 398	66 291
Kategori 2b - hemsjukvårdspatient svår	169 393	190 560	218 618	256 804	199 203	203 385
Kategori 3 - rehabpatient	72 937	154 637	63 673	57 959	123 393	121 726
Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient	0	77 041	134 555	84 523	287 130	203 266
Kategori 5 - palliativ vård	577 054	248 650	240 198	306 322	229 693	249 499
<b>Totalsumma</b>	<b>188 128</b>	<b>125 981</b>	<b>126 242</b>	<b>129 140</b>	<b>158 016</b>	<b>145 412</b>

Tabell 8: Jämförande patientmix av andel patienter i timintervall mellan alla kommuner, alla områden SSK + AT + delegerade insatser

Som en ytterligare fördjupning av vad det är för insatser som utförs visar nedanstående diagram hur spridningen av de insatser som utförs av SSK och AT samt delegerade/fördelade uppdrag som utförs av omvårdnadspersonal ser ut.

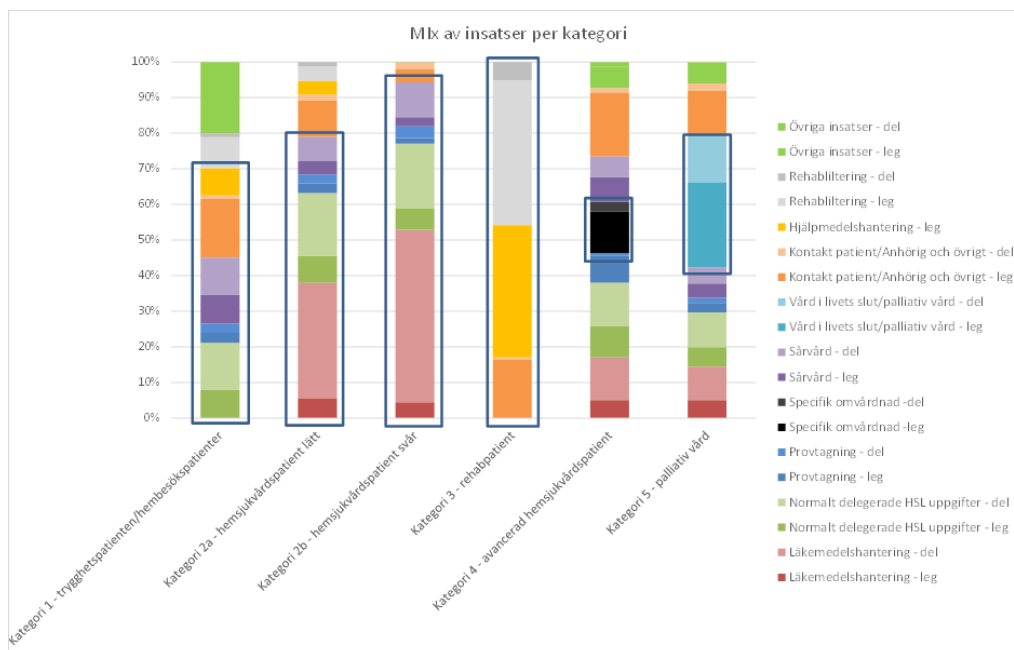


Diagram 2: Kategorisering - Jämförande diagram för procentuell mix av tid för olika behovsområden per kategori uppdelat på vem som utför uppgifterna (leg = legitimerad personal, SSK eller AT, del = delegerade insatser eller fördelade uppdrag till undersköterskor eller annan personalkategori)

Diagrammet visar att det finns stora skillnader mellan kommunerna i vilken typ av behovsområden som driver sjuksköterskornas direkta tid. Notera att denna sammanställning gäller den direkta tiden som SSK utför med patient vilket bara motsvarar ungefär 1/3 av den totala tiden och att även den övriga tiden påverkar kostnadsnivån.

En avgörande faktor i denna analys är att analysera varför det skiljer sig åt mellan kommunerna. För att säkert kunna uttala sig om det skulle det behöva samlas in uppgifter om utvecklingen av patientmixen över tid. Detta har inte varit möjligt ännu då Ensolutions mätning genomförs för första gången har försvårat insamlingen av nya uppgifter men det kommer att vara möjligt vid regelbundna mätningar (vilket vi rekommenderar).

### Tidfördelning mellan olika aktiviteter

Nedanstående tabell visar att huvuddelen av en sjuksköterskas arbetsuppgifter inte består av direkt patienttid utan av andra uppgifter som tar mycket tid. Så här definieras de olika aktiviteterna:

1. Indirekt patienttid; Färdtid, Väntetid, Planering relaterad till vårdtagare, Rapporter/dokumentation, Planering av kommande vårdtagare, Samtal relaterat till vårdtagare
2. Övrig tid; Introduktion av personal/student, Utbildning av annan personal, Vård av lokal, material, fordon, Egen utbildning/projektmedverkan, Fackligt arbete, Kvalitetsuppföljning/utvecklingsarbete, Arbetsplatsträffar, Beställningar, Planering relaterad till arbetsgruppen, Annat arbete



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

Tabell 9: Fördelning av tid på olika aktiviteter, sjuksköterskor

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

Värt att notera att SSK måste anses ha en låg direkt patienttid i jämförelse med andra yrkeskategorier. Exempelvis visar Ensolutions resultat från årlig sammanställning av "Kostnad per brukare" ofta en direkt brukartid på ca. 60 % för omvårdnadspersonal i hemtjänst även om det varierar. Det är en stor skillnad jämfört med SSK med tanke på att omvårdnadspersonal också har en hög andel färdtid.

### Vem gör vad?

En annan påverkande faktor på innehåll och kostnadsnivå är i vilken utsträckning uppgifter delegeras eller fördelas till andra yrkeskategorier. Arbets sättet kring delegering och fördelning av uppdrag till icke legitimerad personal påverkar vilka insatser som legitimerad personal utför. Kostnaden per timme för en hemtjänstinsats är ungefär en tredjedel av kostnaden för en sjukskötersketimme (genomsnittskostnaden för hemtjänsttimme i Kostnad per brukare, utfall 2019 var 453 kr/timme, beviljad tid och för en sjukskötersketimme är snittkostnaden för de alla kommuner 1206 kr/timme). Nedanstående diagram visar skillnaderna i andel delegering/fördelning mellan kommunerna.

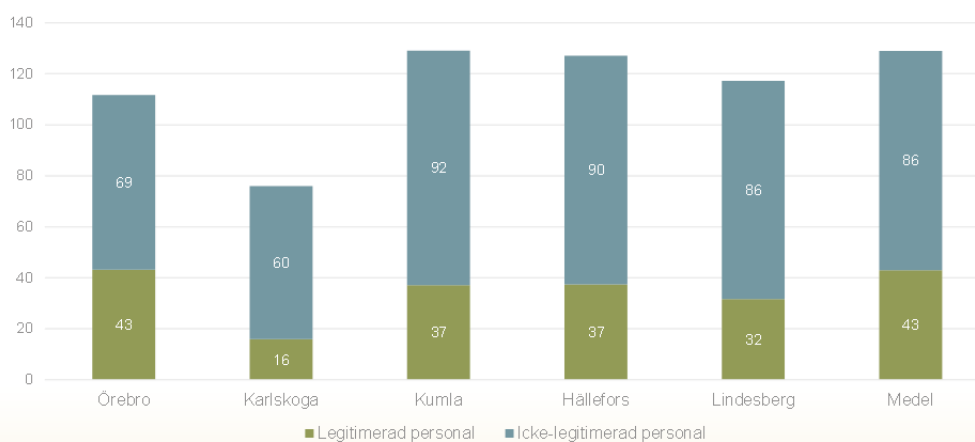


Diagram 3: Andel av insatserna per patient och vecka som utförs av legitimerad respektive icke-legitimerad personal, SSK

Ovanstående diagram visar på att det finns skillnader mellan kommunerna. Detta har en påverkan på kommunens kostnadsnivå. Orsakerna kan förklaras av skillnader i vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/görs och svårighetsgraden och lämpligheten i att delegera insatserna. I flera kommuner finns det anledning att se över sina riktlinjer och arbetssätt inom området. AT fördelar däremot få insatser.

### Övergripande kostnader, tid och insatser inom hälso- och sjukvård

Det tydligaste resursmättet som tas fram är kostnad per invånare. När det gäller kostnader blir det lätt ett cirkelresonemang, lägger vi så mycket resurser på verksamheten som den kräver eller disponerar vi den tillgängliga resursen? Beror resursförbrukningen på att vi valt att lägga en viss summa eller att vi måste lägga en viss summa pengar? Oavsett synen på den frågan så är det ett faktum att olika kommuner har lagt eller haft olika mycket resurser till hälso- och sjukvårdsinsatser.

Nedanstående tabell kombinerar flera olika mått för att ge en övergripande bild av vad som påverkar totalkostnaden per invånare.

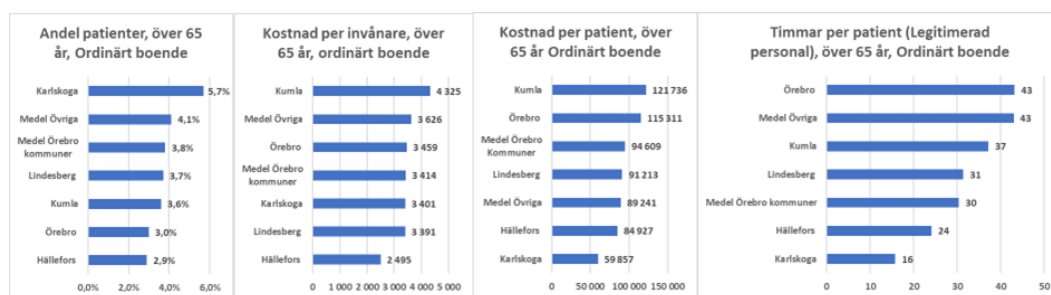


Diagram 4: Andel inskrivna patienter per invånare över 65 år och kostnad per invånare över 65 år, kostnad per patient över 65 år samt timmar per patient, SSK

Kan andelen inskrivna patienter av befolkningen förklara kostnadsnivån och behovet av kommunal hälso- och sjukvård?

Karlskoga har en hög andel inskrivna, har samtidigt en låg kostnad per invånare över 65 år. Detta beror på att antalet timmar per patient är så låg vilket i sin tur påverkar den låga medelkostnaden per patient (den hade varit högre om andelen delegerad tid varit hög). Kumla har låg andel inskrivna och hög kostnad per invånare. Detta beror på fler timmar per patient och en hög andel delegerad tid vilket driver upp medelkostnaden per patient. Hällefors har generellt låga kostnader och det beror på att deras resurskrävande patienter återfinns i åldersspannet under 65 år.

I huvudsak följer andelen inskrivna patienter också kostnad per invånare, det vill säga har en kommun en större andel patienter kommer detta också medföra att de får en högre kostnad per invånare. Denna faktor är en betydande anledning till skillnaderna mellan kommunerna i kostnadsnivå per invånare.

Om andelen patienter i stället relateras till kostnad per patient är det inte samma samband. Det finns inget tydligt samband mellan andel patienter och kostnad per patient. Kostnaden per patient drivs med andra ord av andra faktorer än andelen patienter.

Ovanstående diagram visar också kostnad per patient och antal timmar per patient för legitimerad personal. Dessa följs av naturliga skäl åt och när det är skillnader beror detta på andelen delegerad tid/fördelade uppdrag då detta kan hålla nere antalet timmar för legitimerad personal och kostnaden återfinns i stället inom hemtjänsten. Likaså kan kostnaderna påverkas av andra faktorer såsom inhyrd personal.

Slutsatsen är därför att antal timmar per patient i hög grad påverkar kostnaden per patient vilket i sin tur har en påverkan på kostnaden per invånare. Det är antalet timmar per patient som driver personalkostnaderna och kostnadsutvecklingen.

Motsvarande bild visar samma fördelning för AT

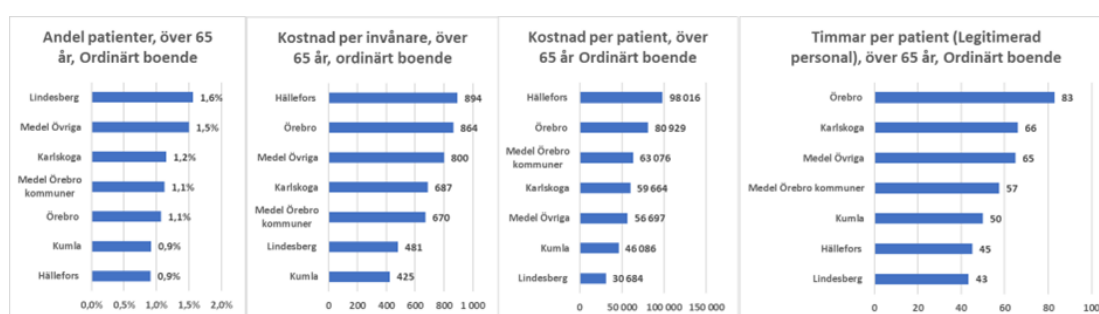


Diagram 5: Andel inskrivna patienter per invånare över 65 år och kostnad per invånare över 65 år, kostnad per patienter över 65 år samt timmar per patient, AT

Lindesberg har en hög andel inskrivna, har samtidigt en låg kostnad per invånare över 65 år. Detta beror på att antalet timmar per patient är så låg vilket i sin tur påverkar den låga medelkostnaden per patient. Hällefors har låg andel inskrivna och hög kostnad per invånare. Detta beror inte på fler timmar per patient utan en låg andel direkt tid vilket driver upp medelkostnaden per patient. Örebro har högt antal timmar per patient och hög kostnad vilket drivs av tyngre behov. Kostnaden per invånare blir därmed relativt hög trots låg andel av invånarna inskrivna.

### Sammanfattning

Hälso- och sjukvården som utförs i kommunerna ges av legitimerad personal i form av sjuksköterskor (SSK) eller rehabpersonal (fysioterapeuter eller arbetsterapeuter) som antingen själv utför alla insatser eller som delegerar eller fördelar uppdrag till annan personal. Insatserna utförs inom alla områden där kommunen har verksamhet såsom ordinärt boende (vård i hemmet), särskilt boende, korttidsvård, bostad med särskild service eller andra insatser enligt SoL och LSS.

*Det är två insatser som dominerar av det som utförs, nämligen läkemedelshantering, och normalt delegerade Hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa insatser står för 51 % av den nedlagda tiden.*

Det är en heterogen mix av patient som SSK utför insatser till. Flertalet patienter anses kräva lite behov av insatser och tiden utgörs oftast enbart av nedlagd tid för delegering för SSK. De stora grupperna utgörs av patienter som har flera enklare insatser som utförs på delegering men som ändå driver något mer sjukskötersketid eftersom det är flera olika insatser. Det är också patienter som kräver fler besök. De patientgrupper som kräver mer

omfattande insatser har ofta en kombination av olika insatser med större regelbundenhet. Till exempel mer omfattande läkemedelshantering, provtagning och sårvård som kräver många besök och mycket kontakt med patient/anhörig.

*För patienter med omfattande behov utförs specifik omvårdnad eller palliativ vård, tillstånd som i sin tur driver mycket tid för läkemedelshantering och provtagning samt mycket stor omfattning av besök av alla anledningar. Andelen patienter med ett högt antal timmar utgör en liten andel av patienterna som kommunerna tar hand om*

Patientmixen skiljer sig också åt mellan kommunerna. Varför är det så? En möjlig orsak vara är att kommunerna i olika utsträckning "tagit över" en ökad andel hälso- och sjukvård som annars utförs av regionerna. Noterbart är att det som anses vara med avancerad hemsjukvård kan hänföras till palliativ vård och specifik omvårdnad inte enbart kan förklara kostnadsökningen de senaste åren. Speciellt specifik omvårdnad står (fortfarande) för en liten andel av kostnaderna för insatserna. Däremot får patienterna som har specifik omvårdnad och palliativ vård omfattande insatser inom andra behovsområden som läkemedelshantering och provtagning.

*Det är ett rimligt antagande att gruppen patienter med behov av palliativ vård och specifik omvårdnad är en delförklaring till kostnadsutvecklingen även om exempelvis behovsområdet specifik omvårdnad bara står för en liten del totalkostnaden. Ytterligare en delförklaring är att även patienter som kräver mycket läkemedelshantering och provtagning bidrar till utveckling och ökad inskrivning.*

Huvuddelen av en sjuksköterskas arbetsuppgifter består inte av direkt patienttid utan av andra uppgifter som tar mycket tid. Indirekt och övrig tid kan handla om färdtid, väntetid, planering relaterad till vårdtagare, rapporter/dokumentation, planering av kommande vårdtagare, samtal relaterat till vårdtagare men även introduktion av personal/student, utbildning av annan personal, vård av lokal, material, fordon, egen utbildning/projektmedverkan, fackligt arbete, kvalitetsuppföljning/utvecklingsarbete, arbetsplatsträffar, beställningar, planering relaterad till arbetsgruppen eller annat arbete

*Medeltiden för direkt patienttid är cirka 32 %. Patientmixens inverkan på de totala kostnaderna är ungefär 1/3 av kostnadsmassan. Övriga 2/3 förklaras av andra uppgifter.*

*En förklaring till ökande kostnader kan också vara ökad administrativ börda för vårddokumentation och planeringstid med tanke på att den direkta tiden är så pass låg av den totala arbetstiden. Att dokumentera och planera är även detta värdeskapande arbetsuppgifter men måste stå i proportion till andel direkt patienttid.*

*En annan faktor som skiljer sig åt mellan kommunerna och som påverkar nedlagd tid för respektive behovsområde är i vilken utsträckning uppgifter delegeras eller fördelas till andra yrkeskategorier. Kostnaden per timme för en hemtjänstinsats är ungefär en tredjedel av kostnaden för en sjukskötersketimme. Detta har en tydlig påverkan på kommunens kostnadsnivå.*

Orsakerna kan förklaras av skillnader i vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/görs och svårighetsgraden och lämpligheten i att delegera insatserna.

## Kommunernas beskrivning av utveckling av hemsjukvård

Socialchefer och MAS/MAR<sup>2</sup> inom kommunerna i länet fick öppna frågor angående hur de ser på förändringen av vården i hemmet under det senaste decenniet. Svaren bygger på deras upplevelse och är inte direkt kopplade till någon form av statistik.

Sammanfattningsvis ser de att personer som vårdas hemma med stöd av kommunal vårdpersonal har en mer komplex sjukdomsbild med flera sjukdomar i längre framskridet skede. Det rör sig om personer med bl.a. cancer, hjärt-och njursvikt och stroke. Medelåldern för gruppen har sjunkit och fler personer har även behov av rehabilitering efter svåra skador.

Insatser kopplade till svårare medicinska tillstånd har ökar. Det rör sig bland annat, om blodtransfusioner, sondmatningar, olika former av intravenösa infusioner, mer omfattande läkemedelsbehandlingar och såromläggningar.

Personer med palliativ vård har ökat i antal vilket också medfört att kommunen möter personens önskemål att för avsluta livet i hemmet i större omfattning. Även antalet personer med svårare demenssjukdom, psykiatrisk problematik, exempelvis ångesttillstånd har ökat.

Sammantaget ställer helheten i olika tillstånd runt personer som vårdas i hemmet ökade krav på högre kompetens bland all vårdpersonal samt oftare behov av att dubbelbemanna vid hembesök för att lösa vårdbehovet. Behov av stöd till närstående har ökat vilket också ställer krav på hög kompetens och behov av att avsätta tid för den formen av insats har ökat.

## Kommunernas förutsättningar

Kommunernas olika förutsättningar påverkar hemsjukvården. Olikheterna beskrivs via några utvalda mått i tabellen nedan för respektive kommun. Färgerna ger en indikation på kommunernas värden i förhållande till genomsnittligt värde i länet och riket. Måtten bygger i med några undantag på nationell statistik. Utförligare beskrivning av måtten finns i bilaga 4.

---

<sup>2</sup> Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

Kommun	Tillgång säbo	Tillgång korttidsvård	Tillgång läkare vårdcentral	Tillgång Mobila team	Återinskrivningar	Påverkbar slutenvård	Besök akutmottagning
Askersund	10,2	1,2	10 197	0	3,35	3 558	521
Degerfors	10,3	2,1	2 947	1	4,58	3 551	806
Hallsberg	8,7	1,2	1 517	0	7,23	4 301	763
Hällefors	7,4	1,7	3 237	0	3,75	3 854	685
Karlskoga	10,1	0,5	2 578	1	5,54	3 448	794
Kumla	9,4	0,8	2 719	0	3,82	3 491	561
Laxå	saknas	1,7	1 920	1	4,55	3 234	579
Lekeberg	10,4	2,4	887	0	4,88	3 018	462
Lindesberg	11,9	1,5	2 377	0	4,29	3 327	806
Ljusnarsberg	11,6	0,9	4 300	0	7,14	3 368	618
Nora	9,7	1,4	1 313	0	6,19	3 508	719
Örebro	12,1	1,3	1 590	1	5,82	3 317	603
Länet totalt	10,2	1,4	1819		5,39	3429	660
Riket	10,7	0,9			9,23	4140	591
Nedre gräns	10	1,1	1500	0,5	5	3350	530
Övre gräns	11	1,5	2500	0,5	7	3800	700

## Förklaring färger

- = Bättre i förhållande till övriga länet och riket
- = Nära genomsnitt förhållande till övriga länet och riket
- = Sämre i förhållande till övriga länet och riket

Röd siffra = Örebro län har sämre värde än riket

Grön siffra = Örebro län har bättre värde än riket

Tabell 10: Kommunjämförelse med ett urval av förutsättningar som påverkar hemsjukvården

## Beskrivning av omgivningsfaktorer

Det finns en mängd omgivningsfaktorer som påverkar ekonomin kring hemsjukvårdsöverenskommelsen och att beräkna alla faktorer skulle vara mycket tidskrävande och ibland till och med omöjligt då faktorerna även förändras över tid. Den mätning som utfördes i flera kommuner är bra och visar nuläget men det går inte att dra för stora slutsatser av hur mycket ökade kostnader som tillkommit över tid då det i offentlig verksamhet är begränsade budgetar och prioriteringar måste ske löpande för att

kostnaderna inte ska överstiga intäkterna. Dessa bortprioriterade saker kan var utbildning och handledning till omvårdnadspersonal, att man gör färre besök hos patienter m.m.

Att bedriva mer vård i hemmet ställer högre krav på kompetens hos omvårdnadspersonalen vilket kräver fler undersköterskor som i sin tur kostar mer i lön än vårdbiträden samt att det kräver mer utbildning kring vissa behandlingar som kostar när man tar in vikarier för personal som utbildas. De ökade kraven kräver även fler sjuksköterskor och det är en yrkesgrupp som är svår att rekrytera och måste då i vissa fall ersättas med personal från bemanningsföretag vilket är kostnadsdrivande. Att det saknas sjuksköterskor är även ett problem inom regionen som i sin tur påverkar hur många vårdplatser som finns att tillgå.

Sjukvårdsinsatserna är mer tidsstyrda än andra insatser vilket påverka hemtjänstens planering som då inte kan bli lika optimal som utan tidsstyrda insatser. Mer avancerad sjukvård medför även att det blir mer omvårdnad som utförs i hemmet i stället för på en sjukhusavdelning. D.v.s. att den del som sedan tidigare utförs av kommunens hemtjänst ökar och tar mer tid.

Tillgången på särskilda boenden påverkar antalet patienter i hemsjukvården och i länets kommuner varierar tillgången på platser där vissa kommuner har fler platser än riksgenomsnittet och vissa har färre än riksgenomsnittet (se tabell ovan). Detta påverkar även de totala sjukvårdskostnaderna i en kommun.

Följsamhet till befintliga avtal påverkar kostnaderna åt båda håll och kan gynna eller missgynna enskilda vårdgivare. Mycket tid utförs av legitimerad vårdpersonal för att lösa brister i överrapportering för att undvika återinläggningar vilket då inte syns i statistiken men gynnar den enskilde patienten. Det förekommer ambitionshöjningar där man ändrar behandlingar för vissa diagnoser vilket kan medföra ökade kostnader för regionen, men också till att mer eftervård bedrivs i patientens hem. Det innebär att båda huvudmännen får ökade kostnader för att patienten ska få en bättre vård.

I tabellen ovan kan man se tillgången till vårdcentralsläkare och mobila team vilket påverkar den kommunala hemsjukvården. Tillgången på vårdplatser påverkar hur fort en patient skrivs ut från sjukhuset och andelen vårdplatser i förhållande till befolkningen har minskat under en längre tid på grund av att behandlingarna har blivit effektivare och vårdförloppen kortare, men en stor del av patienterna är äldre personer som blir mer medtagna av behandlingar och kräver mer insatser av hemtjänsten när de skrivs ut.

I bilden nedan beskrivs de verksamheter och processer hos de båda huvudmännen som ligger utanför den ekonomiska regleringen, men som påverkar hemsjukvårdens uppdrag och kostnader.

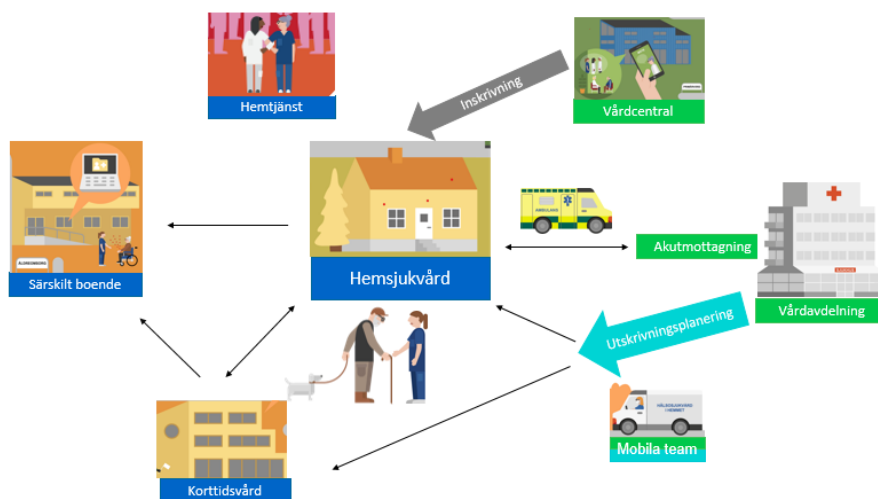


Bild 1: Samband mellan olika vårdgivare

## Förändringar i Regionen

Då den mätning som genomförts endast omfattar den kommunala hemsjukvården så har också några i sammanhanget relevanta mått från Regionens verksamhet tagits fram. Målsättningen var att kunna se förändring över tid. Tyvärr finns bara jämförbara data bakåt från 2017. Man bör också ha i åtanke att pandemin har påverkat all statistik framförallt under 2020.

### Vanligaste diagnoser

De vanligaste huvuddiagnoserna hos personer över 65 år som söker akutsjukvård är Hjärtinsufficiens, Lunginflammation och Stroke. Sedan 2017 syns en minskning av patienter med Hjärtinsufficiens och Lunginflammation. För Stroke och de flesta övriga diagnoserna i tabellen nedan är siffror oförändrade över tid



## Vanligaste huvuddiagnoserna sedan 2017, top 10

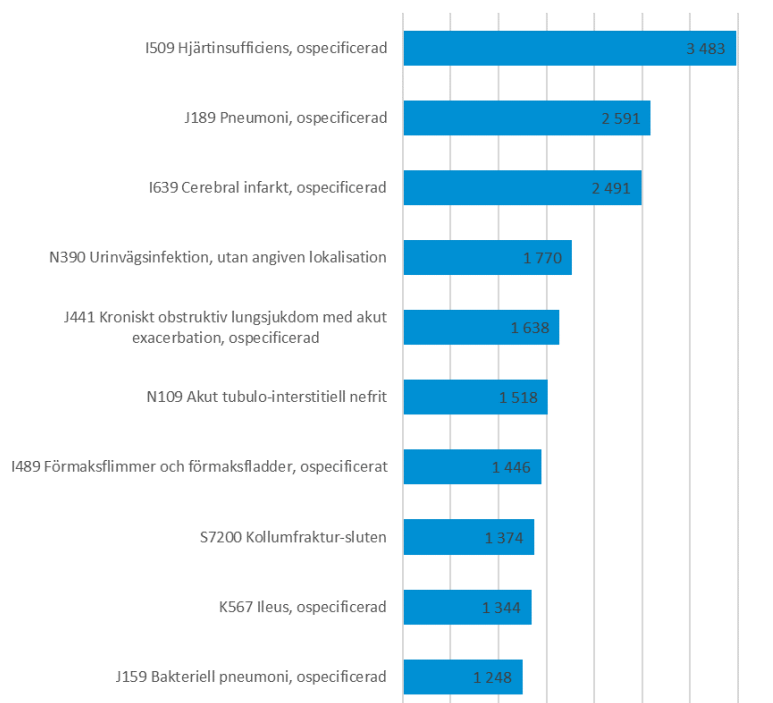


Diagram 6: Vanligaste diagnoser 65-w hos personer som söker akutsjukvård.

**Mångsökare**

Mångsökare avser antal personer >65år som sökt någon av länets akutmottagningar >4 gånger per år. Antalet personer har varit på en relativt stabil nivå under perioden undantaget 2020 som påverkades av pandemin

## Mångsökare 2017 - 2021 per år

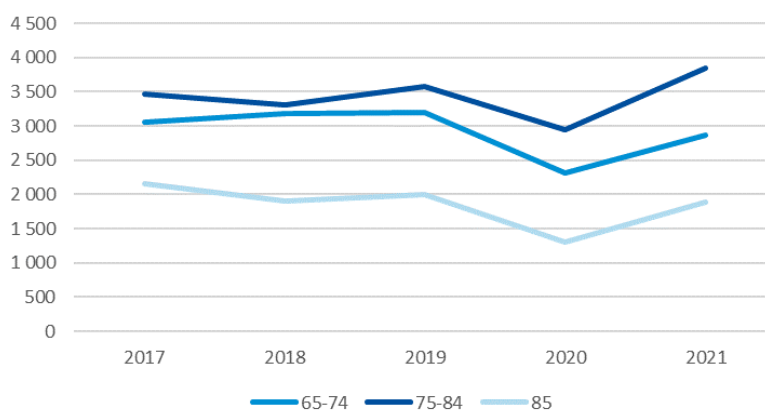


Diagram 7: Mångsökare vid akutmottagningar

### Medelvårdtid

Kortare vårdtider på sjukhus påverkar hemsjukvården. Diagrammet beskriver medelvårdtid för fyra stora diagnosgrupper och av dessa är det bara vårdtiden för patienter med stroke som minskat under perioden.

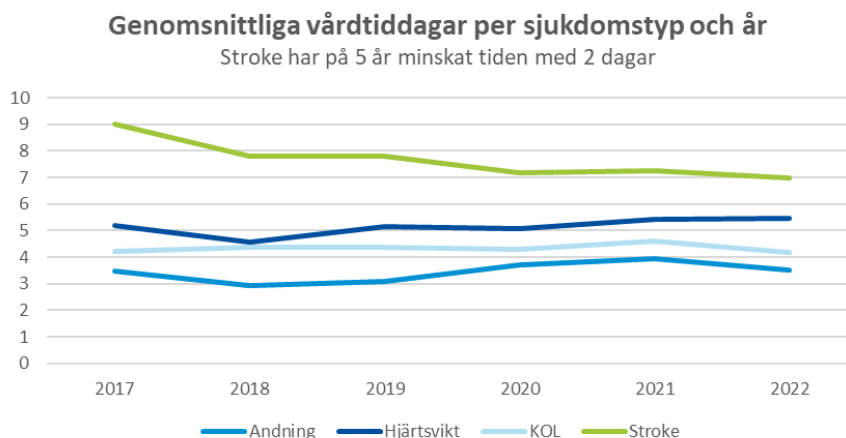


Diagram 8: Medelvårdtid för sjukdomstyper

### Utskrivningsklara

Antal dagar för utskrivningsklara patienter minskade kraftigt sedan ny lag om samverkan vid utskrivning infördes. Under 2022 syntes en uppgång och antal utskrivningsklara dagar var de högsta sedan lagen infördes.



Diagram 9: Antal dagar för utskrivningsklara patienter.

Patienter som har omfattande vårdbehov som behöver särskild planering efter utskrivning hanteras i så kallat rött spår. Antalet patienter i denna grupp har inte ökat sedan 2018.

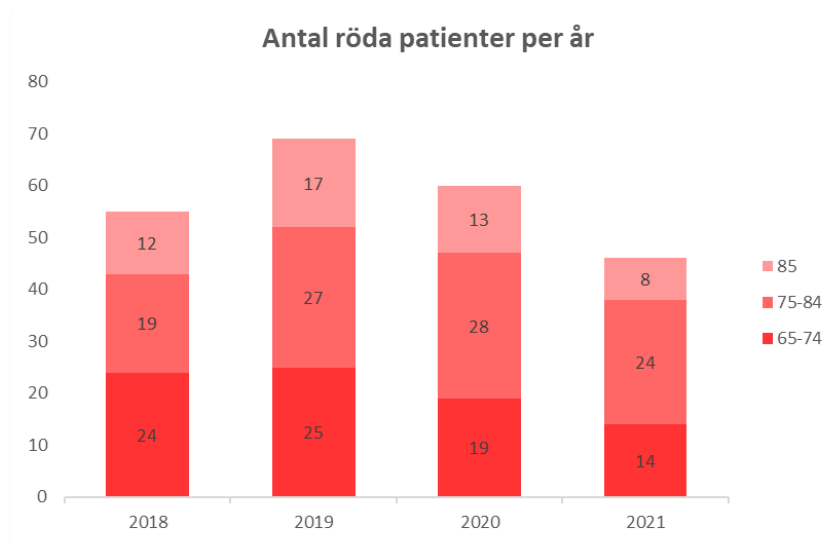


Diagram 10: Förändring av patienter som kräver särskild planering i samband med utskrivning

## 2. Förslag på ekonomisk modell

### Principer

Den ekonomiska modellen för ekonomisk reglering i överenskommelsen för sjukvård i hemmet föreslås bygga på fem principer.

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

### Förslag till modell för ekonomisk reglering

Den ekonomiska modell som föreslås baseras på samma grunder som tidigare använts med skatteväxling och tilläggsbelopp. Skatteväxlingen föreslås vara oförändrad medan tilläggsbelopp föreslås uppdateras och utökas. Specifika satsningar hanteras enligt förslaget som utvecklingsbudget.



Bild 2. Modell för ekonomisk reglering mellan kommun och region

Modellen består av tre delar, skatteväxling, tilläggsbelopp och utvecklingsbudget.

### Skatteväxling

Basen i den ekonomiska modellen föreslås fortsatt vara den genomförda skatteväxlingen. Enligt den uppföljande beräkning som gjorts av skatteväxlingen i samband med ÄDEL-reformen så ger den tillsammans med nuvarande tilläggsbeloppet kompensation på länsnivå för den faktiska kostnaden för kommunernas hemsjukvård. Därför föreslås att den skatteväxlingen som gjordes ligger kvar som bas för den ekonomiska regleringen. Eventuella ojämlikheter mellan kommunerna och förändringar över tid pareras i tilläggsbeloppet.

De existerande nivåerna för skatteväxling anses ta höjd för utveckling av befolkningen i respektive kommun, d.v.s. kostnaderna för likartad nivå på hälso- och sjukvård kompenseras av utvecklingen av skatteintäkterna som respektive kommuner erhåller.

En uppföljning av Skatteväxlingen föreslås var fjärde år. Uppföljning kräver att det görs en motsvarande beräkning såsom i den här rapporten, d.v.s. en beräkning av kommunernas utveckling av hälso- och sjukvårdskostnader.

### Tilläggsbelopp

Den andra delen i den förslagna modellen är fortsatt reglering med tilläggsbelopp med en uppdatering i omfattning och utformning. Tilläggsbeloppets syfte är att kompensera för faktorer som inte skatteväxlingen kan fånga upp. Då överenskommelsen omfattar alla över 18 år och samtliga diagnosgrupper föreslås att ersättning för psykiatrisk hemsjukvård innefattas i tilläggsbeloppet och att fakturering för dessa insatser upphör.

Tilläggsbeloppet är indelat i tre olika faktorer som var för sig kompenserar för olikheter mellan länets kommuner.

#### Beräkningsgrunder

- Andel äldre - ska kompensera för en mer eller mindre fördelaktig åldersstruktur i länets kommuner.

- Glesbygd/tillgänglighet till hälso- och sjukvård – ska kompensera för en mer eller mindre fördelaktig tillgänglighet till hälso- och sjukvård
- Tillägg för ytterfall/avancerad hemsjukvård – ska kompensera för förskjutningar av patientmix och specifika resurskrävande individer

Tilläggsbeloppet baseras som grundbelopp utifrån den beräkning av hälso- och sjukvårdskostnader som genomförts under 2022 eller som avtalats tidigare. Beloppen räknas upp årligen efter LPIK, (landstingsprisindex exkl. läkemedel). LPIK är det index som används för att räkna upp nuvarande tilläggsbelopp.

En uppföljning och eventuell justering av tilläggsbeloppet föreslås ske vartannat år för att fånga upp eventuella förändringar som ska tas in i kostnadsregleringen.

### Utvecklingsbudget

Sjukvård i hemmet kommer fortsatt att kräva finansiering av gemensamma utvecklingskostnader. Därför föreslås att en gemensam budget upprättas. Årligt beslut om storlek och inriktning tas inom ramen för revidering av färdplanen för Nära vård.

Finansiering kan ske via statliga stimulansmedel eller lokala politiska satsningar. Kostnaden fördelas med 50% av Region och 50% av kommunerna om inget annat görs upp för enskilda utvecklingsinsatser.

## Förslag på ekonomisk reglering 2024

Förslag på förändrat tilläggsbelopp kopplat till ny överenskommelse beskrivs nedan

Nuvarande tilläggsbelopp för somatisk vård uppräknat till 2024 års nivå finns kvar som grund. Till detta läggs fakturerade belopp för psykiatrisk hemsjukvård i genomsnitt för perioden 2021-2022. Fördelning av denna del sker efter andel 65 år och äldre.

Tillägg för ytterfall/avancerad hemsjukvård Beräknad på 5 % förskjutning av kategori 4 - avancerade hemsjukvårdspatienter med vald indexreglering från 2021 års kostnadsnivå.

Tillägg för glesbygd utgör 5 % av ovanstående och fördelas proportionellt mellan de kommuner vars centralort ligger mer än 35 kilometer från närmaste sjukhus proportionellt efter andel 65 år och äldre. Fördelningsgrund finns som en del i Regionens modell för ekonomisk fördelning till vårdcentralerna.

Hela beloppet räknas upp årligen med LPIK. Eventuell justering sker i samband med uppföljning och ny mätning av hemsjukvård inklusive psykiatrisk hemsjukvård.

#### Tilläggsbelopp totalt för länet

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

Tabell 11: Tilläggsbeloppets beräkningsgrunder. Grundbeloppet inklusive tillägg för psykiatrisk hemsjukvård avser 2023 och ska räknas upp med LPIK till 2024 men prognos för index är osäker

## Fördelning per kommun

Kommun	Invånare över 65 år			Glesbygdsfaktor		Totalt
	Antal	Andel	Belopp	Andel	Belopp	
Askersund	3 393	5%	946 897	38%	315 123	<b>1 262 020</b>
Degerfors	2 748	4%	766 894		0	<b>766 894</b>
Hallsberg	3 727	5%	1 040 107		0	<b>1 040 107</b>
Hällefors	1 959	3%	546 705	22%	181 941	<b>728 646</b>
Karlskoga	7 635	11%	2 130 727		0	<b>2 130 727</b>
Kumla	4 546	7%	1 268 669		0	<b>1 268 669</b>
Laxå	2 069	3%	577 403	23%	192 157	<b>769 561</b>
Lekeberg	1 662	2%	463 820		0	<b>463 820</b>
Lindesberg	6 113	9%	1 705 977		0	<b>1 705 977</b>
Ljusnarsberg	1 476	2%	411 913	17%	137 083	<b>548 996</b>
Nora	3 023	4%	843 640		0	<b>843 640</b>
Örebro	30 122	44%	8 406 255		0	<b>8 406 255</b>
<b>Summa</b>	<b>68 473</b>	<b>100%</b>	<b>19 109 008</b>	<b>100%</b>	<b>826 305</b>	<b>19 935 313</b>

Tabell 12: Fördelning av tilläggsbeloppet per kommun samt jämförelse med nuvarande tilläggsbelopp

Kommun	Nytt belopp	Nuvarande belopp	Differens
Askersund	1 262 020	749 991	512 029
Degerfors	766 894	606 211	160 683
Hallsberg	1 040 107	813 280	226 827
Hällefors	728 646	435 969	292 677
Karlskoga	2 130 727	1 676 618	454 109
Kumla	1 268 669	1 008 882	259 787
Laxå	769 561	361 433	408 128
Lekeberg	463 820	405 317	58 503
Lindesberg	1 705 977	1 331 503	374 474
Ljusnarsberg	548 996	324 606	224 390
Nora	843 640	663 767	179 873
Örebro	8 406 255	6 498 522	1 907 733
<b>Summa</b>	<b>19 935 313</b>	<b>14 876 099</b>	<b>5 059 214</b>

Tabell 13: Jämförelse mellan förslaget och med nuvarande tilläggsbelopp för somatisk hemsjukvård (se tabell 1)

## Risker, vinster och framgångsfaktorer

Det är svårt att via en ekonomisk reglering skapa incitament för att parterna ska ta gemensamt ansvar för patienten. Men då förslaget bygger på få och övergripande fördelningsgrunder så bör den inte bli en hindrande faktor för samverkan. Då modellen tar viss höjd för patienter i hemsjukvården med mer avancerade bov så bör det bidra till att diskussioner om resurskrävande patienter kan minska.

En annan fördel är att modellen är enkel och inte innebär någon omfattande administration. Få parametrar gör att den blir enkel att förstå och bidrar inte till detaljstyrning. Det finns samtidigt en risk med att modellen inte uppfattas som rättvis när

den inte tar hänsyn till fler parametrar. Men en mer detaljerad modell innebär inte nödvändigtvis att den blir mer träffsäker.

Modellen medger flexibilitet då det finns ett utgångsläge som gör att förändringar kan följas vid en uppföljning. Eventuella justeringar kan göras om uppföljning visar förändrat läge. Det finns däremot en risk om uppföljning inte görs med t.ex. ett intervall på vartannat år för att säkerställa en adekvat modell.

Modellen bedöms också vara hållbar över tid då den huvudsakligen bygger på få och relativt förutsägbara parametrar. Den reglerar inte det som parterna själva måste ta ansvar för. Den bygger på att överenskommelsens parter tar sitt ansvar för att säkerställa kompetens och resurser inom sitt ansvarsområde.

En framgångsfaktor för en hållbar modell är att det finns en arena för dialog för uppföljning och diskussion kring modellen. Inte minst för att det sker en naturlig omsättning av ledande personal och politiker som kanske inte varit med i utformningen av modellen. Förståelse för principer och utfall är viktigt för acceptansen av modellen.

### **3. Metod för beräkning - följa förändringar**

#### **Uppföljning av ekonomisk reglering**

Uppföljning av tilläggsbeloppet med en ny hemsjukvårdsmätning i hela länet föreslås ske senast inför justering av tilläggsbeloppet 2026 och därefter vartannat år

Uppföljning av skatteväxlingen föreslås ske senast inför justering 2028 och därefter var fjärde år

Det är mycket angeläget att överenskommelsen och den ekonomiska regleringen följs upp på ett bättre sätt än tidigare med tanke på utvecklingen mot en mer nära vård. Detta är även viktigt för modellens trovärdighet.

En utmaning med för länets kommuner är att hälso- och sjukvårdsinsatser kommer att vara fortsatt att inte registrerade på ett ändamålsenligt sätt som underlag för ekonomisk beräkning. Underlag finns varken på länsnivå eller på nationell nivå. Man registrerar inte hälso- och sjukvårdsinsatser i tidsåtgång per insats. Den uppföljning som tas fram måste därför kompletteras med manuella punktmätningar. Framgång i uppföljningen förutsätter att regionen och länets kommuner tillgängliggör den data som efterfrågas och har en beredskap att bidra i kompletterande mätningar.

Den uppföljning som föreslås innebär att detta arbete behöver planeras och att resurs behöver avsättas för arbetet. En annan förutsättning för att genomföra regelbunden uppföljning utan för stor arbetsinsats är att kommunernas registrering på sikt anpassas så att data till uppföljning kan tas ur de egna verksamhetssystemen

Den prognos som beskrivs i nästa avsnitt kan används som grund i uppföljning.

#### **Prognos utveckling av hemsjukvård**

Syftet med den här delen av rapporten är att beskriva

Hur ser befolkningsutveckling ut inom länets kommuner?

Användning av den kategoriindelning som tagits fram i Baseline mätning i fem av länets kommuner för att beskriva utvecklingen av innehållet i vården, kostnader och resurser samt kunna extrapolera dessa resultat till länsnivå

Prognosen ska kunna användas för att reglera tilläggsbelopp i överenskommelsen samt beräkna ett simulerat utfall för hela länet

Materialet som kommer att användas för att beskriva ovanstående frågeställningar är baserat på datakällorna:

- Mätningen av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben i länets kommuner – sker uppgifter om antal patienter, resursåtgång och andel av befolkningen
- Befolkningsprognos per kommun och för hela länet – används för att kunna bygga en prognos av utvecklingen baserat på andel och konsumtion

Nedanstående tabeller är sammanställda från det material för befolkningsutveckling som tas fram på länsnivå.

Första tabellen som mätningarna sedan är relaterade till gäller de fem kommuner som var med i mätning, Hällefors, Karlskoga, Kumla, Lindesberg och Örebro.

Tabellerna är uppdelade utifrån relevanta åldersintervall för beräkningarna.

Kommuner i mätningen	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Under 65 år	187 255	188 003	188 573	189 149	189 696	190 103	190 586	190 683	190 935
65-69 år	12 122	11 930	11 965	11 916	11 921	12 051	12 278	12 814	13 190
70-74 år	11 992	11 781	11 561	11 372	11 497	11 483	11 322	11 364	11 328
75-79 år	11 871	11 928	11 751	11 600	11 149	10 925	10 746	10 561	10 415
80-84 år	7 402	7 940	8 598	9 115	9 648	9 930	10 006	9 882	9 782
85-89 år	3 728	3 953	4 186	4 537	4 816	5 176	5 589	6 079	6 480
Över 90 år	2 371	2 353	2 315	2 327	2 348	2 409	2 540	2 657	2 861
	236 740	237 888	238 948	240 016	241 075	242 078	243 068	244 041	244 992

Tabell 13 Antal invånare per åldersintervall, Förväntad befolkningsutveckling i kommunerna som är med i mätningen, 2022-2030

Ovanstående tabell visar befolkningsutvecklingen. Fram t.o.m. 2030 är utvecklingen för de över 90 år (vilket åldersintervall som har högst konsumtion av insatser) relativt låg. Däremot är utvecklingen för åldersintervallet över 80-84 år och 85-89 år betydligt större.

Motsvarande tabell nedan för samtliga kommuner i länet

Örebro län	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Under 65 år	223 734	224 502	225 111	225 662	226 208	226 506	226 942	226 803	226 760
65-69 år	16 395	16 141	16 173	16 086	16 054	16 264	16 472	17 141	17 665
70-74 år	16 480	16 103	15 745	15 498	15 596	15 498	15 287	15 333	15 268
75-79 år	16 104	16 266	16 017	15 780	15 234	14 911	14 598	14 299	14 112
80-84 år	10 018	10 726	11 632	12 346	12 984	13 379	13 547	13 375	13 214
85-89 år	5 066	5 372	5 648	6 080	6 461	6 950	7 485	8 157	8 699
Över 90 år	3 100	3 068	3 055	3 074	3 120	3 198	3 368	3 521	3 771
	290 897	292 177	293 381	294 525	295 657	296 706	297 699	298 630	299 488

Tabell 14: Antal invånare per åldersintervall, Förväntad befolkningsutveckling i kommunerna i länet, 2022-2030

Den övergripande tabellen med prognosen för alla kommuner följer i huvudsak kommunerna i mätningen. Därför är antagandet att vi kan extrapolera siffrorna för kommunerna i mätningen upp till länsnivå.



### Scenario utifrån befolkningsframskrivning

En modell för att prognostisera vilka insatser som behövs för att möta kommande behov hos befolkningen har arbetats fram. Prognosen bygger på konsumtionsmönster enligt mätningarna, förväntad befolkningsutveckling och antaganden kring hur beskrivna målsättningar ovan påverkar framtida konsumtionsmönster.

Nedanstående tabell visar antal patienter i mätningen per kategori och deras konsumtion per åldersgrupp

Åldersgrupp	Kategori 1- trygghetspatienten/ hembesökspatienter	Kategori 2a - hemsjukvårds patient lätt	Kategori 2b - hemsjukvårds patient svår	Kategori 3 - rehabpatient	Kategori 4 - avancerad hemsjukvårds patient	Kategori 5 - förstärkt hemsjukvård
Under 65 år	34	64	17	116	20	8
65-69 år	8	36	12	31	3	3
70-74 år	33	65	25	46	6	9
75-79 år	60	127	31	84	13	11
80-84 år	80	211	59	95	8	24
85-89 år	91	227	59	68	10	16
90- år	95	324	65	57	8	31
<b>Totalsumma</b>	<b>401</b>	<b>1054</b>	<b>268</b>	<b>497</b>	<b>68</b>	<b>102</b>
Åldersgrupp	Kategori 1- trygghetspatienten/ hembesökspatienter Summa	Kategori 2a - hemsjukvårds patient lätt Summa	Kategori 2b - hemsjukvårds patient svår Summa	Kategori 3 - rehabpatient Summa	Kategori 4 - avancerad hemsjukvårds patient Summa	Kategori 5 - förstärkt hemsjukvård Summa
Under 65 år	0,02%	0,03%	0,01%	0,06%	0,01%	0,00%
65-69 år	0,07%	0,30%	0,10%	0,26%	0,02%	0,02%
70-74 år	0,28%	0,54%	0,21%	0,38%	0,05%	0,08%
75-79 år	0,51%	1,07%	0,26%	0,71%	0,11%	0,09%
80-84 år	1,08%	2,85%	0,80%	1,28%	0,11%	0,32%
85-89 år	2,44%	6,09%	1,58%	1,82%	0,27%	0,43%
Över 90 år	4,01%	13,67%	2,74%	2,40%	0,34%	1,31%

Tabell 15: Antal patienter per kategori och åldersgrupp samt konsumtion per kategori och åldersgrupp, kommuner med i mätningen

Utifrån ovanstående kategorier, åldersgrupper och konsumtion kan man skapa en prognos framåt, en s.k. framskrivning. Nedanstående prognos är baserat på hela länet

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

Tabell 16. Prognos, antal patienter per år och åldersgrupp, hela länet

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

### Scenario - befolkningsframskrivning och konsumtionsökning av kategori 4

Nedanstående diagram visar utvecklingen per kategori och vad en konsumtionsökning av kategori 4 per år med 5 %. Hänsyn är även taget till befolkningsutvecklingen

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

Tabell 17: Prognos, antal patienter per år och kategori med en konsumtionsökning av kategori 4, hela länet

Ovanstående diagram visar effekten på antal patienter vid en konsumtionsökning av kategori 4 med 5 % per år, d.v.s. vilken effekt på antal och kostnader medför.

Kategori 4 är patienter med specifik omvårdnad (ex. dialys) eller med omfattande behov (över 4 timmar SSK tid/vecka) och/eller behov av samordning av vård och/eller riskpatient. Kräver samordnade insatser av både primärvård och hemsjukvård. Det är den är kategorin av patienter som man kan förvänta sig öka i framtiden med vård i hemmet och/eller där det historiskt har varit en förskjutning mot vård i hemmet (i stället för vård på sjukhus eller primärvård).

Medelkostnaden för utfall 2021 var 203 266 kr per patient, Det är det som grunden för beräkningen. Medelkostnaden är genomsnittet av alla insatser för SSK, AT och delegerade/fördelade insatser i de fem kommunerna som var med i mätningen.

Kategori 5 med palliativ vård är en viktig grupp men bedömningen är att denna grupp redan i hög utsträckning vårdas i hemmet och där kan inte större konsumtionsökning väntas.

Det är givetvis svårt att sätta en korrekt siffra vad en ”rätt” konsumtionsökning av kategori 4 kan vara. Det kan vara enskilda beslut som spelar in eller initiativ för enskilda grupper. Ensolution har gjort mätningar i flera kommuner där vi faktamässigt observerat att det rör sig om ett antal extra patienter varje år gradvis om inga andra större förändringar genomförs. Därmed går det att översätta till en procentsats som en uppskattning. Skillnaden för ett år med 5 % blir t.ex. 95 st för 2023 i stället för 90 st. Det är inte på något sätt en större konsumtionsökning.

I kostnadsökning rör det sig om 1-2 miljoner per år i konsumtionsökning. En beräkning har gjorts av kostnadseffekten inkl. en beräkning med OP! på 2,95 % per år.

För 2024 skulle detta då innebära ett tilläggsbelopp på 2,5 miljoner om den här modellen används för som tilläggsbelopp. Det är praktiskt möjligt att använda den här modellen tillsammans med en uppföljning.

# Bilagor

1. Beräkning av kostnadsutveckling för kommunal hälso- och sjukvård sedan skatteväxling 1992
2. Resultat av hemsjukvårdsmätning
3. Prognos av hälso- och sjukvårdskostnader
4. Förklaring till mått i kommunjämförelse
5. Uppdragets arbetsgrupp

Bilaga 4: Förklaring till mått i kommunjämförelse			
Mått	Källa	År	Definition
Antal invånare	SCB	2021	Antal invånare
Andel invånare över 80 år	Socialstyrelsen	2021	Andel invånare över 80 år
Kommunens yta km <sup>2</sup>	SCB	2021	Kommens yta
Avstånd sjukhus km	Eniro	2022	Avstånd till sjukhus från kommunens centralort
Yta/vårdcentral km <sup>2</sup>	SCB/Regionens data	2021	Kommunyta/vårdcentral
Socio-ekonomi (CNI)	Kolada	2021	Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. Ett värde över 1 innebär högre risk för ohälsa än i riket i stort och ett värde under 1 innebär en lägre risk för ohälsa än riket i stort. CNI utgår från följande variabler som ges olika vikt, här sorterade i fallande ordning: Ålder 65+ och ensamstående, utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), arbetslös eller i åtgärd 16-64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, invånare 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt inom kommunen, invånare med låg utbildningsnivå 25-64 år samt invånare 0-4 år.
Tillgång såbo	Kolada	2021	Andel personer som bor på såbo 80-w
Tillgång korttidsvård	Kolada	2021	Andel dygn korttidsvård 65-w
Tillgång läkare vårdcentral	Regionens underlag	2022	Antal fasta läkare/listade patienter. Inkluderar färdiga allmänspecialister och ST-läkare. (ST-läkare räknas som 0,5 av en heltid)
Tillgång Mobila team	Regionens underlag	2022	Närsjukvårdsteam/Palliativt team ja/nej
Återinskrivningar	Socialstyrelsen	2021	Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre.
Påverkbar slutenvård	Socialstyrelsen	2021	Antal personer med påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 65 år eller äldre.
Besök akutmottagning	Socialstyrelsen	2021	Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare.

## Bilaga 5: Arbetsgrupp

Arbetsgruppen som tagit fram denna rapport har bestått av;

### Regionens hälso-och sjukvård

Jan Sundelius, samordnare nära vård (ordförande och sammankallande för gruppen)

Agnes Nyborg/Ivana Nolinder, ekonom, område nära vård

Ewa Slätmo, Strateg område Nära vård

### Kommunerna i västra länsdelen

Stefan Nilsson, HSL-chef Karlskoga kommun

Maria Näslund, controller Karlskoga kommun

### Örebro kommun

Ulrika Gustafsson/Sandra Andersson, ekonom

Birgitta Palmér, ekonom

### Kommunerna i södra länsdelen

Johan Carsbrant, controller Kumla kommun

### Kommunerna i Norra länsdelen

Anette Persson, controller Lindesbergs kommun

### Konsulter från Ensolution AB

Andreas Johansson

Sara Libera