

# Ekonomisk analys för Skånes kommuner av förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal avseende hemsjukvård för de mest sjuka

2015-01-09

## Innehåll

Inledning .....	2
<i>Avgränsningar</i> .....	3
<i>Analysgruppens sammansättning</i> .....	3
Kommunal hemsjukvård i Skåne .....	4
Avgränsning av målgrupp för beräkningar .....	5
<i>Personer 65 år och äldre i ordinärt boende</i> .....	5
<i>Personer yngre än 65 år i ordinärt boende</i> .....	5
<i>Personer i särskilt boende i alla åldrar</i> .....	6
Beräknade kostnader för kommunerna .....	6
<i>Antaganden om kommunernas arbetsinsats</i> .....	6
<i>Antaganden om kommunernas kostnader till följd av ökad arbetsinsats</i> .....	7
<i>Kostnader för personer 65 år och äldre i ordinärt boende</i> .....	7
<i>Kostnader för personer yngre än 65 år i ordinärt boende</i> .....	7
<i>Kostnader för personer i särskilt boende i alla åldrar</i> .....	7
<i>Kostnader för kompetensutveckling och kompetensförsörjning</i> .....	7
<i>Totala merkostnader för Skånes kommuner</i> .....	7
Statistik till grund för beräkningar .....	9
Demografisk utveckling i Skånes kommuner 2014-2022 .....	12
Region Skånes uppskattning angående behov av arbetsinsatser och ekonomisk bedömning .....	15
Avslutande diskussion .....	16

## Inledning

Förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan Region Skåne och Skånes kommuner tar sin utgångspunkt i behovet av samverkan och gemensam utveckling för att uppnå större brukarfokus och öka möjligheterna för huvudmännen att möta såväl dagens behov som framtida behov. Detta ställer krav på gemensam planering och utveckling av insatser till de mest sjuka. Samtidigt har varje huvudman sin egen budget och krav på sig att upprätthålla kostnadseffektivitet och ekonomiskt ansvar gentemot sin egen organisation. Vid framtagandet av det nya avtalet finns det en ambition om att i större utsträckning utgå från personens behov, snarare än dagens konstruerade gränser för betalningsansvar. Hur respektive kommun och Region Skåne ska finansiera sina förändrade kostnader behandlas inte i denna analys.

En analysgrupp har över sommaren och hösten 2014 arbetat med att beskriva och beräkna de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för Region Skåne och kommunerna med anledning av det nya förslaget till Hälso- och sjukvårdsavtal. En svårighet i arbetet har varit just att det handlar om ett utvecklingsavtal med vissa målsättningar, men där lösningarna för att uppnå målen inte är fullt ut definierade. Dessutom ser utgångsläget olika ut i Skånes kommuner avseende befolkningens sammansättning och behov samt bemanning och organisation av verksamheterna som utför hemsjukvårdsinsatser. Arbetet med ekonomiska analyser har därför utgått från ett antal antaganden om effekter av det nya arbetssättet när det är fullt utbyggt, med dagens demografiska struktur, i syfte att ge en bild av vilken storleksordning på kostnader som kan uppkomma för respektive kommun. Arbetsgruppen vill dock poängtera att detta endast är skattningar och att de faktiska kostnaderna kommer att variera bland annat beroende på hur man väljer att lösa uppdraget, om det till exempel sker var för sig eller i samarbete flera kommuner emellan. En viktig faktor som påverkar kostnaderna för den enskilda kommunen är också den demografiska utvecklingen i kommunen och hur åldersstrukturen i kommunen ser ut idag.

För att ha några ekonomiska resonemang att luta sig emot har analysgruppen studerat de rapporter som finns från liknande samarbetsinitiativ på olika håll i landet. Bland annat finns *AMMA-teamet* i Malmö, *Närsjukvårdsteam* i Skaraborgs län och *Mobilt hembesöksteam* i Uppsala län. Dessa projekt liknar i sin utformning det arbetssätt man eftersträvar för Skåne och de olika projektrapporterna innehåller uppgifter som kunnat användas för att göra antaganden kring ekonomiska konsekvenser för kommunerna. De riktar sig dock främst till personer 65 år och äldre och handlar om mer akuta insatser för personer som sviktat tillfälligt under dagtid. Analysgruppen har därför i sina beräkningar fått göra omräkningar för att omfatta insatser hela dygnet samt de mest sjuka i alla åldrar. Antaganden har även fått göras kring effekter på planerad omvårdnadsverksamhet.

Nedan redovisas de utgångspunkter och antaganden som gjorts och resultatet av gjorda beräkningar för Skånes kommuner. Förhoppningen är också att varje kommun ska kunna arbeta vidare med djupare ekonomiska analyser genom att utgå från analysgruppens resonemang och justera antaganden utifrån faktiska förhållanden och den demografiska utvecklingen i den egna kommunen. Under rubrik *Demografisk utveckling i Skånes kommuner 2014-2022* nedan finns diagram över befolkningsutvecklingen i kommunerna fram till 2022 för gruppen 65 år och äldre samt för gruppen 85 år och äldre. För att ge en överblick över de samlade ekonomiska konsekvenserna redovisas även de uppskattade kostnader som förstärkningen av läkarstödet till kommunal hemsjukvård innebär för Region Skåne.

Den statistik som redovisas nedan, och har använts vid beräkningar, är hämtad från Kommun och Landstingsdatabasen (KOLADA) som bygger på data som årligen lämnas av kommuner och landsting/regioner. Befolkningsstatistik är hämtat från SCB samt från Region Skånes befolkningsprognos för samtliga kommuner i Skåne. Statistiken som presenteras över antal

personer med vissa insatser innehåller sannolikt viss dubbelräkning av personer eftersom många som bor i särskilt boende eller har hemtjänst också har kommunal hemsjukvård. I Malmö är det exempelvis 50 % av alla personer med insatser enligt SoL, LSS eller HSL som har samtidiga insatser enligt två lagrum eller fler.

### **Avgränsningar**

Det nya arbetssättet med utökad vård i hemmet för de mest sjuka förväntas få positiva effekter för de personer som får tillgång till vården. De totala ekonomiska konsekvenserna för huvudmännen är dock svårberäknade i sin helhet. Till exempel kan förbättrad vård i hemmet leda till att behovet av insatser inte ökar lika snabbt för en enskild person som om denna utökade vård inte funnits. Samtidigt kan kostnader för exempelvis samordnad vårdplanering och korttidsvård minska. Hur det kan komma att påverka kommunernas och Region Skånes kostnadsutveckling har analysgruppen inte räknat på till följd av bland annat svårigheten att bedöma effekten av förebyggande insatser.

Förutom de merkostnader för vård och omsorg som denna analys beskriver kan också ökad vård i hemmiljö medföra ett ökat behov av avlastning och stöd till anhöriga i form av exempelvis växelvård eller avlastningsplatser. Det finns dock ingen statistik över hur behovet av anhängstöd varierar med exempelvis vårdtid i hemmet och vårdtyngd vilket gör det svårt att bedöma hur behovet påverkas. Analysgruppen har därför inte beräknat dessa kostnader. Utökad hemsjukvård kan också påverka behovet av omvårdnadsinsatser från hemtjänsten, vilket också skulle innebära merkostnader. Detta har till viss del räknats in i gjorda beräkningar, men varje kommun måste själv bedöma huruvida gjorda antaganden räcker för att täcka in bedömt ökat omvårdnadsbehov.

En arbetsgrupp med representanter från Region Skåne och kommunerna arbetar just nu särskilt med frågeställningar kring den palliativa vården/ASiH i Skåne och gränssnittet mellan huvudmännen. Eventuella förändringar kring detta har därför inte beaktats i de beräkningar som redovisas nedan eftersom analysgruppen inte velat föregå pågående diskussion.

### **Analysgruppens sammansättning**

Analysgruppen som står bakom denna analys har sammansatts av Kommunförbundet Skåne och består av tjänstemän från Kommunförbundet Skåne, skånska kommuner och Region Skåne. Kommunrepresentanterna har valts ut för att fånga helheten och perspektiven från såväl större som mindre kommuner utan att agera som representant för den egna kommunen.

I analysgruppen har ingått:

- Carina Lindkvist, Kommunförbundet Skåne
- Björn Sjölin, Kommunförbundet Skåne
- Jan Eric Andersson, Region Skåne
- Louise Roberts, Region Skåne
- Ronny Wain, Region Skåne
- Anna Granevärn, Eslövs kommun
- Karin Göranson, Malmö stad
- Per Lövgren, Malmö stad

## Kommunal hemsjukvård i Skåne

Hemsjukvården inom ramen för det nya förslaget till hälso- och sjukvårdsavtal omfattar de mest sjuka. Kommunal hemsjukvård omfattar insatser från exempelvis sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut.

Målgruppen för de nya hemsjukvårdsteamerna utgörs av:

- Personer som har kommunal insats enligt Hälso- och sjukvårdslagen och tillfälligt sviktar, d.v.s. där akut försämring inträffar.
- Personer med ett mer omfattande, kontinuerligt och mer långvarigt vårdbehov. Till gruppen hör personer som bor i kommunens särskilda boenden, korttidsboenden och personer i ordinärt boende som har ett mer omfattande vårdbehov.

I tidigare analyser har målgruppen bedömts till ca 26 000 personer. Totalt har nära 40 000 personer i Skåne i alla åldrar någon form av kommunal hemsjukvårdsinsats varav 32 000 personer har insatser enligt SoL (hemtjänst i ordinärt och särskilt boende). Det är dock inte alla dessa 40 000 som kommer att vara i behov av förstärkta hemsjukvårdsinsatser.

Målgruppen för de nya hemsjukvårdsteamerna kan helt eller delvis utgöras av:

- Personer som bor på särskilt boende i alla åldrar (hela gruppen).
- Personer som bor i ordinärt boende och har hemtjänst och kommunala hemsjukvårdsinsatser i alla åldrar (delar av gruppen).
- Personer som bor i korttidsboende i alla åldrar (delar av gruppen).
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS och har hemsjukvårdsinsatser (delar av gruppen).
- Personer som bor i ordinärt boende och har insatser enligt LSS och kommunala hemsjukvårdsinsatser (delar av gruppen).

I Skåne hade i oktober 2013 (i relation till samma åldersgrupp i befolkningen):

- 13,2 % eller 32 420 personer som var äldre än 65 år kommunal hemsjukvård.
- 0,6 % eller ca 6 000 personer som var under 65 år kommunal hemsjukvård.
- 7,9 % eller 19 293 personer som var äldre än 65 år hemtjänst.
- 0,3 % eller ca 3 000 personer av gruppen 0-64 år hemtjänst.
- 3,8 % eller 9 278 personer som var äldre än 65 år plats på särskilt boende.
- 0,05 % eller 500 personer av gruppen 0-64 år plats på särskilt boende.
- 0,72 % eller ca 7 200 personer av gruppen 0-64 år insats enligt LSS.

Tabeller som visar statistiken ovan uppdelat per kommun finns nedan under rubriken *Statistik till grund för beräkningar* på sidan 9.

Enligt kommunernas inlämnade statistik (till SCB) är det nära 40 000 personer i Skåne som har hemsjukvård och som därmed kan vara föremål för förstärkta insatser från hemsjukvårdsteamerna i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet. Det är dock inte alla dessa 40 000 personer som kommer att bli aktuella för de nya hemsjukvårdsteamerna, eftersom man ska uppfylla kriterierna om behov av omfattande, långvarig vård eller akut försämring. Det finns ingen statistik över hur omfattande de nära 40 000 HSL-insatserna ovan är, men analysgruppens erfarenhet pekar på att det kan vara stor variation. En kommunal HSL-insats kan innebära allt från enklare hjälp med medicinering över en kortare period till omfattande vårdinsatser flera gånger per dygn. I nedanstående avsnitt har analysgruppen gjort en avgränsning av målgruppen för kostnadsberäkningar.

## **Avgränsning av målgrupp för beräkningar**

### **Personer 65 år och äldre i ordinärt boende**

Projektrapporten från *Mobilt hembesöksteam* i Uppsala är den som tydligast beskriver hur många vårdkontakter som teamet haft i hemmet inklusive bedömningar av undvikbar slutenvård och akutvård. Den rapportens antalsuppgifter, i relation till befolkningen 65 år och äldre i kommunen, har därför använts som en utgångspunkt för antagande om hur många av invånare 65 år och äldre som kan behöva tillfälligt utökade insatser i hemmet till följd av det nya HS-avtalet. En jämförelse med *ÄMMA-projektet* i Malmö visar på liknande andel personer vilket styrker detta antagande.

I Uppsala-projektet hade hembesöksteamet totalt 1 350 vårdkontakter på ett år, vilket motsvarar 4,1 % av befolkningen 65 år och äldre. Av dessa var det 1 089 kontakter som behövde fortsatt vård i hemmet av teamet, vilket utgör 3,32 % av befolkningen i åldersgruppen. Motsvarande andel av befolkningen 65 år och äldre för Skånes kommuner ger drygt 8 000 personer.

Målgruppen i konceptet för nytt Hälso- och sjukvårdsavtal för Skåne avser personer som sedan tidigare har en kommunal hemsjukvårdsinsats vilket skulle innebära att dessa 8 000 personer redan idag har insatser i kommunerna. För dessa personer har kommunen redan en viss kostnad i form av de hemsjukvårdsinsatser man ger redan idag.

Merkostnader uppstår när personer fortsätter vårdas i hemmet istället för att åka till akutmottagning eller läggas in på sjukhus. Analysgruppen har därför valt att fokusera på dessa insatser och hur stora kostnader som kan komma att uppstå för dem. Antagandet är att merkostnaden uppstår till följd av att den tid som personen är på sjukhus kan användas till annat, såsom dokumentation eller minskad vikarietid, men när personen istället vårdas i hemmet försvinner denna möjlighet.

Merkostnader kan också uppstå när personer i större utsträckning ska övervakas och ges förebyggande vård och omsorg i hemmet i syfte att försöka undvika försämring och mer omfattande vårdinsatser. Ny välfärdsteknologi kan dock framöver leda till minskade kostnader. Eftersom det är svårt att förutsäga hur stora dessa merkostnader blir samt när i tid de inträffar har analysgruppen inte tagit hänsyn till dessa i gjorda beräkningar.

I exemplet från Uppsala gjordes bedömningen att av de personer som fortsatte vårdas i hemmet var det 75 % som hade behövt åka till akutmottagning om inte hembesöksteamet funnits. Detta motsvarar cirka 2,5 % av befolkningen 65 år och äldre. Totalt 277 personer, eller 0,8 % av befolkningen 65+ kunde undvika inläggning på vårdavdelning. Omräknat för Skåne totalt motsvarar det ca 6 000 personer som undviker akutvård och ca 2 000 personer som undviker slutenvård. Totalt skulle det alltså bli ca 8 000 personer som skulle kunna vara aktuella för tillfälligt utökade insatser från de nya hemsjukvårdsteamerna.

### **Personer yngre än 65 år i ordinärt boende**

Analysgruppen har haft en mängd diskussioner kring målgruppen personer yngre än 65 år i ordinärt boende. De kan ha såväl hemtjänst som LSS-insats, det viktiga är omfattningen av hemsjukvårdsinsatsen. Som nämnts ovan är det ungefär 6 000 personer i Skåne under 65 år som har någon form av hemsjukvårdsinsats. Eftersom den kan variera i omfattning behövs ytterligare kriterier för att avgränsa målgruppen. Till följd av svårigheter med att få tag i tillräckligt bra statistik har analysgruppen i slutändan valt att använda antalet personer yngre än 65 år som har hemtjänst som ett mått på hur många som kan komma att vara aktuella för de nya hemsjukvårdsteamerna. Totalt var det 2013 ca 3 000 personer i Skåne som hade hemtjänst. Sannolikt har inte alla dessa personer hemsjukvårdsinsatser av sådan omfattning att de kommer

vara aktuella för teamen men att använda det totala antalet för beräkningar bedöms täcka in de med LSS-insats som analysgruppen inte lyckats fånga upp på annat sätt (det finns inte statistik över hur många som har LSS-insats som också har hemsjukvårdsinsats).

### **Personer i särskilt boende i alla åldrar**

För personer i särskilt boende har analysgruppen använt liknande resonemang som för ordinärt boende. I många fall är hemsjukvården integrerad på det särskilda boendet redan idag inklusive en samverkan med primärvård eller annat läkarstöd, vilket innebär att man redan har kostnader för den planerade hemsjukvården som föreslås i det nya avtalet. Merkostnader för kommunen uppstår därmed, enligt samma resonemang som ovan, i samband med att personer undviker att åka in på sjukhus, antingen akut eller för kortare inläggning.

Analysgruppen har gjort antagandet att det i dagsläget är ca 10 % av alla med plats i särskilt boende som befinner sig på sjukhus vid ett givet tillfälle. Antagandet är detsamma som för ordinärt boende, att 75 % av dessa sjukhusvistelser kan undvikas med hjälp av de nya hemsjukvårdsteamerna. För Skåne totalt motsvarar det drygt 700 personer som därmed skulle vara aktuella för tillfälligt utökade insatser från de nya hemsjukvårdsteamerna. I denna siffra är alla åldrar inräknade.

### **Beräknade kostnader för kommunerna**

Här redogörs för grunderna bakom analysgruppens beräkningar samt de totala merkostnader som beräknas uppstå för Skånes kommuner. Avsnittet avslutas med en detaljerad tabell över beräknade merkostnader för varje enskild kommun.

### **Antaganden om kommunernas arbetsinsats**

Kostnadsberäkningarna nedan omfattar främst de tillfälligt utökade insatserna som de nya teamen ska utföra, det vill säga den alternativkostnad som uppstår av att personer vårdas hemma istället för på sjukhus. De planerade insatserna i ordinärt boende, korttidsvård och särskilt boende och eventuella merkostnader som kan uppkomma för dessa har analysgruppen inte beräknat eftersom de sannolikt ryms inom befintliga hemsjukvårds- och hemtjänstinsatser. Det råder dock alltför stora skillnader mellan kommunerna i bemanning och planering för att analysgruppen ska kunna göra en detaljerad beräkning.

För de personer i ordinärt och särskilt boende som skulle besökt akutmottagning antas att vårdbehovet uppstår till följd av tillfällig svikt och att de därför kräver en relativt liten insats i hemmet. Analysgruppen har skattat att varje akutbesök som undviks skapar 3 timmars utökat vårdbehov i hemmet eller det särskilda boendet.

För de personer som skulle blivit inlagda på sjukhus om inte något hemsjukvårdsteam fanns antas att vårdbehovet är mer omfattande. Genomsnittlig vårdtid på sjukhus är 6,06 dygn, enligt statistik över slutenvårdskonsumtion 2014 för 65 år och äldre i Skånes kommuner från Region Skåne (Region Skånes vårddatabas). Kortaste genomsnittliga vårdtid är 5,22 (Vellinge) och den längsta är 6,96 (Hässleholm). Spridningen mellan kommunerna är därmed inte så stor, vilket talar för att samma antagande kan göras för alla kommuner. Analysgruppen har därför skattat att det ökade vårdbehovet i hemmet eller särskilt boende för de personer som annars skulle varit på sjukhus uppstår över 6 dygn och att det omfattar 8 timmars arbetsinsats från kommunen per dygn, totalt 48 arbetstimmar per person. I antagande om 8 timmar ingår samtliga insatser samt eventuell dubbelbemanning.

### **Antaganden om kommunernas kostnader till följd av ökad arbetsinsats**

Analysgruppen har i sina beräkningar antagit en kostnad för insatser på 600 kr/timme. Med insats menas både hemsjukvård och hemtjänst, såväl i ordinärt som särskilt boende. Detta innefattar då lönekostnader, olika lönetillägg såsom OB- och jourtillägg (vid exempelvis insats och beredskap nattetid och på helger) samt transportkostnader och viss dokumentationstid. För vissa kommuner med korta avstånd mellan personer är detta kanske högt räknat medan det för kommuner med långa avstånd kanske är något i underkant.

### **Kostnader för personer 65 år och äldre i ordinärt boende**

Med ovan antaganden om arbetsinsats och timkostnad för kommunerna har merkostnaderna för personer 65 år och äldre i ordinärt boende beräknats. För de ca 6 000 personer som undviker akutvård uppgår kostnaderna till 11 miljoner kr och för de ca 2 000 som undviker inläggning på sjukhus uppgår kostnaderna till 59 miljoner kr. Totalt skulle kommunernas merkostnader för tillfälligt utökade insatser till denna målgrupp från de nya hemsjukvårdsteamerna uppgå till 70 miljoner kr.

### **Kostnader för personer yngre än 65 år i ordinärt boende**

För personer yngre än 65 år i ordinärt boende har analysgruppen utgått från hur stor andel denna grupp utgör av alla de personer som har insats hemtjänst. De ca 3 000 personer under 65 år som har hemtjänst utgör 14 % av de totalt 21 000 personer i Skåne som har insatsen hemtjänst. Kostnaderna för denna grupp har därför beräknats till 14 % av kostnaderna för personer 65 år och äldre i ordinärt boende, totalt 10 miljoner kr.

### **Kostnader för personer i särskilt boende i alla åldrar**

För personer i särskilt boende har samma beräkning gjorts som för ordinärt boende för 65 år och äldre. Med antagande om undvikbar sjukhusvård och tillfälligt utökade hemsjukvårdsinsatser omfattande totalt drygt 3 600 vård dygn beräknas de totala merkostnaderna till 18 miljoner kr för denna målgrupp.

### **Kostnader för kompetensutveckling och kompetensförsörjning**

Utöver den direkta utökade arbetsinsatsen tillkommer för kommunerna en kostnad för kompetensförsörjning och kompetensutveckling, framför allt i form av att vikarier kan behöva sättas in då ordinarie personal är på utbildning. Det är dock svårt att beräkna kostnader för detta per kommun eftersom det beror väldigt mycket på hur kompetensen ser ut idag inom yrkesgrupperna och hur fördelningen ser ut mellan exempelvis sjuksköterskor och undersköterskor i kommunen. Vissa kan behöva omfattande kompetensutvecklingsinsatser, andra inga alls. Analysgruppen har därför inte gjort någon beräkning av dessa kostnader. Under 2015 kommer dessutom en särskild arbetsgrupp att arbeta med kompetensfrågorna.

### **Totala merkostnader för Skånes kommuner**

Med ovan nämnda antaganden om målgruppernas storlek och utökad arbetsinsats för kommunerna blir den beräknade merkostnaden för alla Skånes kommuner för tillfälligt utökade hemsjukvårdsinsatser genom det nya arbetssättet knappt 100 miljoner kr. Högst merkostnad väntas uppstå i Malmö med ca 20 miljoner kr och lägst merkostnad i Perstorp med 0,6 miljoner kr. Tabellen på nästa sida visar beräknade merkostnader per kommun. Analysgruppen vill återigen poängtera att beräkningen inte omfattar eventuell utökning av planerade insatser inom hemsjukvård och hemtjänst, vilket varje kommun alltså måste bedöma kostnaderna för.

Skånes kommuner hade 2013 totala kostnader för vård och omsorg enligt SoL och HSL omfattande ca 13,8 miljarder kronor. Denna siffra är omräknad från statistik över kostnad per invånare hämtad från KOLADA.

Kommun	A) Vård i hemmet istället för besök akutmottagning 65 +			B) Vård i hemmet istället för vård på avdelning 65 +			C Vård i hemmet istället för akut och vårdavd. under 65 år	D) Vård på särskilt boende istället för på vårdavdelning, alla åldrar				A+B+C+D
	Antal personer	Ökad arbetsinsats för kommunen (3 tim per personer)	Kostnad/år vård i hemmet ej akutmottagn	Antal personer	Ökad arbetsinsats för kommunen (6 dygn per personer)	Kostnad/år vård i hemmet ej vårdavd. (8 tim vård per dygn)	Kostnad/år vård i hemmet ej akutvård eller vårdavd. (14 % av A+B)	Antal personer i särskilt boende inlagd på sjukhus (10 % av samtliga i såbo)	Ej inlagd på vårdavd. 75 %	Ökad arbetsinsats för kommunen (5 dygn per personer)	Kostnad/år ej vårdavd. (10 tim vård per dygn)	TOTAL ÅRS-KOSTNAD
Bjuv	69	207	124 200	23	138	662 400	110 124	14	11	53	263 938	1 160 662
Bromölla	71	213	127 800	24	144	691 200	114 660	11	8	41	206 432	1 140 092
Burlöv	77	231	138 600	26	156	748 800	124 236	10	8	38	187 647	1 199 283
Båstad	105	315	189 000	36	216	1 036 800	171 612	10	7	36	181 341	1 578 753
Eslöv	146	438	262 800	49	294	1 411 200	234 360	30	22	111	554 290	2 462 650
Helsingborg	622	1 866	1 119 600	211	1 266	6 076 800	1 007 496	119	89	446	2 228 365	10 432 261
Hässleholm	284	852	511 200	96	576	2 764 800	458 640	35	26	130	649 048	4 383 688
Höganäs	155	465	279 000	53	318	1 526 400	252 756	11	8	40	198 167	2 256 323
Hörby	80	240	144 000	27	162	777 600	129 024	8	6	29	143 460	1 194 084
Höör	77	231	138 600	26	156	748 800	124 236	9	7	33	165 896	1 177 532
Klippan	90	270	162 000	31	186	892 800	147 672	12	9	45	224 235	1 426 707
Kristianstad	422	1 266	759 600	143	858	4 118 400	682 920	81	61	303	1 516 249	7 077 169
Kävlinge	133	399	239 400	45	270	1 296 000	214 956	20	15	74	368 049	2 118 405
Landskrona	212	636	381 600	72	432	2 073 600	343 728	37	28	138	688 431	3 487 359
Lomma	116	348	208 800	39	234	1 123 200	186 480	15	12	58	289 674	1 808 154
Lund	443	1 329	797 400	150	900	4 320 000	716 436	70	53	263	1 313 443	7 147 279
Malmö	1 204	3 612	2 167 200	408	2 448	11 750 400	1 948 464	223	167	837	4 186 949	20 053 013
Osby	77	231	138 600	26	156	748 800	124 236	14	10	51	254 100	1 265 736
Perstorp	38	114	68 400	13	78	374 400	61 992	5	4	20	99 553	604 345
Simrishamn	146	438	262 800	50	300	1 440 000	238 392	29	22	108	539 940	2 481 132
Sjöbo	101	303	181 800	34	204	979 200	162 540	16	12	60	302 124	1 625 664
Skurup	74	222	133 200	25	150	720 000	119 448	8	6	29	143 520	1 116 168
Staffanstorps	106	318	190 800	36	216	1 036 800	171 864	10	8	38	189 976	1 589 440
Svalöv	62	186	111 600	21	126	604 800	100 296	9	7	34	169 493	986 189
Svedala	85	255	153 000	29	174	835 200	138 348	11	8	42	210 870	1 337 418
Tomelilla	76	228	136 800	26	156	748 800	123 984	13	10	50	252 120	1 261 704
Trelleborg	224	672	403 200	76	456	2 188 800	362 880	40	30	149	747 282	3 702 162
Vellinge	184	552	331 200	62	372	1 785 600	296 352	18	13	67	334 677	2 747 829
Ystad	183	549	329 400	62	372	1 785 600	296 100	21	15	77	385 403	2 796 503
Åstorp	66	198	118 800	22	132	633 600	105 336	8	6	30	149 456	1 007 192
Ängelholm	227	681	408 600	77	462	2 217 600	367 668	38	28	142	712 400	3 706 268
Örkelljunga	57	171	102 600	19	114	547 200	90 972	9	7	35	172 500	913 272
Östra Göinge	78	234	140 400	26	156	748 800	124 488	14	11	53	266 133	1 279 821
<b>TOTALT</b>	<b>6 090</b>	<b>18 270</b>	<b>10 962 000</b>	<b>2 064</b>	<b>12 384</b>	<b>59 443 200</b>	<b>9 852 696</b>	<b>976</b>	<b>732</b>	<b>3659</b>	<b>18 295 160</b>	<b>98 524 256</b>



## Statistik till grund för beräkningar

Den statistik som redovisas nedan är hämtad från Kommun och Landstingsdatabasen (KOLADA) som bygger på data som årligen lämnas av kommuner och landsting/regioner. Befolkningsstatistik är hämtat från SCB samt från Region Skånes befolkningsprognos för samtliga kommuner i Skåne.

Kommun	Befolkning 2013-12-31		
	Antal totalt	Antal 65+	Andel 65+
Bjuv	14 801	2 757	18,6%
Bromölla	12 336	2 823	22,9%
Burlöv	17 114	3 083	18,0%
Båstad	14 275	4 205	29,5%
Eslöv	31 920	5 846	18,3%
Helsingborg	132 989	24 970	18,8%
Hässleholm	50 227	11 371	22,6%
Höganäs	25 084	6 217	24,8%
Hörby	14 917	3 188	21,4%
Höör	15 637	3 114	19,9%
Klippan	16 715	3 624	21,7%
Kristianstad	81 009	16 933	20,9%
Kävlinge	29 600	5 331	18,0%
Landskrona	43 073	8 495	19,7%
Lomma	22 496	4 638	20,6%
Lund	114 291	17 764	15,5%
Malmö	312 994	48 345	15,4%
Osby	12 713	3 080	24,2%
Perstorp	7 139	1 517	21,2%
Simrishamn	18 951	5 863	30,9%
Sjöbo	18 401	4 021	21,9%
Skurup	15 025	2 944	19,6%
Staffanstorps	22 672	4 245	18,7%
Svalöv	13 332	2 511	18,8%
Svedala	20 067	3 408	17,0%
Tomelilla	12 891	3 056	23,7%
Trelleborg	42 837	9 006	21,0%
Vellinge	33 807	7 393	21,9%
Ystad	28 623	7 341	25,6%
Åstorp	14 927	2 657	17,8%
Ängelholm	39 866	9 117	22,9%
Örkelljunga	9 653	2 300	23,8%
Östra Göinge	13 687	3 129	22,9%
<b>Totalt Skåne</b>	<b>1 274 069</b>	<b>244 292</b>	<b>19,2%</b>

Hemsjukvård som kommunen ansvarar för enl. 18§ HSL				
Kommun	Antal med insats, 65+	Andel invånare med insats, 65+	Antal med insats, 0-64	Andel invånare med insats, 0-64
Bjuv	345	12,5%	48	0,4%
Bromölla	378	13,4%	67	0,7%
Burlöv	355	11,5%	56	0,4%
Båstad	412	9,8%	30	0,3%
Eslöv	649	11,1%	130	0,5%
Helsingborg	2 897	11,6%	216	0,2%
Hässleholm	1 763	15,5%	350	0,9%
Höganäs	659	10,6%	94	0,5%
Hörby	465	14,6%	94	0,8%
Höör	371	11,9%	88	0,7%
Klippan	402	11,1%	79	0,6%
Kristianstad	3 928	23,2%	961	1,5%
Kävlinge	720	13,5%	194	0,8%
Landskrona	1 155	13,6%	242	0,7%
Lomma	496	10,7%	71	0,4%
Lund	1 243	7,0%	290	0,3%
Malmö	6 333	13,1%	1 323	0,5%
Osby	508	16,5%	58	0,6%
Perstorp	410	27,0%	90	1,6%
Simrishamn	627	10,7%	65	0,5%
Sjöbo	422	10,5%	43	0,3%
Skurup	442	15,0%	85	0,7%
Staffanstorps	645	15,2%	129	0,7%
Svalöv	633	25,2%	195	1,8%
Svedala	361	10,6%	67	0,4%
Tomelilla	361	11,8%	30	0,3%
Trelleborg	1 468	16,3%	271	0,8%
Vellinge	732	9,9%	79	0,3%
Ystad	1 204	16,4%	213	1,0%
Åstorp	271	10,2%	49	0,4%
Ängelholm	1 076	11,8%	215	0,7%
Örkelljunga	292	12,7%	44	0,6%
Östra Göinge	397	12,7%	53	0,5%
<b>Totalt Skåne</b>	<b>32 420</b>	<b>13,3%</b>	<b>6 018</b>	<b>0,60%</b>

Kommun	Hemtjänst, beviljad insats i ordinärt boende			
	Antal med insats, 65+	Andel invånare med insats, 65+	Antal med insats, 0-64	Andel invånare med insats, 0-64
Bjuv	179	6,5%	22	0,2%
Bromölla	152	5,4%	23	0,2%
Burlöv	250	8,1%	59	0,4%
Båstad	273	6,5%	30	0,3%
Eslöv	357	6,1%	26	0,1%
Helsingborg	2 447	9,8%	356	0,3%
Hässleholm	910	8,0%	113	0,3%
Höganäs	305	4,9%	68	0,4%
Hörby	191	6,0%	54	0,5%
Höör	149	4,8%	28	0,2%
Klippan	257	7,1%	42	0,3%
Kristianstad	1 287	7,6%	199	0,3%
Kävlinge	373	7,0%	39	0,2%
Landskrona	476	5,6%	80	0,2%
Lomma	237	5,1%	18	0,1%
Lund	1 172	6,6%	232	0,2%
Malmö	5 560	11,5%	1 085	0,4%
Osby	194	6,3%	22	0,2%
Perstorp	108	7,1%	8	0,1%
Simrishamn	381	6,5%	60	0,5%
Sjöbo	233	5,8%	23	0,2%
Skurup	241	8,2%	36	0,3%
Staffanstorps	233	5,5%	33	0,2%
Svalöv	256	10,2%	18	0,2%
Svedala	232	6,8%	23	0,1%
Tomelilla	205	6,7%	18	0,2%
Trelleborg	630	7,0%	58	0,2%
Vellinge	362	4,9%	24	0,1%
Ystad	580	7,9%	38	0,2%
Åstorp	178	6,7%	28	0,2%
Ängelholm	556	6,1%	71	0,2%
Örkelljunga	150	6,5%	48	0,7%
Östra Göinge	178	5,7%	40	0,4%
<b>Totalt Skåne</b>	<b>19 293</b>	<b>7,9%</b>	<b>3 020</b>	<b>0,29%</b>

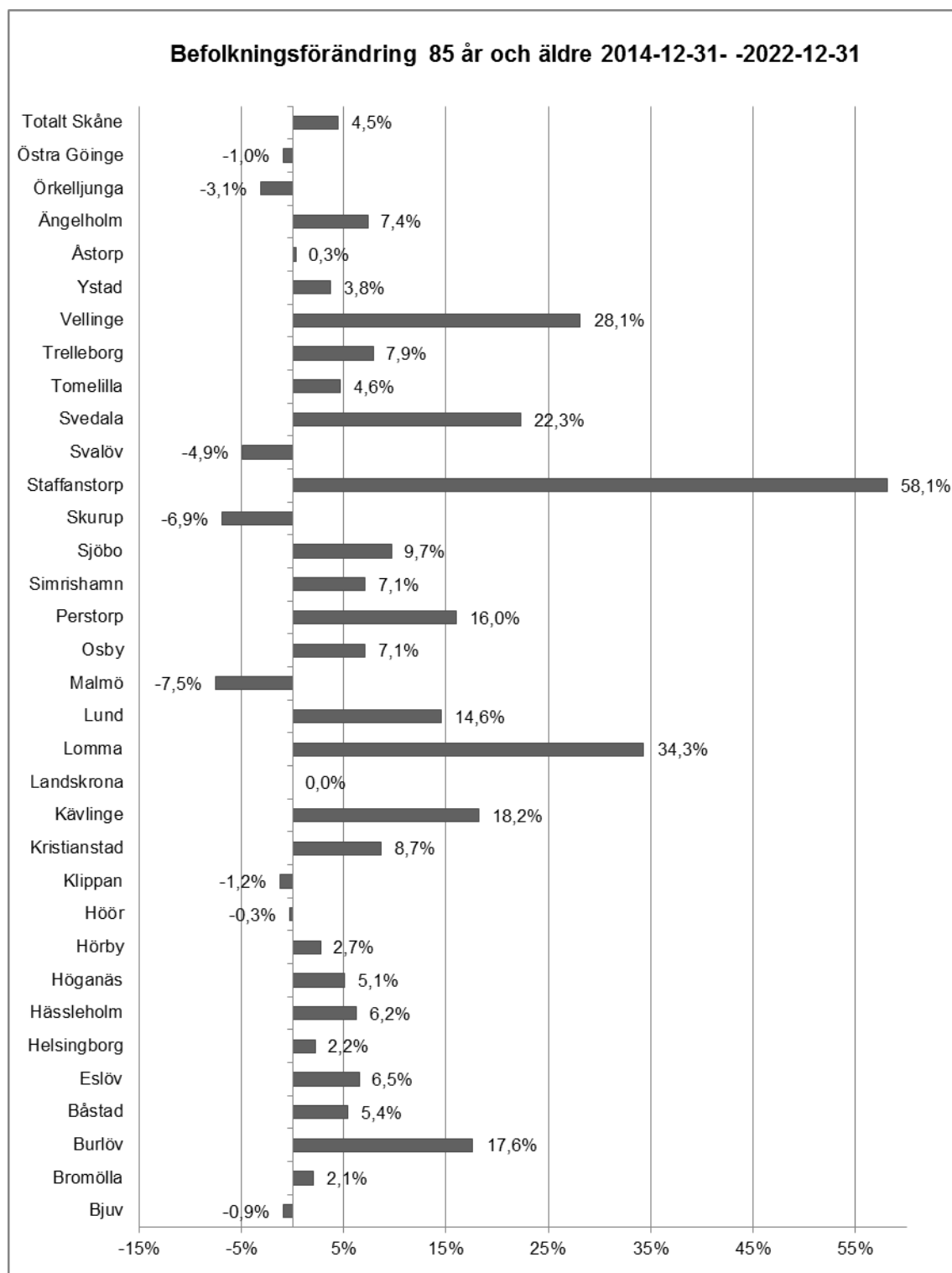
Kommun	Särskilt boende			
	Antal med insats, 65+	Andel invånare med insats, 65+	Antal med insats, 0-64	Andel invånare med insats, 0-64
Bjuv	132	4,8%	8	0,07%
Bromölla	110	3,9%		
Burlöv	83	2,7%	17	0,12%
Båstad	97	2,3%		
Eslöv	275	4,7%	21	0,08%
Helsingborg	1 124	4,5%	65	0,06%
Hässleholm	296	2,6%	51	0,13%
Höganäs	106	1,7%		
Hörby	77	2,4%		
Höör	81	2,6%	8	0,06%
Klippan	120	3,3%		
Kristianstad	796	4,7%	13	0,02%
Kävlinge	187	3,5%	10	0,04%
Landskrona	357	4,2%	10	0,03%
Lomma	144	3,1%	11	0,06%
Lund	604	3,4%	97	0,10%
Malmö	2 127	4,4%	106	0,04%
Osby	136	4,4%		
Perstorp	53	3,5%		
Simrishamn	281	4,8%	7	0,05%
Sjöbo	157	3,9%	4	0,03%
Skurup	77	2,6%	0	0,00%
Staffanstorps	98	2,3%	4	0,02%
Svalöv	90	3,6%		
Svedala	112	3,3%		
Tomelilla	134	4,4%		
Trelleborg	378	4,2%	20	0,06%
Vellinge	163	2,2%	16	0,06%
Ystad	206	2,8%		
Åstorp	80	3,0%		
Ängelholm	374	4,1%	6	0,02%
Örkelljunga	92	4,0%	0	0,00%
Östra Göinge	135	4,3%	7	0,07%
<b>Totalt Skåne</b>	<b>9 278</b>	<b>3,8%</b>	<b>515</b>	<b>0,05%</b>

## Demografisk utveckling i Skånes kommuner 2014-2022

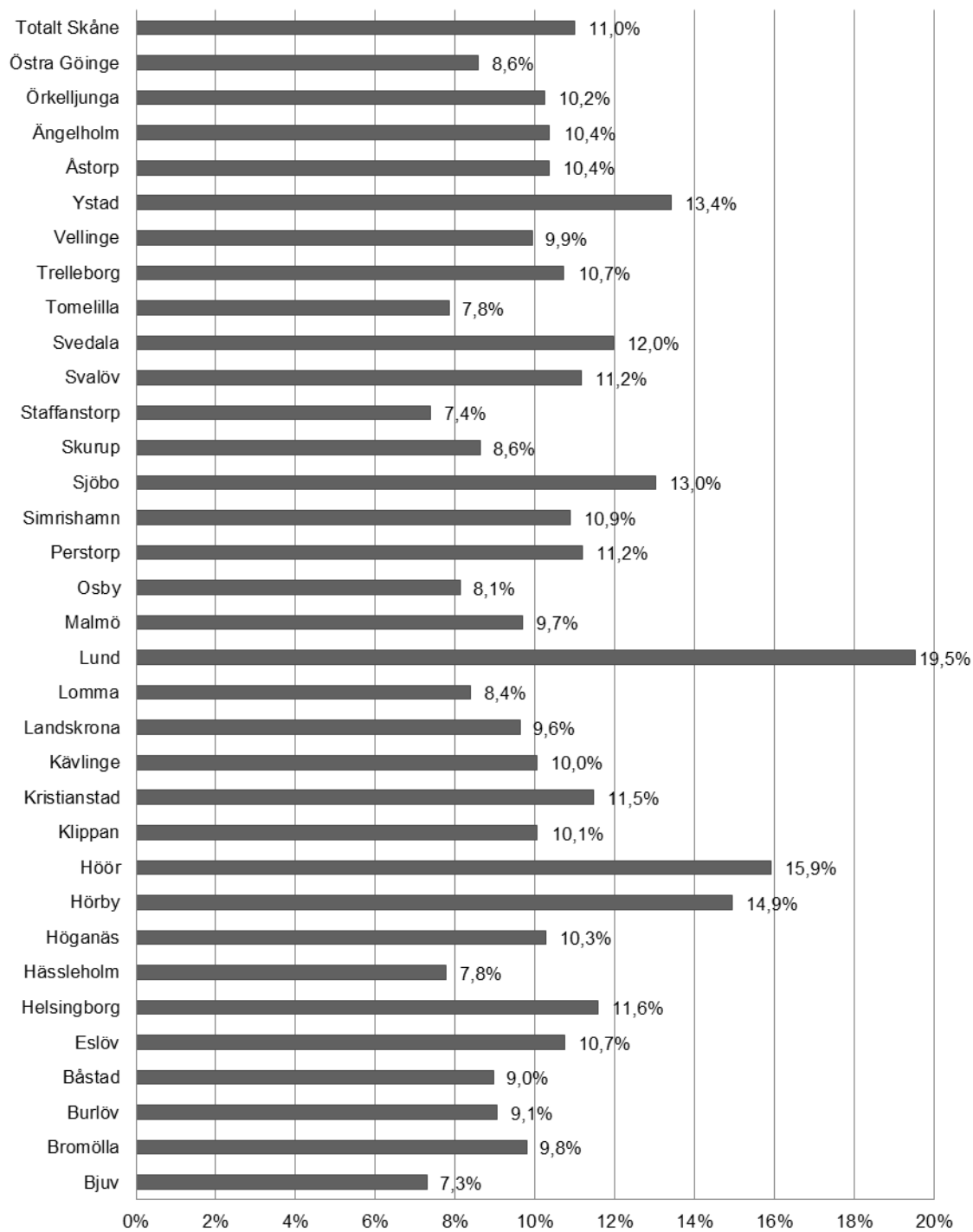
Befolkningsutvecklingen i Skånes kommuner kommer att ha betydelse för kostnadsutvecklingen inom hemsjukvård och hemtjänst oavsett förändringar i arbetssätt. Såväl antalet som andelen äldre väntas öka samtidigt som förväntningarna på omvårdnad och andra insatser kommer ställa ökade krav på kommunerna. Detta kommer sannolikt medföra ökade kostnader, oavsett om förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal träder i kraft eller inte.

I kommuner där gruppen 65 år och äldre och framför allt 85 år och äldre ökar de närmsta åren kommer det nya avtalet ha större betydelse än i de kommuner där dessa grupper minskar. De allra flesta som har någon form av insats enligt SoL eller HSL är 85 år eller äldre. För kommuner med stora öknings av personer i åldern 85 år och äldre kan kostnaderna komma att bli högre än ovan gjorda beräkningar, medan de kanske kommer stämma rätt bra för kommuner med liten utveckling.

Nedanstående diagram baseras på Region Skånes befolkningsprognos för kommunerna 2014-2022.



### Befolkningsförändring 65 år och äldre 2014-12-31- -2022-12-31



## Region Skånes uppskattning angående behov av arbetsinsatser och ekonomisk bedömning

Som utgångspunkt för Region Skånes planering och dimensionering av ett förstärkt läkarstöd till den kommunala hemsjukvården, och de två målgrupper som särskilt har lyfts fram inför framtagandet av det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, har både akuta och planerade insatser uppskattats. Totalt bedöms målgruppen omfatta ungefär 26 000 personer, baserat på en av Socialstyrelsens definitioner av *mest sjuka äldre*, omräknat för alla åldrar. Såväl antalet akuta som planerade hembesök av läkare bedöms idag vara otillräckliga, men det är framförallt de planerade insatserna som brister.

Vad gäller den akuta verksamheten, d.v.s. hembesök till vårdtagare som tillfälligt sviktar och med anledning av dödsfall, har data från Falcks upphandlade hembesöksverksamhet och *ÄMMA-teamet* i Malmö använts för att beräkna behovet av insatser. Om hembesöksvolymerna i Malmö, från *ÄMMA* (bedrivs vardagar och dagtid) kompletteras med Falcks dygnet-runt-verksamhet (alla veckans dagar) och därefter räknas upp till Skåneyta motsvarar detta ett behov av cirka 19 000 akuta hembesök av läkare. Till denna volym måste även behov som idag registreras som ”hinner ej med” adderas. Bedömningen av detta behov motsvarar faktor 1,1, vilket resulterar i ett sammanlagt årligt behov av totalt cirka 21 000 akuta hembesök av läkare.

För planering och dimensionering av den planerade verksamheten finns inte motsvarande dataunderlag att utgå från. Uppskattningar av behov baseras därför på målgruppens storlek och antaganden om att varje vårdtagare i genomsnitt behöver ett planerat läkarbesök varannan månad. Detta antagande baseras på bedömningar utifrån erfarenheter från lokala projekt, däribland den tidiga varianten av KVH-verksamheten (kvalificerad vård i hemmet) i nordöstra Skåne. Med en målgrupp på 26 000 personer ger detta ett sammanlagt årligt behov av totalt cirka 156 000 planerade hembesök av läkare.

Med ett behov av 21 000 akuta och 156 000 planerade hembesök av läkare uppskattas *bruttokostnaden* till drygt 210 miljoner kronor per år. Större delen av den akuta hembesöksverksamheten utförs redan idag varmed kostnadsökningen främst avser den planerade hembesöksverksamheten. Baserat på genomsnittskostnad per besök uppgår den uppskattade nettokostnaden, d.v.s. merkostnaden i förhållande till befintliga verksamhetskostnader, till 136 miljoner kronor. I denna nettokostnadsberäkning ingår inte kostnader för eventuell utbyggnad av komplementära insatser i form av annan sjukhusbaserad mobil specialistverksamhet.

Genom att investera i ett mer proaktivt arbetssätt och satsa på tidiga riskförebyggande insatser finns förväntningar om att stora och kostsamma insatser, insatta sent i sjukdomsförloppet när de är oundvikliga, kan minskas. Förebyggande insatser kan levereras till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas rätt och riktas till rätt målgrupper. Med ett tidigare omhändertagande kan såväl onödigt lidande som undvikbar sjukhusvård, både på akutmottagningar som inom slutenvården, reduceras. Det ska dock noteras att det kan vara svårt att minska Region Skånes och sjukhusens verkliga kostnader i takt med att konsumtionen av sjukhusvård minskar. Den omedelbara effekten av minskad sjukhusvård kan exempelvis vara färre överbeläggningar, vilket primärt har en kvalitetshöjande effekt och bara en mindre kostnadssänkande effekt. På sikt kommer det dock vara avgörande för resurseffektiviteten att skifta om proportionerna mellan slutenvård och öppen vård med riktade förebyggande insatser genom primärvård, öppen specialistvård och kommunal hemsjukvård. En förutsättning för att ett skifte ska kunna ske är att satsningen på de riktade förebyggande insatserna görs både systematiskt, strukturerat och som en målmedveten kraftfull satsning.

## Avslutande diskussion

En tydlig målsättning med det nya avtalet är att skapa bättre förutsättningar för en god vård och omsorg i hemmet för de mest sjuka, oavsett ålder, med en högre grad av trygghet, delaktighet och självbestämmande. Många människor vill vårdas hemma, en förutsättning är dock att vården upplevs som säker och trygg av både vårdtagare, närstående och vårdpersonal. Trygghet skapas genom goda vårdrelationer, vilka i sin tur kännetecknas av kontinuitet, tillgänglighet och kompetens i hela vårdprocessen. Som poängterats ovan förväntas ett mer proaktivt arbetssätt med tidiga riskförebyggande insatser leda till ökad vårdkvalitet för personen samt att kostsamma insatser kan minskas.

I förlängningen, när arbetssättet är fullt utbyggt, förväntas det leda till att fler personer kan få tillgång till hemsjukvårdsinsatser med god kvalitet. En del av syftet med det nya arbetssättet är också att hitta mer effektiva sätt att tillgodose förväntade ökade behov hos ett större antal personer i framtiden, så att tillgängliga resurser räcker längre än vad de skulle gjort med dagens arbetssätt. Initiativ såsom *ÄMMA-projektet* i Malmö eller *Hälsostaden* i Ängelholm är tecken på att den typen av arbetssätt är vad verksamheten själv bedömer behövas för att tillgodose dagens och morgondagens behov. Utvecklingen av välfärdsteknologi kommer sannolikt också att möjliggöra förändrade arbetssätt och på så sätt möta framtidens behov och önskemål, såväl socialt som medicinskt.

Analysgruppen vill särskilt betona att kostnadsberäkningar som gjorts i denna ekonomiska analys endast omfattar de direkta merkostnader som uppstår om det nya arbetssättet införs fullt ut med befintliga förhållanden i befolkningsstruktur, sjuklighet, medicinteknik o.s.v. Beräkningarna omfattar dock inte de positiva effekter som förväntas, såsom förbättrad hälsa och förbättrad kvalitet i sjukvård och hemsjukvård. Själva syftet med förslaget till nytt avtal är att hitta arbetsformer som leder till ökad kvalitet för den enskilde samt ökad effektivitet i resursanvändningen, vilket skulle möta kostnadsökningar som förväntas till följd av befolkningsutvecklingen. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen möjliggör att man tidigare kan bota och behandla allt fler åkommor som ger personer möjlighet till fler friska år.

Kostnadsberäkningarna som gjorts i denna ekonomiska analys har som utgångsläge att insatserna genom de nya hemsjukvårdsteamerna är i full gång. Så kommer det dock inte att vara från första dagen som det föreslagna hälso- och sjukvårdsavtalet gäller. Det föreslagna avtalet är ett utvecklingsavtal, vilket innebär att kommunerna och Region Skåne måste samarbeta för att utveckla och bygga ut de nya arbetsformerna successivt tillsammans. Kostnaderna för det nya arbetssättet kommer därmed också successivt. Varje kommun kommer behöva analysera sitt eget utgångsläge och behovet av kompetensutveckling och eventuell rekrytering för att få en mer detaljerad bild av vilka kostnadskonsekvenser som kan uppstå när avtalet träder i kraft. En nulägesanalys är också viktig för att ha en tydligt definierad utgångspunkt mot vilken det nya arbetssättet senare kan utvärderas. Utvärdering kommer att vara viktig för att identifiera förbättringsmöjligheter i arbetssättet och värdera om önskade effekter uppkommit.

En viktig del av nulägesanalys och framtida utvärderingar, om förslaget till nytt avtal träder i kraft, kommer att vara att försöka synliggöra vilka resurser som eventuellt frigörs i andra delar av såväl kommunernas som Region Skånes verksamheter och vad dessa frigjorda resurser i så fall används till. Förväntan är att det nya arbetssättet ska leda till minskat behov av exempelvis sjukhusvård eller att behovet av mer omfattande insatser från kommunens hemtjänst och hemsjukvård kan fördröjas, vilket man behöver hitta former för att åskådliggöra. Särskilt viktigt blir att försöka åskådliggöra kvaliteten i verksamheterna så att inte effekter i form av kvalitetshöjningar glöms bort.



Samverkan och synkroniserad utveckling kommer vara centralt för att det nya arbetssättet ska vara framgångsrikt. Ett utbyggt läkarstöd för ökade läkarinsatser i brukarnas hem får ingen effekt om inte kommunens sjukvårds- och omvårdnadspersonal är dimensionerad för att klara åtagandet, och vice versa. En av de största utmaningarna består i att stärka och säkerställa kompetensen inom vård och omsorg för att bättre kunna tillgodose vårdtagarnas behov. Region Skåne och kommunerna kommer att behöva samarbeta för att bibehålla och utveckla den personal och kompetens som finns inom hemsjukvården samt arbeta för att de samlade resurserna nyttjas än mer effektivt.