

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Beräkningar baserade på sju vanligt
förekommande patientgrupper i
hemsjukvården.

Theresa Larsen och Hilda Svensson
oktober 2021



Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?



Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2021
Box 5073, 402 22 Göteborg
gr@goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se

Innehåll

Förord	5
Sammanfattning.....	6
Inledning	9
Varför en ekonomisk analys?.....	9
Omställningen till god och nära vård	10
Förstudie kring nära vård.....	11
Kommunal hälso- och sjukvård	12
Syfte och frågeställningar.....	15
Tidigare forskning.....	16
Studiens genomförande	19
Beräkningsmodell	21
Studiens begränsning och styrkor	22
Etiska frågeställningar	24
Resultat.....	25
Intervjustudien.....	25
Tidig utskrivning.....	25
Sköra patienter	26
Kvarboende med stöd av anhöriga.....	28
Avancerade och komplexa insatser	28
Organisatoriska förutsättningar.....	29
Samverkan mellan vårdgivare	31
Patientfallen	32
Patientfall 1.....	35
Patientfall 2.....	36
Patientfall 3.....	38
Patientfall 4.....	39
Patientfall 5.....	41
Patientfall 6.....	43
Patientfall 7.....	44
Analys	49
Slutsatser	51
Referenser	52
Studiens finansiering	52

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Bilaga 1 Frågeguide	60
Bilaga 2 Deltagare arbetsgrupp	61
Bilaga 3 Mall för patientfall	62
Bilaga 4 Deltagare arbetsgrupp kommunekonomer.....	67

Förord

I Sverige pågår en omställning till det som kallas god och nära vård. Omställningen innebär bland annat en rörelse från vård på sjukhus till vård i öppna vårdformer och i hemmet. En stor del av den vård som ges i hemmet genomförs av den kommunala hälso- och sjukvården. Majoriteten av alla som har insatser från den kommunala hälso- och sjukvården har också insatser från socialtjänsten, exempelvis hemtjänst eller plats på särskilt boende. Om mer vård ska ske i hemmet, vad innebär det då för kommunerna? Hur påverkas kommunernas kostnader för vård och omsorg? Och hur förändras vårdens och omsorgens innehåll i kommunerna när allt mer vård ska ges i hemmet? Detta belyser vi i denna rapport.

Vi vill rikta ett stort tack till de kommunrepresentanter som deltagit i arbetsgrupper kopplade till projektet. Vi vill också rikta ett stort tack till intervjupersonerna som frikostigt delade med sig av sin tid och sina erfarenheter om hur den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats de senaste tio åren. Utan er insats hade studien inte varit möjlig.

Theresa Larsen och Hilda Svensson

Göteborg oktober 2021

Sammanfattning

I den här rapporten presenteras resultaten av en undersökning om vad vård och omsorg i kommunerna kostar och hur den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll har förändrats de senaste tio åren. Beräkningarna baseras på sju vanligt förekommande patientgrupper som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, så kallad hemsjukvård, och som får insatser från såväl hemsjukvård som hemtjänst.

Nationella myndigheter och offentliga utredningar har påpekat att det finns en brist på underlag och kunskap om den kommunala hälso- och sjukvården vilket gör det svårt att ta välgrundade beslut. Eftersom en tydlig bild av nuläget saknas är det också svårt att visa på effekter av olika åtgärder och insatser som rör den kommunala hälso- och sjukvården. Att ta reda på vad det kostar att vårda vanligt förekommande patientgrupper i kommunerna är ett steg på vägen mot att råda bot på denna kunskapsbrist.

Bakgrund

Sedan 2019 har Göteborgsregionen och dess medlemskommuner tilldelats medel från Regeringens och SKR:s överenskommelse om god och nära vård. Göteborgsregionens socialchefs nätverk enades om att en del av 2020 och 2021 års medel skulle användas till en studie om den kommunala vårdens och omsorgens kostnader mot bakgrund av omställningen till en god och nära vård, det vill säga den studie som presenteras i denna rapport.

Flera tidigare studier som undersökt kostnadseffektiviteten för vård i hemmet, visar att sådan vård oftast är billigare än andra vårdformer samtidigt som patienterna många gånger är mer nöjda med vården. Merparten av dessa studier har dock inte tagit hänsyn till alla de kostnader som uppstår när patienter vårdas i hemmet. Ofta ingår bara lönekostnader för den tid som vårdpersonal tillbringar hos patienten. Omsorgsinsatser som utförs av hemtjänstpersonal tas sällan med i beräkningarna, trots att sådan hjälp många gånger är avgörande för om patienten ska kunna vårdas hemma. I beräkningar av vad ett vårddygn på sjukhus kostar ingår kostnader för all berörd vårdpersonal men även för övergripande stöd- och ledningsfunktioner, FoU-kostnader, IT-kostnader, lokaler, läkemedel och förbrukningsmaterial liksom kostnader för eventuell tolk. Jämförelser mellan vad ett vårddygn kostar på sjukhus, på särskilt boende eller i hemmet blir därför ofta missvisande eftersom beräkningarna för de olika vårdformerna är gjorda på olika sätt.

Den genomsnittliga kostnadsökningen för kommunal hälso- och sjukvård mellan åren 2017 och 2019 var cirka 16 procent i Sveriges kommuner. Samtidigt var kostnaderna per invånare i den regionala primärvården oförändrade, och minskade med en procent i hälso- och sjukvården totalt. Ökningen av kostnaderna för kommunal hälso- och sjukvård står inte i proportion till befolkningsökningen och motsvarar inte heller den genomsnittliga ökningen av omsorgsprisindex på cirka 2,65 procent. Kostnaden per patient ökar avsevärt mer än antalet inskrivna patienter.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Myndigheten för vård och omsorgsanalys menar att det kan tyda på att kommunerna har fått nya uppgifter, till exempel att de tar ett större ansvar för vården av patienter med mer omfattande och komplexa behov och att de utför mer avancerad vård än tidigare.

Genomförande

Studien genomfördes i flera steg. För att besvara frågeställningen huruvida den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll förändrats på senare år, och i så fall på vilket sätt, gjorde vi inledningsvis tio semistrukturerade intervjuer med personer som arbetat länge i eller tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården i tre kommuner i Västsverige. Anteckningarna från intervjuerna kodades och analyserades tematiskt. Sex teman identifierades: 1) tidig utskrivning från sjukhus 2) sköra patienter 3) kvarboende med stöd av anhöriga 4) avancerade och komplexa insatser 5) organisatoriska förutsättningar och 6) samverkan mellan vårdgivare.

Därefter knöts en arbetsgrupp bestående av verksamhetsutvecklare samt enhetschefer för vård och omsorg i fem kommuner i Västsverige till studien. Med utgångspunkt i resultatet från intervjustudien tog vi tillsammans med arbetsgruppen fram sju patientfall som illustrerar vanligt förekommande patientgrupper inom den kommunala vården och omsorgen idag. Därefter identifierade arbetsgruppen autentiska patientfall som motsvarade dessa beskrivningar. Patientfallen beskrevs enligt en särskild mall och innehåller förutom en allmän beskrivning av patientens hälsotillstånd samt vård- och omsorgsbehov också alla vård- och omsorgsinsatser som getts av den kommunala hälso- och sjukvården samt hemtjänsten till respektive patient under en månad hösten 2020.

I samarbete med en arbetsgrupp bestående av fem kommunekonomer, gjorde vi slutligen beräkningar på vad det kostar för kommunerna att vårda dessa patienter. Beräkningsmodellen som användes är densamma som den som regionerna använder för att beräkna kostnad per patient och som kommunerna använder för att räkna ut kostnad per brukare. Det gör att de kostnader vi fått fram kan jämföras med vård som ges i andra vårdformer.

Resultat

Intervjustudien indikerar att den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll har förändrats de senaste åren. Intervjupersonerna beskrev att patienter skrivs ut (flera dagar) tidigare från sjukhus, exempelvis efter en höftfraktur. Intervjupersonerna pekade också på att patienter som får insatser från kommunal hälso- och sjukvård är sjukare idag än för tio år sedan vilket innebär att de ofta har fler och mer omfattande insatser än förr. De framhöll också att fler patienter får avancerade behandlingar i hemmet som exempelvis infusioner, dialys, trakeostomi, blod eller näring via PEG. Patienter som också behöver stöd från hemtjänsten beviljas ofta fler men kortare besök enligt intervjupersonerna. Intervjupersonerna beskrev att fler patienter med svår psykisk problematik och komplexa behov, liksom palliativa patienter, vårdas i

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

hemmet. Intervjupersonerna ansåg också att anhöriga ofta gör stora insatser, annars hade dessa patienter inte alltid kunnat bo kvar hemma.

Intervjupersonerna ansåg att det blir allt vanligare att sjuksköterskor utför ”enkla” insatser idag som tidigare delegerades då det ibland finns brister i omsorgspersonalens yrkeskompetens eller kunskaper i det svenska språket. Intervjupersonerna pekade också på att arbetsterapeuter och fysioterapeuter upplever sig ha mindre tid att arbeta förebyggande och i stället ägnar större delen av sin arbetstid åt att förskriva och prova ut hjälpmedel. De intervjuade ansåg även att det saknas tillräckligt med tid för kompetensutveckling samtidigt som personal med specialistutbildning inte har möjlighet att använda sin kompetens i tillräckligt stor utsträckning. Antalet legitimerad personal upplevdes också för litet i relation till antal patienter och vårdtyngd.

Kommunernas kostnader för vården under en månads tid av de sju patientfall som beskrivs i studien varierade mellan 33 058 kronor och 179 008 kronor, vilket motsvarar en kostnad per dygn på mellan 1 102 och 5 967 kronor. Detta kan jämföras med kostnaden för vård på särskilt boende som år 2020 i genomsnitt uppgick till 71 000 kronor per månad. Den direkta patienttiden för hälso- och sjukvårdsinsatser utgör bara till några få procent av den totala kostnaden för att vårda patienten i hemmet. Den största kostnaden är kringtid för insatser enligt socialtjänstlagen, exempelvis restid, dokumentation, förberedelse och möten för hemtjänstpersonal.

Slutsatser

Vård i hemmet kan ha många fördelar för patienterna. I vår studie har vi brutit ut frågan om ekonomi och kan då konstatera att vård i hemmet i flera fall är dyrare än vård på särskilt boende eller korttidsboende för kommunen, även om anhöriga gör omfattande insatser. Det gäller i synnerhet patienter som bor långt från hemtjänstens och hemsjukvårdens lokaler, som har behov av många besök från hemtjänsten och hemsjukvården per dygn och där man behövt göra omfattande anpassningar av bostaden. Om man också lägger till regionernas kostnader för patienternas vård i primärvård och öppen specialistsjukvård, läkemedel och färdtjänst är det inte omöjligt att de sammanlagda kostnaderna för att vårda patienten hemma i vissa fall överstiger kostnaden för vård på sjukhus. Fler studier skulle dock behövas, där såväl kommunens som regionens samtliga kostnader räknas in, för att kunna dra underbyggda slutsatser om detta. Hänsyn skulle då också behöva tas till anhörigas insatser, i synnerhet om deras stöd innebär att de går ner i arbetstid eller blir sjukskrivna på grund av arbetsbördan.

Inledning

I den här rapporten presenteras resultaten av en undersökning om vad vård och omsorg i kommunerna kostar och hur den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll har förändrats de senaste tio åren. Beräkningarna baseras på sju vanligt förekommande patientgrupper som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, så kallad hemsjukvård, och som får insatser från såväl hemsjukvård som hemtjänst.

Sedan 2019 har Göteborgsregionen och dess medlemskommuner tilldelats medel från Regeringens och Sveriges kommuner och regioners (SKR) överenskommelse om god och nära vård (SKR 2019a, 2020a & 2021a). I Göteborgsregionens plan och detaljbudget för 2021 preciseras att det kommunala perspektivet i omställningen till nära vård behöver stärkas, att analyser av kommunala konsekvenser vid införande av nära vård behöver göras och att detta bland annat ska ske genom FoU-studier på området (Göteborgsregionen 2021, s. 6). Göteborgsregionens socialchefs nätverk enades om att en del av 2020 och 2021 års medel skulle användas till en studie om den kommunala vårdens och omsorgens kostnader mot bakgrund av omställningen till en god och nära vård, det vill säga den studie som presenteras i denna rapport. Förutom med medel från överenskommelsen om god och nära vård har studien också finansierats med FoU-medel från Västra Götalandsregionen.

Varför en ekonomisk analys?

Samhällets resurser är begränsade. I kombination med att befolkningen åldras och fler lever länge med kroniska sjukdomar, kommer också behovet av sjukvård och omsorg att öka. I gapet som uppstår mellan vad samhället kan erbjuda och vad som efterfrågas av invånarna behöver prioriteringar göras för att få ut så mycket som möjligt av de begränsade resurserna. Att på olika sätt analysera och utvärdera kostnader för olika insatser, projekt, behandlingar och organisationslösningar är därför ett viktigt instrument för kunskapsbaserade beslutsunderlag.

Flera tidigare studier som undersökt kostnadseffektiviteten för vård i hemmet, visar på att sådan vård ofta är billigare än andra vårdformer samtidigt som patienterna många gånger är mer nöjda med vården (Norén, 2020; Noble et al., 2015; HCM, 2013; Gomes et al., 2013). Merparten av dessa studier har dock inte tagit hänsyn till alla de kostnader som uppstår när patienter vårdas i hemmet. Ofta ingår bara lönekostnader för den tid som vårdpersonal tillbringar hos patienten. Omsorgsinsatser som utförs av hemtjänstpersonal tas sällan med i beräkningarna, trots att sådan hjälp många gånger är avgörande för om patienten ska kunna vårdas hemma. I beräkningar av vad ett vårddygn på sjukhus kostar ingår kostnader för vårdpersonal men även övergripande stöd- och ledningsfunktioner, FoU-kostnader, IT-kostnader, lokaler, läkemedel och förbrukningsmaterial liksom kostnader för eventuell tolk. Jämförelser mellan vad ett vårddygn kostar på sjukhus, på särskilt boende, i hemmet eller i olika ”nära-vård-lösningar” blir därför ofta missvisande eftersom beräkningarna för de olika vårdformerna är gjorda på olika sätt.

Även om det snart gått 30 år sedan den så kallade Ädel-reformen (SOU 2000:38; Prop. 1987/88:176) och även om alla regioner förutom Stockholm numera har lämnat över ansvar för hemsjukvård till kommunerna, så har kommunerna i hög grad under denna tid varit "bortglömda" som hälso- och sjukvårdshuvudmän. I SOU 2020:19 (s. 141) påpekas att "...frånvaron av kvalitetssäkrad kunskap om primärvården gäller i högsta grad även den kommunala hälso- och sjukvården. Bristen på underlag och kunskap gör det svårare att ta välgrundade beslut, men också visa på effekter av olika åtgärder och insatser som vidtas eftersom vi inte har en tydlig bild av nuläget". Att ta reda på vad det kostar att vårda vanligt förekommande patientgrupper i kommunerna bidrar till att öka kunskapen om den kommunala hälso- och sjukvården så att mer välgrundade beslut kan fattas som rör såväl denna vårdform som vård och omsorg i stort.

Omställningen till god och nära vård

Det pågår just nu en omstrukturering av hälso- och sjukvården i Sverige i riktning mot vård som ges i hemmet eller i öppna vårdformer, i stället för på sjukhus. Detta brukar kallas för en mer nära vård (se exempelvis SOU 2020:19, SOU 2019:29 och SOU 2016:2). Att vården ska finnas nära kan också handla om hög kontinuitet eller kontakt genom digitala vårdtjänster. Förebyggande vård och egenvård lyfts som viktiga delkomponenter i nära vård (SKL, 2019a), liksom att vården ska vara personcentrerad. I delbetänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39, s. 54) beskrivs nära vård som "... ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas".

Bakgrunden till omställningen är bland annat att befolkningen i Sverige lever längre, mår bättre och att flera tidigare dödliga sjukdomar har blivit kroniska tillstånd eller kan botas helt. Utvecklingen av nya behandlingsmetoder har varit en viktig del i detta. Framstegen har förändrat invånarnas behov av hälso- och sjukvård och skapat nya utmaningar. Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får idag delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Det handlar om en alltmer avancerad vård i hemmet. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder också till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning utförs i den kommunala vården och omsorgen (SOU 2019:29; Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2018).

Omställningen till en mer nära vård är inte unik för Sverige. Antalet disponibla vårdplatser på sjukhus minskar i de flesta OECD-länder vilket i huvudsak beror på kortare vårdtider, utbyggd primärvård och mer dagkirurgi (OECD, 2019, s. 194). Samtidigt är det viktigt att påpeka att den minskning av slutenvårdsplatser som sker i Sverige görs från redan mycket låga nivåer. Att Sverige skulle ha en sjukhustung vård, vilket framhålls som en av de bärande utgångspunkterna för utredningen för en

Samordnad utveckling för god och nära vård (se till exempel SOU 2020:19, SOU 2019:29 och 2018:39), kan därför ifrågasättas. De senaste åren har Sverige tillhört de tio länder som legat i botten när det gäller antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare (OECD, 2019). År 2017 hade Sverige det lägsta antalet disponibla vårdplatser i EU – 2,4 per 1 000 invånare. Genomsnittet i OECD var 4,7 vårdplatser per 1 000 invånare. Bland OECD-länderna har bara Mexiko och Chile färre. Sverige har dessutom korta sjukhusvistelser, i genomsnitt 5,9 dagar – vilket var den tredje lägsta siffran bland OECD-länderna år 2017.

Förstudie kring nära vård

Under 2019 genomförde FoU i Väst en förstudie kring omställningen till en mer nära vård ur ett kommunalt perspektiv. Förstudien visade att det inte finns någon entydig definition av vad nära vård är och att kommuner och regioner har delvis olika bilder av nära vård och dess effekter. Flera kommuner har påpekat att kommunernas roll och ansvar inte avspeglas tillräckligt i nationella initiativ på området (se bland annat Göteborgsregionen, 2018 och Täby, 2018). I de överenskommelser som gjorts mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att vidareutveckla den nära vården och vårdens medarbetare gick år 2019 till exempel 5 900 miljoner kronor till regionerna och 33 miljoner kronor till kommunerna, trots att kommunerna utför ungefär 26 procent av all hälso- och sjukvård i landet (SCB, 2019). I 2020 års överenskommelse avsattes visserligen 15 gånger så mycket pengar till kommunerna som år 2019, vilket motsvarar 8 procent av stimulansmedlen, men andelen står fortfarande inte i proportion till den andel av hälso- och sjukvården som utförs av kommunerna (SKR, 2020a).

Förstudien visar att det på många områden saknas nationella data för att kunna följa upp och analysera den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning, förändring, kvalitet och effektivitet på samma sätt som den hälso- och sjukvård som beskrivs av regionerna (Socialstyrelsen, 2019a). Till exempel saknas det offentlig nationell statistik över den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader på kommunnivå eller vilka medicintekniska hjälpmedel som används i den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdtyngd mäts inte alls. Nationella patientenkäter eller brukarundersökningar görs inte för patienter som får kommunal hälso- och sjukvård. Sedan den 1 januari 2019 är kommunerna skyldiga att rapportera in uppgifter till Socialstyrelsen om vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunen är vårdgivare (Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:67). Flera kommuner saknar dock datasystem som möjliggör automatisk sammanställning av dessa uppgifter och de måste tas fram manuellt. I förstudien påpekade Göteborgsregionens medlemskommuner att detta är mycket tidsödande. Flera har ännu inte påbörjat arbetet och det kan ta många år innan Socialstyrelsen har tillgång till tillförlitliga data.

Förstudien pekar på att det finns ett stort behov av att synliggöra den kommunala hälso- och sjukvårdens utveckling och utmaningar mot bakgrund av omställningen till en mer nära vård. Göteborgsregionens styrgrupp för social välfärd liksom

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

socialchefs nätverket samt nätverket för äldreomsorgs- och hälso- och sjukvårdschefer i Göteborgsregionens medlemskommuner anser att omställningen till en mer nära vård och omsorg och uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården är några av de mest prioriterade områdena för Göteborgsregionen och kommunerna att arbeta med under 2020 och 2021.

I diskussioner med chefsnätverk på Göteborgsregionen och referensgruppen kopplad till förstudien har flera påpekat att det inte bara är den kommunala hälso- och sjukvården som påverkas av omställningen utan även socialtjänstens verksamheter så som äldre- och funktionshinderomsorg liksom anhörig- och egenvård. Uppföljningar och analyser kan därför inte avgränsas till den kommunala hälso- och sjukvården utan behöver greppa över ett bredare område för att fånga de förändringar som sker. Den studie som redovisas i denna rapport är ett initiativ till att möta upp mot de behov som identifierats i förstudien och av chefsnätverken.

Kommunal hälso- och sjukvård

Kommuner och regioner har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården. Kommunernas uppgift är att erbjuda hälso- och sjukvård till personer i vissa boendeformer och verksamheter ”men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare” (Socialstyrelsen, 2019a, sidan 14). Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar eftersom gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med samhällsutvecklingen (SOU 2019:29, sidan 104).

Genom den så kallade Ädelreformen tog kommunerna 1992 över huvudmannskapet för somatisk långtidssjukvård liksom ansvaret för medicinska insatser i särskilda boendeformer och i dagverksamheter (SOU 2000:38). Vidare gavs kommunerna en befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende. De fick även möjlighet att efter överenskommelse med landstinget överta huvudmannskapet för sådan vård (SOU 2000:114, s. 53). I och med Ädelreformen har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård alltså ökat.

De största yrkesgrupperna i den kommunala hälso- och sjukvården är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Ibland finns också undersköterskor anställda i den kommunala hälso- och sjukvården. Många insatser delegeras till undersköterskor, vårdbiträden och medicinskt utbildad personal som arbetar inom hemtjänsten och på särskilda boenden. Med delegering menas att hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter uppgiften till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften (Socialstyrelsen, 2020c; Vårdförbundet, 2020).

Det är vanligt att många olika vård- och omsorgsgivare behöver samverka kring en patient som är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård för att vården ska fungera (Arman, 2019). Det är alltid vårdcentraler och sjukhus som ansvarar för läkarinsatser. Den kommunala hälso- och sjukvården förutsätter därför samarbete

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

med patienternas läkare, vilket sker över huvudmannagränserna. Till exempel är medverkan i kommunal hälso- och sjukvård en del av primärvårdsläkarnas uppdrag, där arbetet på vårdcentraler ofta är huvuddelen. Hemtjänsten och omsorgspersonalen på särskilda boenden utför en del av de insatser som ges inom kommunal hälso- och sjukvård, men merparten av arbetstiden ägnas åt omsorg och tillsyn utifrån socialtjänstlagen, till exempel hjälp med dagliga aktiviteter som hygien, mat, städning och förflyttning (Arman, *ibid.*).

I takt med medicinsk och medicinteknisk utveckling har en alltmer avancerad sjukvård i hemmet växt fram på 2000-talet. Utöver den kommunala hemsjukvården utför även regionerna idag hälso- och sjukvård i hemmet, exempelvis i form av så kallade mobila team eller närsjukvårdsteam (Norén & Segerberg, 2019). Den kan vara ansluten till regionens primärvård eller sjukhusanknuten. Ofta sker den i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och kommunal hemsjukvård. På vissa håll i landet finns särskilda team som bedriver avancerad sjukvård i hemmet, så kallade ASIH-team. Det som vanligtvis skiljer avancerad sjukvård i hemmet från ordinarie hemsjukvård, ibland också kallad allmän hemsjukvård, är att det finns läkare anställda i teamet (Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad, 2018).

Vilka patienter som ska få insatser av den kommunala hälso- och sjukvården regleras i lokala avtal mellan regioner och kommuner. I exempelvis Västra Götalands läns hälso- och sjukvårdsavtal¹ (2017, s. 7) preciseras att kommunerna ansvarar för "...patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till VGR:s mottagningar utan större svårigheter och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem". Detta kallas ibland för "tröskelprincipen" (SOU 2004:68).

År 2019 var drygt 82 procent av patienterna inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård 65 år eller äldre. Fler kvinnor än män får insatser, sannolikt eftersom kvinnor lever längre och därför kan antas behöva kommunal hälso- och sjukvård i större utsträckning. Drygt 70 procent av patienterna som var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården år 2019 fick vården i sitt ordinarie boende. En nästan lika stor andel av patienterna hade också insatser från socialtjänsten, till exempel hemtjänst eller genom att de bodde på särskilt boende (Socialstyrelsen, 2020a).

Hälsoproblemen och diagnoserna hos patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har stor variation och bredd. Många har flera diagnoser och hälsobesvär. Idag finns inget register över vilka diagnoser som patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har. Diagnoser kan inte registeras i kommunernas journalsystem eftersom det är läkare som ställer diagnos och läkarna är inte anställda i kommunen (Larsen, Nilsson & Olsson, 2021). År 2016 gjorde Socialstyrelsen

¹ Västra Götalands hälso- och sjukvårdsavtal håller på att revideras och ett nytt är planerat att träda i kraft 2022.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

emellertid en särskild samkörning mellan registret över patienter som var inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård med uppgifter från patientregistret för att få fram diagnoser och dödsorsaker för patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Här är det dock på sin plats att påpeka att patienter som vårdas i primärvården inte rapporteras till detta register utan bara patienter som fått specialist- eller slutenvård.

Samkörningen visade att hos patienterna under 18 år som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård är utvecklingsstörning, cerebral pares och epilepsi vanligaste diagnoserna. Tumörsjukdomar förekommer också i mindre utsträckning. Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver vård för vanliga folksjukdomar, som exempelvis hjärtsjukdomar, diabetes, lungsjukdomen KOL och depressioner. Ögonsjukdomar, urinvägsbesvär och lårbensfrakturer är också vanliga diagnoser – framför allt hos personer 80 år och äldre (Socialstyrelsen, 2019a och b, 2018).

En stor andel av patienterna som får insatser i kommunal vård och omsorg har kort återstående förväntad livslängd. Vård i livets slutskede utgör en betydande del av den vård som ges. Av de 91 000 personer som avled i Sverige år 2016 var 62 procent inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård och 44 000 av dessa avled i sitt hem (Socialstyrelsen, 2019b).

Mellan 1980 och 2012 har äldreomsorgens kostnader ökat med 74 procent samtidigt som antalet äldre som tar äldreomsorg i anspråk har minskat med 19 procent. Kostnaden per brukare av äldreomsorg har däremot ökat med 114 procent. Det är med andra ord inte ett ökat antal omsorgstagare som förklarar äldreomsorgens ökade kostnader utan i stället färre men betydligt mer kostnadskrävande omsorgstagare (SKL, 2016, sidan 14). Den totala kostnadsökningen i äldreomsorgen är dock betydligt mindre än kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvård i kommunerna, vilket tyder på att andelen hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna ökar medan omsorgs- och serviceinsatser minskar (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2021, s. 86).

Det finns idag inga faktiska siffror på hur mycket hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) kommunerna utför. I stället uppskattas andelen HSL med hjälp av schabloner. För att beräkna andelen HSL av kommunernas vård- och omsorg använder Hälsoräkenskaperna i dag schablonberäkningar som baseras på data från 2011. Enligt schablonen från 2011 uppgick kostnadsandelen för kommunal hälso- och sjukvård i relation till Sveriges totala kostnader för hälso- och sjukvård till 13,7 procent. Nya beräkningar baserade på uppgifter från 2019 visar att kostnadsandelen ökat till 15,9 procent (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2021; Ensolution, 2021). Det innebär att den schablon som används för att beräkna den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader på nationell nivå idag underskattar de faktiska kostnaderna för denna vårdform med 2,2 procent.

Den genomsnittliga kostnadsökningen för kommunal hälso- och sjukvård mellan åren 2017 och 2019 är cirka 16 procent (Ensolution, 2021). Samtidigt var kostnaderna per invånare i den regionala primärvården oförändrade under perioden, och

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

minskade med en procent i hälso- och sjukvården totalt. Det kan tyda på att kommunerna har fått nya uppgifter, till exempel att de tar ett större ansvar för vården av patienter med mer omfattande och komplexa behov och att de utför mer avancerad vård (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2021, s. 82). Kommunernas kostnadsökning är något större för insatser inom ordinärt boende än inom särskilda boendeformer, vilket är naturligt eftersom en allt större andel personer får sin vård i hemmet i jämförelse med särskilt boende (Socialstyrelsen 2020d). Ökningen av kostnaderna för kommunal hälso- och sjukvård står inte i proportion till befolkningsökningen och motsvarar inte heller den genomsnittliga ökningen av omsorgsprisindex (SKR, 2021) på cirka 2,65 procent (Ensolution, ibid). Kostnaden per patient ökar avsevärt mer än antalet inskrivna patienter. Variationen i utfall mellan kommunerna är dock mycket stor, från en ökning av kostnaden per patient på som lägst 6,2 procent upp till som högst 42,1 mellan åren 2017 och 2019.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att synliggöra den kommunala vården och omsorgen i omställningen till en god och nära vård, både avseende innehåll och kostnader. Mer specifikt ska studien besvara följande frågeställningar:

1. Har den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll förändrats på senare år och i så fall, på vilket sätt?
2. Vad kostar vård och omsorg i kommunerna för vanligt förekommande patientgrupper inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård idag?

Tidigare forskning

Cochrane genomförde år 2014 en systematisk litteraturoversikt som inkluderade 23 internationella studier om effektivitet och kostnadseffektivitet när det gäller palliativ vård i hemmet för vuxna patienter jämfört med andra vanliga vårdformer, som sjukhusvård. I de allra flesta fall erbjöds den palliativa vården i hemmet genom multiprofessionella team specialiserade på symtomlindring utifrån patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Resultatet visar att tillgången till sådana team gör att patienter som önskar dö i hemmet faktiskt också avlider där i nästan dubbelt så stor utsträckning som annars. Patienterna fick dessutom bättre symtomlindring än i andra vårdformer samtidigt som närståendes sorgeprocess inte påverkades negativt av att deras anhöriga avled i hemmet. Sex av de inkluderade studierna innehöll också hälsoekonomiska analyser, men eftersom dessa studier visade på såväl högre som lägre kostnadseffektivitet jämfört med andra vårdformer kunde inga slutsatser dras (Gomes et al, 2013).

I en senare systematisk litteraturoversikt som inkluderade 46 internationella studier om kostnadseffektivitet avseende förebyggande och integrerade insatser för sköra äldre i ordinärt boende fann man begränsat stöd för att insatserna var kostnadseffektiva (Looman et al, 2018). Antalet slutenvårdstillfällen, vårdtider på sjukhus samt besök på akutmottagningar sjönk visserligen i många av studierna, men samtidigt sågs ofta en ökning av antalet besök i primärvården liksom hemtjänstinsatser. I kombination med kostnaderna för själva insatsen var det därför få av insatserna som bedömdes vara kostnadseffektiva.

Det finns dock ett flertal andra studier som påvisar att palliativ vård i hemmet är ett kostnadseffektivt alternativ jämfört med andra vårdformer. En systematisk litteraturoversikt av 46 internationella studier visar att palliativ vård var mer kostnadseffektiv än sedvanlig vård oavsett var den gavs, till exempel i hemmet, på sjukhus eller på hospice, och att i de allra flesta fall var kostnadsbesparingen jämfört med andra vårdformer dessutom statistiskt säkerställd (Smith et al, 2014). Detta framkommer också i en studie genomförd i England där specialiserad palliativ vård i hemmet visade sig ha goda resultat för såväl patienter och närstående som för kostnader i hälso- och sjukvårdssystemet. Studien visar bland annat att behovet av akutbesök samt slutenvård minskade i och med att patienten erhöll specialiserad palliativ vård i hemmet. På så sätt kunde de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och socialtjänst under patientens sista levnadsår minska med upp till 20 procent (Nobel et al, 2015).

En svensk studie (Sahlén et al., 2016) visar att palliativ hemsjukvård för svårt hjärtsjuka patienter kostar mindre än den vård som denna patientgrupp vanligtvis får, samtidigt som livskvaliteten för patienterna ökar. I studien jämfördes en patientgrupp på 36 individer som erhöll avancerad hemsjukvård i form av insatser från ett multiprofessionellt team under 6 månader med en patientgrupp på 36 individer som fick traditionell sjukhusvård, insatser från primärvård och kommunal

hälso- och sjukvård. Liknande resultat erhöles även i en studie av Liljeroos och Strömberg (2019). De följde hjärtsviktpatienter som under åren 2011–2017 var inskrivna vid särskilda sjuksköterskeledda öppenvårdsmottagningar. Studien visar att såväl antal slutenvårdstillfällen som vård dygn på sjukhus samt besök på akutmottagningar reducerades med mellan 24 och 27 procent för patienterna som fick vård vid dessa mottagningar. Huruvida insatser från kommunal hälso- och sjukvård eller hemtjänst påverkades undersöktes dock inte.

Utvärderingen av mobila närsjukvårdsteam i Västra Götalands län visar att andelen besök på akutmottagningar liksom slutenvårdstillfällen och oplanerade återinskrivningar på sjukhus minskade med ungefär 20 procent för patienter som var inskrivna i mobila hemsjukvårdsteam förstärkta med mobil hemsjukvårdsläkare och med ungefär 50 procent för patienter inskrivna i mobila närsjukvårdsteam (Norén och Segerberg, 2019). Utvärderingen visar också att satsningen på mobil närvård kan leda till att fler vårdinsatser behöver utföras av sjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården, åtminstone under vissa perioder och särskilt när medicinska vårdplaner ska etableras i samverkan kring en patient. Samtidigt konstateras att mobil närvård förbättrar samarbetet mellan kommun och region väsentligt. Kommunens sjuksköterskor lägger mindre tid på att hantera fel och brister utifrån ofullständiga vårdplaner och på informationssökande om läkemedel. De ägnar också mindre tid åt att få tag på ansvarig läkare. Det är dock inte säkert att den minskade vårdkonsumtionen är en effekt av mobil närvård. I en studie av mobila geriatriska team i Jönköpings län lottades patienter till att antingen få vård i ett geriatriskt mobilt team eller sedvanlig vård. Ett år senare hade vårdkonsumtionen minskat lika mycket i båda grupperna. Forskarna drog slutsatsen att det finns en naturlig variation i vårdkonsumtion över tid bland sköra äldre. Eftersom kostnaden för vård i mobila geriatriska team var betydligt högre än sedvanlig vård konstaterades att insatsen inte kunde ses som kostnadseffektiv även om den var mycket uppskattad bland patienterna (Fristedt, Nystedt och Skogar, 2019).

De beräkningar som har gjorts av eventuella kostnadsvinster med olika nära vårdinsatser (exempelvis mobila team eller närsjukvårdsteam) bygger oftast på hypotesen att slutenvårdstillfällen, besök på akutmottagningar och ambulanstransporter minskar (se exempelvis SKR, 2020c; Västra Götalandsregionen 2020 eller HCM, 2013). Från dessa kostnadsvinster dras sedan de direkta kostnader som den nära vårdinsatsen innebär (exempelvis kostnader för ett mobilt team eller närsjukvårdsteam). Däremot tas oftast inte hänsyn till övriga kostnader som uppstår i kommunen för att patienten ska kunna vårdas i hemmet. Ibland ingår inte kommunens kostnader över huvud taget (se exempelvis SKR 2020c, s. 50–51, eller Västra Götaland, 2019). I andra fall ingår kostnader för kommunal hemsjukvård men inte hemtjänst, bostadsanpassning eller biståndshandläggares arbetstid (se exempelvis HCM, 2013 eller Nordenhielm & Lönnbark, 2017). Ofta baseras kommunernas kostnader i kalkylerna på schablonberäkningar av vad hemsjukvård och hemtjänst i kommunen kostar i genomsnitt. Eftersom de patienter som får vård i särskilda nära vårdinsatser, så som mobila team och närsjukvårdsteam, ofta har betydligt större vård- och omsorgsbehov än patienter som får kommunal

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

hemsjukvård eller hemtjänst i allmänhet, finns en risk att kostnaderna för den kommunala vården och omsorgen underskattas. I denna studie har vi därför valt att så noga som möjligt beräkna de faktiska totalkostnaderna för enskilda patienter.

Stöd från anhöriga är ofta en förutsättning för att patienter ska kunna vårdas i hemmet. Det är emellertid ovanligt att kostnader för informell vård och omsorg inkluderas i ekonomiska analyser av olika vårdformer (Smith et al, 2014), trots att forskning visar att anhöriga till patienter med svåra eller obotliga sjukdomar ibland går ner i arbetstid för att kunna vårda sin närstående i hemmet eller själva riskerar att bli sjuka, också lång tid efter att patienten avlidit (se till exempel Ásgeirsdóttir et al, 2013; Szebehely, 2014 och 2017). I denna studie har vi inte tagit med anhöriginsatser i kostnadsberäkningarna eftersom vi i studien har avgränsat oss till att räkna på de kostnader som uppstår i kommunernas vård- och omsorgsverksamheter. Däremot beskriver vi anhörigas vård- och omsorgsinsatser i patientfallen. Vi ser dock ett behov av att i såväl framtida studier som i politiska beslut om hur vården ska organiseras också ta hänsyn till anhöriginsatser.

Studiens genomförande

Studien pågick under september 2020 till och med september 2021. Den har genomförts av Theresa Larsen som är analytiker vid Göteborgsregionens FoU i Väst, tillika projektledare för studien, tillsammans med Hilda Svensson som är distriktsköterska och adjungerad professor vid Högskolan i Halmstad. I rapporten har Hilda haft huvudansvar för att skriva den del av resultatkapitlet där intervjustudien redovisas medan Theresa Larsen har ansvarat för övriga delar.

Studien genomfördes i flera steg. För att besvara frågeställningen om den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll har förändrats på senare år, och i så fall på vilket sätt, gjordes inledningsvis tio semistrukturerade intervjuer med personer som arbetat länge i eller tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården i tre kommuner i Västsverige. Intervjuerna bidrog också till att förankra studien kliniskt. Författarna fick kontakt med intervjupersonerna genom att be chefer som ingår i Göteborgsregionens äldreomsorgs- och hälso- och sjukvårdschefsnätverk, eller andra chefer vi samarbetat med i Göteborgsregionens kommuner, förmedla kontaktuppgifter till medarbetare som arbetat länge i eller med kommunal hälso- och sjukvård. Författarna intervjuade fyra sjuksköterskor, en undersköterska, två biståndshandläggare, en fysioterapeut och en arbetsterapeut som alla arbetat minst 15 år med kommunal hälso- och sjukvård i någon av Göteborgsregionens medlemskommuner. Författarna intervjuade även en läkare som arbetat i över 15 år med patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. En särskild intervjuguide användes vid intervjuerna (se bilaga 1).

Författarna genomförde hälften av intervjuerna var. Intervjuerna var i genomsnitt 30 minuter långa med en variation på mellan 20 och 60 minuter. Hälften genomfördes via telefon eller videosamtal och hälften genom fysiska möten. Samtliga intervjuer bandades med intervjupersonernas godkännande parallellt som anteckningar fördes. Anteckningarna från respektive intervju renskrevs med stöd från bandupptagningen för att undvika missuppfattningar och sakfel.

De renskrivna anteckningarna från intervjuerna kodades och analyserades tematiskt med en abduktiv ansats (Alvesson & Skoldberg, 2017; Tavory & Timmermans, 2014). Abduktion kan beskrivas som ett växelspel mellan induktiv och deduktiv metod. Abduktion utgår ofta från empirin, men under forskningsprocessen tar man inspiration från teori och tidigare forskning: "inte som mekanisk applicering [av teori och tidigare forskning] på enskilda fall, utan som inspirationskälla för upptäckt av mönster som ger förståelse" (Alvesson & Skoldberg, 2017, sidan 56). Detta innebär en sorts växling mellan å ena sidan teori och tidigare forskning och å andra sidan empiri, där båda delarna tolkas och omtolkas utifrån varandra.

Först läste författarna var för sig de renskrivna anteckningarna flera gånger med fokus på att identifiera patientgrupper, insatser och omvårdnadssituationer som den kommunala hälso- och sjukvården hanterar idag men inte för tio år sedan. Därefter

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

kodade författarna var och en för sig intervjuerna i teman. Kodningarna diskuterades sedan gemensamt för att nå konsensus kring vilka teman intervjuerna innehöll. Författarna enades om sex teman: 1) tidig utskrivning från sjukhus 2) sköra patienter 3) kvarboende med stöd av anhöriga 4) avancerade och komplexa insatser 5) organisatoriska förutsättningar och 6) samverkan mellan vårdgivare.

Därefter knöts en arbetsgrupp bestående av verksamhetsutvecklare samt enhetschefer för vård och omsorg i fem kommuner i Västsverige till studien (se bilaga 2). Deltagarna i arbetsgruppen rekryterades genom att författarna la ut en nyhet på Göteborgsregionens webbplats och i dess nyhetsbrev där studien beskrevs och att sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, biståndshandläggare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, verksamhetsutvecklare eller chefer inom kommunal vård och omsorg som kunde tänka sig att delta söktes. Samma information skickades dessutom till Göteborgsregionens nätverk för äldreomsorgs- och hälso- och sjukvårdschefer och presenterades även muntligt på ett av deras möten. Åtta personer från åtta olika kommuner anmälde sitt intresse att delta. En bit in i arbetet hoppade två av dem av eftersom arbetsinsatsen upplevdes som allt för betungande i kombination med en redan ansträngd arbetssituation under pågående pandemi. De sex personer som fullföljde uppdraget arbetade i fem olika kommuner i Göteborgsregionen och en kommun som tillhör Skaraborgs kommunalförbund. Bland kommunerna finns både små, medelstora och stora kommuner liksom stad och landsbygd representerade.

Med utgångspunkt i resultatet från intervjustudien tog vi tillsammans med arbetsgruppen fram sju patientfall som illustrerar vanligt förekommande patientgrupper som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården idag. Därefter identifierade arbetsgruppen autentiska patientfall som motsvarade dessa beskrivningar. Arbetsgruppen instruerades att välja patientfall som inte avvek från genomsnittet avseende vård- och omsorgsinsatsernas omfattning för patienter som vårdas i kommunen med de diagnoser och omvårdnadsbehov som patientfallsbeskrivningen innehöll. De skulle med andra ord välja "vanliga" och "ordinära" patientfall med de diagnoser och hälsoproblem som motsvarade patientfallsbeskrivningarna. Patienterna skulle också befinna sig i ett stabilt läge utan kraftig hälsoförsämring som föranlett inläggning i slutenvården, detta för att beräkningar skulle kunna göras avseende kommunens kostnader för vården och omsorgen under en hel månad.

Patientfallen beskrevs enligt en särskild mall (se bilaga 3) och innehåller förutom en allmän beskrivning av patientens hälsotillstånd samt vård- och omsorgsbehov också alla vård- och omsorgsinsatser som getts av den kommunala hälso- och sjukvården samt hemtjänsten under en månad hösten 2020. Författarna hade flera enskilda möten med respektive arbetsgruppsdeltagare och möten med alla arbetsgruppsdeltagare tillsammans för att diskutera patientfallsbeskrivningarna i syfte att försäkra att inga insatser glömts bort eller över- eller underskattats och att mallen verkligen följts.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Alla patientfall, utom ett, rör personer som är 65 år eller äldre. Denna avgränsning grundar sig inte på något beslut fattat av författarna på förhand, utan är ett resultat av den inledande intervjustudien och de diskussioner som fördes med arbetsgruppen om vilka patientgrupper som är de absolut vanligaste i kommunal hälso- och sjukvård. Författarna är medvetna om att patientfallen inte täcker in alla typer av patientgrupper som vårdas i kommunal hälso- och sjukvård. Det har heller aldrig varit intentionen med studien, utan fokus har legat på att beskriva vanligt förekommande patientgrupper och vad det kostar att vårda dem i kommunen.

I samarbete med en arbetsgrupp bestående av fem kommunekonomer (se bilaga 4) från samma kommuner som den första arbetsgruppens representanter var anställda i, gjordes slutligen beräkningar på vad det kostar för kommunerna att vårda dessa patienter. Beräkningsmodellen beskrivs i nästa avsnitt.

Arbetsgrupperna bestående av verksamhetsutvecklare, enhetschefer inom vård och omsorg samt ekonomer har getts möjlighet att läsa och kommentera manusutkast till denna rapport. Manus har även granskats av Maria Klamas, vetenskaplig ledare på FoU Socialtjänst inom Fyrbodals kommunalförbund, samt Margareta Forsberg, FoU-chef på FoU i Väst, Göteborgsregionen. Studien har fortlöpande stämts av med temaansvariga för hälso- och sjukvård på Göteborgsregionen (fem av Göteborgsregionens socialchefer) samt med Västra Götalandsregionens FoU-chef. Författarna ansvarar dock själva för rapportens innehåll, resultat och slutsatser.

Beräkningsmodell

Beräkningarna av kommunernas vård- och omsorgskostnader för patientfallen bygger på den modell som har utvecklats av SKR i samarbete med kommuner i Värmlands och Jämtlands län för att beräkna vad hemsjukvården kostar (SKL, 2006). Denna modell överensstämmer med hur kostnad per patient i regional hälso- och sjukvård beräknas (SKL, 2015). Att utgå från totalkostnaderna är en viktig förutsättning för att kunna göra rättvisande jämförelser mellan kommuner, men också för att kunna jämföra kostnaderna mot andra vårdformer, exempelvis slutenvård, som beräknas på samma sätt. Med totalkostnad avses bruttokostnad inklusive gemensamma kostnader och overheadkostnader (OH-kostnader)². Avdrag för patientavgifter görs inte.

Av patientfallsbeskrivningarna framgår att flera av patienterna också fått regionfinansierad vård under beräkningsperioden, men den har inte tagits med i våra beräkningar eftersom studien är avgränsad till kommunernas del av vården och omsorgen. I resultatavsnittet och slutdiskussionen pekar vi dock på vad några insatser inom den regionfinansierade vården kan kosta som jämförelse.

Beräkningarna bygger på att vi har identifierat den faktiska arbetstid som utförts av undersköterskor, vårdbiträden, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt

² Med overheadkostnader avses kostnader som är gemensamma för flera avdelningar, exempelvis förvaltningsledning, personaladministration och vaktmästeri.

biståndshandläggare under beräkningsperioden relaterat till respektive patientfall. Beräkningarna innehåller både kostnader för såväl direkt som indirekt patienttid. Med direkt patienttid avses den tid som personalen träffar patienten, antingen via fysiska besök eller genom videomöten eller telefonsamtal. Indirekt patienttid innefattar bland annat restid, administration, planering, personalmöten och tid för utbildning. Personalkostnaderna innehåller samtliga kostnader enligt vedertaget sätt att redovisa personalkostnader på för den kommun som patientfallet avser. För ett av patientfallen hade vi inte tillgång till just den kommunens personalkostnader utan har i stället använt oss av personalkostnader som är baserade på uträkningar från en av de andra kommunerna som deltog i studien. Det innebär att lönekostnaden för till exempel en sjuksköterska, undersköterska eller biståndshandläggare i det patientfallet är baserat på den genomsnittliga lönenivån för dessa yrkesgrupper i en annan kommun. Skillnaderna i lönenivå är dock så pass små mellan de deltagande kommunerna att resultatet inte påverkas nämnvärt av detta beräkningsförfarande.

I driftskostnaderna har vi räknat med alla kostnader som behövs för att driva verksamheten som kostnader för lokaler, kontorsmaterial, datorer, telefoner, bilar, skyddsutrustning, arbetskläder med mera, på samma sätt som kostnad per patient i regionfinansierad vård beräknas (jämför SKL, 2015). Kostnader inklusive OH-kostnader för hjälpmedel, sjukvårdsmaterial och medicintekniska produkter har också tagits fram och ingår i totalkostnaden. Här har vi räknat på en schablonkostnad baserad på genomsnittskostnaden för patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården i respektive deltagande kommun. För två av patientfallen har vi haft tillgång till den exakta kostnaden för hjälpmedel och då redovisat dessa som en jämförelse med schablonen i kalkylen. Slutligen har även gemensamma kostnader för bland annat ledning och administration på enhets- och förvaltningsnivå samt central nivå i kommunen tagits tas med. Däremot ingår inte kostnader för politisk styrning, vilket överensstämmer med regionernas sätt att räkna på kostnad per patient (SKL, 2015). OH-kostnader och kostnader för administration och ledning är beräknade enligt en schablon som tagits fram för en av kommunerna som deltog i studien. Det kan hända att beloppen skulle blivit något annorlunda om varje kommun hade gjort egna beräkningar. Arbetsgruppen med ekonomer gjorde dock bedömningen att skillnaden var så liten att det inte var motiverat att göra dessa tämligen omfattande beräkningar för varje kommun.

Studiens begräsning och styrkor

En styrka med studien är att den är väl kliniskt förankrad, dels utifrån den inledande intervjustudien, dels utifrån det täta samarbete författarna haft i arbetsgrupperna med personer som arbetar i olika positioner i kommunal vård- och omsorg. Författarna har själva lång erfarenhet av att arbeta kliniskt i kommunal hälso- och sjukvård, att ha dialog med chefsnätverk för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård på ett kommunalförbund samt bedriva forskningsstudier kring kommunal hälso- och sjukvård ur olika perspektiv, vilket borgar för god förståelse för det fenomen som studeras.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

En annan styrka med studien är att patientfallsbeskrivningarna är gjorda i olika typer av kommuner så att både storstad och landsbygd liksom små, medelstora och stora kommuner finns representerade. Kostnadsberäkningarna i patientfallen är transparenta vilket talar för god replikerbarhet. Författarna har dessutom använt samma beräkningsmodell som regionerna för att räkna ut kostnad per patient, vilket innebär att de kostnader studien kommit fram till går att jämföra med kostnader för andra vårdformer.

En svaghet med studien är att författarna inte haft direkt tillgång till patientjournaler utan har behövt förlita sig på att andra inhämtat data i efterhand. Ur ett patientetiskt perspektiv hade det förra dock knappast varit möjligt. Förfarandet innebär att insatser kan ha glömts bort eller tidsåtgången felskattats. Genom att alla patientfallsbeskrivningar gjordes enligt samma mall och att författarna hade flera möten med deltagarna i arbetsgruppen för att försäkra sig om att mallen fylldes i korrekt minskar dock risken för dessa brister. Andra studier visar att sjuksköterskor lägger mellan 20 procent (Forsell & Ivarsson Westberg, 2014) och drygt 30 procent (Ensoulton, 2021 & 2019) av sin totala arbetstid på direkt patientarbete, medan resten går åt till resor, dokumentation, möten och annat. I studiens patientfallsberäkningar uppgår den direkta patienttiden till mellan 35 och 86 procent, där genomsnittet ligger på 59 procent. Detta talar för att den indirekta patienttiden snarare underskattats än överskattats i studiens beräkningar, och att kostnaden per patient skulle kunna vara ännu högre.

En annan svaghet med studien är att olika kommuner räknar på lite olika sätt. Det gör att det bland annat varit svårt att få fram jämförbara uppgifter för exempelvis OH-kostnader. Det visade sig också vara svårt att få fram fullständiga uppgifter för alla patientfall. Det innebär att författarna ibland fått använda schablonkostnader, exempelvis när det gäller kostnader för hjälpmedel och förbrukningsmaterial. I den mån de faktiska kostnaderna varit kända, har dessa angetts i patientfallen som jämförelser till framräknade schablonkostnader.

Det hade sannolikt blivit mer exakt om all personal kring patienten varit med och fyllt i mallen över givna insatser och tidsåtgång. Eftersom studien gjordes under covidpandemin och kommunerna var hårt belastade var ett sådant deltagande inte möjligt. Flera av de kommuner som medverkade i studien har dock sådana tidredovisningssystem att de i efterhand kan precisera exakt hur lång tid personalen lagt på direkt tid med patienten respektive restid, varför bedömningen ändå är att studiens beräkningar kommit tämligen nära "sanningen" och i varje fall inte överskattat tidsåtgången för involverad personal.

Slutligen bör det påpekas att det är svårt att veta hur representativa de sju patientfallen är för vanligt förekommande patientgrupper i kommunal hälso- och sjukvård. Referensgruppens bedömning är att alla kommuner som deltog i studien hade autentiska patientfall i sina verksamheter som motsvarar de sju patientfallsbeskrivningarna. De patientfall som beskrivs bedömdes alltså vara vanligt

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

förekommande inom kommunal hälso- och sjukvård i åtminstone samtliga deltagande kommuner.

Etiska frågeställningar

Projektet har följt de etiska principer och lagar som reglerar och ställer krav på att forskningen inte skadar individer (se www.codex.vr.se). Insamlat material har hanterats konfidentiellt. Under intervjuerna med vård- och omsorgspersonal ställdes inga frågor av känslig karaktär. Intervjupersonerna deltog frivilligt, vilket de informerades om muntligt och skriftligt i samband med att de bjöds in till intervjun och precis innan intervjun startade. Alla intervjupersonerna informerades också om att deras namn inte kommer att framgå i studiens slutrapport.

Patientfallsbeskrivningarna gjordes av vård- och omsorgspersonal i kommunerna med journalbehörighet. Patientfallsbeskrivningarna har anonymiserats så att enskilda individers identitet inte ska gå att röja. Vi forskare tog inte del av journaldata utan enbart de anonymiserade patientfallsbeskrivningarna. Efter diskussion med en representant för den regionala etikprövningsnämnden gjordes därför bedömningen att en etikprövning inte var nödvändig för studiens genomförande.

Resultat

Resultatavsnittet består av två delar. I den första presenteras resultaten från intervjustudien med personal som arbetat länge med kommunal hälso- och sjukvård. Denna del av resultatavsnittet fokuserar på studiens första forskningsfråga, nämligen om den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll har förändrats på senare år och i så fall, på vilket sätt? I den andra delen beskrivs patientfallen och beräkningarna av vad det kostar att vårda vanligt förekommande patientgrupper i en kommun. Detta avsnitt fokuserar alltså på studiens andra forskningsfråga, nämligen vad vård och omsorg i kommunerna kostar för vanligt förekommande patientgrupper som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård idag.

Intervjustudien

Intervjupersonerna beskrev alla att den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats en hel del under deras yrkesverksamma tid, i synnerhet de senaste åren. Den bild som intervjupersonerna tecknar är relativt homogen. Bland annat ansåg intervjupersonerna att de patienter som vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården är sjukare idag än tidigare. Även om antalet patienter inte har blivit fler, innebär sjukare patienter att vårdtyngden har ökat.

När intervjupersonernas utsagor analyserades identifierades sex teman som använts för att redogöra för resultatet: tidig utskrivning, sköra patienter, kvarboende med stöd av anhöriga, avancerade och komplexa insatser, organisatoriska förutsättningar och samverkan mellan vårdgivare.

Tidig utskrivning

Intervjupersonerna var eniga om att patienter skrivs ut tidigare från sjukhus idag än vad som skedde för ett par år sedan. Detta stämmer väl med de slutsatser som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) drog i sin rapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Några av intervjupersonerna ansåg att det blivit allt vanligare att patienter inte är färdigutredda eller färdigbehandlade för sin akuta åkomma när de skrivs ut från sjukhus. Intervjupersonerna upplevde också att slutenvården inte alltid tar hänsyn till eventuella andra sjukdomar som patienten har när de behandlar multisjuka personer i slutenvården.

Och det har blivit mer så att många patienter skrivs ut alldeles för tidigt från slutenvården. Det är helt klart. Att man skrivs ut utan att vara helt färdigutredd. Det kan vara patienter som har 84 eller 90 i Hb och ”det får ni utreda”. Eller något annat, att behandlingen inte är genomförd. Diagnosen är ofta satt men behandlingen är inte genomförd fullt ut. Det har varit så i perioder att de fått åka ut och in på sjukhus för de varit så dåliga. (läkare, vårdcentral)

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Flera av de intervjuade vittnade om att slutenvården idag planerar hem patienter med kort varsel. Detta skapar ibland stress hos mottagande vårdgivare eftersom det ofta är mycket som ska förberedas innan patienten kan tas emot på hemmaplan på ett bra och patientsäkert sätt. Det handlar bland annat om att se till att patienten har tillgång till rätt hjälpmedel i hemmet och att hemtjänstpersonal och legitimerad personal från hemsjukvården med adekvat kompetens finns på plats.

Så du kan planera en människa på förmiddagen och sedan får dom gå hem på eftermiddagen och då får ju vi ringa hemtjänsten och säga att nu kommer ---- hem med sex dagliga besök och tre besök på natten. Så det är väldigt snabbt och så har det absolut inte varit förut, absolut inte. För förut var det ju längre tid på sjukhus, man fick ju ligga kvar fler dagar då och hemtjänsten hade fyrtioåtta timmar på sig att verkställa men det är borttaget. Så hemtjänsten har ingen inställelsetid idag utan säger sjukhuset att någon kommer idag så måste dom lösa det. (biståndsbedömare)

En bland de intervjuade berättade att det inte är ovanligt att kommunen planerat för att patienten ska komma hem, och står redo med personal och hjälpmedel, men sedan kommer patienten inte trots allt, till exempel för att någon komplikation tillstött. Detta innebär att kommunen får en kostnad för vård som inte ges.

Och då planerar ju hemtjänsten och ringer in personal och så kan det ändå bli att sjukhuset vill ha kvar patienten av någon anledning och då står hemtjänsten där. Sjukhusen är ju oerhört snabba på att kalla till vårdplanering, ibland är dom ju inte ens färdiga och då kan det bli sådana här konstiga saker. (biståndsbedömare)

Samtidigt som de intervjuade påpekade att tiden som patienter vårdas på sjukhus har kortats ner, framhölls att kommunerna i de allra flesta fall klarar av att ge ett bra mottagande samt god och säker vård på hemmaplan även om förberedelse tiden ibland bara är några timmar. Flera av de intervjuade beskrev att möjligheterna att vårda patienter i hemmet har ökat på senare år tack vare nya behandlingsmetoder och hjälpmedel, i kombination med att det finns kunnig personal i kommunerna. En sjuksköterska ansåg att "...utvecklingen är fantastisk, tänk att vi kan vårda så svårt sjuka patienter i hemmet". Den intervjuade läkaren uttryckte liknande tankar:

Jag är ofta imponerad av att man klarar av att ta hand om så pass tunga patienter i hemmet. Att man klarar av den tillsynen och bedömningen, att de ändå får ganska bra vård trots att de är så svårt sjuka. (läkare, vårdcentral)

Sköra patienter

Intervjupersonerna var eniga om att patienter som skrivs in i kommunal hälso- och sjukvård idag generellt sett är sjukare och i behov av mer avancerad och komplex omvårdnad och mer omfattande omsorg än för tio år sedan. Enligt intervjupersonerna är ett skäl till den ökade vårdtyngden att patienter skrivs ut tidigare från slutenvården. Ett annat är att utvecklingen av nya behandlingsmetoder och hjälpmedel gör att fler tillstånd och sjukdomar som tidigare krävde behandling på

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

sjukhus nu kan hanteras i hemmet. I takt med att många tidigare dödliga sjukdomar kan behandlas, lever allt fler med kroniska tillstånd. Många patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har flera kroniska sjukdomar, vilket ställer stora krav på helhetssyn och förståelse för hur olika hälsoproblem påverkar varandra av personalen i kommunal vård och omsorg.

Intervjupersonerna beskrev också att förekomsten av psykisk ohälsa i kombination med somatiska sjukdomar har ökat bland patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård på senare år. Patienter med en psykisk problematik är ofta i behov av mer omfattande stöd och insatser.

Ja, det är mycket mer komplexa ärenden nu än det var för tio år sedan. För tio år sedan var det mer så att man var äldre och lite skröplig men sedan så fick man boende ganska snart och inom en rimlig tidsram. (biståndsbedömare)

Flera av de intervjuade lyfte den så kallade kvarboendepincipen som vägledande för hur vården och omsorgen i kommunerna ges idag. De poängterade att om patientens vilja är att få bo kvar hemma så ska detta tillgodoses, nästan oavsett hur stora insatser som behövs. Att få plats på ett särskilt boende eller korttidsboende beskrevs av en av de intervjuade biståndsbedömarna ”som att ta sig igenom ett nålsöga”, även om patienten själv inte längre vill bo kvar hemma. Intervjupersonerna ansåg att gränsen för när en person beviljas plats på särskilt boende har förskjutits de senaste åren, vilket ställer större krav på den vård och omsorg som ges i ordinärt boende.

Vi säger ju så här att ligger man upp mot 200 hemtjänsttimmar per månad så säger vi att det kanske är dags att patienten ansöker om särskilt boende. Vi kan ju inte höja hur mycket som helst men vi kan ju inte heller tvinga någon att flytta till ett boende, men vi kan säga att det inte blir mer hemtjänst. (biståndsbedömare)

Den fysioterapeut och den arbetsterapeut som intervjuades framhöll båda att de skulle vilja bli inkopplade tidigare kring patienten än vad som sker idag. De menade att tidiga insatser ökar möjligheten för patienten att bibehålla sina förmågor och därmed utsikten att bo kvar hemma.

Det känns väl så att dom vi får till oss är sämre och att vi får till oss dem i ett senare skede. Nu är det ju mer alltså basic och det känns liksom som en tråkig nedåtgående spiral i att när vi får till oss ärendena så är det när det inte funkar för hemtjänsten längre. Man tänker inte på att vi kan komma in i ett tidigare skede och stötta så att personen får fortsätta att vara självständig. (fysioterapeut)

Både den intervjuade arbetsterapeuten och fysioterapeuten upplevde att de idag har mindre tid att arbeta förebyggande, och i stället ägnar det mesta av sin arbetstid åt att prova ut och förskriva hjälpmedel. Denna utveckling går stick i stäv med

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

intentionerna kring god och nära vård där förebyggande och hälsofrämjande insatser framhålls som särskilt viktiga för att minska behovet av vård och omsorg på sikt.

Kvarboende med stöd av anhöriga

Flera av intervjupersonerna beskrev att många av de patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, och som bor kvar i ordinärt boende trots omfattande multisjuklighet och skörhet, klarar detta tack vare omfattande insatser från anhöriga. Enligt intervjupersonerna bistår anhöriga framför allt med praktisk hjälp så som inköp, städning och tvätt, medan kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser och personlig omvårdnad. Men intervjupersonerna lyfte också exempel på att anhöriga hjälper sin närstående med personlig hygien, toalettbesök och medicingivning, något som också framträder i patientfallsbeskrivningarna som finns senare i detta kapitel.

Anhöriga gör ofta stora insatser, annars hade patienten inte kunnat bo kvar hemma. (sjuksköterska)

Även om anhöriga många gånger gör stora insatser, kommer ofta en tid i patientens liv då den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar behöver öka.

Intervjupersonerna framhöll att antalet patienter som vårdas i ordinärt boende i slutfasen av sina liv har ökat de senaste åren, vilket vanligtvis innebär frekventa och omfattande omvårdnads- och omsorgsinsatser från såväl kommunal hälso- och sjukvård som hemtjänst.

Jag kan inte säga i antal men det har gått upp och det kanske är främst för att dom har mycket...folk bor ju hemma mycket längre idag. För att förr var det ju så att var du riktigt sjuk och behövde hjälp, så fanns ju inte det att tillgå i hemmet. Idag finns det en bra utbyggd hemsjukvård vilket gör att dom kan bo hemma längre och det ger ju mer besök då. (sjuksköterska)

Avancerade och komplexa insatser

Enligt intervjupersonerna är det fler patienter idag än för tio år sedan som får avancerade behandlingar i hemmet. Det kan röra sig om olika slags infusioner (exempelvis smärtpumpar eller droppbehandling), dialysbehandling, tappning av vätska från buken, blodtransfusioner eller att patienten har en trakeostomi eller PEG-sond. En del av dessa insatser gavs i hemmet även för tio år sedan, medan andra tidigare gjordes på sjukhus. En del av dessa insatser kräver betydande specialkunskaper. Att avancerade och komplexa insatser blivit vanligare i kommunal hälso- och sjukvård innebär att fler och längre besök från både hemsjukvård och hemtjänst behövs enligt intervjupersonerna, men också att mer tid behöver läggas på att personal får utbildning och instruktioner i insatsen av experter i slutenvården.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Men vi märker ju att det blir mer avancerat i det att de till exempel kommer hem med dropp över natten eller så och så var det aldrig förr men idag är det inget märkligt med det. Trackpatienter som kommer hem ser vi ju oftare nu, så det är väldigt mycket mer avancerad sjukvård som ska bedrivas i vanliga hem idag. (sjuksköterska)

Flera intervjupersoner framhöll att vårdtyngden i kommunerna ökar i takt med att insatserna blir mer avancerade och komplexa. En ökad vårdtyngd innebär ofta att flera professioner behöver vara involverade i patientens vård och då behöver tid läggas på samordning och informationsdelning.

Generellt så är det en stor vårdtyngd. Det är en stor andel med sviter efter stroke, hjärtsvikt, Parkinson, den typen av sjukdomar som gör att de är rejält fysiskt handikappade. Men det är snarare så att det skett en långsam glidning så att de som tas omhand i kommunen idag är svårare sjuka och har fler sjukdomar. (undersköterska)

Organisatoriska förutsättningar

Samtliga intervjupersoner beskrev att rätt organisatoriska förutsättningar är avgörande för att kunna bedriva en god och säker kommunal hälso- och sjukvård. I intervjuerna framkom flera exempel på organisatoriska förutsättningar som göra att vården ofta fungerar bra i kommunerna idag, exempelvis att det finns personal med bred kompetens, att kommunen har tillgång till ett stort urval av hjälpmedel som med kort varsel kan levereras till patienter så att de kan återvända hem efter en sjukhusvistelse och att det finns en stor flexibilitet i organisationen som gör att det snabbt går att sätta in större personalresurser om en patient blir försämrad och behöver mer insatser.

I intervjuerna beskrevs också flera exempel på när de organisatoriska förutsättningarna brister. De intervjuade sjuksköterskorna berättade att de i mindre utsträckning delegerar ”enkla” insatser till omsorgspersonal idag än vad de gjorde för tio år sedan, då de ibland känner en osäkerhet kring omsorgspersonalens kompetens att utföra arbetsuppgiften.

Även om vi sjuksköterskor är de som är ansvariga för det medicinsktekniska så behöver personalen vara kunniga på hur vissa saker ska hanteras. (sjuksköterska)

För få sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i relation till antalet patienter i kommunerna lyftes också som ett problem av intervjupersonerna.

Den erfarenhet jag har är att kommunen har väldigt kompetenta sjuksköterskor, men är det två sköterskor på 75 eller kanske 100 boende så tycker jag det är för lite. Och så behövs de bättre utbildad omsorgspersonal, fler undersköterskor. (läkare, vårdcentral)

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Sjuksköterskorna lyfte också bristande kunskaper i svenska språket bland många undersköterskor och vårdbiträden som ett stort hinder för att kunna delegera arbetsuppgifter i den omfattning de egentligen skulle vilja. Intervjupersonerna efterfrågade därför satsningar på att öka kunskaperna i svenska bland omsorgspersonalen. De intervjuade sjuksköterskorna såg också ett behov av kompetensutveckling i sin egen yrkesgrupp för att kunna möta de allt mer komplexa vårdbehov som många patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har idag. Flera av de intervjuade betonade vikten av att arbetsgivare värdesätter specialistkompetenser och att den personal som har en specialistutbildning faktiskt får använda sina kunskaper i arbetet, något som intervjupersonerna framhöll inte alltid är fallet idag.

Det är också svårt att veta om kompetensen på boendena har hängt med i utvecklingen av den här tunga patientgruppen, vilket jag egentligen inte tycker. Jag tycker att det borde vara fler utbildade undersköterskor. Det som gör mig mest arg är när det finns politiker och tjänstemän som säger att det är lämpliga ingångsarbetsplatser på äldreboenden och hemtjänsten. Det här är ju svåra patientgrupper där man behöver mycket kunskap både som läkare, sjuksköterska och omsorgspersonal. (läkare, vårdcentral)

Eftersom majoriteten av patienterna som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård är äldre efterfrågade intervjupersonerna särskilt fördjupade kunskaper i åldrandet och åldrandets sjukdomar samt komplexiteten i omhändertagande av äldre. Vidare beskrev intervjupersonerna att en avgörande aspekt för att kunna ge en god, säker och trygg vård och omsorg är att både omsorgspersonal och legitimerad personal har ett faktiskt intresse av kompetensutveckling och att arbetsgivaren avsätter tillräckligt med tid för lärande.

Jag vet att det både inom särskilt boende och hemsjukvård satsas en del på utbildningar under en dag inom ett specifikt ämne, vilket jag kan tycka är bra, men det ger inte den där grundläggande kunskapen om hur allt hänger ihop och hur vissa sjukdomar kan påverka andra. (läkare, vårdcentral)

Tillgång på personal med adekvat kompetens beskrevs i intervjuerna som avgörande för att allt sjukare patienter ska kunna vårdas i hemmet. Arbetsterapeuten och fysioterapeuten som intervjuades ansåg dock att utvecklingen inom rehabiliteringsområdet snarare går i motsatt riktning: allt fler rehabiliteringsinsatser utförs idag av icke-legitimerad personal. De menade att arbets- och fysioterapeuter har allt mindre direkt patienttid och rehabiliteringsinsatser främst sköts av omsorgspersonal som ju, även om de fått tydliga instruktioner, inte har samma kunskap som legitimerad personal i rehabiliteringsfrågor.

Det är som det här med träning och så, det får vi delegera ut och hoppas på att hemtjänsten gör i stället för att vi själva gör det. (arbetsterapeut)

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

De intervjuade beskrev också en utveckling på senare år där personer beviljas allt fler, men också kortare besök i hemtjänsten. Intervjupersonerna ansåg att korta besök kan leda till en stressig arbetssituation där personalen bara har fokus på den uppgift som ska utföras och där det finns små möjligheter att anpassa vården och omsorgen efter patientens dagsform eller varierande behov. Flera av de intervjuade oroade sig också för hur de korta besöken påverkar patienternas psykiska mående och behov av vård och omsorg på sikt.

Aktiveringstid kan vi bevilja upp till en timme i veckan. Det finns liksom inte tid för hemtjänsten att sätta sig ner och prata med dom. Det finns helt enkelt inte utrymme för det men jag tror att det kommer bita oss i rumpen, för ensamheten ökar bland äldre och folk blir ju sjuka av ensamhet. (biståndsbedömare)

Samverkan mellan vårdgivare

I intervjuerna framkom att samverkan mellan kommunens vård och omsorgsverksamheter och den regionfinansierade primärvården ibland är svår, bland annat för att man upplever att det är otydligt vilket ansvar kommunen respektive regionen har för patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Hur samverkan med den regionfinansierade primärvården fungerar verkar dock skilja sig åt mellan olika kommuner, vilket även beskrivits av Haglund och Mogren (2021). Intervjupersonerna vittnade om att det i vissa kommuner finns väl etablerade samarbetskanaler med patienternas vårdcentraler, medan personalen i den kommunala hälso- och sjukvården i andra kommuner upplever att det är svårt att få tag på patientansvarig läkare, vilket kan leda till att patienter behöver skickas till akuten för bedömning i stället för att vårdas kvar i hemmet. De intervjuade biståndshandläggarna beskrev att en patient, av kostnadsskäl, ibland väljer att inte bli inskriven i den kommunala hälso- och sjukvården, och i stället får hälso- och sjukvårdsinsatser på vårdcentralen och serviceinsatser och personlig omvårdnad från hemtjänsten. En sådan lösning kan innebära att samverkan mellan hemtjänsten och med fysioterapeut, arbetsterapeut samt läkare på vårdcentralen försvåras, vilket kan få negativa konsekvenser för patienten.

Sen är det ju så att har brukaren inte hemsjukvård men hemtjänst så får hemtjänsten vända sig till primärvården för rehabbedömningar och inte oss. Det är ju ett problem för oss det här med gränsdragningen mellan hemsjukvård och primärvård. När patienterna väl skrivs in i hemsjukvården så är de ju ofta så dåliga så det är inte aktuellt med hälsopromotion eller hälsofrämjande åtgärder i första hand utan det handlar mer om att försöka stötta och möjliggöra för patienten att bibehålla ett så aktivt liv som möjligt. (arbetsterapeut)

Flera av intervjupersonerna föreslog att team bestående av olika professioner, både från den kommunal hälso- och sjukvården och från den regionfinansierade primärvården, möter upp patienten vid hemgång från sjukhus för att gemensamt identifiera patientens behov. Ett sådant arbetssätt skulle skapa förutsättningar för en sammanhållen strategi tillsammans med patienten. Teamarbete skulle enligt

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

intervjupersonerna också kunna minska glappet mellan olika vårdgivare och därmed stärka patientsäkerheten och kontinuiteten i vården – kort sagt leda till ett mer personcentrerat arbetssätt.

När vi väl skickar in någon så fungerar informationsöverföringen inför hemgång ofta lite så där. Det blir ofta väldigt snabba ryck med att de ringer på morgonen och informerar om att personen är på väg hem och sen så kommer dom efter lunch. Här skulle man ju kunna fundera kring det här med patientsäkerheten för det är också väldigt avgörande vem som är i tjänst. (undersköterska)

Patientfallen

Nu lämnas intervjuerna med vård- och omsorgspersonal för att i stället redovisa patientfallen som ligger till grund för beräkningarna av vad vård och omsorg i kommunerna kostar. På bas av intervjuerna och diskussion med referensgruppen beslutades att beskriva nedanstående sju patientfall. Samtliga patientfall bedömdes vara vanligt förekommande i hemsjukvården idag, men skulle sannolikt inte ha vårdats i hemmet för 10 till 15 år på det sätt som nu skett, utan i stället ha vistats, åtminstone delvis, på korttidsboende, bott på särskilt boende eller fått delar av sin vård inom slutenvården på sjukhus. Referensgruppen menade att autentiska exempel på dessa patientfall fanns i alla kommuner som är representerade i studien.

1. Patient hemkommen från sjukhus efter höftfraktur. Boende i ordinärt boende med behov av hemsjukvård, stöd från arbetsterapeut och fysioterapeut samt hemtjänst.
2. Patient med demenssjukdom, boende i ordinärt boende. Läkemedelsövertag. Behov av hemsjukvård och hemtjänst.
3. Somatiskt multisjuk äldre patient med bland annat insulinbehandlad diabetes som också har en lättare kognitiv svikt. Behov av hemsjukvård, hjälpmedel och hemtjänst.
4. Multisjuk patient som behandlas med Waran och som behöver hjälp med upprepade blodprover samt hjälpmedel i hemmet. I behov av hemsjukvård, insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut och hemtjänst.
5. Patient med bland annat Parkinsons sjukdom, läkemedelsövertag, i behov av hjälp från hemsjukvård, arbetsterapeut och fysioterapeut samt hemtjänst.
6. Palliativ patient med cancer i sent skede. I behov av TPN samt smärtlindring. Insatser från hemsjukvård, arbetsterapeut, fysioterapeut samt hemtjänst alternativt mycket hjälp av anhörig.

7. Patient med långvarig psykisk och somatisk sjukdom som inte vill flytta till särskilt boende. I behov av hemsjukvård och hemtjänstinsatser.

Nedan följer beskrivningar av autentiska patientfall som motsvarar de som identifierats ovan. Sist i kapitlet finns en tabell som visar på vad vården av dessa patienter kostade under en månad hösten 2020 eller vintern 2021. För att få en uppfattning om vad olika vårdformer kostar i relation till kostnaden för våra patientfall inleder vi dock avsnittet med att säga något mer generellt om kostnader för vård och omsorg i några vanliga vårdformer i Sverige.

Kostnader för olika vårdformer i Sverige

I nedanstående tabell redovisas några exempel på vad vård kostar i Sverige i olika vårdformer. Kostnadsuppgifterna är hämtade från en rad olika källor, varav några är ett par år gamla. Skälet till detta är att det helt enkelt är svårt att få fram jämförbara siffror för olika vårdformer. Vi vill därför poängtera att alla kostnadsexemplen inte går att direkt jämföra med varandra, bland annat för att data gäller olika år. Kostnader för ASIH-team och Närsjukvårdsteamet i Skaraborg är dessutom inte beräknade enligt samma beräkningsmodell som använts i denna studie (kostnader för hemtjänst ingår inte). Kostnadsuppgifterna ska snarare ses som en fingervisning om vad olika vårdformer kan kosta och utgöra utgångspunkt för fördjupade studier och diskussion.

Att vårda en patient på korttidsboende kostade i genomsnitt drygt 150 000 kronor i månaden i Sverige år 2020 medan permanent särskilt boende inklusive kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser uppgick till drygt 71 000 kronor per månad. Kostnaderna för vård på korttidsboende steg med hela 39 procent mellan år 2019 och 2020 – från en medelkostnad på 3 639 kronor per dygn (109 170 kronor per månad) år 2019 till 5 047 kronor per dygn år 2020. Den dramatiska kostnadsökningen kan till stor del sannolikt förklaras av pandemin som innebar att behovet av korttidsvård för många med mycket omfattande vårdbehov ökade.

Samtidigt sjönk den genomsnittliga kostnaden för kommunerna att utföra en timma hemtjänst med 11 procent från år 2019 till år 2020 – från en medelkostnad på 536 kronor per timma år 2019 till 478 kronor per timma år 2020. Den minskade kostnaden kan även den troligtvis förklaras av pandemin. Det förekom att personer som beviljats hemtjänst drog ner på eller sade upp insatserna under pandemin av rädsla att smittas av personalen (Larsen & Lydahl, 2021). En del insatser genomfördes digitalt eller via telefon för att minska smittspridningen, vilket lett till minskade kostnader för restid.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Tabell 2. Jämförelse av kostnader för olika vårdformer

Vårdform	Kostnad per dygn	Kostnad per timme eller per besök	Kommentar
Kostnad per dygn för patienter i studien	1 102 – 5 967 kr per dygn		Data avser totalkostnader för 2021, men inkluderar ej kommunens kostnader för bostadsanpassning eller anhöriginsatser.
ASIH-team Göteborg	1 094 kr per dygn		Data från 2016. Avser bara HSL-insatser. Inkluderar ej kommunens kostnader för hemtjänst och bostadsanpassning eller anhöriginsatser ³ .
Korttidsboende	5 047 kr per dygn		Genomsnittlig dygnskostnad i Sveriges kommuner år 2020 för personer 65 år eller äldre ⁴ .
Särskilt boende	2 112 kr per dygn		Genomsnittlig dygnskostnad i Sveriges kommuner år 2020 ⁵ .
Hemtjänst		478 kr per timme	Genomsnittlig kostnad i Sveriges kommuner år 2020. Observera att kostnaden avser kronor per timme ⁶ .
Kostnad per dygn för hemtjänst i genomsnitt	830 kr per dygn		Genomsnittlig kostnad för hemtjänst per dygn för samtliga brukare i landet år 2018 ⁷
Närsjukvårdsteam Skaraborg	640 kr per dygn		Kostnaden inkluderar inte kommunens kostnader för hemtjänst och bostadsanpassning eller anhöriginsatser. Data från år 2013 ⁸ .
Hospice Göteborg	4 800 kr per dygn		Data från 2016 ⁴ .
Slutenvård internmedicinsk avdelning	8 900 kr per dygn		Data från KPP 2017 ⁹
Läkarbesök på vårdcentral		3 600 kr per besök	Uppgifter från Region Östergötland år 2020 ¹⁰
Besök hos distriktssköterska på vårdcentral		600 kr per besök	Uppgifter från Region Östergötland år 2020 ¹¹

³ Nordenhielm & Lönnbark, 2017

⁴ Kolada, www.kolada.se

⁵ Kolada, www.kolada.se

⁶ Kolada, www.kolada.se

⁷ Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättningar

⁸ Health Care Management, 2013

⁹ Västra Götalandsregionen, 2019

¹⁰ Region Östergötland, 2021

¹¹ Region Östergötland, 2021

Patientfall 1

75-årig man som i början av december 2020 ramlade i hemmet och ådrog sig en höftfraktur, en så kallad petrokantär femurfraktur (PTFF)¹². Efter ambulansfärd till sjukhus opererades han dagen efter fallet och en märgspik sattes. Patienten vårdades på sjukhus i sju dygn. Vårdtiden blev längre än vad som är brukligt idag vid denna typ av fraktur eftersom det upptäcktes att patienten också har lungcancer. Efter vårdplanering skrevs patienten ut från sjukhuset ett par dagar före julafton och återvände direkt till hemmet. Återbesök på sjukhusets ortopedmottagning inplanerades sex veckor efter operationen.

Patienten bor tillsammans med sin hustru i ett hus på landsbygden. Det tar 30 minuter enkel resväg för hemsjukvårdens och hemtjänstens personal att ta sig till patienten från kommunens centralort. Insatserna som beräkningen av patientfallet bygger på börjar dagen då han skrevs ut från sjukhus och sträcker sig en månad fram i tiden.

Efter operationen har patienten inte klarat av att stegmarkera¹³. Förflyttning till och från säng och hygienstol har skett med hjälp av ett så kallat gåbord med ståplatta med stöd av två personal. Patienten har fått regelbunden hjälp med rörelseträning av fysioterapeut och hemtjänstpersonal enligt fysioterapeutens instruktioner. Patienten har också fått flera hjälpmedel utprovade, bland annat rullstol, olika sittdynor, duschpall, hygienstol¹⁴, förhöjningsklossar till säng och stol, elsängryggstöd, glidlakan, tryckavlastande madrass och uppresningsstöd vid sängen. Flera tröskelramper samt en ramp på utsidan av huset har också installerats så att rullstolen ska kunna användas.

Patienten har kateter och behandlas med det blodförtunnande och proppförebyggande läkemedlet Waran. Sjuksköterska i hemsjukvården tar regelbundna PK-prover¹⁵ samt andra prover på patienten i hemmet samt kontrollerar kateterns funktion. Under mätperioden gjorde sjuksköterskan dessutom två akuta besök hos patienten. Vid det ena tillfället hade patienten fått stopp i katetern, som då behövde spolås, och vid det andra tillfället hade patienten buksmärter och en bedömning behövdes för att avgöra om han behövde sjukhusvård.

Patienten har hjälp av hemtjänsten för att komma i och ur sängen samt vid toalettbesök fyra gånger per dygn och vid dusch en gång i veckan. Hemtjänsten tömmer även och byter kateterpåse en gång per dygn. Hustrun sköter all nära

¹² En petrokantär femurfraktur (PTFF) är den näst vanligaste formen av höftfraktur. Höftfrakturer är en mycket vanlig åkomma bland äldre, i synnerhet hos de som är bensköra. Kvinnor drabbas oftare av höftfrakturer än män. En tredjedel av alla svenska 80-åriga kvinnor har haft en höftfraktur. Den vanligaste orsaken till höftfrakturer bland äldre är fall inomhus (Internetmedicin.se, 2021a).

¹³ Att stegmarkera innebär att gå utan belastning, till exempel med kryckor.

¹⁴ Hygienstolar är en slags stol som används vid dusch och som toalett tillsammans med bäcken. De är ofta försedda med hjul så patienten kan förflyttas i stolen (Shoppo, 2021).

¹⁵ PK-prov kallas det blodprov man tar för att kontrollera effekten av proppförebyggande behandling, exempelvis Waran (Internetmedicin.se, 2021b)

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

omvårdnad mellan hemtjänstens besök, exempelvis rakning och hårtvätt. Hustrun bistår även med viss förflyttningshjälp och ser till att maken tar sina mediciner. Hustrun sköter också alla hushållssysslor så som städ, tvätt, matlagning och inköp. Patienten är ofta orolig på natten och hustrun brukar då vaka vid hans sida. Hemtjänstens har inte behövt tillkallas akut under mätperioden eftersom hustrun har kunnat hantera de situationer som uppstått.

Kommunens kostnad för patienten under mät månaden

Kommunens sammanlagda kostnader för vården och omsorgen av patienten uppgår till drygt 179 000 kronor för mätperioden vilket motsvarar 5 967 kronor per dygn. Det är nästan 30 000 kronor dyrare än om patienten fått vård på korttidsboende under samma period (se tabell 2 och 3). Då ingår inte kostnader för den bostadsanpassning som gjorts med montering av olika ramper. Kostnaden för hjälpmedel är dessutom beräknad enligt schablon (423 kr) och är i verkligheten högre. Personalkostnader för hemtjänstinsatser utgör den absolut största kostnadsposten, bland annat eftersom det är långa restider till personen och att dubbelbemanning behövs vid flertalet besök. Om inte hustrun bistått med praktiskt och emotionellt stöd i hemmet skulle hemtjänstinsatserna behövt ökas på avsevärt. Det är dock osäkert om mannen hade kunnat vårdas i hemmet utan hustruns närvaro.

Patientfall 2

83-årig ensamstående kvinna med minnessvikt, hjärtsvikt, högt blodtryck, bensår och venös insufficiens¹⁶. Kvinnan har också svårt att tömma urinblåsan och har därför kateter. Hon bor i en lägenhet i en tätort på andra våningen i ett hus utan hiss. Patienten har hjälp av hemsjukvården med kateterskötsel, omläggning av bensår samt läkemedelsgivning genom Apodos¹⁷ (så kallat läkemedelsövertag, Socialstyrelsen, 2021).

Patienten skrevs in i hemsjukvården efter en vårdepisod på sjukhus på grund av urinvägsinfektion och sårinfektion på benet. Insatserna som beräkningen av patientfallet bygger på börjar dagen då hon skrevs ut från sjukhus och sträcker sig en månad fram i tiden. Före sjukhusinläggningen hade patienten enbart haft larm via hemtjänsten och kontakt med primärvården. En dotter skötte tidigare städning och inköp. Eftersom patienten hade försämrats i sin minnesfunktion på sista tiden upplever dottern att hon inte längre klarar av att stötta sin mor och ser att hjälp från hemtjänsten är nödvändig. Dottern fortsätter dock att ansvara för större inköp och apoteksärenden.

¹⁶ Venös insufficiens beror på försämrat blodflöde i venerna. Det är de blodkärl som leder blodet till hjärtat från kroppens olika delar. Blodet har då svårt att pumpas från benen mot hjärtat och benen blir svullna. Venös insufficiens kan leda till bensår och är den vanligaste typen av bensår (Internetmedicin.se, 2021c).

¹⁷ Apodos är ett system där läkemedel ompackas från företagens burkar eller askar till dospåsar. Innehållet i en påse motsvarar behovet för en enskild patient vid ett doseringstillfälle (apoteket.se, 2021).

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

På sjukhuset satte man in en kateter på grund av att kvinnan hade problem att tömma blåsan fullständigt och hon fick antibiotikabehandling mot sårinfektionen på benet. Ett utdragningsförsök av katetern har gjorts utan att lyckas. Patienten har fortsatt problem med att tömma blåsan fullständigt och en remiss till urolog är skickad.

Patienten besväras av nedsatt minne. En demensutredning på primärvårdsnivå pågår. Patienten glömmer att äta mat och att ta sina mediciner. Hon klarar övre och nedre hygien självständigt men behöver viss påstötning och tillsyn, speciellt nu när hon har ett bensår som begränsar rörelseförmågan. Patienten går själv med rullator såväl inomhus som utomhus men klarar inte av att gå utan stöd i trappor. Eftersom hon bor på andra våningen i ett hus utan hiss kan hon därför inte ta sig ut på egen hand. Patienten har fått rollatorn utskrivna från primärvårdsrehab. I samband med inskrivningen i hemsjukvården gick kostnaden för den över till kommunen.

I samband med utskrivning från sjukhus gjordes en vårdplanering via Skype. Patienten beviljades då hjälp från hemtjänsten morgon, middag och kväll samt ytterligare ett tillsynsbesök senare på kvällen. Hon får även hjälp med matleveranser där personal hjälper till med att plocka in varorna. Hemtjänsten värmer mat och ser till att hon äter och dricker samt tar sina mediciner. Hon har även hjälp med städning varannan vecka och dusch en gång i veckan. Patienten använder duschbräda.

Under mätperioden har katetern fungerat bra och bensåret läkt fint. Den svåra smärtan från benet som patienten tidigare besvärades av har minskat successivt. Läkare från primärvården har gjort ett hembesök för att kontrollera bensvullnad och sårsläkning samt för att förnya förskrivning av läkemedel via Apodos. De första tre veckorna efter sjukhusinläggningen sköttes såromläggningen av sjuksköterska i hemsjukvården och därefter av undersköterska efter delegering. Tömning och byte av kateterpåse liksom givning av läkemedel utförs av undersköterskor efter delegering från sjuksköterska i hemsjukvården. Patienten har inte larmat någon gång och inga akuta besök från hemsjukvården eller hemtjänsten har behövts under mätperioden.

Kommunens kostnad för patienten under mätmånaden

Kommunens sammanlagda kostnader för vården och omsorgen av patienten uppgår till drygt 33 000 kronor för mätperioden vilket motsvarar 1 102 kronor per dygn. Personalkostnader för hemtjänst- och hemsjukvårdsinsatser är ungefär lika stora för patienten. Eftersom patienten bor i en lägenhet nära hemtjänstens och hemsjukvårdens lokaler är restiden för personalen lägre för detta patientfall i jämförelse med flera av de andra patientfallen vilket förklarar den lägre totalkostnaden trots relativt många insatstimmar.

Patientfall 3

73-årig multisjuk kvinna som bor tillsammans med sin jämnåriga make i ett hus på landet sju kilometer från hemtjänstens och hemsjukvårdens lokaler. Kvinnan är diagnosticerad med Alzheimers sjukdom. Hon har svårt att tömma blåsan fullständigt och använder därför kateter. Hon har också hjärtbesvär, insulinbehandlad diabetes och svårt att förflytta sig själv och använder därför rullstol. Hon är bypass-opererad¹⁸ och utreds dessutom för misstänkt Parkinsons sjukdom.

Hon har sedan en längre tid hjälp från hemsjukvården med läkemedelsgivning via Apodos fyra gånger per dygn, insulingivning tre gånger per dygn, blodglukoskontroller (sex gånger under den aktuella månaden), gångträning 20 minuter per dag i samband med förflyttningar samt tömning och byte av kateterpåse en gång per dygn. Alla dessa insatser sköts av hemtjänstens personal efter delegering av sjuksköterska eller instruktioner från fysioterapeut och tar ungefär en timme per dag att utföra. Under mätperioden gjorde fysioterapeuten dessutom fem hembesök hos patienten och arbetsterapeuten ett hembesök. Sjuksköterska från hemsjukvården gjorde tre hembesök under samma tid – två gånger för katetervård och en gång för att ge patienten vaccin mot säsongsinfluensa. En timme gick också åt för att en sjuksköterska skulle delegera insulingivning till en nyanställd undersköterska i arbetsgruppen (övrig hemtjänstpersonal i gruppen hade sedan tidigare fått delegering på medicingivning, insulingivning och blodglukoskontroller på patienten).

Hemtjänsten hjälper patienten med på- och avklädning, personlig hygien, toalettbesök och bäddning dagligen samt dusch två gånger i veckan. Dessa insatser tar i genomsnitt drygt 2,5 timmar per dygn att utföra. Maken sköter inköp, matlagning, tvätt och städning. Före coronapandemin vistades patienten regelbundet på en dagverksamhet, men denna har haft stängt sedan pandemin bröt ut varvid maken fått ta ett större ansvar för hustruns omvårdnad. Maken sköter inköp, matlagning och städning.

Under mätperioden har hemsjukvårdens sjuksköterska haft två möten med ansvarig läkare för att diskutera patienten. Hemsjukvården och hemtjänsten har dessutom haft ett gemensamt vård- och omsorgsplaneringsmöte där denna och flera andra patienter diskuterades. Även hemtjänstgruppen har haft ett teammöte där denna och flera andra patienter diskuterades.

Patienten har flera hjälpmedel i hemmet, bland annat rullstol, rollator, vårdarsäng, sänghandtag, hygienrullstol, tröskelramper och tryckavlastande dynor. Den kommunala hemsjukvården står också för kostnaden för lakansskydd och inkontinensskydd.

¹⁸ En kranskärlsoperation innebär att blodet leds förbi förträngningar i hjärtats pulsådor, de så kallade kranskärlen, så att syresatt blod kan flöda till hjärtat igen. Förträngningar i kranskärlen kan leda till kärlekskramp eller hjärtinfarkt (1177.se, 2021a).

Kommunens kostnad för patienten under mät månaden

Kommunens sammanlagda kostnader för vården och omsorgen av patienten uppgår till drygt 101 000 kronor för mätperioden vilket motsvarar 3 393 kronor per dygn. Då ingår inte kostnader för den bostadsanpassning som gjorts hos patienten och som kostade nästan 40 000 kronor. Kostnaden för hjälpmedel är beräknad enligt schablon (423 kr) men uppgick i verkligheten till nästan 1 400 kronor per månad. Personalkostnader för hemtjänstinsatser samt kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser som delegerats till undersköterska utgör den absolut största kostnadsposten. Eftersom kvinnan har fyra besök per dygn och dessutom bor 15 minuters resväg från hemtjänstens lokaler utgör restid en betydande del av den tid som hemtjänstpersonalen lägger. Utan makens hjälp med hushållsarbete och inköp hade patienten behövt ytterligare hemtjänstinsatser. Patienten är beviljad dagverksamhet, men denna har varit stängd under pandemin. Kostnaden för denna insats är alltså inte heller inräknad. Samtidigt skulle patienten inte ha behövt besök från hemtjänsten under den tid hon vistades i dagverksamheten vilket möjligtvis innebär att totalkostnaden skulle varit ungefär densamma även om dagverksamheten varit öppen.

Patientfall 4

71-årig man som bor tillsammans med sin hustru i ett tvåplansradhus i en centralort. Han är förlamad från midjan och nedåt efter en ryggoperation för knappt ett år sedan. På grund av förlamningen kan han inte kontrollera tarm och urinblåsa själv och använder en suprapubisk urinkateter¹⁹. Han har också utvecklat ett trycksår vid ryggslutet då han ligger så mycket till sängs och har därför ordinerats en särskild tryckavlastande madrass. Patienten har även haft ett djupt bensår, men som nu slutit sig. Fortsatta omläggningar behövs dock för att skydda den sköra huden. Patienten väntar på återbesökstid hos hudläkaren för ny bedömning av fortsatt behandling.

Patienten lider dessutom av kronisk ischemisk hjärtsjukdom²⁰, astma och KOL²¹ med lungfibros²², och han behandlas med det blodförtunnande läkemedlet Waran efter en blodpropp i ena lungan för sex år sedan. Patienten har en del oro och ångestproblematik. Han har regelbunden kontakt med psykolog och har nyligen blivit

¹⁹ Suprapubisk urinkateter är en kvarliggande kateter som placeras i urinblåsan genom bukväggen och kan användas av både män och kvinnor (Vårdhandboken, 2021c).

²⁰ Vid ischemisk hjärtsjukdom (kranskärslssjukdom) är blodförsörjningen till hjärtmuskeln otillräcklig, vilket kan orsaka syrebrist (ischemi) i den del av hjärtmuskeln som aktuellt kärl försörjer. Symtomen vid ischemisk hjärtsjukdom kan variera från plötslig död eller dramatisk bröstsmärta med allmänpåverkan till fullständig frånvaro av symtom (Läkemedelsboken, 2021a)

²¹ KOL är en sjukdom som påverkar lungorna och luftvägarna. Sjukdomen gör att den drabbade får svårare att andas och orkar mindre. KOL utvecklas långsamt under flera år och orsakas framför allt av tobaksrökning (1177, 2021b)

²² Lungfibros är en kronisk sjukdom som kännetecknas av ärrbildning - fibros - i och mellan de små lungblåsorna, alveolerna i lungorna. Ärrbildningen orsakar ihållande hosta, andfäddhet och återkommande lunginfektioner. Trötthet och viktneidgång är också förekommande symtom (Riksförbundet HjärtLung, 2021).

insatt på antidepressiv behandling. Sedan två år tillbaka behandlas han med syrgas i hemmet relaterat till sin lungsjukdom.

Patienten skrevs in i hemsjukvården för skötsel av suprapubisk urinkateter, såromläggning och PK-provtagning. Såromläggningen sköts av sjuksköterska två gånger i veckan och tar cirka 40 minuter per tillfälle att utföra. PK-prov tas av sjuksköterska en gång per månad. Under mätperioden fick patienten två stopp i katetern som åtgärdades med spolning av sjuksköterska tillsammans med en undersköterska. Annars sköts katetern liksom tömning och byte av urinpåsar dagligen av hemtjänsten på delegation från sjuksköterska.

Patienten har också insatser från fysioterapeut och sjukgymnast en gång i veckan med bedömning och utvärdering av hjälpmedel och träning för ökad rörlighet och styrka. En bostadsanpassning är gjord då bland annat anpassning av tröskel till badrummet och en ramp vid entrén installerades. Utöver de hjälpmedel som redan nämnts har patienten dessutom förskrivits en sjukhussäng, en lift och olika bär- och stödselar, två rullstolar (en för inomhus- och en för utomhusbruk) samt en glidbräda för att underlätta förflyttning i och ur sängen. Den kommunala hemsjukvården står också för kostnaden för katetrar, kateterpåsar, lakansskydd, inkontinensskydd samt omlägningsmaterial för ben- och trycksåren.

Patienten har återfått viss funktion i ben och tår sedan operationen och klarar nu, med visst stöd av hustrun, att träna på en elektrisk träningscykel i hemmet som levererades under mätperioden. Han klarar av att sitta upp i rullstol och köra den kortare sträckor men behöver vila regelbundet. Han kan tvätta delvis tvätta överkroppen själv men behöver hjälp med förflyttning, toalettbesök och påklädning varje dag samt dusch två gånger i veckan. Han behöver också hjälp av en person för att vända sig i sängen och att sitta på sängkanten. Hemtjänsten bistår med detta genom fyra besök per dygn. Vid alla besök kommer två personal, oftast en undersköterska och ett vårdbiträde, eftersom patienten är tung och inte kan lyftas av enbart en person. Patienten sköter sin läkemedelsbehandling själv med visst stöd av hustrun. Hustrun hjälper också till med rakning och insmörjning i samband med dusch och tar även hand om bäddning, tvätt, matlagning och inköp. Hustrun har själv tidigare arbetat som undersköterska och bistår därför maken med en del omvårdnadsåtgärder av mer akut art varför hemtjänsten inte har behövt komma vid andra tillfällen än planerade besök.

Under mätperioden hade sjuksköterska i hemsjukvården flera telefonsamtal med patientens läkare på vårdcentralen samt hudläkare inom specialistsjukvården för att diskutera patientens tryck- och bensår. Sjuksköterskan hade också rondmöte med vårdcentralsläkaren vid två tillfällen för att diskutera patienten mer allmänt. Sjuksköterskan kontaktades också på telefon av såväl patienten som hemtjänstpersonalen vid flera tillfällen.

Kommunens kostnad för patienten under mät månaden

Kommunens sammanlagda kostnader för vården och omsorgen av patienten uppgår till 67 000 kronor för mät månaden vilket motsvarar 2 226 kronor per dygn. Då ingår inte kostnader för den bostadsanpassning som gjorts med montering av olika ramper. Kostnaden för hjälpmedel är dessutom beräknad enligt schablon (423 kr) och uppgick i verkligheten till 3 183 kronor per månad. Personalkostnader för hemtjänstinsatser utgör den absolut största kostnadsposten även för denna patient, bland annat eftersom han har flera besök per dag och att dubbelbemanning har behövts vid flertalet besök. Om inte hustrun hade bistått med praktiskt och emotionellt stöd i hemmet skulle hemtjänstinsatserna ha behövt ökas på avsevärt. Denna patient har nästan lika många insatstimmar från hemsjukvården och hemtjänsten som patienten i patientfall 1, men eftersom restiden för personalen är betydligt kortare för att ta sig till patienten i patientfall 3, blir totalkostnaden bara en tredjedel av den för patientfall 1.

Patientfall 5

85-årig man med Parkinsons sjukdom och prostatacancer som bor i egen villa i glesbygd tillsammans med sin jämnåriga hustru. Det tar 20 minuter enkel resväg för hemtjänstens och hemsjukvårdens personal att ta sig från sin möteslokal till patientens bostad. Mannen har även ett trycksår samt högt blodtryck, höga blodfetter och har tidigare haft en TIA-attack²³. Parkinsons sjukdom leder till stelhet i kroppen som lindras med mediciner. Patienten blir orolig, skakig och får dålig balans när Parkinsonmedicinen slutar verka.

För att avlasta hustrun och övriga anhöriga vistas mannen på korttidsboende en vecka per månad. Vid vistelsen under mätperioden ådrog sig mannen ett sår på vänster arm i samband med ett fall inomhus. Mannen har även tidigare ramlat flera gånger i hemmet men då utan synliga skador. Patienten har ibland frånvaroattacker i samband med måltider. Vid attackerna klarar han inte av att påkalla hjälp och är därför beroende av att hustrun eller någon annan finns i hans närhet. Patienten har också nedsatt närminne och periodvisa hallucinationer. Han förflyttar sig med rollator kortare sträckor och använder annars rullstol. Han behöver hjälp med personlig hygien, toalettbesök samt av- och påklädning.

Mannen är inskriven i hemsjukvården för att få hjälp med läkemedelshantering, provtagning i hemmet samt omläggning av trycksår och såret orsakat av fallolyckan. Under mätperioden har han också haft hembesök vid ett tillfälle av fysioterapeut och arbetsterapeut för utprovning av hjälpmedel. Under mätperioden hade mannen

²³ TIA – Transitorisk Ischemisk Attack – är en snabbt övergående tillfällig syrebrist i något av hjärnans blodkärl. I Sverige får årligen cirka 12 000 personer diagnosen TIA, men det faktiska antalet drabbade kan vara många fler, eftersom alla troligen inte söker vård. TIA orsakas av en liten propp som löses upp efter en kort tid. Symtomen går oftast tillbaka snabbt, inom några minuter eller timmar, men det kan även ta upp till 24 timmar (Stroke-riksförbundet, 2021).

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

vårdarsäng, tryckavlastande madrass, mobil hygienstol, rullstol, arbetsstol, toaförhöjning med armstöd och rollator. Han har ansökt om elrullstol men ansökan har inte blivit godkänd än. Under mätperioden gjordes en bostadsanpassning där patienten fick en ramp vid entrén och en ut till altanen. Han hade tidigare fått lösa tröskelkilar vid alla trösklar i huset av primärvårdsrehab före inskrivning i den kommunala hemsjukvården. Mannen har också uridom²⁴, uribag²⁵ och urinflaska. Särskilda skyddslakan samt omlägningsmaterial till trycksåret och såret på armen bekostas också av kommunen.

Patienten hade under mät månaden hjälp av hemtjänsten morgon och kväll. Under de tre veckor som mannen vistades i hemmet under mätperioden larmade han 18 gånger och hemtjänsten fick då göra akuta besök. Mannen är egentligen beviljad hjälp sex gånger per dygn, men patienten och hans hustru har varit rädda för att smittas av covid-19 och har därför dragit ner på antalet besök. Hustrun sköter nu därför mannens läkemedelsbehandling i stället för hemtjänsten och han har inte längre några tillsynsbesök på natten. Hustrun lagar också mat, bäddar och tvättar. Dessutom bistår parets söner med inköp, städning och skötsel av huset. Personal som testats positiva för covid-19 har varit hemma hos patienten vid två tillfällen varför provtagning utförts på både mannen och hans hustru i samband med smittspårning. Varken mannen eller hustrun har dock insjuknat i covid-19.

Kommunens kostnad för patienten under mät månaden

Kommunens sammanlagda kostnader för vården och omsorgen av patienten uppgår till knapp 119 000 kronor för mät månaden vilket motsvarar 3 958 kronor per dygn. På grund av oro för att smittas av covid-19 hade patienten dragit ner på antalet besök från hemtjänsten, annars hade totalkostnaden uppgått till drygt 146 000 kronor eller 4 888 kronor per dygn. 35 329 kronor av totalkostnaden utgörs av kostnad för korttidsboende under en vecka. I totalkostnaden ingår inte kostnaderna för den bostadsanpassning som gjorts tidigare med montering av olika ramper. Kostnaden för hjälpmedel är beräknad enligt schablon (423 kr) men var sannolikt högre i verkligheten. Personalkostnader för hemtjänstinsatser utgör den absolut största kostnadsposten även för denna patient – trots att han bara utnyttjat en del av de hemtjänstinsatser han har beviljats – eftersom resvägen till patienten är lång och det krävdes dubbelbemanning vid flera besök.

²⁴ Uridom är en rymlig kondom som träs över penis och används för att samla upp urin vid urinläckage och kopplas till en urinuppsamlingspåse som fästes på benet, eller på natten vid ett stativ vid sängen (Medibas.se, 2021).

²⁵ Behållare som samlar upp urin, eventuellt kopplad till en uridom eller kateter (Medicinsk Ordbok, 2021)

Patientfall 6

67-årig kvinna som bor i en centralt belägen lägenhet i en mellanstor stad tillsammans med sin jämnåriga make. Kvinnan har äggstockscancer och spridda tumörer, bland annat i buken, som trycker mot magsäck och tarmar. Detta gör att hon inte kan äta utan får näring och vätska intravenöst via en central venkateter (CVK)²⁶, så kallad total parenteral nutrition (TPN)²⁷. Hon har också diabetes typ 2 samt ett sår på ena stortån som kräver regelbundna omläggningar.

Patientens cancersjukdom sköts via en onkologimottagning på ett sjukhus medan diabetesjukdomen hanteras på den vårdcentral där patienten är listad. Sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården bistår med skötsel av patientens CVK och ger läkemedel och näring via denna två gånger per dygn enligt ordination från läkare på onkologimottagningen. Detta tar cirka 2,5 timmar per dag exklusive restid och tid för dokumentation. En gång per dygn får patienten dessutom en injektion med läkemedlet Fragmin för att förebygga blodproppar. Detta tar cirka 20 minuter inklusive restid. Behandlingen är ordinerad av läkare på onkologimottagningen och har delegerats från sjuksköterska i hemsjukvården till personal i hemtjänsten. Hemtjänstpersonal kontrollerar också patientens blodsocker tre gånger per dygn, vilket också är en insats som delegerats från sjuksköterska i hemsjukvården efter samråd med läkare och diabetessjuksköterska på patientens vårdcentral. Även dessa mätningar tar ungefär 20 minuter att utföra inklusive restid och tid för dokumentation.

Personal i hemtjänsten bistår också patienten med regelbunden omläggning av såret på stortån eftersom patienten har svårt att böja sig och därför inte kan lägga om tån själv. Insatsen är en så kallad egenvårdsåtgärd. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen utan en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient själv kan utföra (SOSFS 2009:6). Hemtjänsten lägger om tån helt enligt patientens egna önskemål med natursalvor som patienten köper. Varje omläggningstillfälle tar cirka 30 minuter inklusive restid och tid för dokumentation.

Patienten går med stöd av rollator. Hon har två rollatorer – en för utomhus- och en för inomhusbruk. Maken sköter alla hushållssysslor och hjälper även patienten med toalettbesök, dusch samt av- och påklädning. Utan detta stöd hade patienten behövt betydligt mer omfattande hemtjänstinsatser.

Patienten är född i ett land utanför EU och är skeptisk till västerländsk läkemedelsbehandling. Detta gör att hemsjukvårdens personal behöver lägga mycket tid på att förklara och motivera patienten. Patienten upplever dessutom mycket oro

²⁶ En central venkateter är en tunn plastslang som förs in i ett blodkärl på halsen eller under nyckelbenet. Genom slangen kan patienten få behandling och lämna prover ofta, utan att behöva bli stucken i armen eller på händerna (Vårdhandboken, 2021a).

²⁷ Parenteral nutrition innebär att vätska och näring ges intravenöst. Om patienten får i sig mer än 75 procent av sitt näringsintag via blodbanan kallas det för *Total parenteral nutrition (TPN)* (Vårdhandboken, 2021b).

kopplad till cancersjukdomen. Hon har ofta många frågor och vill gärna att hemsjukvårds- och hemtjänstpersonalen stannar länge och kan bli irriterad när de måste gå. På grund av coronapandemin har patienten och hennes make isolerat sig mycket inomhus. Detta har lett till att patienten blivit deprimerad eftersom hon trivs bäst då hon får umgås med andra människor.

Den månad som mätningen gjordes fick patienten en särskild tryckavlastande madrass utskriven, levererad och installerad av sjuksköterska i hemsjukvården. Detta tog cirka 45 minuter inklusive restid och administrativ tid. Patienten fick också två besök från arbetsterapeut om sammanlagt två timmar för utprovning av hjälpmedel. Under hösten 2020 delegerade ansvarig sjuksköterska i hemsjukvården provtagning av blodsocker samt fragmininjektioner till all personal i hemtjänstgruppen (25 personer). En fjärdedel av dessa delegeringar skedde under mätperioden. Varje delegering tog cirka trettio minuter för sjuksköterskan att genomföra inklusive tid för administration. Instruktionstillfället tog cirka tio minuter per hemtjänstpersonal och delegationstillfälle. Vid ett tillfälle fick patienten stopp i sin CVK vilket krävde ett akut tillsynsbesök på närmare två timmar utöver ordinarie inplanerade besök. Dessutom hade sjuksköterskan fyra telefonsamtal med patientansvarig läkare på onkologmottagningen samt ett med patientansvarig läkare på vårdcentralen kring patientens behandling och stoppet i CVK:n.

Kommunens kostnad för patienten under mät månaden

Kommunens sammanlagda kostnader för vården och omsorgen av patienten uppgår till drygt 54 374 kronor för mät månaden vilket motsvarar 1 812 kronor per dygn. Personalkostnader för insatser av sjuksköterska i hemsjukvården utgör den absolut största kostnadsposten för denna patient. Varje besök hos patienten tar närmare en timme vilket är längre än besök av hemsjukvårdens personal i genomsnitt. Eftersom patienten bor nära hemsjukvårdens lokaler är andelen direkt patienttid betydligt högre för detta patientfall än för övriga. Då maken sköter alla hushållssysslor och hjälper sin hustru med personlig hygien och toalettbesök har patienten inga hemtjänstinsatser. Utan makens hjälp hade kostnaderna för att vårda patienten i hemmet varit avsevärt högre.

Patientfall 7

57-årig ensamstående man bosatt i en lägenhet på första våningen centralt i en stad. Han har ingen hjälp av anhöriga. Mannen har psykiska besvär i form av ångest- och depressionsproblematik som kommer i perioder. Han är också mycket stresskänslig och har nedsatt närminne. Under mätperioden fick han en demensdiagnos. Han har tidigare haft en stroke och har efter detta nedsatt funktion i vänster sida och måste använda blöjor på grund av urininkontinens. Efter stroke har patienten haft svårigheter att gå, vilket innebär att han har ramlat hemma i bostaden och då skadat sig illa vid ett par tillfällen; vissa har resulterat i sjukhusinläggning. De frekventa fallen gör att han ofta får sår på kroppen som behöver läggas om. Han behöver ledsagning utanför hemmet och förflyttar sig med hjälp av elscooter utomhus och rullstol inomhus. Tidigare har mannen varit mycket negativt inställd till att flytta till

ett särskilt boende, men har på sista tiden ändrat uppfattning och har nu beviljats plats i en sådan boendeform. Patientfallsbeskrivningen avser den näst sista månaden som han bodde kvar i sitt ordinarie boende innan flytten.

Patienten är ofta mycket aggressiv och verbalt utåtagerande mot hemtjänstens och hemsjukvårdens personal och sväromotiverad till att äta och röra sig på egen hand. Det händer ofta att mannen inte vill släppa in hemtjänstpersonalen i sin bostad eller gå ut på planerade promenader. Aggressionsutbrotten mot personalen har ökat under coronapandemin eftersom personalen måste använda skyddsutrustning så som munskydd och visir och han då har svårare att höra vad de säger och se deras ansiktsuttryck.

Mannen är beviljad ledsagning för att ta sig till sjukgymnastisk behandling inom primärvården en gång i veckan. Under mätperioden vägrade han gå dit två gånger. Flera ur personalen är rädda för att gå hem till honom och några har till och med sagt nej till att gå dit. Ibland har mannen bekanta med missbruksproblematik på besök i sin bostad vilket ytterligare spär på personalens ovilja att besöka mannen i hemmet. Detta har lett till att det är svårt för kommunen att bemanna besöken. Hemtjänstpersonalen behöver också mycket stöd från sin chef, metodhandledare och legitimerad personal i hemsjukvården för att hantera mannen.

Patienten är inskriven i hemsjukvården för att få hjälp med sin läkemedelsbehandling, så kallat läkemedelsövertag. Sjuksköterska i hemsjukvården förskriver också näringsdrycker och inkontinenshjälpmedel till mannen samt gör regelbundna tillsynsbesök en gång i veckan för att kontrollera mannens näringsstatus och lägga om eventuella sår efter fall. Sjuksköterskan delar också medicin i dosett och levererar Apodos-rullar vid dessa tillfällen. Själva medicingivningen är delegerad till hemtjänstpersonalen. Fysioterapeut och arbetsterapeut i hemsjukvården bistår med olika hjälpmedel och instruerar hemtjänstens personal hur mannen bör träna i hemmet. Vid varje besök från hemtjänsten ska personalen till exempel motivera honom att ställa sig upp och sätta sig ner upprepade gånger.

En bostadsanpassning gjordes för något år sedan då han fick stödhandtag i badrummet samt in till badrummet, ledstång i hallen, stödhandtag i trappuppgången, fasadmonterad stol (monterad på fasaden för vila innan förflyttning i trappa), dörrautomatik, förvaring för elrullstol utomhus samt automatik till porten. Inne i lägenheten har han dessutom följande hjälpmedel: fristående toalettstol, fast toaförhöjning på toalettstol, duschstol med rygg- och armstöd, käpp, manuell rullstol, tryckavlastande sittdyna, uppresningsstöd monterat på sängen, elektronisk kalender

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

(klocka och datum), dictusband²⁸, vilortos²⁹ för vänster hand, axelortos³⁰, planeringstavla för att underlätta och strukturera vardagen samt en elrullstol av modellen elscooter.

Patienten har insatser från hemtjänsten på morgonen, vid middagstid samt på kvällen varje dag för att få hjälp med hygien, toalettbesök, måltider, av- och påklädning, bäddning med mera. Patienten är dessutom beviljad dusch varje vecka samt tre ledsagade promenader med stöd av två personal tre gånger i veckan. Hemtjänsten bistår också med att packa och sortera patientens tvätt som sedan hämtas och lämnas av ett tvätteri. Hemtjänstens personal hjälper patienten med att handla mat och förbrukningsvaror digitalt samt packa upp dessa när de levereras hem till bostaden. I samband med matinköp och matlagning uppstår ofta konflikter mellan patienten och personalen då patienten mest är förtjust i ”skräpmat” och öl och inte vill ha den mer näringsriktiga kost som personalen försöker motivera honom till att äta. Hemtjänstpersonalen upplever inte att de har tillräckliga kunskaper om kost för att kunna stötta mannen på bästa sätt. Dietist finns dock inte i kommunen utan i stället får kommunens sjuksköterska bistå i detta. Den inplanerade tiden för hemtjänstinsatser uppgår till drygt 100 timmar i månaden.

Utöver de besök som är planerade från hemtjänsten och hemsjukvården har personalen gjort sammanlagt sex akuta besök under mätperioden hos patienten (fyra besök från hemsjukvårdens sjuksköterska och två från hemtjänstens nattpatrull). Patienten ringer dessutom flera gånger per dag till hemtjänstens administratör, enhetschefen för hemtjänsten, hemsjukvårdens sjuksköterskor och sin biståndshandläggare på grund av oro och ångest. Han vill ofta ändra sitt schema och flytta på eller ställa in besök vilket leder till en hel del merarbete för hemtjänstens administratör. Eftersom mannen vägrat ledsagade promenader och sjukgymnastik vid upprepade tillfällen har hemsjukvården rapporterat detta som en avvikelse. Ett skäl till att mannen inte velat gå på promenad är för att han helst vill gå i ett köpcentrum, men det har bedömts som olämpligt ur smittsynpunkt under coronapandemin. Enhetschefen för hemtjänsten har behövt lägga mycket tid på administration kring avvikelsen samt diskussioner med såväl hemsjukvården som sin egen personal hur situationen ska hanteras. Eftersom patienten inte heller går ut på ledsagade promenader med sin elscooter i den omfattning som avtalats finns en risk att detta hjälpmedel dras in eftersom behovet inte bedöms vara tillräckligt stort.

Patientens komplexa situation medför att patientansvarig sjuksköterska i hemsjukvården behöver lägga i genomsnitt två timmar i månaden på att samordna insatser från hemtjänst, vårdcentral, primärvårdsrehab samt specialist- och

²⁸ Dictusbandet är ett hjälpmedel främst avsett för personer med så kallad droppfot. Den verksamma delen är ett gummiband som hjälper till att lyfta främre delen av foten (Rehabshop, 2021).

²⁹ Vilortos är ett slags stödförband som används för att upprätthålla eller öka handens rörlighet och förhindra så kallade kontrakturer, det vill säga att handens muskler och senor blir kortare och stelare (Ortopedservice, 2021).

³⁰ Axelortos syftar bland annat till att avlasta axelleden och hålla den i neutralt läge samt motverka inåtrotation på patienter med förlamning (Embreis, 2021).

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

slutenvård kring patienten. Varje månad träffas dessutom enhetschefen, omsorgshandledaren och planeringsledaren för hemtjänsten i minst en timme för diskutera patientens situation och hur man ska göra för att kunna stötta patienten och berörd hemtjänstpersonal på bästa sätt. Omsorgshandledaren har ett teammöte i månaden på en timme med de fyra undersköterskor och vårdbiträden i hemtjänsten som har mest kontakt med patienten. Däremellan lägger enhetschefen också sammanlagt två timmar per månad på att stötta sin personal individuellt kring patienten.

Kommunens kostnad för patienten under mät månaden

Kommunens sammanlagda kostnader för vården och omsorgen av patienten uppgår till drygt 70 000 kronor för mät månaden vilket motsvarar 2 350 kronor per dygn. Personalkostnader för insatser från hemsjukvården utgör den absolut största kostnadsposten för denna patient. I totalkostnaden ingår inte kostnaderna för den bostadsanpassning som gjorts tidigare. Kostnaden för hjälpmedel är beräknad enligt schablon (423 kr) men var sannolikt högre i verkligheten. Personalkostnader för biståndshandläggare och enhetschef liksom indirekt tid för sjuksköterska är betydligt högre i detta patientfall än för övriga beskrivna patientfall eftersom det krävts många möten, handledningstillfällen och samordning av insatser från olika aktörer kring patienten. Som jämförelse kan nämnas att kostnaden för en månads vistelse på särskilt boende inklusive kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i Sverige år 2020 var knappt 71 000 kronor. Kostnaden för att vårda denna patient i hemmet eller på särskilt boende är således ungefär lika stora.

Nedan redovisas kostnaderna för samtliga sju patientfall i detalj.

Tabell 1. Kostnadsfördelning för patientfallen

Patientfall HT 2020	Patientfall 1	Patientfall 5	Patientfall 3	Patientfall 7	Patientfall 4	Patientfall 6	Patientfall 2
Direkt patienttid. Beviljade insatser HSL							
Antal timmar SSK/AT/FT/USK/VBT	22	9	82	8	17	94	22
Personalkostnad i kr	6 783	2 993	25 208	2 878	5 565	32 196	7 063
Kringtid/Indirekt patienttid HSL³¹							
Antal timmar SSK/AT/FT/USK/VBT	15	7	11	16	23	42	10
Personalkostnad i kr	4 549	2 406	4 032	5 425	7 771	13 960	3 299
Summa personalkostnad HSL	11 332	5 399	29 240	8 304	13 335	46 156	10 362
Kostnader direkt patienttid	60 %	55 %	86 %	35 %	42 %	70 %	68 %
Kostnader indirekt patienttid	40 %	45 %	14 %	65 %	58 %	30 %	32 %
Direkt patienttid. Beviljade insatser SOL							
Antal timmar USK/VBT	105	86	80	102	101	0	32
Personalkostnad i kr	32 327	26 676	24 737	30 985	31 323	0	9 830
Kringtid/Indirekt patienttid SOL³²							
Antal timmar USK/VBT	267	77	75	41	11	3	12
Personalkostnad i kr	83 222	23 731	23 165	11 950	3 398	779	3 681
Summa personalkostnad SOL	115 549	50 407	47 902	42 935	34 720	779	13 510
Kostnader direkt patienttid	28 %	53 %	52 %	72 %	90 %	0 %	73 %
Kostnader indirekt patienttid	72 %	47 %	48 %	28 %	10 %	100 %	27 %
Kostnad biståndshandläggare (direkt tid)	1 658	4 284	51	2 240	0	0	306
Kostnad enhetschef HSL och SOL(schablon) ³³	5 664	3 309	3 376	4 259	2 080	1 880	1 041
Summa personalkostnader	134 203	63 398	80 569	57 738	50 136	48 815	25 219
Övriga kostnader HSL (schablon) ³⁴	2 291	2 596	2 291	2 624	2 743	2 743	2 291
Övriga kostnader SOL (schablon) ³⁵	33 990	11 759	14 091	6 775	10 301	227	3 974
Antal timmar bistånd m fl	5	14	0			0	
Korttidsboende		35 329					
Summa patientskostnader exkl. OH	170 484	113 096	96 951	67 137	63 180	51 785	31 484
Kalkylerad OH-sats ³⁶	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Summa patientskostnader	179 008	118 751	101 799	70 494	66 338	54 374	33 058
Summa patientkostnad per dygn	5 967	3 958	3 393	2 350	2 211	1 812	1 102

Av tabellen framgår att vården för patienterna varierade mellan 33 058 kronor och 179 008 kronor för en månad, vilket motsvarar en kostnad per dygn på mellan 1 102 och 5 967 kronor. Den direkta patienttiden för hälso- och sjukvårdsinsatser uppgår bara till några få procent av den totala kostnaden för att vårda patienten i hemmet. Den största kostnaden utgörs av kringtid för insatser enligt socialtjänstlagen, exempelvis restid, dokumentation, förberedelse och möten.

31 I indirekt patienttid ingår tid för bland annat resor, dokumentation, förskrivning av hjälpmedel, delegering av insatser till undersköterskor och vårdbiträden, mötestid samt telefonsamtal och annan kommunikation med bland annat läkare, hemtjänstpersonal samt andra berörda vård- och omsorgsgivare.

32 I indirekt patienttid ingår tid för bland annat resor, dokumentation, förskrivning av hjälpmedel, mottagande av delegering och instruktioner från HSL-personal, mötestid samt telefonsamtal med bland annat HSL-personal samt andra berörda vård- och omsorgsgivare.

33 Kostnaden för enhetschef har beräknats genom att multiplicera den genomsnittliga lönen för en enhetschef inom SOL och HSL med andelen tid (direkt samt indirekt) som personalen lagt under månaden i patientfallet i relation till total personaltid för de personer som chefen ansvarar för.

34 Enhetens övriga kostnader under 2020, delade på antal patienter (genomsnitt per månad). I övriga kostnader ingår bland annat sjukvårdsartiklar, förbrukningsmaterial, hjälpmedel, transporter och IT/telefoni samt kostnader på enhetsnivå för bland annat lokaler.

35 Enhetens övriga kostnader delade på antal redovisade timmar under 2020 multiplicerat med antal timmar direkt och indirekt patienttid enligt SOL för aktuell patient. I övriga kostnader ingår bland annat förbrukningsmaterial, transporter och IT/telefoni samt kostnader på enhetsnivå för bland annat lokaler.

36 Avser kostnader för bland annat verksamhetschef, kommunledning och andra kammungemensamma kostnader.

Analys

Intervjupersonerna ansåg att den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll har förändrats de senaste åren, vilket överensstämmer med tidigare studier och kartläggningar på området (se exempelvis Arman 2019; Haglund & Mogren 2021; Larsen & Ljung, 2020; Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2020; Socialstyrelsen, 2019; VästKom 2019). Enligt intervjupersonerna skrivs patienter ut (flera dagar) tidigare från sjukhus, exempelvis efter en höftfraktur. Intervjupersonerna framhöll också att patienter som får insatser från kommunal hälso- och sjukvård är sjukare idag än för tio år sedan vilket innebär att de ofta har fler och mer omfattande insatser än förr. Fler patienter får avancerade behandlingar i hemmet som exempelvis infusioner, dialys, trakeostomi, blod eller näring via PEG. Intervjupersonerna hävdade också att de individer som behöver stöd från hemtjänsten beviljas fler men kortare besök idag. Förr var det ovanligt med två tillsynsbesök på natten, men sådana besök beskriver intervjupersonerna som allt mer vanligt förekommande. Intervjupersonerna beskrev att fler patienter med svår psykisk problematik och komplexa behov, liksom palliativa patienter, vårdas i hemmet idag. Intervjupersonerna poängterade att anhöriga ofta gör stora insatser, annars hade dessa patienter inte alltid kunnat bo kvar hemma (jämför Shebehely, 2014 och 2017).

Av intervjuerna framkom att det blir allt vanligare att sjuksköterskor utför ”enkla” insatser idag som tidigare delegerades då det ibland finns brister i omsorgspersonalens kompetens eller kunskaper i det svenska språket. Den intervjuade arbetsterapeuten liksom fysioterapeuten upplevde sig ha mindre tid att arbeta förebyggande och att de i stället ägnar större delen av sin arbetstid åt att förskriva och prova ut hjälpmedel. Flera av intervjupersonerna påpekade att det inte finns tillräckligt med tid för kompetensutveckling, att personal med specialistutbildning inte har möjlighet att använda sin kompetens i tillräckligt stor utsträckning och att antalet legitimerad personal är för litet i relation till antal patienter och vårdtyngd (jämför Coronakommissionens slutsatser, SOU 2020:80).

Kostnadsstudien visar att vård i hemmet i flera fall är dyrare för kommunen än vård på särskilt boende eller korttidsboende, även om anhöriga gör omfattande insatser. Det gäller i synnerhet patienter som bor långt från hemtjänstens och hemsjukvårdens lokaler, som har behov av många besök från hemtjänsten och hemsjukvården per dygn och där man behövt göra omfattande anpassningar av bostaden.

Patientfall 1, 3 och 5 är dyrare att vårda i hemmet än om patienten bott på särskilt boende och fått kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser där, och patientfall 1 överstiger till och med kostnaderna för vård på korttidsboende. För patientfall 4 och 7 var kostnaderna för vård i hemmet ungefär lika stora som om patienten bott på särskilt boende och fått kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser där. Endast patientfall 2 och 6 kostade mindre att vårda i hemmet än om patienten bott på särskilt boende. Att kostnaden för vård i hemmet i stället för vård på särskilt boende

blev lägre för patient 6 beror på att maken skötte patientens personliga omvårdnad och alla hushållsbestyr. Hade patienten inte haft så omfattande hjälp från en anhörig hade patienten behövt insatser från hemtjänsten fyra gånger per dygn varvid kostnaderna för vård i hemmet vida hade överstigit kostnaderna för vård på särskilt boende. Det är också värt att notera att endast patienten med en höftfraktur förväntas bli friskare och få ett mindre vård- och omsorgsbehov i framtiden. För alla de övriga patienterna kan man förvänta sig ett successivt ökande behov av vård och omsorg fram till deras död.

Lång resväg för personalen gör att kostnaderna kan bli mycket höga för att vårda en patient i hemmet, i synnerhet om patienten inte har så mycket hjälp från anhöriga eller har behov av insatser från hemtjänsten flera gånger per dygn. Kostnaderna springer också snabbt iväg om patienten behöver hjälp av två personal i hemmet eller om personen behöver natttillsyn, eftersom man alltid åker två personer på den typen av besök av arbetsmiljöskäl. Kostnaderna skulle eventuellt kunna minskas med kameratillsyn, men för patienter med oros- och ångesttillstånd eller demenssjukdom räcker detta sällan utan fysiska besök krävs.

Flera av patientfallen har mycket omfattande hjälp av anhöriga, både med att sköta hushållssysslor så som tvätt, bäddning, städning och inköp, men också med omvårdnadsåtgärder som hjälp med mediciner, personlig hygien och toalettbesök samt emotionellt stöd vid oro och ångest. Utan detta stöd är det tveksamt om dessa patienter hade kunnat bo kvar hemma.

Stor omsättning på personal i hemtjänsten eller stora personalgrupper gör att den tid som sjuksköterskor i hemsjukvården behöver lägga på delegering av arbetsuppgifter kan bli mycket omfattande. Just tid för delegering utgör till exempel en stor kostnadspost för patientfall 3 där en arbetsgrupp på 25 undersköterskor och vårdbiträden behövde lära sig att ge insulin och kontrollera blodsocker på patienten.

Rehabpersonalen ägnar en mindre del av sin arbetstid åt direkt förebyggande arbete eller stöd till träning och rehabilitering i hemmet tillsammans med patienten. Istället går majoriteten av deras arbete åt till att förskriva hjälpmedel samt instruera omvårdnadspersonalen hur de ska stötta patienten. Här finns en stor förbättringspotential om man vill nå intentionerna med en god och nära vård där ju just förebyggande och rehabiliterande insatser framhålls som särskilt prioriterade.

Slutsatser

Precis som tidigare studier visar intervjuerna i denna studie att den kommunala hälso- och sjukvårdens innehåll har förändrats de senaste tio åren. Patienterna beskrivs som sjukare idag, vårdtyngden är större och insatserna mer komplexa och avancerade. Många patienter som vid tiden för Ädelreformen skulle ha vårdats på sjukhus eller på särskilt boende eller på en korttidsenhet, vårdas idag i hemmet enligt intervjupersonerna. Det ställer större krav på den kommunala vårdens och omsorgens resurser liksom kompetensen hos personalen.

Vad vi känner till har det inte tidigare gjorts någon studie som undersökt vad vanliga patientgrupper som får vård i ordinärt boende kostar i den kommunala vården och omsorgen. De studier som tidigare gjorts, där man jämfört kostnader för olika vårdformer, har oftast utgått från underlag baserade på olika beräkningsmodeller för olika verksamheter och huvudmän, varför uppgifterna inte blir jämförbara. Många gånger har vissa kostnader i den kommunala vården och omsorgen utslutits helt i beräkningarna, till exempel kostnader för hemtjänst eller kringtid för legitimerad personal. Med andra ord har det saknats underlag för att jämföra vad vård i hemmet kostar i relation till vård på korttidsboende, särskilt boende och i slutenvård.

Vård i hemmet kan ha många fördelar för patienterna. I denna studie har vi brutit ut frågan om ekonomi och kan då konstatera att vård i hemmet i flera fall är dyrare än vård på särskilt boende eller korttidsboende för kommunen, även om anhöriga gör omfattande insatser. Det gäller i synnerhet patienter som bor långt från hemtjänstens och hemsjukvårdens lokaler, som har behov av många besök från hemtjänsten och hemsjukvården per dygn och där man behövt göra omfattande anpassningar av bostaden. Om man också lägger till regionernas kostnader för patienternas vård i primärvård och öppen specialistsjukvård, läkemedel och färdtjänst är det inte omöjligt att de sammanlagda kostnaderna för att vårda patienten hemma i vissa fall överstiger kostnaden för vård på sjukhus. Fler studier skulle dock behövas, där såväl kommunens som regionens samtliga kostnader räknas in, för att kunna dra underbyggda slutsatser om detta. Hänsyn skulle då också behöva tas till anhörigas insatser, i synnerhet om deras stöd innebär att de går ner i arbetstid eller blir sjukskrivna på grund av arbetsbördan.

Referenser

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (Tredje upplagan ed.). Lund: Studentlitteratur.

Apoteket.se (2021) *ApoDos för en säkrare och mer hållbar läkemedelsförsörjning*.
<https://www.apoteket.se/om-apoteket/apotekets-historia/vagvisaren/apodos/>

Arman, R. (2019). "Vi är ingen ö" – vardagen i kommunal hälso- och sjukvård ur ett medarbetarperspektiv. Göteborgsregionen, FoU i Väst.
<https://www.goteborgsregionen.se/download/18.a9a62fa16dd75a97b01e80d/1571311287798/Rapport%20Vi%20%C3%A4r%20ingen%20%C3%B6%20KHSV.pdf>.

Ásgeirsdóttir, G. H., Valdimarsdóttir, U., Fürst, C. J., Steineck, G., & Hauksdóttir, A. (2013). Low preparedness before the loss of a wife to cancer and the widower's chronic pain 4–5 years later—a population-based study. *Psycho-Oncology*, 22, 2763–2770. DOI:10.1002/pon.3345.

Embreis (2021) *Axelortos SLK90*. <https://embreis.com/se/produkt/slk90-sr/>

Ensolution AB (2021) *Utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården i Sverige*. Bilaga till rapport 2021:8 Nära vård i sikte? Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.vardanalys.se%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F09%2FRapport-2021-8-Bilaga-Ensolution-underlagsrapport.pdf&chunk=true

Ensolution AB (2019) *Genomlysning kommunal hälso- och sjukvård – Härryda kommun*.

Forsell, A. & Ivarsson Westberg, A (2014) *Administrationssamhället*. Lund: Studentlitteratur.

Fristedt, S., Nystedt, P. & Skogar, Ö. (2019). Mobile Geriatric Teams – A Cost-Effective Way of Improving Patient Safety and Reducing Traditional Healthcare Utilization Among the Frail Elderly? A Randomized Controlled Trial. *Clinical Interventions in Aging*. 2019:14, 1911–1924. doi.org/10.2147/CIA.S208388.

Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, IJ. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol 6.

Göteborgsregionen (2021) *Plan och detaljbudget 2021*.
<https://goteborgsregionen.se/download/18.5d8a5cd41793ff87c4edda/1620306386011/Plan%20och%20detaljbudget%202021.pdf>

Göteborgsregionen (2018). *Skrivelse till Socialdepartementet om kommunal medverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvårdsfrågor på nationell nivå*. Tjänsteskrivelse. Dnr 2018-00285.60.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Haglund, A. & Mogren, L. (2021) *Omställningen till nära vård – ur GR-kommunernas perspektiv*. Göteborgsregionen.

Health Care Management (2013). *Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av nya vårdmodeller*. Stockholm: Health Care Management.

Internetmedicin.se (2021a) *Femurfraktur, petrokantär*.
<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/geriatrik/femurfraktur-petrokantar-ptff/>

Internetmedicin.se (2021b) *PK(INR) – Protombinkomplex*.
<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/koagulation/pkinr-protrombinkomplex/>

Internetmedicin.se (2021c) *Venös insufficiens*.
<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/kirurgi/venos-insufficiens/>

Kommunal (2014). *Lapptäcke utan sömmar. En rapport om äldre med stora vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga*.

Kumpunen, S., Edwards, N., Georghiou, T. & Hughes, G. (2019). *Evaluating integrated care. Why are evaluations not producing the results we expect?* Briefing November. Nuffield Trust.

Larsen, T., Nilsson, Å. & Olsson, J. (2021) *Utveckling av nyckeltal för att följa omställningen till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner*. Göteborgsregionen: FoU i Väst.
<https://goteborgsregionen.se/download/18.54ad7ccd1790c2927469bd52/1619704136287/Nyckeltal%20och%20%C3%A4ra%20v%C3%A5rd%20och%20omsorg%20i%20G%C3%B6teborgsregionen.pdf>

Larsen, T. & Lydahl, D. (2021) *Patienters och anhörigas upplevelser av vård i hemmet under coronapandemin*. Göteborgsregionen, FoU i Väst.
<https://goteborgsregionen.se/download/18.7224d6d3177cafad6c71ed35/1614089351967/Patienters%20och%20anh%C3%B6rigas%20upplevelser%20av%20v%C3%A5rd%20i%20hemmet%20under%20coronapandemin.pdf>

Larsen, T. & Ljung, M. (2020). *Omställningen till nära vård i kommunerna. Förstudie med fokus på GR-kommunerna*. Göteborgsregionen, FoU i Väst.
<https://goteborgsregionen.se/download/18.74191caa174d97d59f28bdca/1601639861569/F%C3%B6rstudie%20Omst%C3%A4llningen%20till%20n%C3%A4ra%20v%C3%A5rd%20i%20kommunalt%20perspektiv.pdf>

LHC (2021) *Om Leading Health Care*. Information hämtad på webbplatsen
<http://leadinghealthcare.se/om/>

Liljeroos, M. & Strömberg, A. (2019). Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *European Journal of Heart Failure*. 2019;21, 103–109. doi:10.1002/ejhf.1329.

Looman, M. W., Huijsman, R. & Fabbricotti, I. N. (2019). The (cost-)effectiveness of preventive, integrated care for community-dwelling frail older people: A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2019;27, 1–30. DOI: 10.1111/hsc.12571.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Läkemedelsboken (2021a) *Ischemisk hjärtsjukdom*.

https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/ischemisk_hjartsjukdom.html

Medibas.se (2021) *Uridom*. <https://medibas.se/ordlista/a-o/?term=uridom>

Medicinsk ordbok (2021) *Uribag*. <https://www.medicinskordbok.se/term/uribag>

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021) *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*.

<https://www.vardanalys.se/rapporter/nara-var-d-i-sikte/>

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018) *På väg. Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*.

<https://www.vardanalys.se/rapporter/pa-vag/>

Noble, B., King, N., Woolmore, A., Hughes, P., Winslow, M., Melvin, J., Brooks, J., Bravington, A., Ingleton, C., & Bath, P A. (2015). Can comprehensive specialised end of life care be provided at home? Lessons from a study of an innovative consultant-led community service in the UK. *European Journal of Cancer Care*, 24, 253–266. doi: 10.1111/ecc.12195.

Nordenhielm, S & Lönnbark, M. (2017). Kapitel 4. Ekonomisk analys. I:

Nordenhielm, S. (red) *Att fortfarande få vara människa. Utvärdering av avancerad sjukvård i hemmet – ASIH-teamen i Göteborg*. Rapport 2:2017. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Norén, D. (2020). *Närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgs sjukhus. Exempel med kostnadsberäkningar Nära vård – nya sätt att mäta ändamålsenlighet och systemeffekter*. SKR.

https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f74ad10/1615451189559/Narsjukvardsteam_exempel_kostnader.pdf

Norén, D. & Segerberg, A. (2019) *Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen. Slutrapport april 2019*. Västra Götalandsregionen.

[https://alfresco-](https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/d513a263-176c-46b4-af64-ecb4c1839edf/Slutrapport%20of%20C3%B6ljeutv%C3%A4rderingen%20Mobil%20n%C3%A4rv%C3%A5rd%20VG,%20april%202019%20(version%20190506).pdf?a=false&guest=true)

[offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/d513a263-176c-46b4-af64-ecb4c1839edf/Slutrapport%20of%20C3%B6ljeutv%C3%A4rderingen%20Mobil%20n%C3%A4rv%C3%A5rd%20VG,%20april%202019%20\(version%20190506\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/d513a263-176c-46b4-af64-ecb4c1839edf/Slutrapport%20of%20C3%B6ljeutv%C3%A4rderingen%20Mobil%20n%C3%A4rv%C3%A5rd%20VG,%20april%202019%20(version%20190506).pdf?a=false&guest=true)

OECD (2019). *Health at a Glance 2019. OECD Indicators*. [https://www.oecd-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1627389934&id=id&accname=guest&checksum=F889DEB20EEB4F51EFA550CF9A5459C7)

[ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1627389934&id=id&accname=guest&checksum=F889DEB20EEB4F51EFA550CF9A5459C7](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1627389934&id=id&accname=guest&checksum=F889DEB20EEB4F51EFA550CF9A5459C7).

Ortopedservice (2021) *Viloortros*. <https://ortopedservice.se/app/uploads/SOT-Viloortros.pdf>

Proposition 1987/88:176. *Äldreomsorg inför 90-talet*.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Region Östergötland (2021) *Så mycket kostar vården.*

<https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Ekonomi/Kostnader/Sa-mycket-kostar-varden/>

Rehabshop (2021) *Dictusband.* <https://www.rehabshop.se/ortos/fot-vad/dictusband>

Riksförbundet HjärtLung (2021) *Lungfibros.* <https://www.hjart-lung.se/diagnoser/lungor/lungfibros/>

Sahlen, K-G., Boman, K., & Brännström, M. (2016). A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care. *Palliative Medicine*. 30(3), 296–302. DOI:10.1177/0269216315618544.

SCB (2019) *Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,0 procent 2017.* Artikel publicerad den 29 mars 2019 på <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efteramne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistik-ikny-het/halsorakenskaper-2017/>.

Szebehely, M. (2017). Omsorgsmönster bland kvinnor och män – inte bara en fråga om kön. I Gunnarsson, E., & Szebehely, M. (Red.). *Genus i omsorgens vardag.* (s. 29–49). Malmö: Gleerup.

Szebehely, M. (2014) Anhörigomsorg, förvärvsarbete och försörjning. I: Boye, K. & Nermo, M. (red.) *Lönsamt arbete – Familjeansvarets fördelning och konsekvenser. Forskningsrapport till delegationen för Jämställdhet i arbetslivet.* SOU 2014:28, s. 131–158.

Shoppo (2021) *Bäckenstol, toalettstol och hygienstol.*

<https://www.shoppo.se/hjalpmedel-til-hemmet/badrum/backenstol-toalettstol-och-hygienstol>

SKL (2016). *Äldreomsorgens kostnader – historik och framtid.*

<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/5405.pdf?issuusl=ignore>

SKL (2015) *Nationella KPP-principer. Version 3. Kostnad per patient.*

SKL (2012). *Kostnad per brukare. Metodbeskrivning. Kostnad per brukare inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning.*

<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7164-845-4.pdf?issuusl=ignore>

SKL (2006). *Vad kostar hemsjukvården i kommunerna? En metod att mäta hemsjukvårdens omfattning och kostnader. Resultat från Jämtland och Värmland.*

SKR (2021a) *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

https://skr.se/download/18.71a6757217b07d9b39fb939b/1629783112706/God_och_nara_vard_2021_uppdaterad.pdf

SKR (2021b) *OPI.*

<https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/budgetochplanering/prisindex/opi.1333.html>

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

SKR (2020a). *Meddelande från styrelsen- Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*. Meddelande från styrelsen nr 2/2020.

SKR (2020b). *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet*. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-842-5.pdf?issuosl=ignore>

SKR (2020c) *Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter*. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-827-2.pdf>

SKR (2019a). *Meddelande från styrelsen – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare*. Meddelande från styrelsen nr 10/2019. <https://skr.se/download/18.6122fe4916b55c1d47596661/1561009792090/%C3%96K%20Investering%20medarbetare.pdf>

SKR (2019b). *Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer*. https://plus.rjl.se/info_files/infosida43922/Vard_och_omsorg_i_hemmet_2019.pdf

Smith, S, Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Medicine*. 28(2), 130–50.

Socialstyrelsen (2021) *Vem får ta över ansvar för läkemedel från en patient?* <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/arbetsuppgifter/vem-far-ta-over-ansvar-lakemedel-fran-en-patient>

Socialstyrelsen (2020a). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*. Meddelandeblad. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/statistik/2020-5-6783.pdf>

Socialstyrelsen (2020b). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6760.pdf>

Socialstyrelsen (2020c). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården?* Information hämtad den 21 juli 2020 på <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen (2020d) *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6603.pdf>

Socialstyrelsen (2019a). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*.

Socialstyrelsen (2019b). *Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II. Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6430.pdf>

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Socialstyrelsen (2018). *Diagnoser och dödsorsaker, patienter i kommunal hälso- och sjukvård, 2016*. Excelfil.

SOU 2020:19. *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*.

SOU 2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*.

SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*.

SOU 2004:68. *Hemsjukvårdens omfattning i kommuner och landsting*. Redovisning av studie genomförd hösten 2003 på uppdrag av Äldrevårdsutredningen. Bilaga 3. <https://www.regeringen.se/49b6bo/contentassets/42b912d4f04e44beb9a993915aefa9a39/del-4-bilaga-3>

SOU 2000:114 *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.* Stockholm: Norstedts Juridik/Fritzes.

SOU 2000:38 *Välfärd, vård och omsorg. Forskarvolym från Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Norstedts Juridik/Fritzes.

Stroke-riksförbundet (2021) *Vad är TIA?* <https://strokeforbundet.se/vad-ar-stroke/vad-ar-tia/>

Tavory, I. & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: theorizing qualitative research*. Chicago: The University of Chicago Press.

Täby kommun (2018). *Promemoria. Angående kommunernas frånvaro i nationella satsningar på hälso- och sjukvården*. Dnr KS 2018/43–77.

Vårdförbundet (2020). *Delegering*. Artikel hämtad den 21 juli 2020 på <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/regelverket-i-varden/delegering/>

Vårdförbundet region Västra Götaland (2014). *När vården flyttar hem. Den kommunala hälso- och sjukvårdens sjuksköterska i vårdens paradigmskifte*. https://www.vardforbundet.se/SysSiteAssets/lokala-avdelningar/vastra-gotaland/vattenfallet/nar_varden_flyttar_hem_webb.pdf

Vårdhandboken (2021a) *Central venkateter – översikt*. <https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/central-venkateter/oversikt/>

Vårdhandboken (2021b) *Nutrition, parenteral – översikt*. <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/nutrition-parenteral/oversikt/>

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Vårdhandboken (2021c) *Suprapubisk*. <https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/kateterisering-av-urinblasa/suprapubisk/>

VästKom (2019) *En enkätundersökning av utvecklingen inom kommunal hälso-och sjukvård under perioden 2017–2019*.

Västra Götalandsregionen (2020). *Har äldre listade på vårdcentralen med väl fungerande mobil hemsjukvårdsläkarfunktion färre slutenvårdsdagar?* VGR Analys 2020:42, Koncernkontoret. <https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/5a258a7e-4b18-499d-ac4f-5ae2e470b724/2020-10-15%20%20Bilaga%20Har%20%c3%a4ldre%20patienter%20listade%20p%c3%a5%20v%c3%a5rdcentraler%20med%20v%c3%a4l%20fungerande%20mobil%20hemsjukv%c3%a5rdsl%c3%a4karfunktion%20f%c3%a4rre%20slutenv%c3%a5rdsdagar.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen (2019). *Simulering av insatser i nära vård för de mest sjuka äldre med avseende att minska vård på akutmottagning och inom slutenvård*. VGR Analys 2019:45, Enhet regional vårdanalys, koncernavdelning data och analys. <https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/2740c91b-618c-420d-b092-f706a4c158fe/Rapport%20simulering%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%20191003.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad (2018). *ASIH-teamet. Avancerad sjukvård i hemmet*. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/8a897d72-ce8b-4c86-b0b1-8deac8957b5e/ASIH%20folder%20uppdatering%202018%20utskrift%20som%20h%c3%a4fte.pdf?a=false&guest=true&native=true>

1177.se (2021a) *Kranskärlsoperation – bypass-operation*. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/behandling--hjalpmedel/operationer/operationer-i-hjartat/kranskarlsoperation--bypass-operation/>

1177.se (2021b) *KOL – kronisk obstruktiv lungsjukdom*. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sjukdomar--besvar/lungor-och-luftvagar/andningsvarigheter-och-andningsuppehall/kol--kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom/>

Studiens finansiering

Göteborgsregionen (GR) har sedan 2019 haft i uppdrag från socialchefs nätverket att stödja kommunerna i omställningen till nära vård. I GR:s plan och detaljbudget för 2021 preciseras att det kommunala perspektivet i omställningen till nära vård behöver stärkas, att analyser av kommunala konsekvenser vid införande av nära vård behöver göras och att detta bland annat ska ske genom FoU-studier på området.

Sedan 2019 har GR och dess medlemskommuner tilldelats medel från Regeringens och SKR:s överenskommelse om god och nära vård. Medlen kunde exempelvis användas till insatser för att utveckla förutsättningarna för primärvårdens medarbetare genom utvecklings- och utbildnings- eller forskningsaktiviteter, som stödjer omställningen till en nära vård (SKR, 2021).

Socialchefs nätverket på GR beslutar hur de medel som kommunerna i regionen tilldelas ska fördelas och användas. De socialchefer som är temaansvariga för hälso- och sjukvård på GR har utgjort styrgrupp för de projekt som drivits av GR med finansiering från överenskommelserna. Styrgruppen enades om att en del av 2020 och 2021 års medel skulle användas till en studie om den kommunala vårdens och omsorgens kostnader mot bakgrund av omställningen till en god och nära vård, det vill säga den studie som redovisas i denna rapport.

Studien har också finansierats med medel från Västra Götalandsregionen. Under 2021 har Västra Götalandsregionen beviljat Göteborgsregionen, FoU i Väst, medel till studier som kan leda till kvalitets- och kapacitetsförbättringar. Studierna ska ha betydelse för patienter, brukare och vårdgivare samt gynna samverkan mellan Västra Götalandsregionen och de kommuner som ingår i Göteborgsregionen med grund i hälso- och sjukvårdsavtalet. Studien har fortlöpande stämmts av med temaansvariga för hälso- och sjukvård på GR samt med Västra Götalandsregionens FoU-chef.

Bilaga 1 Frågeguide

1. Berätta vem du är! Var arbetar du, vad har du för utbildning, vad gör du i ditt arbete, hur länge har du arbetet där, vad har du gjort tidigare i ditt yrkesliv, på vilket sätt arbetar du med kommunal hälso- och sjukvård?

2. Upplever du att den kommunala hälso- och sjukvården förändrats de senaste 10 åren? Om ja, på vilket sätt? Hur har förändringarna påverkat dig i din yrkesroll? Berätta vad du gör en vanlig dag på jobbet idag och jämför med hur det såg ut för 10 år sedan.

3. Upplever du att andra patientgrupper vårdas inom den kommunala hälso- och sjukvården idag än för 10 år sedan? Ge i så fall exempel på sådana patientgrupper, berätta gärna utifrån konkreta patientfall! Hur upplever du att vården och omsorgen fungerar för dessa patientgrupper? Vad fungerar bra? Vad kan bli bättre? Vilka är de största utmaningarna för dig i din yrkesroll med att ta hand om dessa patienter?

4. Hur tror du att den kommunala hälso- och sjukvården kommer att förändras i framtiden? Hur skulle den behöva förändras? Vilka kompetenser behövs? Hur skulle den behöva organiseras?

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Bilaga 2 Deltagare arbetsgrupp

Representant	Befattning
Helena Skärby	Enhetschef hemtjänst
Elisabeth Wedenmark	Enhetschef sjuksköterskor hemsjukvård
Ulrika Husu	Verksamhetsutvecklare sjuksköterskor
Sandra Hult	Enhetschef sjuksköterskor hemsjukvård
Merita Melin	Kvalitetsutvecklare hemsjukvård
Marijana Psag	Planeringssjuksköterska

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Bilaga 3 Mall för patientfall

Beskrivning patientfall – skickas till theresa.larsen@goteborgsregionen.se senast den 4 december

Namn, e-post och telefon till den som fyllt i uppgifterna:

Namn, e-post och telefon till den/de person(er) i er kommun som kan ta fram ekonomiska underlag:

Ange vilken period som beskrivningen avser, tex november 2020:

Demografi	
Ålder	
Kön	
Bostad (t ex lägenhet i tätort, hus i glesbygd med badrum i källaren)	
Sammanboende/ensamboende (t ex bor med 84-årig make)	
Yrke/tidigare sysselsättning	

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Direkt patienttid. Beviljade insatser HSL (t ex såromläggning, stomivård, kateterbyte, bostadsanpassning, läkemedelshantering, gångträning)	Frekvens, tidsåtgång samt yrkeskategori som utför insatsen (t ex 1 gång/v, 20 min per tillfälle, utförs av ssk, ft, at alt usk på delegation, ev dubbelbemanning vid besöket)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
Kringtid/indirekt patienttid Typ av aktivitet (t ex teammöte, restid, dokumentation, registrering i register, delegering till usk, förskrivning, samordning*)	Tidsåtgång, frekvens samt yrkeskategorier som deltagit i aktiviteten
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

* kontakt med annan profession, anhöriga som direkt berör patienten

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Direkt brukartid. Beviljade insatser SoL (t ex matdistribution, hjälp med dusch, tillsynsbesök, byte av inkontinenshjälpmedel, städning m m)	Frekvens, tidsåtgång samt yrkeskategori som utför insatsen (t ex två tillsynsbesök av nattetid/dagtid av usk alt vbt, hjälp med ADL, ev dubbelbemanning m m)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
Kringtid/indirekt brukartid Typ av aktivitet (t ex teammöte, restid, dokumentation, samordning*)	Tidsåtgång, frekvens samt yrkeskategorier som deltagit i aktiviteten
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

* kontakt med annan profession, anhöriga som direkt berör patienten

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Beskrivning av patientfallet

Syftet med fallbeskrivningen är att få ett underlag som gör det möjligt att beräkna vad patientens vård och omsorg i kommunen kostar.

Välj ett patientfall som är "genomsnittligt", det vill säga inte avviker från den vård och omsorg som normalt ges till patienter i kommunen med liknande diagnos och behov. Patienten ska bo i ordinärt boende.

Beskriv insatser och händelser under *en månad*.

1. Redogör för patientens hälsotillstånd (diagnoser, ADL-förmåga, funktionsnedsättning) och om detta förändras under perioden.
2. Redogör för om något hänt under perioden som påverkat patientens hälsotillstånd eller om något akut inträffat under perioden, t ex fallolycka, behov av sjukhusvård.
3. Beskriv också mer i detalj eventuella möten och kontakter med andra vård- och omsorgsgivare än kommunen, t ex samordnares insatser, SIP-möte med VC och sjukhus eller instruktioner från specialistsjukvården för hantering av smärtpump i hemmet.
4. Beskriv även om biståndshandläggare varit involverad under perioden samt vilka arbetsuppgifter som biståndshandläggaren utfört kopplat till patienten samt tidsåtgången för dessa.
5. Beskriv vilka hjälpmedel patienten har som bekostas av kommunen (t ex rollator, duschbräda, gåbord etc)
6. Beskriv vilka förbrukningsmaterial patienten har, t ex inkontinensskydd, omlägningsmaterial, katetertillbehör.
7. Beskriv också eventuellt genomförd bostadsanpassning (när den gjordes och vad den omfattade)
8. Uppge också om patienten har hjälp av anhöriga och i så fall med vad och i vilken omfattning.
9. Ange om vården och omsorgen till patienten påverkats av coronapandemin på något sätt.

Beskrivning av patientfallet:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?

Bilaga 4 Deltagare arbetsgrupp kommunekonomer

Representant
Marcus Sellgren
Makki Almusawe
Marina Lönberg
Nastaran Bahmani
Johan Selin