



Ensolution.

Mätning av den kommunala hälso- och sjukvården i Region Örebro

Namn Andreas Johansson, Ensolution AB
E-post: andreas.johansson@ensolution.se
Version: 1.0
Datum: 2023-03-07

Inledning

Den här rapporten bygger på det uppdrag från Region Örebro avseende insamling för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård i Örebro kommun, Hällefors kommun, Kumla kommun, Lindesbergs kommun, Karlskoga kommun samt Region Örebros verksamhet inom fysioterapi i ordinärt boende som Ensolution erhöll i september 2022.

Ensolution hjälper Sveriges kommuner att få resurserna att räcka till. Detta gör vi genom att synliggöra brister, identifiera möjligheter och föreslå lösningar med utgångspunkt i individens behov. Våra skräddarsydda mjukvaror och tjänster hjälper kommunala verksamheter att bedöma behov ändamålsenligt, resursfördela och skapa systematik för att göra arbetet mer verkningsfullt. Vi planerar för framtida behov, utvärderar och jämför utfall med ett stort antal andra kommuner i Sveriges alla län.

Vårt underlag hjälper kommunerna att fatta välgrundade beslut och göra bättre prioriteringar för hur resurserna ska fördelas och användas mer effektivt. Till skillnad från generella produkter och traditionella managementkonsulter med ett allmänt erbjudande, har vi en lång historik av hårt avgränsad specialisering, där vi enbart jobbat med offentlig sektor och alltid utnyttjat specialgjorda mjukvaror och individbaserade data. Vi har genom åren skapat ett stort och helt unikt jämförelsematerial för socialtjänst och för den kommunala hälso- och sjukvården. Vi tänker långsiktigt och i princip alla våra kunder återkommer varje år.

Den här rapporten bygger på de omfattande underlag av uppgifter som Ensolution och kommunerna har samlat in. Materialet är kvalitetssäkrat tillsammans med alla kommuner som deltagit i insamlingen.

Innehåll

1.	<i>Bakgrund och övergripande syfte.....</i>	3
1.1	<i>Bakgrund.....</i>	3
1.2	<i>Övergripande syfte med rapporten.....</i>	3
2.	<i>Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården.....</i>	4
3.1	<i>Metodbeskrivning - uppföljning av resurser och insatser inom kommunal hälso – och sjukvård.....</i>	4
3.2	<i>Analys.....</i>	7
3.3	<i>Vilka insatser utförs inom kommunal hälso- och sjukvård.....</i>	7
3.4	<i>Vilka kategorier av patienter finns inom kommunal hälso- och sjukvård?.....</i>	8
3.5	<i>Tidfördelning mellan olika aktiviteter.....</i>	10
3.6	<i>Vem gör vad?.....</i>	12
3.7	<i>Övergripande kostnader, tid och insatser inom HSL.....</i>	13
3.8	<i>Produktivitet.....</i>	15
3.9	<i>Övriga faktorer.....</i>	15
4.	<i>Sammanfattande analys.....</i>	16
4.1	<i>Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården?.....</i>	16
4.2	<i>Faktorer som kan påverka kostnadsnivån.....</i>	17
	<i>Bilaga 1 - Mätning av fysioterapeuters insatser</i>	
	<i>Bilaga 2 - Detaljerade uppgifter per kommun</i>	

1. Bakgrund och övergripande syfte

1.1 Bakgrund

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

De förslag som tas fram måste därför bygga på de data som finns tillgängliga och kompletteras med eventuella manuella punktmätningar. Framgång i uppdraget förutsätter att regionen och länets kommuner tillgängliggör den data som efterfrågas och har en beredskap att bidra i kompletterande mätningar.

1.2 Övergripande syfte med rapporten

Syftet med den här rapporten är att beskriva

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

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

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

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

2. Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården

3.1 Metodbeskrivning - uppföljning av resurser och insatser inom kommunal hälso – och sjukvård

Flera kommuner har behov av analyser och förbättringsmöjligheter inom kommunal hälso- och sjukvård. Det är ett område som är eftersatt när det gäller uppföljning trots omfattande kostnader och ansvar. Under 2018 startade Ensolution AB ett gemensamt projekt tillsammans med sju olika kommuner för att skapa en standard för hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan följas upp och resursberäknas. Tillsammans med Örebro kommun, Karlshamns kommun, Nybro kommun, Härryda kommun, Hässleholms kommun, Kalmar kommun skapades en heltäckande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvårdsinsatser för legitimerad personal avseende sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt de uppdrag som de delegerar eller fördelar till annan personal att utföra. Insamlingen och mallarna som är indelade i olika behovsområden för sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter testades och utvecklas tillsammans under utvecklingsprojektet med en bred acceptans över definitioner och nivå på insamling.

Fram tills nu har det saknats ett bra verktyg för att kunna bedöma och mäta den legitimerade personalens nedlagda tid och insatser. Ensolution använder det egenutvecklade IT-verktyget Kuben som ger möjlighet att följa individen över tid samtidigt som verktyget ger stöd för en så rättssäker och objektiv bedömning som möjligt. Modellen har utvecklats i samarbete med sju kommuner och bygger på samma behovsskala som Individens behov i centrum, IBIC, med en integrerad mall där bedömda behov omvandlas till en tidsberäkning. Alla insatser som mäts är också kodade till yrkeskategori, KVÅ (klassificering av åtgärder) och verksamhetsområde.

Bedömningen görs via ett webgränssnitt med hjälp av en läsplatta eller dator vilket möjliggör att utföra bedömningen samtidigt som man träffar patienterna. Systemet har hög säkerhet och är ett komplement till det vanliga verksamhetssystemet. Samma frågor och svarsalternativ för alla bidrar dessutom till att det blir lätt för kommunerna att göra bedömningarna likvärdigt. Det är också möjligt att löpande samla in parametrar med avseende på till exempel risk, behov av koordination eller upplevd kvalitet i samband med bedömningarna.

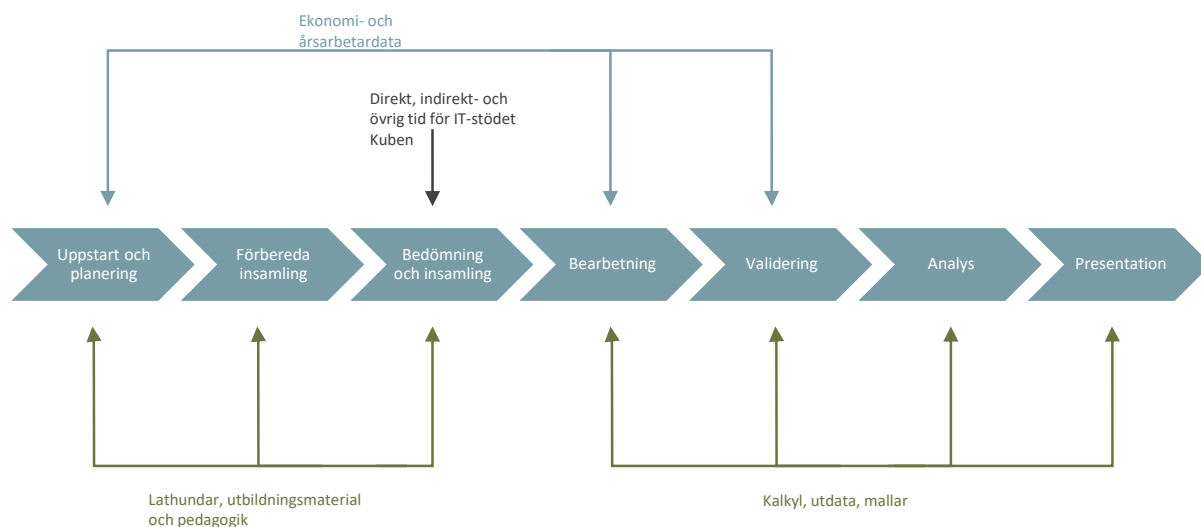
Det finns idag inte några tillförlitliga uppgifter i verksamhetssystemen av vad som faktiskt görs och vem som utför uppgifterna. Det nya med Ensolutions metod är att det görs en insamling och bedömning av alla patienters behov av insatser som översätts till resursåtgång i termer av tid. De patientansvariga sjuksköterskorna, arbets- och fysioterapeuterna gör behovsbedömningar av sina patienter, och anger i vilken omfattning insatser delegeras/fördelas. All legitimerad personal gör också en tidsskattning av sin indirekta och övriga tid.

Detta ger oss information om:

- Antal patienter (samt individkoppling)
- Bedömda resurser för patienten
- Tid och andel hälso- och sjukvård som utförs av icke legitimerad personal
- Fördelning mellan vård i hemmet jämfört med övriga områden
- Konsumtion och mix av insatser
- Kategorisering av patienter
- Produktionskostnad (då insatsvolym samkörs med kostnader)
- Fördelningen mellan direkt, indirekt och övrig tid

De 5 kommuner som Ensolution har genomfört mätningar i är Örebro, Karlskoga, Lindesberg, Kumla och Hällefors. De representerar tillsammans cirka ca. 236 000 invånare av länets ca. 290 000 invånare eller ungefär 81 % av länets befolkning.

Följande steg ingår i insamlingen:



Figur 1: Steg för att skapa en uppföljning av resurser och insatser inom kommunal hälso- och sjukvård

Ovanstående bild beskriver översiktligt de delar som ingår i att skapa en uppföljning av resurser och insatser. Mätperioden pågår normalt under tre veckor.

Insamlingen/mallarna är indelade i olika behovsområden. Följande avsnitt visar de områden som mäts per mall. Respektive mall beskriver vad som görs av respektive yrkeskategori när det kommer till hälso- och sjukvårdsinsatser

Behovsområden – Sjuksköterska, SSK

- **Läkemedelshantering**
 - Läkemedelshantering (tabletter, flytande, injektioner)
 - Insulingivning
- **Sårvård**
 - Omläggning/ lindning
- **Provtagning**
 - Provtagning återkommande (ex. blodsocker, venös provtagning, blodtryck, puls)
- **Normalt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter**
 - Sondmatning
 - Stomiskötsel
 - Katetervård
 - Stödstrumpor
 - Trycksår profylax
 - Vård ögon/öron/inhalator
 - Kräm/salva
 - Rörlighetsträning/rehabilitering
 - Supp/vag/klysma
- **Specifik omvårdnad**
 - Dialys

- Infusion (dropp, avläsning)
- Centrala infarter (CVK, PICC-line etc)
- Trach
- Övriga infarter (Comfortnål, PEG)
- **Vård i livets slut/palliativ vård**
 - Dagliga hembesök
 - Telefonkontakt personal/anhöriga/läkare
 - Direkta åtgärder
 - Observation
- **Kontakt patient/personal övrigt**
 - Telefonkontakt patient/anhöriga
 - Hembesök av anledning som ej finns beskriven på annat ställe i bedömningen
 - Samtal (exempelvis vid vårdplanering)
 - Instruktion
 - Tillsyn

Behovsområden - Arbets- och fysioterapeuter (rehab-personal)

- **Rehabilitering**
 - Undersökning och utredning
 - Uppföljningsbesök
 - Behandling
 - Rörlighets- och styrketräning
 - ADL-träning
- **Hjälpmedelshantering**
 - Undersökning, utredning och utprovning av hjälpmedel
 - Uppföljningsbesök hjälpmedel
- **Kontakt patient/personal övrigt**
 - Telefonkontakt patient/anhöriga
 - Information/rådgivning/undervisning
 - Hembesök av anledning som ej finns beskriven på annat ställe i bedömningen
 - Samtal (exempelvis i samband med vårdplanering)
 - Övriga instruktioner (exkl. hjälpmedel)
 - Tillsyn

3.2 Analyser

För att analysera och utvärdera vad som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs detta med hjälp av den insamling av bedömningar av hälso- och sjukvårdsinsatser som har genomförts i de fem kommunerna. Detta material ger en bild av kommuners innehåll och arbetssätt inom den kommunala hälso- och sjukvården. Tyvärr finns ännu inte löpande mätningar där utvecklingen över tid kan jämföras då detta är första gången insamlingen genomförs. Tanken är dock att mätningen ska kunna användas för att beskriva och reglera utvecklingen.

Analyserna kan ge svar på följande frågeställningar:

- Skiljer sig resurserna som en kommun lägger på hälso- och sjukvård jämfört med andra?
- Vad kan förklara skillnader i nedlagda resurser?

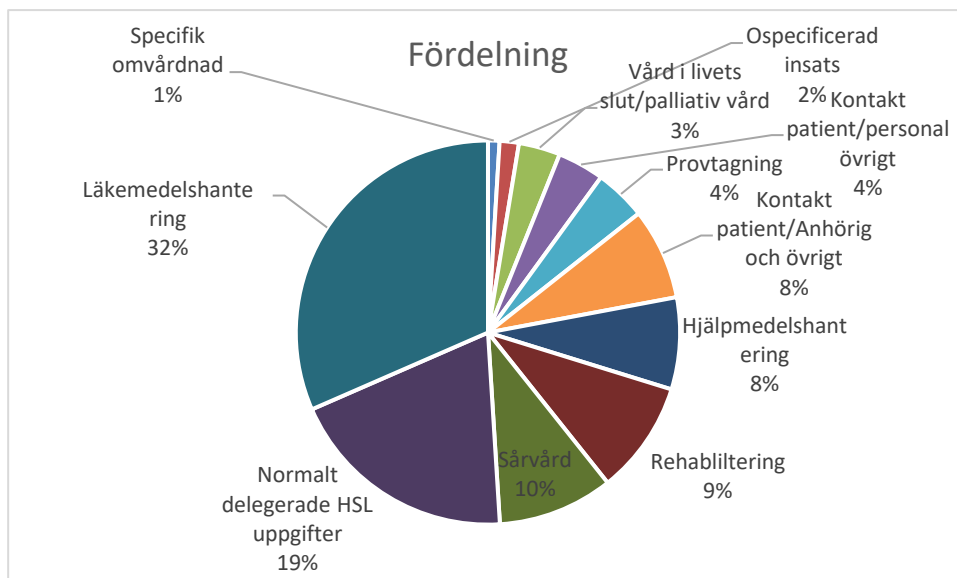
Det sker en nedbrytning på typ av insatser, exempelvis provtagning, palliativ vård och läkemedelshantering, presenterade på total nivå för varje kommun. Data presenteras även med direkt och indirekt/övrig patienttid samt insatser utförda av legitimerad respektive icke-legitimerad personal.

I följande avsnitt presenteras dels vilka insatser som utförs och vilka faktorer som påverkar kostnadsnivån

3.3 Vilka insatser utförs inom kommunal hälso- och sjukvård

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

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



Figur 2: Fördelning av total tid per insats för alla yrkeskategorier, samtliga kommuner i mätningen

Ovanstående diagram visar att det är två insatser som dominerar det som utförs, nämligen läkemedelshantering, och normalt delegerade HSL-uppgifter. Dessa insatser står för 51 % av den nedlagda tiden. Utifrån mätningar som genomförts i de olika kommunerna är det möjligt att dela in patienterna i olika kategorier för att analysera skillnader i patientmix och vårdtyngd mellan kommunerna för en sammanställning av alla insatser per patient. Detta är en första indelning för att kategorisera patienternas behov av hälso- och sjukvård.

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

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

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

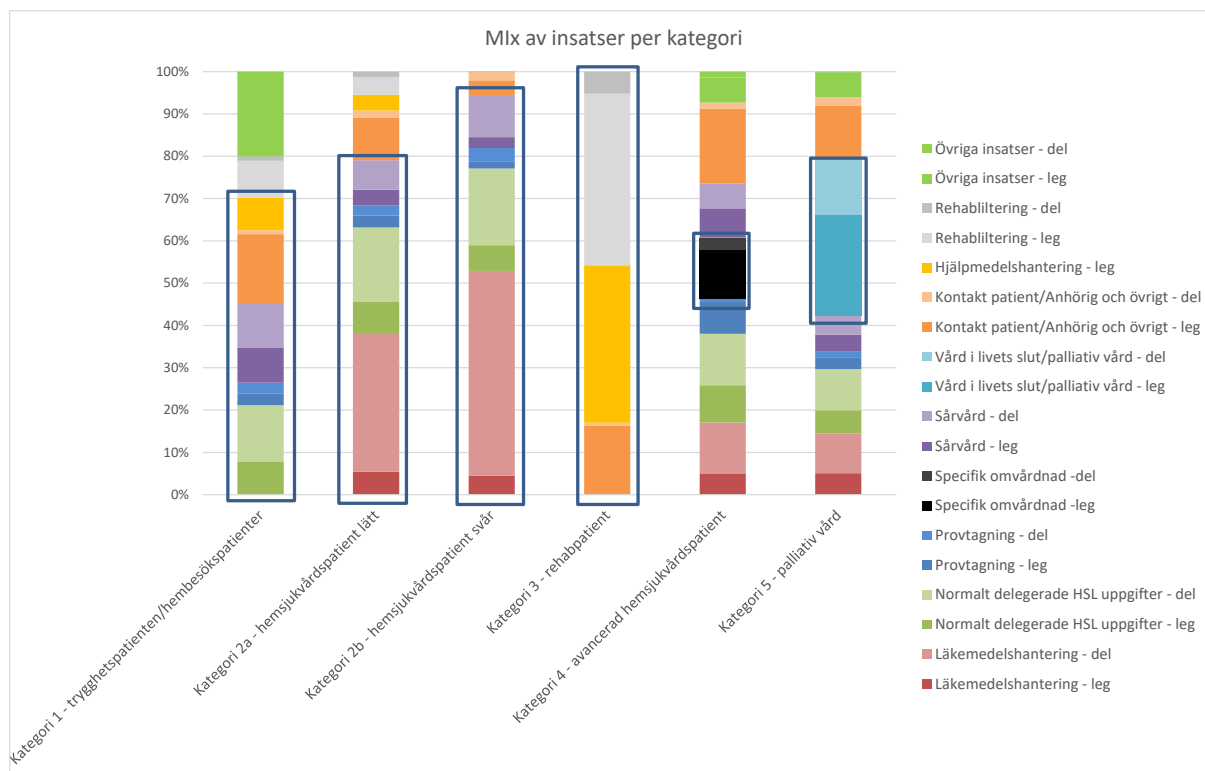
Figur 3: Jämförande patientmix av andel patienter i timintervall mellan alla kommuner, alla områden SSK + AT + delegerade insatser

- Kategori 1 - trygghetspatienten/hembesökspatienter
 - Kan samordna sin egen vård, är inte riskpatienter och har låga HSL behov utan läkemedelshantering. Patienter som primärt hanteras av primärvården och/eller har egenvård. Kan också vara patienter som fr.a. kan ha delegerade insatser men kräver lite tid av SSK. Insatser kan vara provtagning, sårvård eller hjälpmedel. Besök som görs på uppdrag av regionen hos patienter utan att vara inskriven i hemsjukvården
- Kategori 2a – hemsjukvårdspatient - lätt
 - "Typiska hemsjukvårdspatienten med lättare behov". Stora flertalet av patienter som är inskrivna men som inte är tillhör någon av de andra grupperna. Kräver fr.a. kontinuerlig hjälp med läkemedelshantering, provtagning eller sårvård. Kan ha rehabiliterande insatser också
- Kategori 2b – hemsjukvårdspatient - svår
 - Hemsjukvårdspatienten med större behov. Patienter som är inskrivna och som har större behov än 2 timmar per vecka. Ofta kombinationer av insatser, t.ex. läkemedelshantering, insulin, kontakter och delegerande hälso- och sjukvårdsinsatser. Kräver kontinuerlig hjälp.
- Kategori 3 – rehabpatient
 - Patienter som har kontakt med AT utan att vara aktuell för insats av SSK. Primärt patienter med enbart hjälpmedelsbehov eller med rehabiliterande insatser
- Kategori 4 - avancerad hemsjukvårdspatient
 - Patienter med specifik omvårdnad (ex. dialys) eller med omfattande behov (över 4 timmar SSK tid/vecka) och/eller behov av samordning av vård och/eller riskpatient. Kräver samordnade insatser av både primärvård och hemsjukvård
- Kategori 5 – palliativ vård
 - Patienter med palliativ vård och/eller vård i livets slutskede

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

Figur 4: Jämförande patientmix av andel patienter i timintervall mellan alla kommuner, alla områden SSK + AT + delegerade insatser

Som en ytterligare fördjupning av vad det är för insatser som utförs visar nedanstående diagram spridningen av de insatser som utförs av SSK och AT, antingen av de själva eller som delegerade/fördelade uppdrag



Figur 5: Kategorisering - Jämförande diagram för procentuell mix av tid för olika behovsområden per kategori uppdelat på vem som utför uppgifterna (leg = legitimerad personal, SSK eller AT, del = delegerade insatser eller fördelade uppdrag till undersköterskor eller annan personalkategori)

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

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

3.5 Tidfördelning mellan olika aktiviteter

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

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

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

Figur 7: Fördelning av tid på olika aktiviteter, sjuksköterskor

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

Värt att notera att SSK måste anses ha en låg direkt patient i jämförelse med andra yrkeskategorier. Exempelvis visar Ensolutions resultat från årliga Kostnad per brukare sammanställningarna ofta en direkt brukartid på ca. 60 % även om det varierar. Det är en stor skillnad jämfört med SSK med tanke på att hemtjänsten även de har en stor andel färdtid. Nedlagd tid på färdtid varierar också mellan kommunerna, från högsta till lägsta utfall av tiden är det dubbelt så hög tid för färdtid.

Nedanstående tabell visar motsvarande uppdelning för AT

	Örebro	Kumla	Lindesberg	Karlskoga	Hällefors	Medel Örebro kommuner	Medel Övriga
Direkt tid	16,2	17,1	16,7	11,2	11,5	14,6	16,6
Färdtid (gång/bil/cykel)	1,6	3,2	1,2	3,1	4,1	2,6	3,5
Väntetid (utan vårdtagare)	0,8	0,7	0,5	0,6	0,7	0,7	0,3
Planering relaterad till vårdtagare	2,3	4,0	3,3	3,1	3,4	3,2	2,4
Rapporter/vårdokumentation	7,9	6,2	5,7	8,0	5,9	6,7	6,5
Planering av kommande vårdtagare	0,0	2,4	1,1	1,3	0,8	1,1	2,0
Samtal/möte relaterat till vårdtagare	3,4	0,9	2,5	1,4	1,0	1,8	1,5
Introduktion av personal/student	0,0	0,3	0,0	0,6	0,0	0,2	0,2
Utbildning av annan personal	0,0	0,4	0,2	0,3	1,3	0,4	0,4
Vård av lokal, material och fordon	0,0	0,1	0,6	0,4	0,2	0,2	0,4
Egen utbildning/projektmedverkan	2,0	1,9	4,8	4,0	2,6	3,0	1,0
Delning av läkemedel i dosett eller motsvarande	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fackligt arbete	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Kvalitetsuppföljning/utvecklingsarbete	0,0	0,6	0,1	3,3	1,5	1,1	0,7
Arbetsplattsträffar	0,0	0,4	0,6	0,6	1,0	0,5	1,0
Beställningar (t.ex. av hjälpmedel)	5,9	0,9	1,2	1,6	1,5	2,2	2,1
Planering relaterad till arbetsgruppen	0,0	0,3	0,7	0,3	2,9	0,8	0,7
Annat arbete	0,0	0,6	0,7	0,4	1,5	0,7	0,5

Figur 8: Fördelning av tid på olika aktiviteter, AT

Karlskoga och Hällefors har en låg andel direkt tid medan Kumla och Lindesberg är över snittet. "Tidstjuvarna" i dessa kommuner är en hög andel utbildning (kan påverkats av mätperioden) men även kvalitetsarbete och rapport/dokumentation. Även för AT utmärker sig Örebro kommun att en hög andel samtal/möte relaterat till vårdtagare

3.6 Vem gör vad?

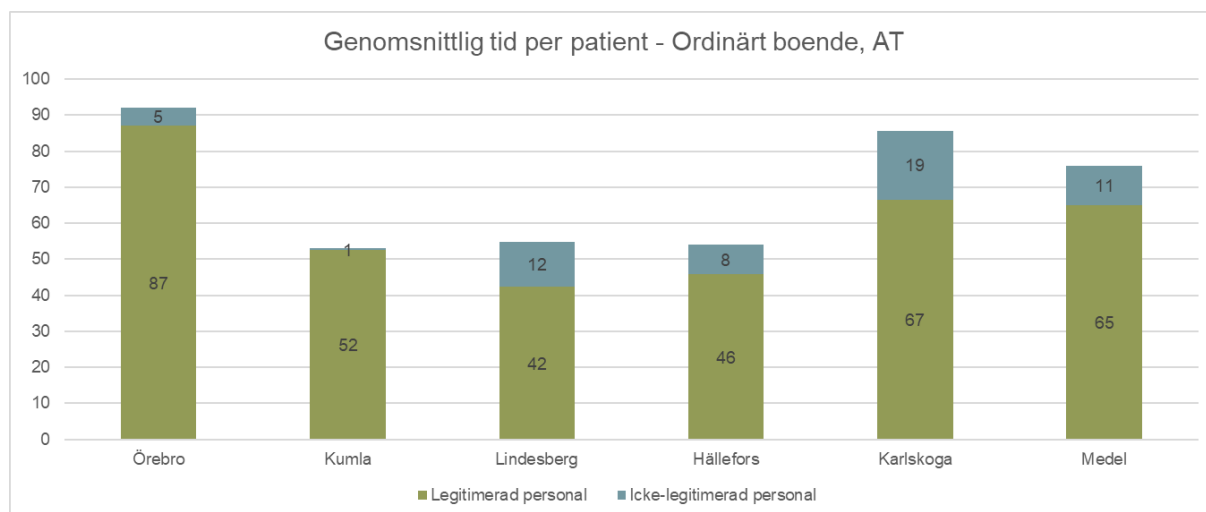
En annan påverkande faktor på innehåll och kostnadsnivå är i vilken utsträckning uppgifter delegeras eller fördelas till andra yrkeskategorier. Arbetssättet kring delegering och fördelning av uppdrag till icke legitimerad personal påverkar vilka insatser som legitimerad personal utför. Kostnaden per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



Figur 9: Andel av insatserna per patient och vecka som utförs av legitimerad respektive icke-legitimerad personal, SSK

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

Motsvarande bild visar samma fördelning för AT



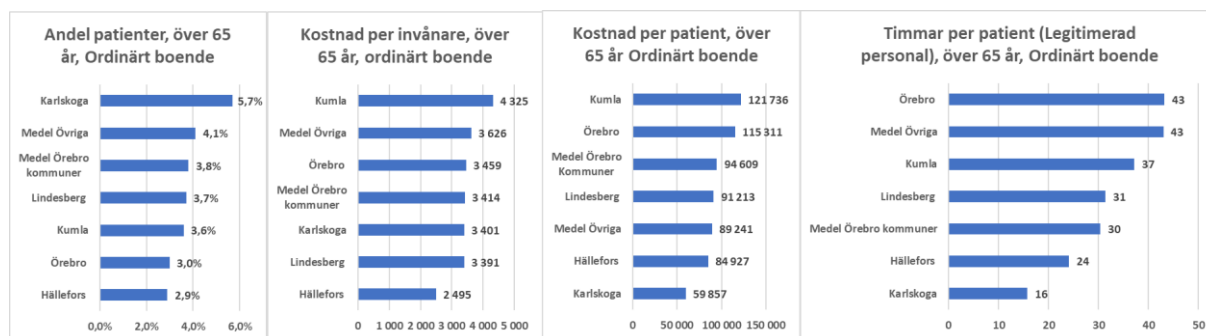
Figur 10: Andel av insatserna per patient och vecka som utförs av legitimerad respektive icke-legitimerad personal, AT

AT lägger i snitt ett lägre antal timmar per patient än andra kommuner med undantag från Karlskoga och Örebro.

3.7 Övergripande kostnader, tid och insatser inom HSL

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

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



Figur 11: Andel inskrivna patienter per invånare över 65 år och kostnad per invånare över 65 år, kostnad per patient över 65 år samt timmar per patient, SSK

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

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

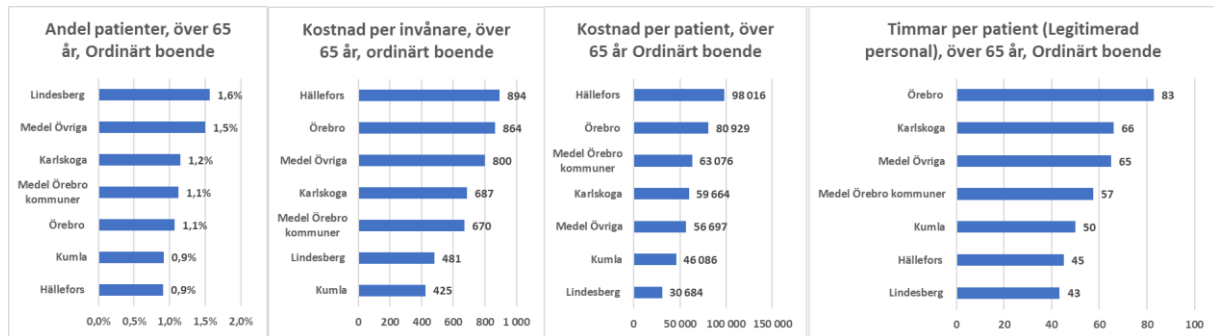
I huvudsak följer andelen inskrivna patienter också kostnad per invånare, det vill säga har en kommun en större andel patienter kommer detta också medföra att de får en högre kostnad per invånare. Denna faktor är en betydande anledning till skillnaderna mellan kommunerna i kostnadsnivå per invånare.

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

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

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

Motsvarande bild visar samma fördelning för AT



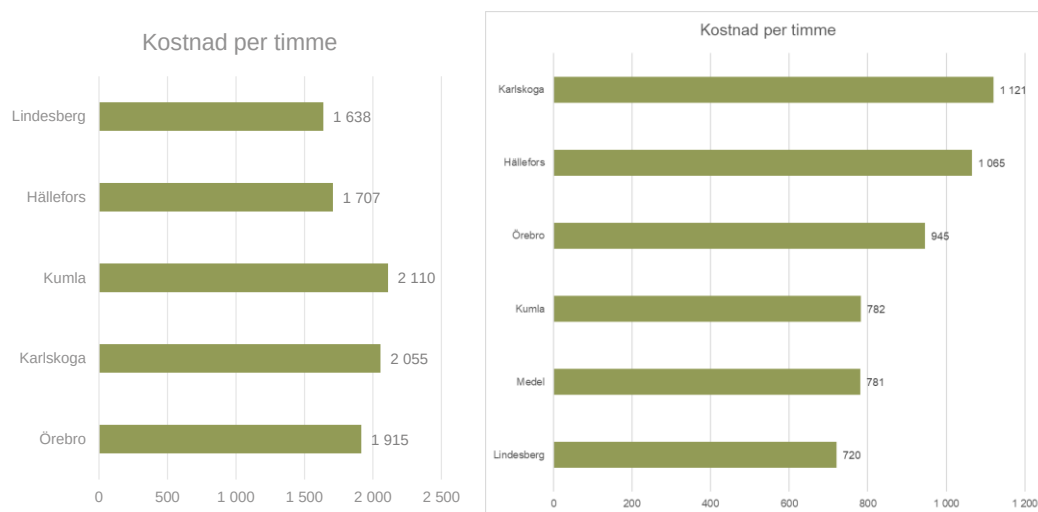
Figur 12: Andel inskrivna patienter per invånare över 65 år och kostnad per invånare över 65 år, kostnad per patienter över 65 år samt timmar per patient, AT

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

3.8 Produktivitet

Nedanstående diagram visar en jämförelse av timkostnaden per SSK och AT timme (direkt patienttid) baserat på resursåtgången för de patientbedömningar som är genomförda. Som analysen visar är det en hög timkostnad för samtliga kommuner och dessutom en stor variation mellan kommunerna. Den höga timkostnaden beror i huvudsak på den höga andelen indirekt och övrig tid. Den totala kostnaden för SSK / AT slås ut på den antalet timmar hos patient. Detta betyder att en kommun med en låg andel patienttid erhåller en högre kostnad per timme. Undantaget kan vara kommuner som har höga kostnader för hyrpersonal som trots hög patienttid erhåller en hög timkostnad eftersom de har en högre personalkostnad än ordinare personal.

Diagrammet visar att det finns stora skillnader mellan kommunerna i produktionskostnad. Kostnaden styrs till största delen av hur stor andelen direkt patienttid är. Andra orsaker som kan påverka är till exempel hög andel hyrpersonal och andelen patienter.



Figur 12: Kostnad per timme, sjuksköterskor och AT

Diagrammet visar att timkostnaden varierar mellan 1638 kr till 1915 kr för SSK och mellan 720 kr och 1121 kr för AT

3.9 Övriga faktorer

Det finns andra faktorer som också kan påverka kostnadsnivån som inte redovisas i rapporten. Det som dyker upp i vissa kommuner och som kan påverka kostnadsnivån är kostnader för inhyrd personal. Tillgången till och konkurrensen om legitimerad personal varierar från region till region och mellan enskilda kommuner i regionen. Det kan ha flera olika orsaker så som avstånd, behov inom regionen, attraktivitet som arbetsgivare och löneläge. Även arbetssättet påverkar behovet av inhyrd personal, till exempel i vilken mån det tas in extra personal under sommartid eller inte. Kommuner med ett besvärligt bemanningsläge behöver oftast hyra in extra personal för att kunna klara av bemanning och detta sker till en högre kostnad än om det skulle anställas ordinarie personal. I den här rapporten har ingen specifik analys genomförts av dessa kostnader men det förekommer

och kan ha betydelse för enskilda kommuners resultat.

4. Sammanfattande analys

Syftet med den här rapporten har varit att belysa följande frågeställningar

- Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården

4.1 Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården?

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

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

Det är en heterogen mix av patient som SSK utför insatser till. Flertalet patienter anses kräva lite behov av insatser och tiden utgörs oftast enbart av nedlagd tid för delegering för SSK. De stora grupperna utgörs av patienter som har flera enklare insatser som utförs på delegering men som ändå driver något mer sjukskötersketid eftersom det är flera olika insatser. Det är också patienter som kräver fler besök. De patientgrupper som kräver mer omfattande insatser har ofta en kombination av olika insatser med större regelbundenhet. Till exempel mer omfattande läkemedelshantering, provtagning och sårvård som kräver många besök och mycket kontakt med patient/anhörig.

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

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

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

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

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

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

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

Orsakerna kan förklaras av skillnader i vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/görs och svårighetsgraden och lämpligheten i att delegera insatserna. I flera kommuner finns det anledning att se över sina riktlinjer och arbetssätt inom området.

4.2 Faktorer som kan påverka kostnadsnivån

Det är inte enbart befolkningsutvecklingen och löne- och prisutvecklingen som förklarar kostnadsnivån för kommunernas hälso- och sjukvård. Nedanstående översiktliga faktorer har utifrån Ensolution erfarenheter från ovanstående projekt identifierats som möjliga förklaringar och har prövats i detta avsnitt.

- Arbetssätt mellan kommun och region och regionala resurser

Utformningen av avtalet med regionen påverkar både kostnadsnivå och det åtagande som kommunen har inom hälso- och sjukvård. Beroende på vilka resurser den enskilda regionen har, till exempel specialistteam, palliativa avdelningar/hospice, mobila team eller gemensamma kortidsvårdavdelningar påverkar detta också vad som behöver utföras i den enskilda kommunen och därmed också kostnadsnivån. Det finns också olika arbetssätt som kan påverka. Ett exempel kan vara att kommunen eller regionen utför insatser som inte är deras ansvar enligt avtalet men som utförs på frivillig basis.

- Konsumtion - Andel inskrivna patienter av befolkningen

Konsumtion är ett mått på andelen av kunder av befolkningen. Ju fler inskrivna patienter som andel av befolkning, desto större chans att det krävs mer resurser och därmed blir det kostnadsdrivande. Det kan förekomma olika arbetssätt och riktlinjer när det gäller inskrivning av patienter. En kommun med en låg tröskel för inskrivning av patienter medför också att kommunen får fler insatser att utföra. Gränsen mellan vad som är egenvård och regionens ansvar är inte alltid enkel att avgöra. Andelen patienter kan också tänkas påverkas av om kommunen tar ut en avgift eller ej.

- Produktivitet

Produktivitet är ett mått på produktionen per arbetad timme, dvs. arbetsproduktivitet. En kommun som har en hög andel patienttid av den arbetade tiden har en hög produktivitet. Ju lägre direkt patienttid, desto större kostnad per patient och per utförd timme. Kommuner med samma andel patienter men lägre patienttid kommer då få en högre kostnad.

Kommuner som är bättre på att planera sina resurser efter patienternas behov och inriktar sin organisation efter detta har en större chans till lägre kostnader per patient. Detta genom lägre andel restid och minskad variation i produktivitet mellan områdena, det vill säga en jämnare fördelning av patienter mellan områdena.

- Geografi/strukturella förutsättningar

Kommuner med långa reseavstånd och längre avstånd till specialistvård och primärvård har en större sannolikhet att få en sämre produktivitet på grund av avstånden och att de tar ett större ansvar för insatser som i andra kommuner hänvisas till regionen. Insatser utförs i högre utsträckning utförs av kommunen, egentligen av hemtjänsten som utför insatser för att man ändå är "på plats".

- Patientmix (vårdtyngd) i kommunal hälso- och sjukvård

Vilken typ av patientmix som kommunerna har påverkar också kostnadsnivån. Kommuner med en tyngre patientmix och samma andel inskrivna patienter till exempel genom en högre andel specifik omvårdnad (ex. blodtransfusion, dialys etc.) och palliativ vård kommer att få högre kostnader. Kostnader för en tung patientmix kan motverkas med en hög produktivitet, till exempel genom att ha en högre direkt patienttid eller högre andel av delegerade/fördelade insatser. Det är av naturliga skäl en stor kostnadsskillnad per patient för avancerad hemsjukvård jämfört med enklare hemsjukvård.

- Arbetssätt kring delegering och fördelning av uppdrag till hemtjänsten/undersköterskor

Vilken yrkeskategori som utför insatsen påverkar kostnaden för utförandet. Kostnaden för undersköterska att utföra en insats är lägre än för en sjuksköterska. Kommuner med en högre andel delegerad tid eller fördelning av uppdrag har en större sannolikhet att få lägre kostnader per patient. Under förutsättning att kvaliteten i den delegerade tiden är god, det vill säga att personalen som erhåller delegeringen har tillräcklig kunskap för att utföra uppgifterna. Eftersom kostnaden per timme är högre för legitimerad personal än för undersköterskor blir kostnaden för ett besök är lägre om hemtjänsten genomför det än om legitimerad personal utför besöken.

- Insatsmix inom kommunal vård och omsorg

Kommuner som har en hög andel särskilt boende har med största sannolikhet högre kostnader för hälso- och sjukvård då i princip alla som har ett beslut om särskilt boende också är inskrivna i hemsjukvården. Därmed medför detta att kostnaderna också kan bli lägre för vård i hemmet. Därmed blir visserligen fler inskrivna totalt vilket påverkar bemanning av legitimerad personal och kostnaderna för hälso- och sjukvård men kostnaden kan vara lägre för vård i hemmet. Medelkostnaden per patient kan bli högre i särskilt boende än om personen hade vårdats i hemmet. Motsvarande omvända effekt kan inträffa om det är stor brist på särskilt boende platser så att en hög andel patienter vårdas i hemmet i stället för på särskilt boende. Då kan kostnaden per patient också bli betydligt högre i hemmet än på särskilt boende.

- Övriga möjliga påverkansfaktorer

Kommuner som inte har lyckats rekrytera tillräckligt med personal i egen regi utan tvingas hyra in extra personal får därmed en högre personalkostnad.

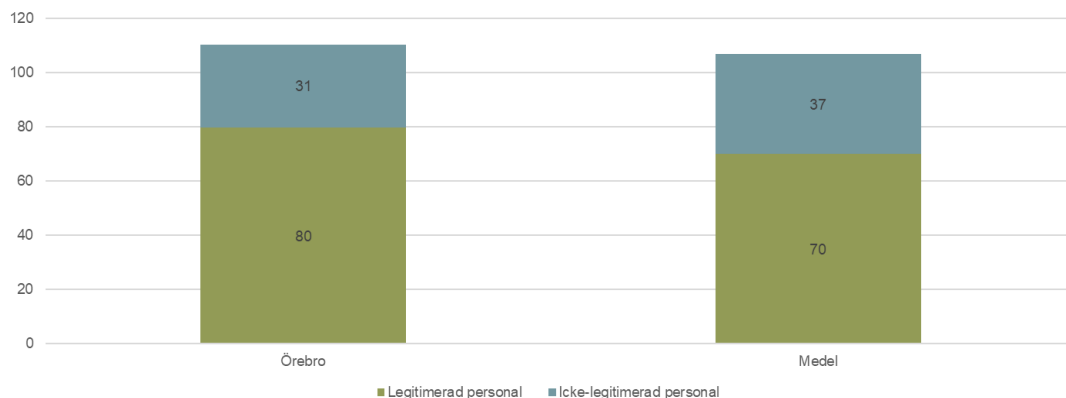
De faktorer som anses ha störst påverkan på kostnadsnivån är vilket arbetssätt som finns mellan kommun och region, andel patienter som är inskrivna av befolkningen samt patientmixen. Flera av faktorerna har belysts på ett kvantitativt sätt tidigare i rapporten.

Alla ovanstående faktorer är påverkbara för kommunerna i någon form och alla faktorerna bör uppmärksammas och följas upp så att inte kostnaderna ökar oproportionerligt inom något område. Det finns många olika åtgärder som en kommun kan vidta, till exempel att satsa på utbildning för ökad delegerad tid, förändra resrutter, bättre rutiner vid provtagning, insatser för att behålla personal, minska den indirekta tiden för ökad produktivitet, rutiner för inskrivning med mera.

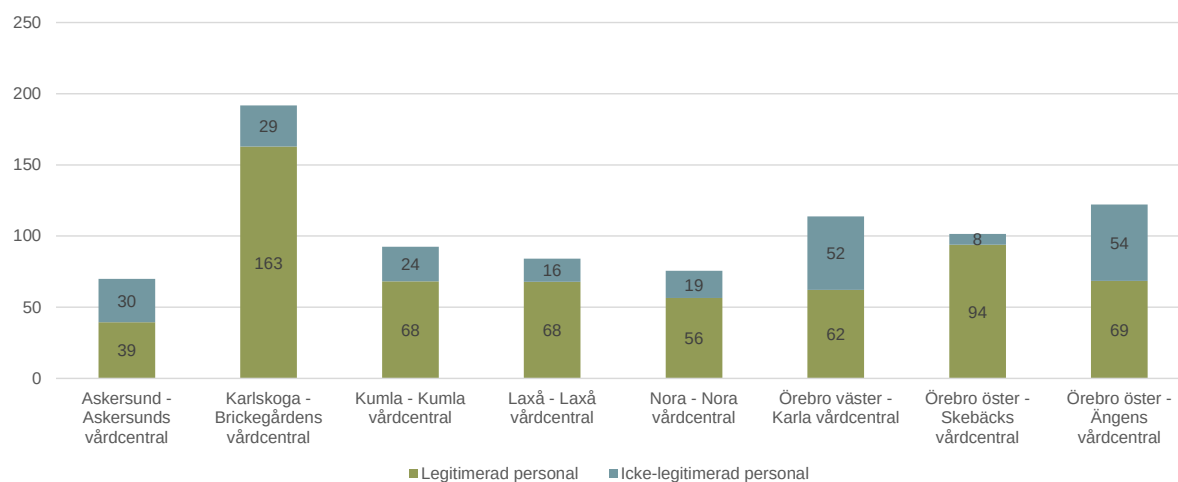
Bilaga 1 – Mätning av FT insatser

Region Örebro har ett specifikt upplägg med att fysioterapeuterna (FT) inom vård i hemmet tillhör regionens verksamhet. Detta gör att det är svårt att jämföra FT.

I detta avsnitt redovisas en serie av diagram som vi visar olika perspektiv på FTs verksamhet

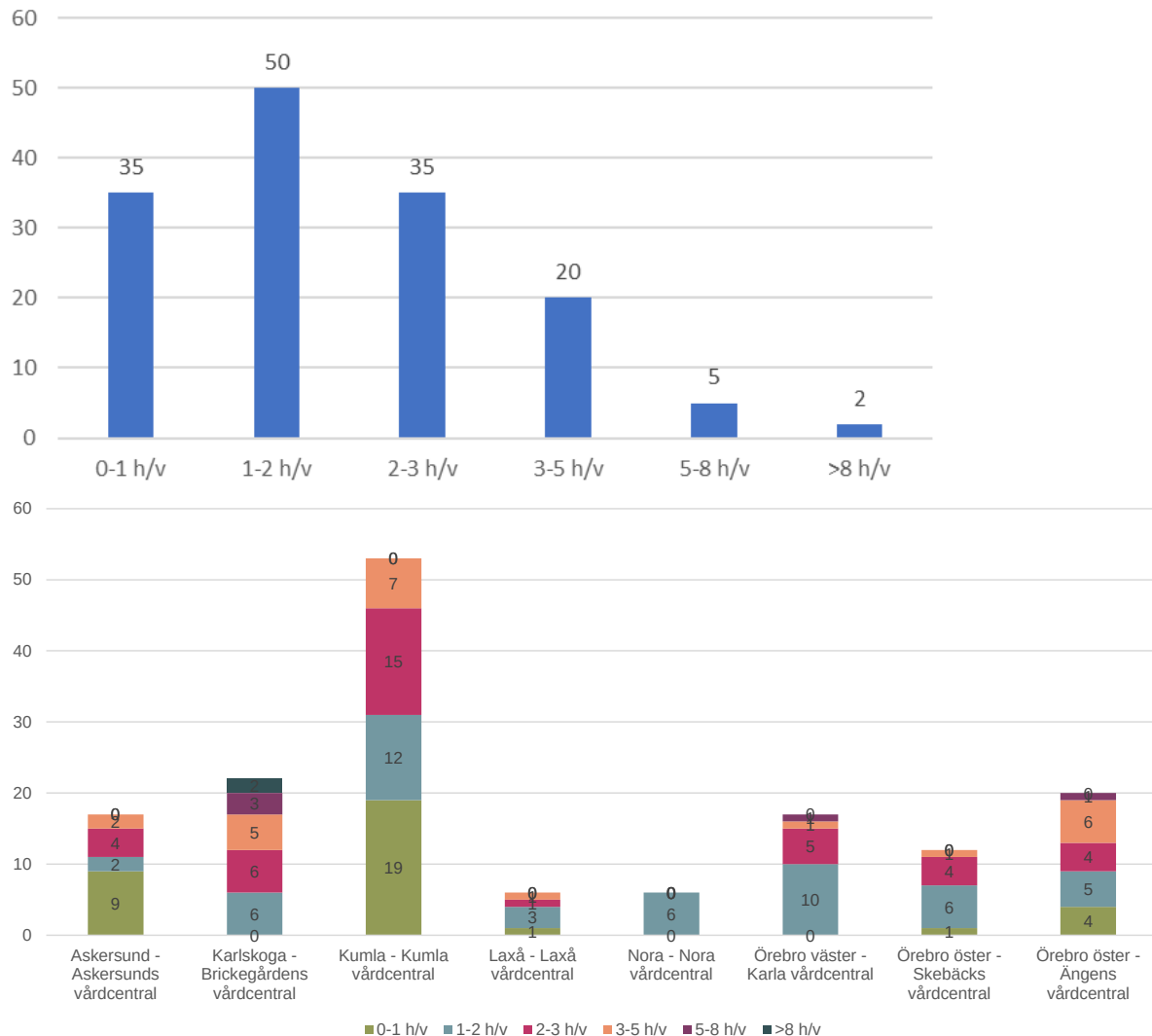


Antal timmar per patient är något högre än andra kommuner medan FT utför arbetsuppgifterna själva i högre utsträckning än andra kommuner. Nedanstående diagram visar uppdelningen per vårdcentral

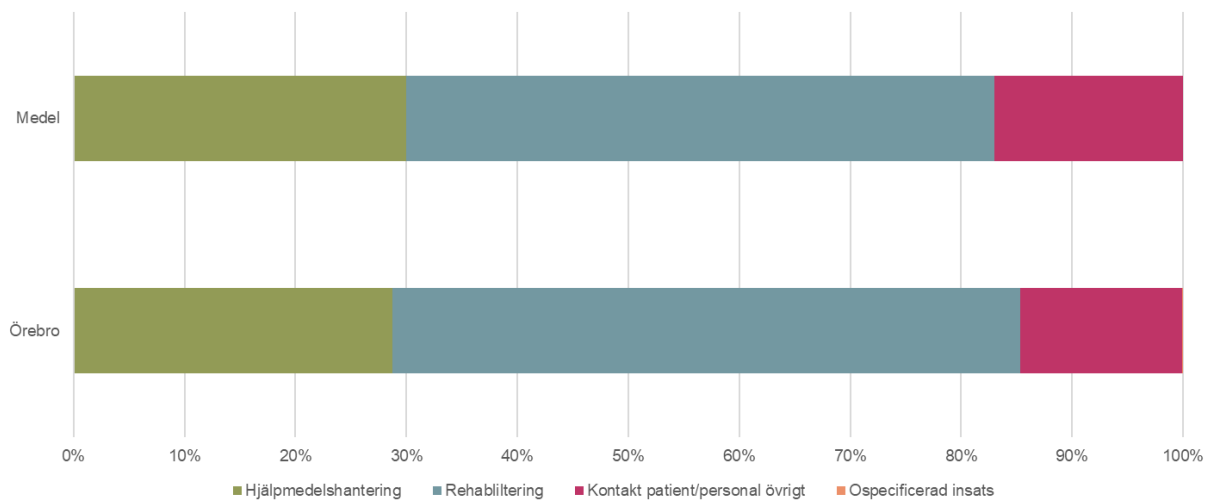


Ovanstående diagram visar att det är stor variation i utfall mellan vårdcentralerna.

Nedanstående diagram visar patientmixen uttryckt i timmar per vecka för patienterna som var med vid mätningen. Efterföljande diagram visar fördelningen per vårdcentral. Diagrammet visar på att det är en naturlig variation av både "lätta" och resurskrävande patienter.



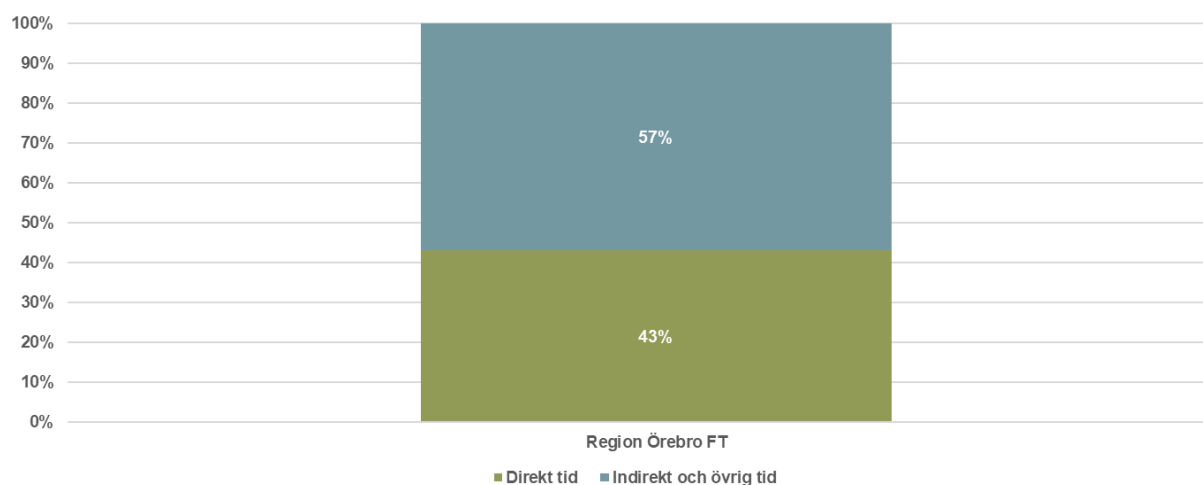
Hur ser mixen av de utförda insatserna ut? I jämförelse med andra kommuner utför Region Örebro en högre andel rehabiliterande insatser



Vem utför insatserna? Nedanstående diagram visar att det är framför allt rehabilitering som fördelas till andra professioner, annars utförs insatserna av FT själva.

Andel utfört av FT			
Kommun	Hjälpmedelshantering	Rehabilitering	Kontakt patient/personal övrigt
Askersund - Askersunds vårdcentral	100%	50%	100%
Karlskoga - Brickegårdens vårdcentral	100%	64%	100%
Kumla - Kumla vårdcentral	100%	66%	100%
Laxå - Laxå vårdcentral	71%	84%	100%
Nora - Nora vårdcentral		73%	100%
Örebro väster - Karla vårdcentral	97%	46%	93%
Örebro öster - Skebäcks vårdcentral	100%	90%	100%
Örebro öster - Ängens vårdcentral	82%	41%	100%

Hur stor andel av FTs arbetstid är patientrelaterad tid? Nedanstående diagram visar på detta.



Måttet är ovan är en uppskattning av andel direkt tid utifrån de uppgifter och mätningar som är gjorda. Vår uppfattning är att andelen direkt tid ligger över andra kommuner som har en ca. andel direkt på 40 %

Bilaga 2 – detaljuppgifter per kommun

Sjuksköterskor - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdr ag	Kostnad delegation/ uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	1 433	0,0%	0		
20-49 år	8	13 385	29	13 426	1	2 068	0,0%	13	26 811	20%
50-59 år	977	1 743 943	79	36 448	4	924	0,4%	1 927	445 098	92%
60-64 år	50	88 756	429	196 994	2	450	0,4%	635	142 875	10%
65-69 år	38	68 488	172	78 909	3	447	0,7%	330	49 132	18%
70-74 år	1	2 499	0	0	1	480	0,2%	5	2 499	100%
75-79 år	303	540 355	821	376 638	11	464	2,4%	1 976	83 363	27%
80-84 år	440	785 406	1 616	741 695	16	331	4,8%	4 614	95 444	21%
85-89 år	274	488 151	1 897	870 519	15	168	8,9%	8 087	90 578	13%
90- år	344	614 549	781	358 585	12	84	14,3%	11 585	81 094	31%
Summa	2 435	4 345 531	5 824	2 673 213	65	6 849	0,9%	1 025	107 981	29%

Under 65 år	1 034	1 846 084	538	246 868	7	4 875	0,1%	429	298 993	66%
Över 65 år	1 401	2 499 448	5 286	2 426 346	58	1 974	2,9%	2 495	84 927	21%
65 - 79 år	343	611 341	992	455 546	15	1 391	1,1%	767	71 126	26%
Över 80 år	1 058	1 888 106	4 294	1 970 799	43	583	7,4%	6 619	89 742	20%

Hällefors SSK – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Sjuksköterskor - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdr ag	Kostnad delegation/ uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	5 293	0,0%	0		
20-49 år	23	38 630	93	42 477	3	7 777	0,0%	10	27 036	20%
50-59 år	175	288 720	101	46 381	5	3 074	0,2%	109	67 020	63%
60-64 år	325	536 064	874	400 979	7	1 458	0,5%	643	133 863	27%
65-69 år	279	459 815	715	328 093	8	1 439	0,6%	548	98 489	28%
70-74 år	864	1 425 246	2 777	1 274 689	25	1 563	1,6%	1 727	107 997	24%
75-79 år	1 260	2 077 936	2 922	1 341 353	32	1 430	2,2%	2 391	106 853	30%
80-84 år	1 370	2 176 325	4 167	1 912 575	45	828	5,4%	4 938	90 864	25%
85-89 år	1 004	1 656 619	2 891	1 327 015	45	433	10,4%	6 891	66 303	26%
90- år	2 234	3 683 884	5 832	2 676 905	68	306	22,2%	20 787	93 541	28%
Summa	7 534	12 343 237	20 371	9 350 466	238	23 601	1,0%	919	91 150	27%

Under 65 år	524	863 413	1 067	489 837	15	17 602	0,1%	77	90 217	33%
Över 65 år	7 011	11 479 824	19 304	8 860 630	223	5 999	3,7%	3 391	91 213	27%
65 - 79 år	2 403	3 962 996	6 414	2 944 135	65	4 432	1,5%	1 558	106 264	27%
Över 80 år	4 608	7 516 827	12 890	5 916 495	158	1 567	10,1%	8 573	85 021	26%

Lindesberg SSK – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Sjuksköterskor - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdr ag	Kostnad delegation/ uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	5 745	0,0%	0		
20-49 år	70	148 266	26	12 083	2	8 152	0,0%	20	80 175	73%
50-59 år	213	449 311	555	254 683	6	2 771	0,2%	254	117 332	28%
60-64 år	173	364 192	91	41 918	4	1 029	0,4%	395	101 528	65%
65-69 år	189	399 690	326	149 647	6	1 098	0,5%	500	91 556	37%
70-74 år	169	356 886	628	288 380	7	1 110	0,6%	581	92 181	21%
75-79 år	981	2 069 450	2 006	920 961	29	1 092	2,7%	2 738	103 118	33%
80-84 år	1 813	3 825 160	4 428	2 032 529	43	666	6,5%	8 795	136 225	29%
85-89 år	1 063	2 243 297	3 015	1 383 708	26	297	8,8%	12 212	139 500	26%
90- år	1 648	3 478 240	4 545	2 086 379	47	184	25,5%	30 242	118 396	27%
Summa	6 319	13 334 492	15 622	7 170 290	170	22 144	0,8%	926	120 616	29%

Under 65 år	456	961 769	673	308 685	12	17 697	0,1%	72	105 871	40%
Över 65 år	5 864	12 372 723	14 949	6 861 605	158	4 447	3,6%	4 325	121 736	28%
65 - 79 år	1 339	2 826 026	2 961	1 358 988	42	3 300	1,3%	1 268	99 643	31%
Över 80 år	4 524	9 546 697	11 988	5 502 617	116	1 147	10,1%	13 121	129 735	27%

Kumla SSK – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Sjuksköterskor - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdr ag	Kostnad delegation/ uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	6 634	0,0%	0		
20-49 år	126	259 455	239	109 660	6	10 321	0,1%	36	61 519	35%
50-59 år	188	386 972	722	331 223	8	4 139	0,2%	174	89 774	21%
60-64 år	81	167 126	210	96 592	4	1 792	0,2%	147	65 930	28%
65-69 år	589	1 210 608	750	344 093	15	1 764	0,9%	881	103 647	44%
70-74 år	565	1 161 461	2 448	1 123 817	31	1 725	1,8%	1 325	73 719	19%
75-79 år	957	1 966 645	3 241	1 487 593	62	1 866	3,3%	1 851	55 714	23%
80-84 år	1 680	3 453 381	5 521	2 534 190	93	1 182	7,9%	5 066	64 382	23%
85-89 år	1 389	2 855 683	6 872	3 154 160	119	656	18,1%	9 161	50 503	17%
90- år	1 595	3 278 049	6 774	3 109 080	109	358	30,4%	17 841	58 598	19%
Summa	7 172	14 739 380	26 776	12 290 406	447	30 437	1,5%	888	60 469	21%

Under 65 år	396	813 553	1 171	537 475	18	22 886	0,1%	59	75 057	25%
Över 65 år	6 776	13 925 827	25 606	11 752 931	429	7 551	5,7%	3 401	59 857	21%
65 - 79 år	2 111	4 338 714	6 439	2 955 502	108	5 355	2,0%	1 362	67 539	25%
Över 80 år	4 665	9 587 113	19 167	8 797 429	321	2 196	14,6%	8 372	57 273	20%

Karlskoga SSK – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Sjuksköterskor - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdr ag	Kostnad delegation/ uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	37 089	0,0%	0		
20-49 år	748	1 179 328	912	418 794	12	64 842	0,0%	25	133 177	45%
50-59 år	486	817 187	1 049	481 583	23	18 504	0,1%	70	56 468	32%
60-64 år	1 405	2 065 036	2 085	956 865	26	7 620	0,3%	397	116 227	40%
65-69 år	2 088	4 663 456	3 752	1 722 012	43	7 400	0,6%	863	148 499	36%
70-74 år	3 479	7 991 428	5 135	2 357 119	73	7 381	1,0%	1 402	141 761	40%
75-79 år	7 047	14 843 015	8 988	4 125 550	146	6 700	2,2%	2 831	129 922	44%
80-84 år	7 192	12 104 097	14 818	6 801 630	194	3 911	5,0%	4 834	97 452	33%
85-89 år	6 231	14 957 018	10 917	5 010 719	187	2 105	8,9%	9 486	106 779	36%
90- år	11 427	18 179 142	15 980	7 334 981	225	1 435	15,7%	17 780	113 396	42%
Summa	40 102	76 799 707	63 637	29 209 253	929	156 987	0,6%	675	114 111	39%

Under 65 år	2 640	4 061 551	4 046	1 857 242	61	128 055	0,0%	46	97 029	39%
Över 65 år	37 463	72 738 155	59 590	27 352 012	868	28 932	3,0%	3 459	115 311	39%
65 - 79 år	12 613	27 497 899	17 875	8 204 681	262	21 481	1,2%	1 662	136 269	41%
Över 80 år	24 850	45 240 256	41 715	19 147 330	606	7 451	8,1%	8 641	106 250	37%

Örebro SSK – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Arbetssterapeut - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdr ag	Kostnad delegation/ uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	1 433	0,0%	0		
20-49 år	40	83 581	0	0	0	2 068	0,0%	40	83 581	100%
50-59 år	159	330 279	0	0	3	924	0,3%	357	110 093	100%
60-64 år	0	0	0	0	0	450	0,0%	0		
65-69 år	0	0	0	0	0	447	0,0%	0		
70-74 år	31	64 708	0	0	2	480	0,4%	135	32 354	100%
75-79 år	167	346 455	26	11 934	3	464	0,6%	772	119 463	87%
80-84 år	75	155 029	18	8 055	3	331	0,9%	493	54 361	81%
85-89 år	285	590 457	0	0	5	168	3,0%	3 515	118 091	100%
90- år	253	524 401	138	63 250	5	84	6,0%	6 996	117 530	65%
Summa	1 010	2 094 909	181	83 240	22	6 849	0,3%	318	99 007	85%

Under 65 år	200	413 859	0	0	4	4 875	0,1%	85	103 465	100%
Över 65 år	811	1 681 050	181	83 240	18	1 974	0,9%	894	98 016	82%
65 - 79 år	198	411 163	26	11 934	5	1 391	0,4%	304	84 619	88%
Över 80 år	612	1 269 887	155	71 306	13	583	2,2%	2 301	103 169	80%

Hällefors AT – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Arbets terapeut - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdrag	Kostnad delegation/uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	5 293	0,0%	0		
20-49 år	92	62 747	0	0	2	7 777	0,0%	8	31 374	100%
50-59 år	169	98 717	0	0	3	3 074	0,1%	32	32 906	100%
60-64 år	121	79 213	127	58 214	6	1 458	0,4%	94	22 905	49%
65-69 år	159	80 732	56	25 777	4	1 439	0,3%	74	26 627	74%
70-74 år	430	260 341	181	83 132	11	1 563	0,7%	220	31 225	70%
75-79 år	887	585 827	110	50 266	19	1 430	1,3%	445	33 479	89%
80-84 år	1 313	746 331	518	237 797	29	828	3,5%	1 189	33 935	72%
85-89 år	664	394 947	291	133 398	20	433	4,6%	1 220	26 417	70%
90- år	622	274 968	23	10 741	11	306	3,6%	934	25 974	96%
Summa	4 455	2 583 823	1 306	599 325	105	23 601	0,4%	135	30 316	77%

Under 65 år	382	240 677	127	58 214	11	17 602	0,1%	17	27 172	75%
Över 65 år	4 074	2 343 146	1 179	541 111	94	5 999	1,6%	481	30 684	78%
65 - 79 år	1 475	926 899	347	159 176	34	4 432	0,8%	245	31 943	81%
Över 80 år	2 598	1 416 247	832	381 936	60	1 567	3,8%	1 148	29 970	76%

Lindesberg AT – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Arbsterapeut - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdrag	Kostnad delegation/uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	5 745	0,0%	0		
20-49 år	0	0	0	0	0	8 152	0,0%	0		
50-59 år	111	101 653	0	0	1	2 771	0,0%	37	101 653	100%
60-64 år	155	142 912	0	0	2	1 029	0,2%	139	71 456	100%
65-69 år	146	133 942	0	0	2	1 098	0,2%	122	66 971	100%
70-74 år	255	234 399	0	0	2	1 110	0,2%	211	117 200	100%
75-79 år	614	565 069	16	7 160	9	1 092	0,8%	524	63 581	98%
80-84 år	523	480 757	7	2 984	11	666	1,7%	726	43 976	99%
85-89 år	207	190 748	0	0	6	297	2,0%	642	31 791	100%
90- år	298	274 462	0	0	11	184	6,0%	1 492	24 951	100%
Summa	2 309	2 123 941	22	10 144	44	22 144	0,2%	96	48 502	99%

Under 65 år	266	244 564	0	0	3	17 697	0,0%	14	81 521	100%
Över 65 år	2 043	1 879 377	22	10 144	41	4 447	0,9%	425	46 086	99%
65 - 79 år	1 015	933 410	16	7 160	13	3 300	0,4%	285	72 352	98%
Över 80 år	1 028	945 967	7	2 984	28	1 147	2,4%	827	33 891	99%

Kumla AT – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Arbsterapeut - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppdrag	Kostnad delegation/uppdrag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	0	0	0	0	0	6 634	0,0%	0		
20-49 år	75	114 227	0	0	1	10 321	0,0%	11	114 227	100%
50-59 år	0	0	0	0	0	4 139	0,0%	0		
60-64 år	0	0	0	0	0	1 792	0,0%	0		
65-69 år	444	678 408	290	133 064	6	1 764	0,3%	460	135 245	60%
70-74 år	86	131 113	0	0	2	1 725	0,1%	76	65 556	100%
75-79 år	350	534 383	42	19 094	6	1 866	0,3%	297	92 246	89%
80-84 år	637	973 610	294	134 795	9	1 182	0,8%	938	123 156	68%
85-89 år	1 238	1 892 391	110	50 361	17	656	2,6%	2 962	114 280	92%
90- år	365	558 222	186	85 328	7	358	2,0%	1 798	91 936	66%
Summa	3 195	4 882 353	921	422 643	48	30 437	0,2%	174	110 521	78%

Under 65 år	75	114 227	0	0	1	22 886	0,0%	5	114 227	100%
Över 65 år	3 120	4 768 126	921	422 643	47	7 551	0,6%	687	110 442	77%
65 - 79 år	879	1 343 904	332	152 159	14	5 355	0,3%	279	106 862	73%
Över 80 år	2 241	3 424 223	589	270 484	33	2 196	1,5%	1 682	111 961	79%

Karlskoga AT – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel

Arbets terapeut - Ordinärt boende										
	Timmar legitimerad personal	Kostnad legitimerad personal	Timmar delegation/uppd ag	Kostnad delegation/ uppdag	Antal patienter	Invånare	Andel patienter	Kostnad per invånare	Kostnad per helårspatient	Andel tid utförd av leg. pers.
0-19 år	381	360 002	5	2 387	3	37 089	0,0%	10	120 796	99%
20-49 år	3 370	3 184 727	42	19 094	28	64 842	0,0%	49	114 422	99%
50-59 år	2 669	2 522 102	136	62 534	27	18 504	0,1%	140	95 727	95%
60-64 år	1 084	1 024 101	0	0	13	7 620	0,2%	134	78 777	100%
65-69 år	2 332	2 204 489	177	81 330	26	7 400	0,4%	309	87 916	93%
70-74 år	3 665	3 463 636	187	85 925	44	7 381	0,6%	481	80 672	95%
75-79 år	6 233	5 891 130	505	231 997	71	6 700	1,1%	914	86 241	92%
80-84 år	5 297	5 006 238	258	118 445	65	3 911	1,7%	1 310	78 841	95%
85-89 år	4 694	4 436 747	433	198 701	56	2 105	2,7%	2 202	82 776	92%
90- år	3 400	3 212 986	164	75 483	47	1 435	3,3%	2 292	69 967	95%
Summa	33 123	31 306 158	1 908	875 896	380	156 987	0,2%	205	84 690	95%
Under 65 år	7 503	7 090 932	183	84 015	71	128 055	0,1%	56	101 056	98%
Över 65 år	25 621	24 215 227	1 725	791 881	309	28 932	1,1%	864	80 929	94%
65 - 79 år	12 230	11 559 255	870	399 252	141	21 481	0,7%	557	84 812	93%
Över 80 år	13 391	12 655 971	855	392 629	168	7 451	2,3%	1 751	77 670	94%

Örebro AT – Ordinärt boende, sammanställning över timmar, kostnad, delegerad tid och andel