

Ekonomiska konsekvenser av “Effektiv och nära vård 2030” i Region Uppsala: fokus äldre

Slutrapport

Författare: Inna Feldman

Diarienummer: LS2018-0658

Datum: 2021-12-17

Region Uppsala

Innehåll

1. Syftet med dokumentet	2
2. Grundläggande information	2
3. Syfte.....	3
4. Arbetsätt - processer och metoder.....	3
5. Befolkningsutveckling och vårdbehov	4
6. Insatser inom “Effektiv och nära vård 2030” - ekonomiska konsekvenser	7
6.1 Ekonomiska konsekvenser av äldremottagningar.....	9
6.2 Ekonomiska konsekvenser av samordnat och proaktiv vård i hemmet (hemsjukvård).....	11
6.3 Ekonomiska konsekvenser av närvårdplatser.....	14
7. Slutsatser	18
8. Fortsatt arbete	19
Referenser	20

1. Syftet med dokumentet

Syftet med detta dokument är att uppskatta ekonomiska konsekvenser av ”Effektiv och nära vård 2030” i Region Uppsala med fokus på målgruppen äldre.

2. Grundläggande information

Det är inte lätt att förutsäga vad som ska hända i framtiden, men en sak är säker. Vi kommer att ha begränsade resurser. De medicintekniska metoderna blir allt fler och avancerade samtidigt som vårdbehoven ökar i och med att befolkningen blir äldre. Det saknas dock ekonomiska förutsättningar att genomföra allt det som är önskvärt, därför är prioritering och effektivt resursutnyttjande ett måste.

Omställningen “Effektiv och nära vård” syftar till att prioritera rätt, att utveckla samspelet mellan primär och specialiserad vård. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhålls att det blir alltmer tydligt att primärvården har svårt att klara uppdraget som första linjens vård och det gör att det blir svårare att möta demografiska utmaningar i form av ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning.

Inom ramen för “Effektiv och nära vård 2030” pågår en utveckling av en ny vårdstruktur och ett utvecklat arbetssätt i region Uppsala, i samverkan med länets kommuner, med särskilt fokus på primärvården. Primärvården måste fungera som basen och navet i vården och behöver samspela med den **specialiserade vården**, den **kommunala primärvården och omsorgen** samt **andra samhällssektorer** som behövs utifrån patientens perspektiv.

Målet för omställningen handlar ytterst om god hälsa och minskad ojämlikhet. Mer konkret innebär målbilden mer vård nära på nya sätt, en mer samordnad och personcentrerad vård utifrån behov på rätt vårdnivå med stöd av rätt kompetenser samt förebyggande och hälsofrämjande. Äldre med komplexa behov är en av de prioriterade målgrupperna.

En rad konkreta förslag för införande av nya vårdtjänster och förändring av befintliga arbetssätt presenterades i slutrapporten “Effektiv och nära vård 2030” (Regionkontoret, 2018). Några av insatserna inriktade på äldre och multisjuka patienter är en samordnad vård i hemmet oavsett vårdnivå, närmottagningar för dem som bor på landsbygden, äldremottagningar för att tidigt kunna identifiera dem som riskerar stora vårdbehov samt vårdcentrum med jourverksamhet, teamsamverkan, personcentrerade arbetssätt och närvårdplatser (i samarbete med länets kommuner).

Dessutom finns insatser med stöd av digitala verktyg för effektiv uppföljning, självmonitorering, digital ingång och triagering samt digitala vård rum som ger möjlighet även till specialiserad vård på distans.

Emellertid kräver införande av Effektiv och nära vård väsentliga resurser för att utveckla, samordna och implementera insatserna. För att förstärka incitament hos medarbetare och beslutsfattare finns behov av att ge en rimlig uppskattning av potentiella hälsovinster och ekonomiska vinster av omställningen. Ekonomiska vinster handlar inte om besparingar utan om att på ett bättre och mer effektivt sätt använda begränsade resurser för att möta ökade behov i framtiden.

3. Syfte

Syftet med denna rapport är att uppskatta potentiella ekonomiska konsekvenser av olika insatser inom Effektiv och nära vård, med fokus på äldre (75+) med stora behov i Region Uppsala. Rapporten ska kunna nyttjas som ett underlag inför ordinarie planerings- och budgetprocess samt vägleda inför framtida beslut och prioriteringar.

4. Arbetsätt - processer och metoder

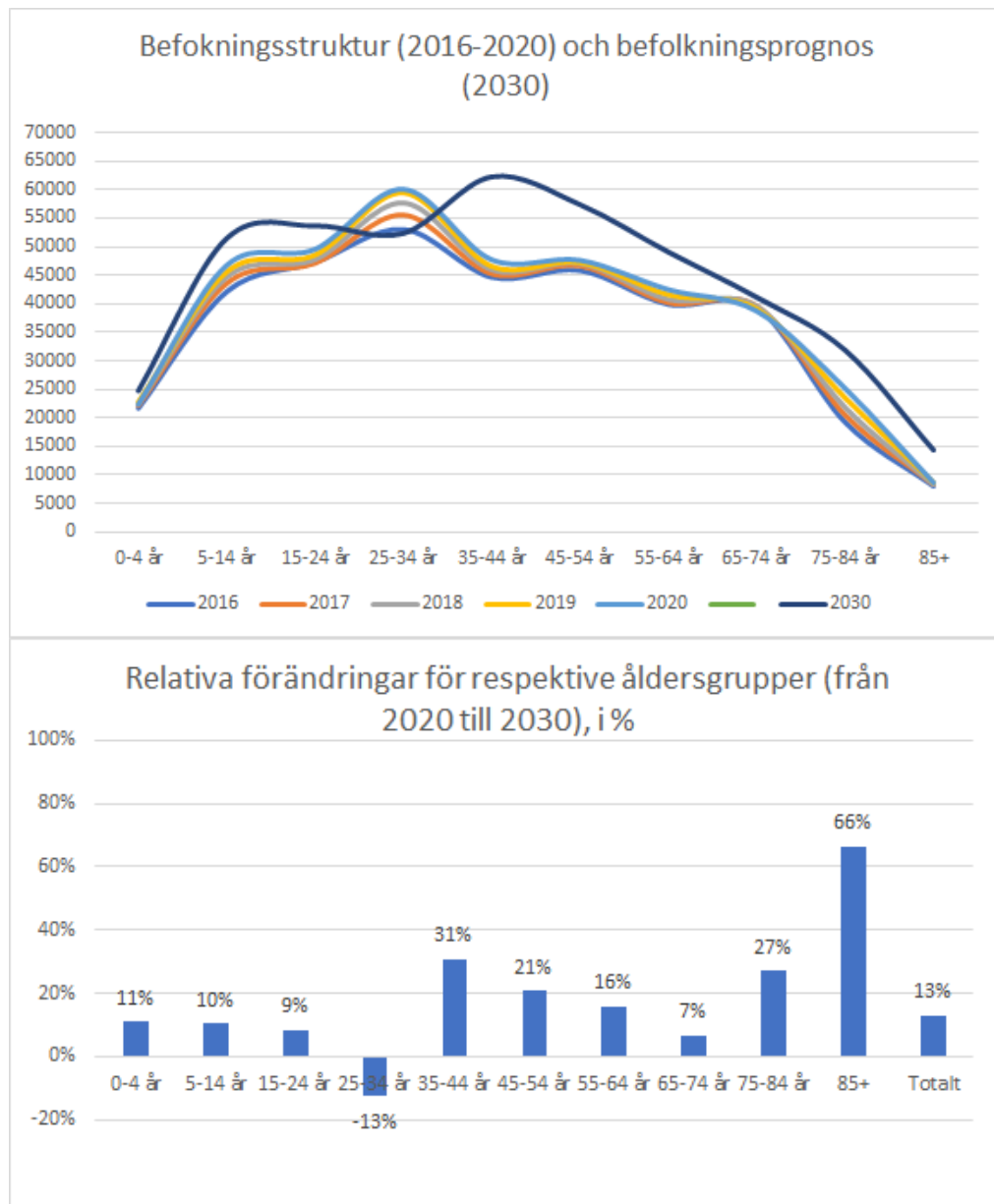
Det finns evidens som bekräftar att nyckelkomponenter som karakteriserar effektiv vård för äldre och multisjuka, såsom äldremottagningar, proaktiv och samordnad vård i hemmet samt tillgång till närvårdsplatser hjälper till att minska behov i och konsumtion av sjukhusvård och leder till att hälso- och sjukvårdsresurser kan frigöras och användas för annan vård.

I rapporten undersöks framtida vårdbehov som beräknas utifrån förändringar i befolkningsstruktur och befintliga trender i vårdutnyttjande bland äldre befolkning (75 år och äldre). Vidare, för att uppskatta potentiella ekonomiska vinster såsom undvikbara kostnader för olika insatser inom "Effektiv och nära vård 2030" i Region Uppsala, använder vi evidens och data från befintliga studier, rapporter och interna uppföljningar på nationell nivå som sedan applicerades på befolkningen i regionen, med särskild fokus på den äldre befolkningen.

5. Befolkningsutveckling och vårdbehov

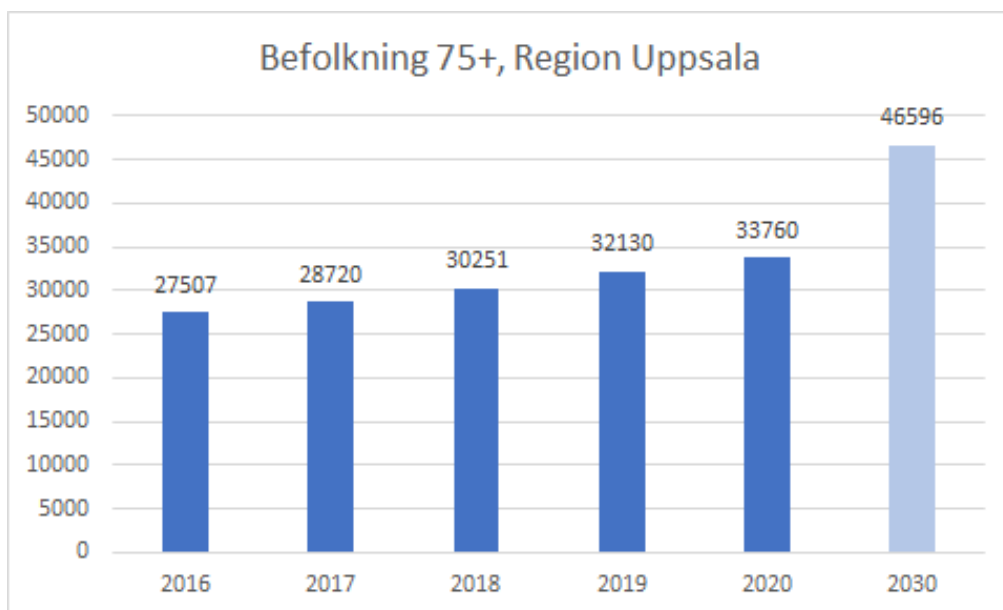
Enligt prognoser ökar befolkningen i Region Uppsala med 13 % (+ 50 000 invånare) år 2030 jämfört med 2020. I figur 1 presenteras förändringar för olika ålderskategorier under år 2016–2020 samt prognos för 2030 och i figur 2 illustreras relativa förändringar i respektive åldersgrupper år 2030 jämfört med år 2020.

Ökningen inom olika åldersgrupper är ojämn och ligger mellan 10 och 30 procentenheter, men den största procentuella ökningen förväntas bland de äldre, 85+. Den gruppen kommer att öka med 66 % jämfört med 2020.



Figur 1. Befolkningsstruktur (2016–2020) och Figur 2. Relativa förändringar för respektive befolkningsprognos (2030) för olika åldersgrupper (i %), år 2030 jämförs med år 2020 Region Uppsala.

År 2020 hade Region Uppsala 33 760 invånare som är 75 år eller äldre (9 % av befolkningen). Enligt befolkningsprognos kommer antalet som är 75+ att öka med ca 35 % och uppskattas till 46 596 personer (11 % av befolkningen). Förändringar i antal äldre presenteras i figur 3.



Figur 3. Ökande antal personer 75 år och äldre, från 2016 till 2020 och prognos för 2030.

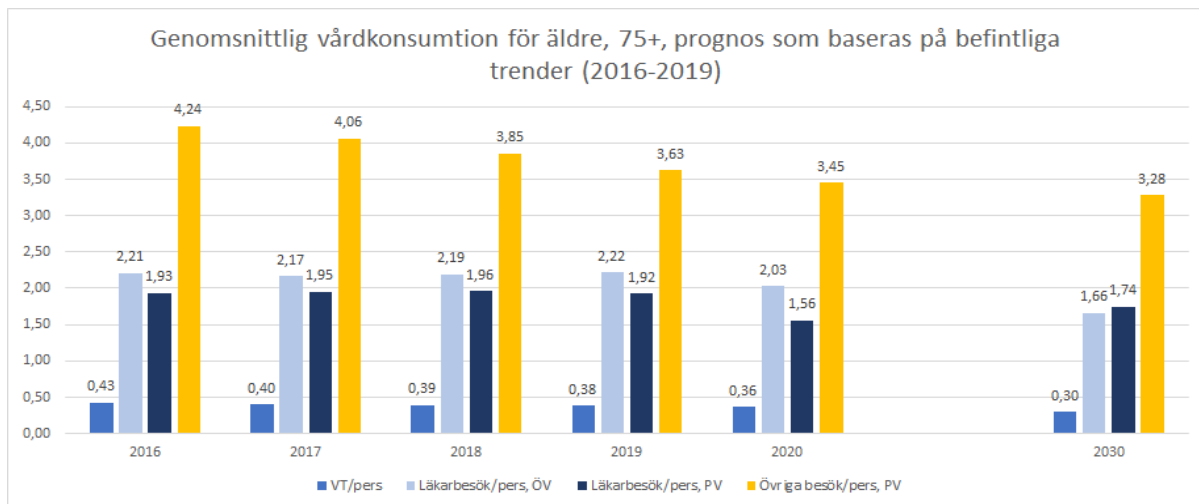
År 2019 konsumerade den här gruppen 87 692 vårddagar och 13 098 vårdtillfällen av slutenvård (30 % av slutenvården), 88 004 läkarbesök i specialiserad vård (20 % av alla specialistläkarbesök) samt 61 833 primärvårdsläkarbesök (30 % av alla läkarbesök i primärvården). Det är värt att notera att genomsnittligt antal primärvårdsläkarbesök per person var lägre än respektive mått för specialistläkarbesök, 1,92/pers. vs 2,2/pers.

Hur mycket resurser kommer den äldre gruppen av befolkningen behöva år 2030?

Sambandet mellan ökning i befolkningsstorlek och vårdkonsumtion är inte linjärt - vårdutvecklingen bidrar till kontinuerlig minskning av proportionen av slutenvård. Tillgång till befolkningsdata och vårdkonsumtionsstatistik gav oss en möjlighet att analysera trender vad gäller genomsnittligt vårdutnyttjande och även prognostisera detta till år 2030.

Prognoserna utgår från antagandet att utvecklingen i vården följer samma mönster år 2021–2030 som observerades under 2016–2019, utan de planerade strukturförändringarna inom Effektiv och nära vård. Vi har medvetet exkluderat år 2020, eftersom vårdkonsumtionsmönstret förändrades under pandemi COVID – 19.

I figur 4 presenteras prognos för en genomsnittlig vårdkonsumtion för äldre (75+) år 2030. Prognosen omfattar vårdtillfälle, besök hos specialistläkare på sjukhus och läkarbesök samt andra besök i primärvård.



Figur 4. Prognos för genomsnittlig vårdkonsumtion år 2030, per person som är 75 år eller äldre. VT - vårdtillfälle, ÖV - öppen specialiserad vård, PV - primärvård.

Nästa steg är att beräkna förväntat antal vårdtillfällen, och läkarbesök i specialiserad samt primärvård och jämföra data med den faktiska konsumtionen år 2019.

I tabell 1 presenteras framtidens vårdkonsumtion för år 2030 i jämförelse med den faktiska konsumtionen år 2019. Prognosen innebär att hälso-och sjukvård måste "frigöra" en del resurser för att möta framtida behov.

Exempelvis, måste specialiserad vård producera 7 % fler vårdtillfällen samt 13 % fler läkarbesök. Hur mycket skulle den "extra" produktionen kosta?

Utifrån den befintliga prisnivån för år 2019, när ett genomsnittligt vårddygn kostar 12 000 kr, medelvårdtid är för äldre patienter (75+) är 6,7 dygn och ett vårdtillfälle kostar 80 400 kr ([KPP Databas](#) | [SKR](#)), kostnader för läkarbesök värderas som 4 300 kr och för primärvårdsbesök hos läkare som 2 178 kr samt primärvårdsbesök hos övrig personal i primärvården kostar 726 kr (prislista Region Uppsala), beräknar vi tillägg till den befintliga budgeten som resulteras i ytterligare ca 177,6 miljoner kronor, se tabell 1.

Resurser	Fakta 2019/2020	Prognos 2030	Skillnad (+)	Skillnad (%)	Skillnad (kr)
Antal VT	12 270	13 147	877	7%	70 510 800 kr
Antal besök, läkare ÖV	68 521	77 273	8 752	13%	37 632 759 kr
Antal besök, läkare PV	61 833	81 097	19 264	31%	41 956 992 kr
Antal besök, övriga PV	114 963	152 795	37 832	33%	27 465 761 kr
Total					177 566 312 kr

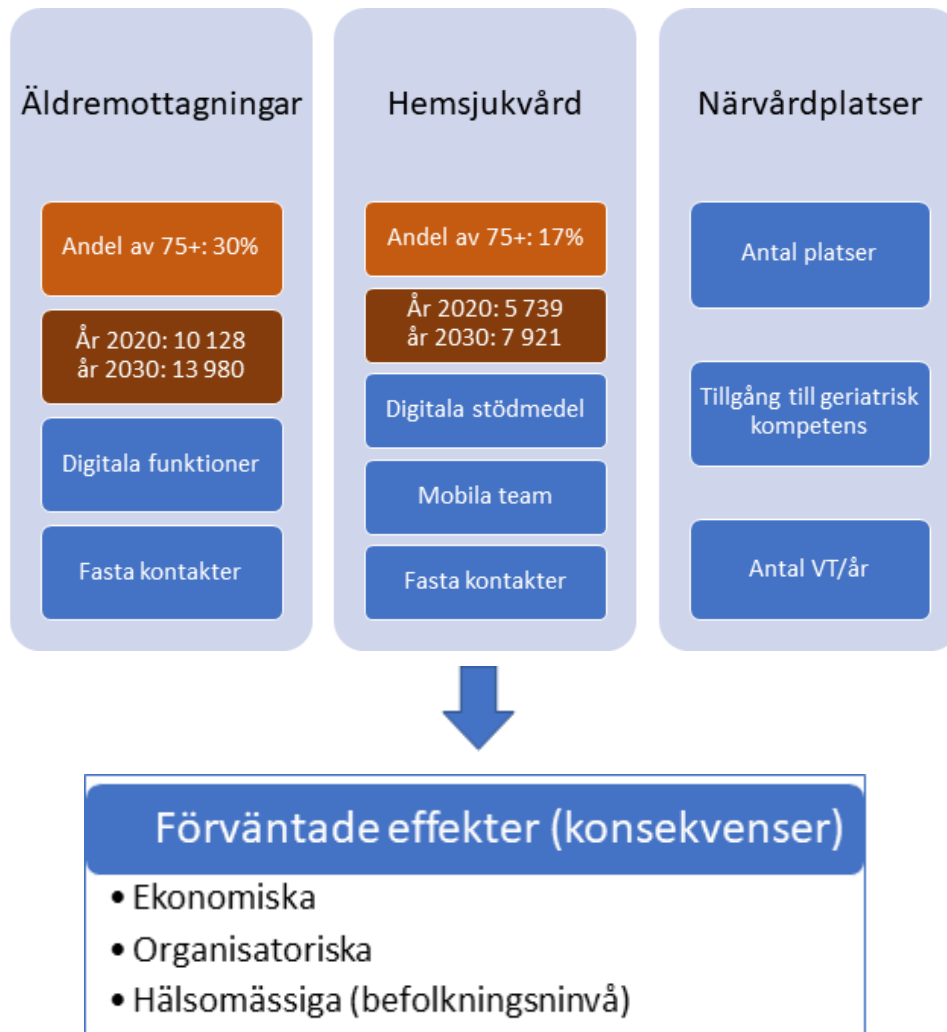
Tabell 1. Prognos för hälso- och sjukvårdskonsumtion för äldre (75+) och uppskattning av extrabehov år 2030 jämfört med 2019. VT – vårdtillfälle, ÖV – öppen specialiserad vård, PV - primärvård

Om vårdens struktur och utbud inte ändras (likadant som år 2019) måste cirka 177,6 miljarder kronor från hälso- och sjukvårdens budget frigöras för att tillfredsställa ökande behov för den äldre populationen. Med hänsyn till kontinuerliga underskott, personalbrist och problem med personalförsörjning är förändringar i den befintliga strukturen och arbetssätten ett **MÅSTE**.

6. Insatser inom “Effektiv och nära vård 2030” - ekonomiska konsekvenser

Tre olika tillvägagångssätt som ingår i omställningen “Effektiv och nära vård” är särskilt relevanta för att förbättra omhändertagande av äldre/multisjuka patienter. Dessa är **äldremottagningar**, utbyggd, proaktiv och samordnad **vård i hemmet** och utökat antal **närvårdsplatser**.

Struktur och innehåll av dessa tjänster kan varieras och har redan presenterats i respektive rapporter (Region Uppsala). För att värdera ekonomiska konsekvenser uppskattar vi storlekar av målgrupper och definierar de viktiga parametrarna och förväntade konsekvenser som vidare ska användas vid beräkningar. Dessa presenteras i figur 6.



Figur 6. Insatser inom "Effektiv och nära vård 2030" för bättre omhändertagare av äldre, målgrupperna och förväntade konsekvenser

Enligt olika källor (Nord et al, 2021, Ekerstad et al, 2018), utgör 30% av individer som är 75 år eller äldre en målgrupp för äldremottagningar. För Region Uppsala är det 10 128 personer år 2020 och uppskattas vara 13 980 personer år 2030. Målgruppen för hemsjukvård uppskattas som ca 17 % av 75+ (Marcusson et al. 2019), dvs 5 739 personer år 2020 som kommer att öka i antalet till 7 921 personer år 2030.

Vilka konsekvenser förväntas av införande av ovannämnda koncept?

Våra hypoteser är att **äldremottagningar** minskar risk för akuta besök, leder till undvikbar slutenvård och på så sätt kan dyra vårdstjänster ersättas med "mindre dyra", **närvårdplatser** bidrar till att dyra vårdplatser inom slutenvård kan ersättas med "mindre dyra", utbyggd vård i hemmet frigör vårdplatser inom slutenvård och minskar akut vård.

Dessutom får patienter snabbare diagnoser genom proaktivt arbetssätt, tillgängliga undersökningstjänster och digitala vårdtjänster samt restid för patienter och behovet av ambulans minskar.

För att beräkna **ekonomiska** konsekvenser för Region Uppsala definierar vi att antal “hårda” indikatorer eller utfall som direkt kan kopplas till “frigöring” av hälso-och sjukvårdsresurser, dvs undvikbara kostnader, se figur 7. Beroende på tjänster och åtgärder använder vi olika utfall/kombinations av utfall vid uppskattningar.



Figur 7. Indikatorer som används vid beräkningar av potentiella ”frigöranden” / “undvikbara kostnader” av hälso-och sjukvårdsresurser för olika insatser inom ”Effektiv och nära vård 2030” för äldre.

6.1 Ekonomiska konsekvenser av äldremottagningar

Det finns en stark evidens i internationell forskning att personcentrerad, integrerad och proaktiv vård minskar risk för akuta vårdtillfällen och återinläggningar (Bernsten et al, 2019), som i sin tur frigör resurser för hälso-och sjukvårdssystemet. Projekt som utvärderade införande av äldremottagningar i Region Östergötland genom randomiserade kontrollerade studien (Marcusson et al. 2019) ger oss en evidens angående olika utfall och effektivitet av den riktade insatsen för den äldre populationen.

I studien ingick nio vårdcentraler som följdes upp under två års tid och jämfördes med övriga vårdcentraler i regionen. De har alla skapat varianter av äldremottagningar för personer över 75 år, som i framtiden riskerar att få ett stort vårdbehov - förbyggande och proaktivt arbetssätt. Vilka dessa personer är har identifierats med hjälp av ett IT-verktyg som projektet har utvecklat.

Patienterna har därefter erbjudits en kontaktsjuksköterska som tillsammans med ansvarig läkare och andra aktörer, till exempel den kommunala hemsjukvården, har upprättat en vårdplan för varje patient. I stället för att behandla symtom och sjukdomar var för sig, har patienter på äldremottagningarna bedömts utifrån ett helhetsperspektiv. Där ingår medicinsk behandling och läkemedel, men även funktion, aktivitet, social situation och särskilt fokus på individens egna behov. Konceptet är ganska lika med de planerade strategier och arbetssätt som finns inom “Effektiv och nära vård 2030 i Uppsala”.

Tvåårsuppföljningen har visat att för patienterna vid äldremottagningar har antalet vård dagar i slutenvården sjunkit med 17 %, utan att antalet besök i primärvården har ökat. Projektledningen konstaterar att om hela regionen använder arbetssättet uppskattas den årliga effektiviseringen till minst 150 miljoner kronor.

Vi tillämpar evidens från projekt i Östergötland till äldrepopulationen i region Uppsala, med ett antagande att äldreomsorgar verkställs i hela regionen. Enligt olika källor (Marcusson et al, 2020, Lundqvist, 2018, – data från Linköping) är målgruppen för äldreomsorgar ca 25 – 30 % av befolkningen 75+.

Hälso-och sjukvårdsdata bekräftar ca 22 % av äldre 75+ står för slutenvårdskonsumtion årligen. Vi har valt ett konservativt tillvägagångssätt och räknade potentiella besparingar för en målgrupp för äldreomsorgar som omfattar 22 % av alla 75+, se tabell 2.

För Region Uppsala uppskattas gruppen bestå av 7 427 personer.

Kommun/region	Befolkning 75+, år 2030	Målgrupp ÄM (22% av befolkningen)
Håbo	1803	397
Älvkarleby	1080	238
Knivsta	1084	238
Heby	1639	361
Tierp	2482	546
Uppsala	18 186	4001
Enköping	4589	1010
Östhammar	2897	637
Region Uppsala	33 760	7 427

Tabell 2. Beräkning av storlek på målgrupp för äldreomsorgar (ÄM), prognos för 2030.

Hur mycket vårdresurser/slutenvårdsdagar konsumerade dessa människor år 2019? Enligt data från Socialstyrelsen rapporterades det 13 098 vårdtillfällen och 87 692 vårddagar.

Om äldreomsorgar är på plats och tar ett helhetsgrepp kring äldres hälsa minskar antal vårddagar med 17 %, i vårt fall med 14 908 dagar. Med en genomsnittlig kostnad för vårddag motsvarande 12 000 kr/dag ([KPP Databas](#) | [SKR](#)) beräknas potentiella undvikbara kostnader till 178 896 000 kr/år, se tabell 3.

Mått	År 2019	Minskning 17%	Kostnader, vård dag= 12 000 kr
Vårdtid i dagar	87 692	14 908	178 896 000 kr
Vårdtillfällen, antal	13 098		
Antal patienter i slutenvård	7 294		

Tabell 3. Potentiella årliga undvikbara kostnader som ett resultat av etablering av äldreomsorgar.

Beräkningarna stämmer överens med resultaten från Östergötland som har ungefär samma befolkningsstruktur. Utvärdering av projektet i Östergötland visar dessutom på väsentliga förbättringar i hälsoutfall bland de äldre.

Dödlighet var mycket lägre bland patienter som omfattades av äldreomsorgar 11,5 % vs 13,8 % under det första året samt 8,2 % vs 15,3 % under det andra året. Hälsorelaterad livskvalitet var också bättre hos patienter i äldreomsorgar (Lundqvist et al, 2019).

Äldreomsorgar har en stor potential att frigöra betydande resurser från hälso-och sjukvårdssystemet och leder till hälsovinster bland äldre populationer. De uppskattade årliga undvikbara kostnader (180 miljoner kronor) överstiger den planerade budgeten för att införa och driva äldreomsorgar (30 miljoner kronor).

Satsning på äldreomsorgar är därmed effektiv, då insatsen innebär effektiv användning av begränsade resurser och leder till bättre hälsa och minskat lidande för målgruppen. De undvikbara kostnaderna kan omdisponeras och nyttjas för andra patienter.

6.2 Ekonomiska konsekvenser av samordnat och proaktiv vård i hemmet (hemsjukvård)

Det finns olika definitioner och olika modeller för hemsjukvård för kroniskt sjuka/multisjuka äldre. Emellertid finns det en del gemensamma framgångsrika faktorer som sammanfattas i en rapport "Vård och omsorg i hemmet 2019" (SKR, 2020).

I första hand handlar det om:

- 1) Organisering, struktur och systematik.
- 2) Samverkan och teamarbete över gränser.
- 3) Proaktivt synsätt, prevention och rehabilitering.
- 4) Planering på individnivå och personcentrerad vård.

Internationella studier bekräftar att välfungerade hemsjukvård minskar konsumtion av slutenvård och leder till färre vårdtillfällen samt minskar antal akuta besök på sjukhuset (Damery et al, 2016, Philip et al, 2014).

Olika varianter av hemsjukvård som inkluderar mobila team, uppföljning och digital övervakning av patienter med kroniska sjukdomar, trygg utskrivningsprocess med mera har redan prövats vid olika delar av landet (Borgholm, Södra Älvsborg, Östersund, Järfälla, Södertälje, Haninge, Kungsholmen med flera).

De flesta implementerade teamarbetena bedrivs över gränsen mellan regioner och kommuner och visar positiva resultat vad det gäller minskat behov av slutenvård och förbättrad hälsa hos patienterna.

Ett fungerande exempel av hemsjukvårdsmodell i Borgholms kommun som kallas "hemsjukhuset" har visat stabila ekonomiska fördelar. Hemsjukhuset definieras som hemsjukvård och hemtjänst i nära samarbete med hälsocentral och ambulanssjukvård.

Huvudidén är att **tryggheten** på alla nivåer ska öka och att ej nödvändig slutenvård därmed successivt kan undvikas. Det finns fungerande arbetssätt för att garantera trygg, säker och kompetent vård för de mest sjuka äldre som omfattar bland annat följande rutiner, i nära samarbete mellan hälsocentralen och kommunal vård:

- Alla hemsjukhuspatienter listade hos fast doktor med helhetsansvar.
- Alla specialistläkare reserverar en timme varje dag för akuta hembesök.
- Tiden får bokas av kommunens sjuksköterskor samma dag.
- Tiden får bokas av ambulanssjuksköterskorna.
- Tiden kan bokas av distriktsläkaren efter telefonkontakt med patienten.
- Läkaren ser varje morgon om någon/några av hens patienter lagts in. Hen kontrollerar läget i journalen och ringer vid behov upp intagningsavdelning eller vårdavdelning för tidig avstämning (omvänd vårdplanering).

Den gemensamma journalen, med möjlighet till direkt information till hälsocentralen när en av patienterna lagts in på sjukhuset, var en av grundförutsättningarna för att på ett tryggt sätt kunna ta ett helhetsansvar.

En viktig del i hemsjukvårdsmodellen är delvis digitaliserad monitorering av kroniskt sjuka patienter. Monitorering i hemmet av hjärtsviktpatienter (vikt, andningsfrekvens och syrgashalt i blodet) utförs med hjälp av digitalt system **Cuviva**, människor med diabetes (blodsocker) och sköra äldre (vitalparametrar) monitoreras med enkla "dagsfrågor" men följs upp kontinuerligt.

Ekonomiska effekter av Borgholmsmodellen analyserades i en intern rapport i Region Kalmar och presenterades som ett arbetsmaterial när vårdkonsumtionen för patienter i hemsjukvård 75 år och äldre har analyserats. Härvidlag har konsumtionen för äldre patienter i befolkningen i Borgholm år 2018 jämförts med samma utfall för år 2014.

Dessutom jämförs konsumtionen för Borgholms Hälsocentrals äldre patienter med genomsnittet för övriga offentliga hälsocentraler i regionen. Enligt rapporten visar modellen positiva ekonomiska utfall och hälsoutfall för Borgholm jämfört med övriga hälsocentraler, se tabell 4.

Resurser	Borgholm VC 2014 – 2018. Ökning (+) / Minskning (-), per patient	Övriga VC Kalmar 2014 – 2018. Ökning (+) / Minskning (-), per patient	

	Förändringar i frekvenser (%)	Förändringar i kostnader (kr)	Förändringar i frekvenser (%)	Förändringar i kostnader (kr)	
VT sjukhus	-7,2%	-4 320	+12,7%	7620	
Akutbesök	-18,9%	-5 430	+9,3%	2790	
Besök PV	-7,1%	-107	+8,5%	127,5	
Besök ÖV	-7,8%	-234	+21,5%	645	
Hembesök	+57,1%	2 890	+1,3%	65	Skillnad
Totalt		-7 201		11 248	-18 448

Tabell 4. Förändringar i vårdkonsumtion och relaterade hälso- och sjukvårdskostnader för den äldre befolkningen med fungerande hemsjukvård (Borgholm) och för övriga i Region Kalmar.

Genomsnittligt antal vårdtillfällen, akuta besök, besök i specialiserad vård samt primärvårdsbesök har minskat i Borgholm, men ökat i övriga kommuner bland äldre patienter som är målgrupp för hemsjukvården. Däremot ökar antal hembesök i Borgholm i mycket större utsträckning jämfört med andra vårdcentraler i Region Kalmar.

I jämförelse med övriga vårdcentraler i regionen sparar Borgholmsmodell av hemsjukvården cirka **18 500 kr/per hemsjukvårdspatient per år**. Trots att så goda resultat infördes Borgholmsmodellen inte bredare i regionen. Orsaken kan vara att det behövs extern utvärdering med goda forskningsmetodik och lång uppföljningsperiod för att bekräfta de positiva resultaten.

Ett annat exempel från Södra Älvsborg bekräftar en stor ekonomisk potential av en fungerande modell med basen inom hemsjukvård när samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommunal hälso- och sjukvård organiserades som ett närsjukvårdsteam. Uppföljning och beräkningar visar minskad konsumtion av slutenvård (70 % minskning i antal vårddagar) och akuta besök (60 % minskning).

Enligt beräkningar (Norén, 2020) uppskattas nettobesparingarna för patienter hos närsjukvårdsteamet (besparingar minus kostnader) som ca 80 000 kr/person per år i jämförelse med ett sedvanligt omhändertagande. Men hänsyn till att utvärderingen var gjord under pågående projektarbete är dessa beräkningar förmodligen en överskattning.

Befintliga exempel från ordinarie verksamhet (Borgholm) och ett projekt (Södra Älvsborg) samt evidens från internationella studier tyder på att vi kan förvänta en mer optimal användning av begränsade hälso- och sjukvårdsresurser jämfört med de befintliga rutinerna vad det gäller behandling och omhändertagande av multisjuka äldre - en målgrupp för vård i hemmet.

Hur kan vi uppskatta potentiella undvikbara kostnader om liknande modell av proaktiv och samordnad hemsjukvård implementeras i Region Uppsala? Enligt olika bedömningar uppskattas andelen av hemsjukvårdens patienter mellan 11 och 17 procent av äldre populationen (75+) och enligt våra prognoser för 2030, beräknas den här gruppen som 5126 – 7921 personer. Även om vi tar den lägsta procentenheten, 5126 patienter, leder införande av en fungerande och effektiv hemsjukvårdmodell (liknande Borgholms hemsjukvård) till frigöring av ca **95 miljoner kronor** årligen jämfört med den befintliga situationen.

En stor del av hemsjukvårdspatienterna är äldre med kroniska sjukdomar, hjärtsvikt, KOL och diabetes. Evidensen bekräftar att kontinuerlig uppföljning och monitorering samt känsla av trygghet minskar behov och konsumtion av dyra hälso-och sjukvårdsresurser, så som akuta besök och slutenvård. I både Borgholms och Södra Älvsborgs modeller får patienter med kroniska tillstånd en särskild uppmärksamhet och målinriktat omhändertagande. I Borgholm infördes en digitaliserad uppföljning av hjärtsviktpatienter med hjälp av ett specialiserat system "Cuviva". Resultaten utvärderades och demonstrerade framgångsrika effekter när konsumtion av alla hälso-och sjukvårdsresurser minskade dramatiskt, se tabell 5.

	Juni-okt 2017	Juni-okt 2018
Akutinläggningar - Hjärtsviktsrelaterade	38	0
Ambulanstransporter	6	0
Läkarbesök hälsocentralen - Hjärtsviktsrelaterade	24	3
Primärvårdskontakter – Generellt - (inkl. läkare)	135	128

Tabell 5. Förändringar i hälso-och sjukvårdskonsumtion bland hjärtsviktpatienter efter införande av ett digitalt uppföljningssystem. Data från Borgholms hälsocentral

Totalt fanns det 16 patienter med hjärtsvikt som testades med digital monitorering. Under de fyra projektmånaderna var ingen av dem akutinlagd på sjukhuset eller transporterades med ambulans. Även antal av de fysiska besöken hos läkare har minskat. Undvikbara kostnader för hälso-och sjukvårdberäknades som ca 54 000 kr/hjärtsviktpatient/år.

I region Uppsala finns det ungefär 500 patienter med hjärtsvikt som kräver kontinuerlig uppföljning och det finns en stor potential vid införande av digitala system. Om vi applicerar resultaten från det digitala projektet i Borgholm på dessa patienter kan vi förvänta att undvika hälso-och sjukvårdskostnader på 27 miljoner kronor per år för regionen.

En proaktiv, samordnad och utbyggd vård i hemmet bidrar till effektivt resursutnyttjande inom hälso-och sjukvård jämfört med nuvarande praxis. Enligt den tillgängliga evidensen överstiger de uppskattade årliga undvikbara kostnaderna (94 – 100 miljoner kronor) de planerade kostnaderna för implementeringsinsatserna och driftkostnaderna.
Satsning på proaktiv, samordnad och utbyggd vård i hemmet är effektiv.

6.3 Ekonomiska konsekvenser av närvårdplatser

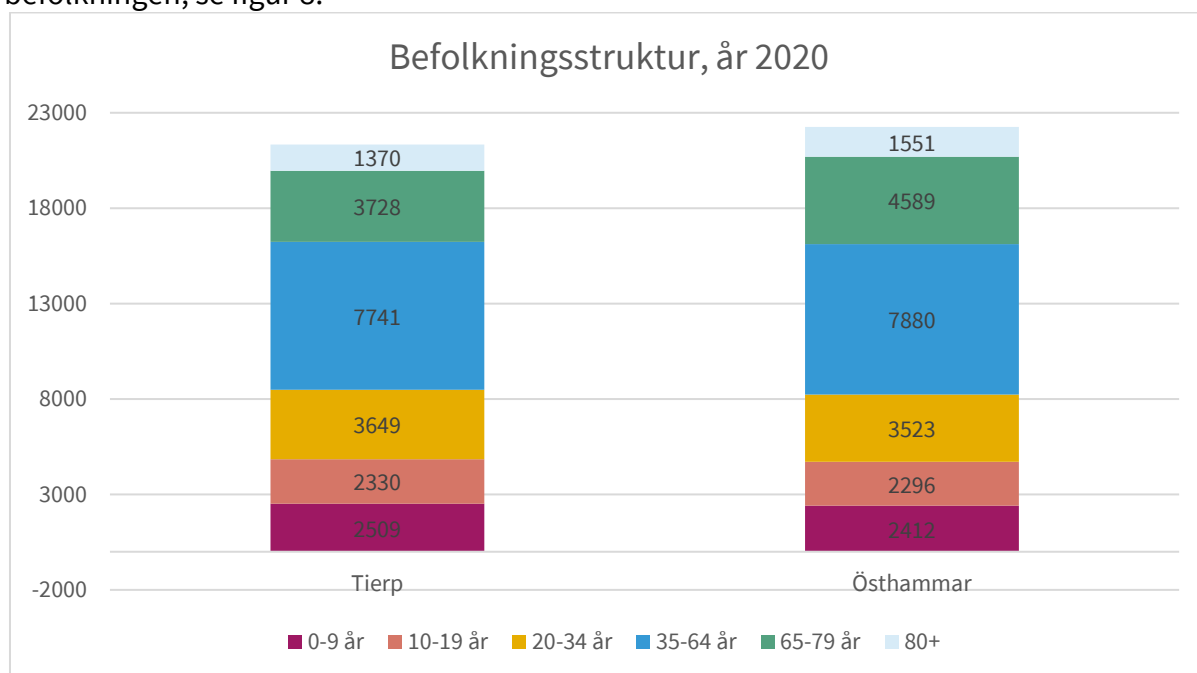
Närvårdplatser ingår som en del i vårdcentrumutvecklingen. Målgrupperna är patienter med behov av vård på primärvårdsnivå dygnet runt exempelvis äldre med omfattande vårdbehov eller andra patienter från 17 år med nedsatt allmäntillstånd där allvarlig psykiatrisk eller

somatisk sjukdom uteslutits. Inflödet av patienter ska i första hand ske via den kommunala och regionala primärvården. Vård ska även kunna ges som dagvård.

Det ska finnas tillgängliga närvårdsplatser för akuta inskrivningar från regional och kommunal primärvård samt sjukhusansluten hälso- och sjukvård i hemmet. Syftet med närvårdsplatserna är att undvika onödig sjukhusvård och att ge bättre möjligheter till samordnad och nära vård för patienten. De flesta patienter är 80 år gammal eller äldre

En enkel beräkning visar att om en dag på närvårdsplatsen (kostnad 5 600 kr) ersätter en dag på sjukhuset (kostnad 12 000 kr) blir de årliga besparingar minst 1 920 000 kronor. Dessutom vinnas det en internationell evidens att bra omhändertagande av gamla och multisjuka patienter på primärvårdsbaserade vårdplatser bidrar till minskad konsumtion av akuta besök och slutenvård.

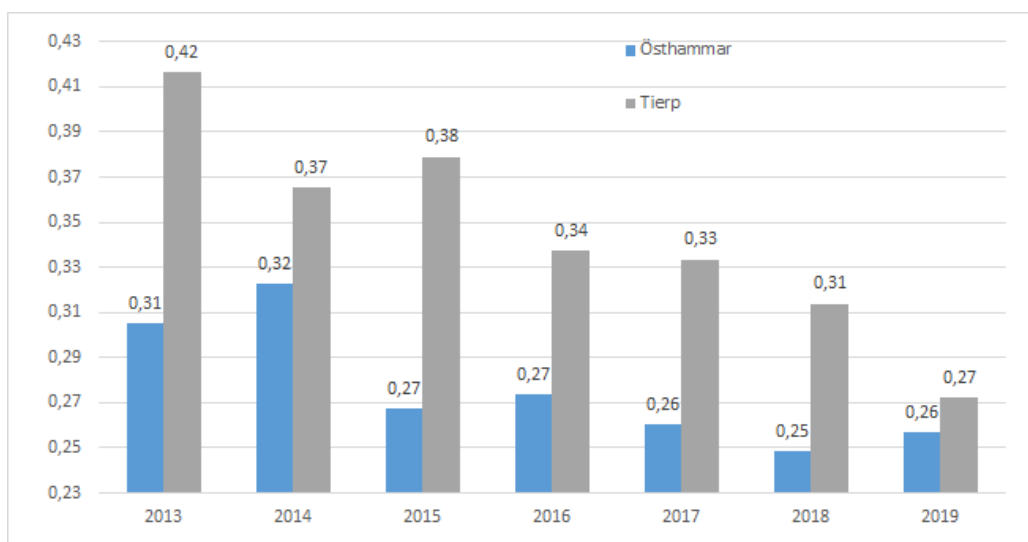
I den här rapporten studerar vi möjliga ekonomiska konsekvenser av närvårdavdelning/närvårdsenheten i Östhammar som startade sin verksamhet år 2010. Vi jämför utveckling för ett antal parametrar som avspeglar vårdkvalitet och i sin tur bidrar till minskning i slutenvårdskonsumtion bland äldre befolkning för Östhammars jämfört med äldre befolkning i Tierp (80+), från år 2013 upp till år 2019. Befolkningsstrukturen i båda kommunerna ser likadan ut, med antal äldre om ca 1 450 personer vilket motsvarar 6–7 % av befolkningen, se figur 8.



Figur 8. Befolkningsstruktur i Östhammar och Tierp, år 2020

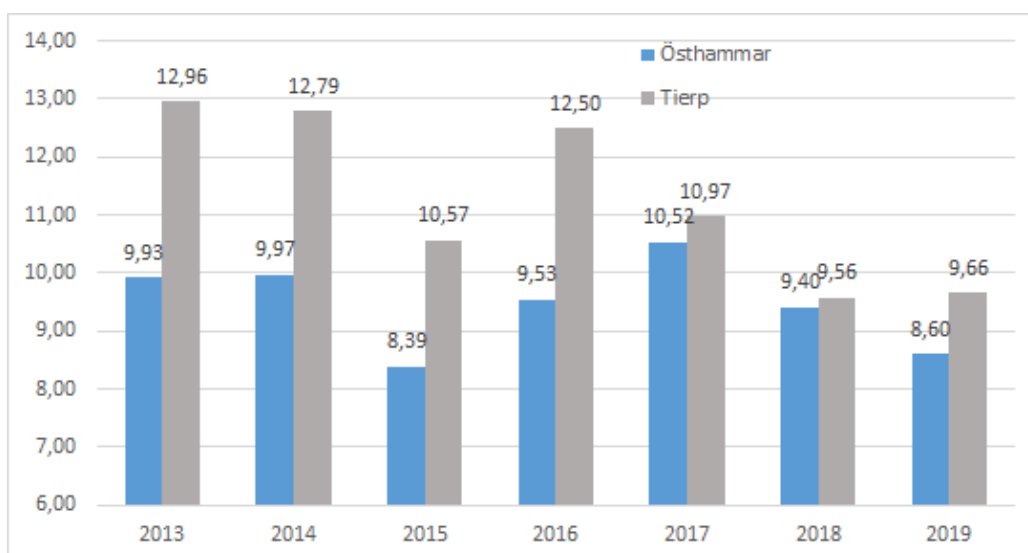
Från hälso- och sjukvårdskonsumtionsdata räknade vi antal akuta vårdtillfällen och antal vård dagar vid akuta vårdtillfällen för patienter äldre än 80 år som bor i Östhammar och Tierp, för respektive år (2013 – 2019). Vidare, beräknade vi antal akuta vårdtillfällen samt antal akuta vård dagar per invånare i respektive kommun, dvs delade antal akuta vårdtillfällen och akuta vård dagar på befolkningsstorlek (80+) i respektive kommun och år.

I figur 9 presenteras utveckling av ett genomsnittligt antal akuta vårdtillfällen per en äldre person (80+) för Östhammar och Tierp som är mycket längre för Östhammar jämfört med Tierp under de alla studerade åren.



Figur 9. Ett genomsnittligt antal akuta vårdtillfälle/per person som är 80 år eller äldre

Samma mönster ser vi vad det gäller genomsnittligt antal akuta vård dagar, som var mycket lägre för äldre från Östhammar jämfört med från Tierp. År 2019 sparades en akut vård dag på sjukhuset per medborgare och detta tyder på kostnadseffektivt resursutnyttjande i jämförelse mellan Östhammar och Tierp, se figur 10.



Figur 10. Ett genomsnittligt antal vård dagar/per person som är 80 år eller äldre

I nästa steg beräknar vi potentiella uteblivna eller ”frigjorda” kostnader som skulle kunna uppnås om äldre befolkning i Tierp får samma omhändertagande, dvs om antal akuta vårdtillfälle /person motsvarar respektive siffror för äldre befolkning i Östhammar. I tabell 6 redovisas beräknade ”undvikbara” akuta vårdtillfällen och ”frigörande” av respektive hälso- och sjukvårdskostnader, med hänsyn till genomsnittlig kostnad för ett akut vårdtillfälle för äldre, 83 000 kr ([KPP Databas | SKR](#))

Våra beräkningar visar att man kan frigöra cirka 8 miljoner per år och minska behovet av akut hälso-och sjukvård för äldre (80+) befolkning. Om vi räknar på uteblivna kostnader för minskat antal akuta vårddagar kommer vi till ännu större summa, ca 16 440 000 kronor, när en dag kostar 12 000 kr som multipliceras med antal 80+ i Tierp, 1370 personer., se tabell 6

Trots att våra beräkningar visar väsentliga ekonomiska vinster och effektivt nyttjande av hälso-och sjukvårdsresurser för vård av äldre i Östhammar, kan vi inte påstå att detta beror enbart på att det finns en närvårdsavdelning. I det komplicerade samspelet mellan hälsobestämningsfaktorer och hälso-och sjukvård är det omöjligt att koppla alla orsaker och konsekvenser.

Men dataanalysen tyder på att ett brett införande och tillgång till närvårdplatser är kostnadseffektivt och leder till optimal resursfördelning inom hälso-och sjukvården och i samarbetet med kommuner. Det är värt att notera att förväntade positiva effekter inom kommunal hälsovård, så som bättre utnyttjande av sjuksköterskornas arbetstid, effektivare vård och omsorgsplanering samt mindre behov av återkommande omplaneringar och växelvårdsinsatser. Dessa positiva utfall avspeglas inte direkt i ekonomiska konsekvenser utan bidrar till bättre arbetsmiljö och trivsel bland medarbetarna.

År	Undvikbara akuta VT (jämfört med Tierp)	Kost/VT (akut, 80+)	Besparingar
år 2019	24	83000	1 975 364 kr
år 2018	96	83000	7 958 372 kr
år 2017	105	83000	8 687 333 kr
år 2016	88	83000	7 335 849 kr
år 2015	150	83000	12 488 515 kr
år 2014	58	83000	4 785 037 kr
år 2013	147	83000	12 214 896 kr
Medel			7 920 767 kr

Tabell 6. Undvikbara akuta vårdtillfälle och potentiella besparingar för äldrebefolkning i Tierp

Tillgängliga närvårdplatser för patienter med omfattande behov som inte behöver sjukhusets samlade resurser är en ekonomiskt attraktiv lösning. Jämförelse mellan kommuner som har haft tillgång till närvårdplatser (Östhammar) och utan tillgång (Tierp) bekräftar minskad slutenvårdskonsumtion och årliga undvikbara kostnader som motsvarar 6–10 miljoner kronor för ca 1 700 äldre (80+).

Satsning på utökat antal närvårdsplatser för hela regionen kan frigöra mellan 60 och 100 miljoner inom hälso- och sjukvård årligen och är effektiv.

7. Slutsatser

Omställningen av den befintliga vårdstrukturen och arbetssätt mot mer effektiv och patientnära vård i Region Uppsala är helt avgörande för att klara framtida utmaningar med hänsyn till begränsade samhällsresurser och ansträngd hälso- och sjukvårdsekonomi.

Omfattande internationell evidens bekräftar att nyckelkomponenter som karakteriserar effektiv vård för äldre och multisjuka, så som äldremottagningar, samordnad och proaktiv vård i hemmet samt tillgång till närvårdsplatser hjälper till att minska behov i och nyttjande av sjukhusvård och leder till effektiv användning av begränsade hälso- och sjukvårdsresurser, både ekonomiska och personalmässiga. Detta är särskilt viktigt för att möta kommande demografiska utmaningar eftersom andel av äldre befolkning ökar kontinuerligt.

I våra beräkningar använde vi evidens och data från befintliga studier, rapporter och interna uppföljningar som sedan applicerades på befolkningen i regionen, med särskilt fokus på äldre. Vid presentationen undviker vi att slå ihop potentiella ekonomiska vinster eftersom målgrupper för olika “nära vård”-insatser överlappar varandra.

Uppskattningarna tyder på att:

- Införande av **äldremottagningar** är effektiv och kan frigöra 190 miljoner kronor årligen och förbättrar hälsa bland äldre.
- Etablering av väl fungerande proaktiv och samordnad **vård i hemmet** för kroniker och multisjuka äldre är effektivt och kan frigöra mellan 94 - 110 miljoner kronor årligen på grund av minskat antal akuta besök och slutenvårdstillfällen.
- Tillgång till **närvårdsplatser** för patienter med omfattande medicinska problem leder till frigöring av slutenvårdsresurser för 60–100 miljoner kronor årligen och är mycket attraktivt ekonomiskt.
- En ökad andel digital vård, så som till exempel digitala besök, psykologiska internet-behandlingar och digitala konsultationer kan bidra till att lösa de svåra utmaningar som den svenska sjukvården står inför

Våra resultat bekräftar att omställningen till “Effektiv och nära vård i Region Uppsala” kan bidra till undvikbar sjukhusvård och bättre hälsa för målgruppen äldre samt hållbar personalförsörjning. Därmed kan dessa ”frigjorda” resurser istället nyttjas för att tillgodose andra behov.

Undvikbara kostnader uppstår framför allt inom sjukhusverksamheter men det finns indikationer att arbetsmiljö inom kommunala verksamheter påverkas positivt. Även om vissa ekonomiska vinster uppstår inom andra verksamheter, till exempel inom kommunal och regional primärvård så är slutsatsen att samfinansiering av tjänster främst bör ske inom områden där vinsterna är mer jämnt fördelade, till exempel inom förebyggande och tidiga

insatser samt inom vård i hemmet. Ett alternativ kan vara att tillföra personella resurser för att bedriva integrerade insatser.

Vi tror att våra resultat bidrar till ökat förtroende och engagemang bland medarbetare, beslutsfattare och invånare för omställningen ”Effektiv och nära vård”.

8. Fortsatt arbete

Föreliggande rapport är ett av mycket sällsynta försök att bedöma ekonomiska konsekvenser av planerade förändringar i vårdstruktur på regional nivå. För att validera rapporternas slutsatser, utveckla hälsoekonomiskt perspektiv vid beslutsfattande och följa upp ekonomiska utfall vid förändring av vårdstruktur föreslås ytterligare utvecklingsinitiativ

- Göra motsvarande ekonomisk bedömning för området psykisk hälsa – vuxna och barn/unga samt andra planerade “omstrukturerings” - projekt
- Framta en gemensam ekonomisk kalkyl för Region Uppsala som kan användas för att följa upp Effektiv och Nära vård förändringar.
- Utveckla verktyg för att simulera och visualisera hälsomässiga och ekonomiska utfall för Effektiv och Nära vård
- Förankra föreslagna prognos - och uppföljningsmodeller hos koncernledning och integrera i budgetdialog och prioriteringsarbete
- Utveckla en långsiktig ekonomisk planering och koppa en följeforskning till nya insatser

Referenser

1. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården (SOU 2016:2). Stockholm, 2016
2. Effektiv och nära vård 2030. Regionkontoret, projektet effektiv och nära vård 2030. Uppsala, 2018
3. Vård och omsorg i hemmet 2019 - svårigheter och framgångsfaktorer. SKR, 2020
4. Damery S, Flanagan S, Combes G. Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2016 nov 21;6(11)
5. Philip KE, eet al. Development of EASY-Care, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people, with latest information about cross-national acceptability. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Jan;15(1).
6. Norén D: [Nära och resurseffektiv vård lyfts fram - governo.se](https://www.governo.se/nyheter/2020/04/2020-04-14-nara-och-resurseffektiv-vard-lyfts-fram), 2020
7. Nord M, Lyth J, Alwin J, Marcusson J. Costs and effects of comprehensive geriatric assessment in primary care for older adults with high risk for hospitalisation. *BMC Geriatr*. 2021 apr 21;21(1):263
8. Ekerstad N, Karlson BW, Andersson D, Husberg M, Carlsson P, Heintz E, Alwin J. Short-term Resource Utilization and Cost-Effectiveness of Comprehensive Geriatric Assessment in Acute Hospital Care for Severely Frail Elderly Patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Oct;19(10):871–878
9. Marcusson J, Nord M, Johansson MM, Alwin J, Levin LÅ, Dannapfel P, Thomas K, Poksinska B, Sverker A, Olaison A, Cedersund E, Kelfve S, Motel-Klingebiel A, Hellström I, Kullberg A, Böttiger Y, Dong HJ, Peolsson A, Wass M, Lyth J, Andersson A. Proactive healthcare for frail elderly persons: study protocol for a prospective controlled primary care intervention in Sweden. *BMJ Open*. 2019 May 22;9(5) :e 027847
10. Lundqvist M, Alwin J, Henriksson M, Husberg M, Carlsson P, Ekdahl AW. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the AGe-FIT trial. *BMC Geriatr*. 2018 Jan 31;18(1):32.