



VINNOVA INFORMATION
VI 2013:09

FIXARTJÄNSTER I SVERIGES KOMMUNER

KARTLÄGGNING OCH SAMHÄLLSEKONOMISK ANALYS

REGERINGSUPPDRAG

JENNY ALWIN, LARS BERNFORT, NATHALIE ECKARD & MAGNUS HUSBERG
- LINKÖPINGS UNIVERSITET



Titel: Fixartjänster i Sveriges kommuner - *Kartläggning och samhällsekonomisk analys*
Författare: Jenny Alwin, Lars Bernfort, Nathalie Eckard & Magnus Husberg - Linköpings Universitet
Serie: VINNOVA Information VI 2013:09
ISSN: 1650-3120
Utgiven: Mars 2013
Utgivare: VINNOVA - Verket för Innovationssystem/Swedish Governmental Agency for Innovation Systems
Diariernr: 2011-01997.5

VINNOVA stärker Sveriges innovationskraft för hållbar tillväxt och samhällsnytta

VINNOVA är Sveriges innovationsmyndighet. Vår uppgift är att främja hållbar tillväxt genom att förbättra förutsättningarna för innovation och att finansiera behovsmotiverad forskning.

VINNOVAs vision är att Sverige ska vara ett globalt ledande forsknings- och innovationsland som är attraktivt att investera och bedriva verksamhet i. Vi främjar samverkan mellan företag, universitet och högskolor, forskningsinstitut och offentlig verksamhet. Det gör vi genom att stimulera ökat nyttiggörande av forskning, investera långsiktigt i starka forsknings- och innovationsmiljöer och genom att utveckla katalyserande mötesplatser. VINNOVAs verksamhet är även inriktad på att stärka internationell samverkan. Vi fäster stor vikt vid att samspela med andra forskningsfinansierare och innovationsfrämjande organisationer för större effekt. Varje år investerar VINNOVA drygt 2 miljarder kronor i olika insatser.

VINNOVA är en statlig myndighet under Näringsdepartementet och nationell kontaktmyndighet för EU:s ramprogram för forskning och utveckling. Vi är också regeringens expertmyndighet inom det innovationspolitiska området. VINNOVA bildades 1 januari 2001. Vi är drygt 200 personer och har kontor i Stockholm och Bryssel. Generaldirektör är Charlotte Brogren.

I publikationsserien **VINNOVA Information** publiceras informations- och presentationsmaterial som beskriver VINNOVAs verksamhet. Det kan röra sig om programskrivningar, projektkataloger, seminariedokumentation, verksamhetsberättelser etc. I denna serie kan även strategiskt viktiga remissvar, regeringsuppdrag, verksamhetsplanering eller andra dokument som återger VINNOVAs synpunkter och policymässiga ställningstaganden förekomma.

I VINNOVAs publikationsserier redovisar bland andra forskare, utredare och analytiker sina projekt. Publiceringen innebär inte att VINNOVA tar ställning till framförda åsikter, slutsatser och resultat. Undantag är publikationsserien VINNOVA Information där återgivande av VINNOVAs synpunkter och ställningstaganden kan förekomma.

VINNOVAs publikationer finns att beställa, läsa och ladda ner via www.VINNOVA.se. Tryckta utgåvor av VINNOVA Analys och Rapport säljs via Fritzes, www.fritzes.se, tel 08-598 191 90, fax 08-598 191 91 eller order.fritzes@nj.se

VINNOVA's publications are published at www.VINNOVA.se

Fixartjänster i Sveriges kommuner

Kartläggning och samhällsekonomisk analys

Regeringsuppdrag
VINNOVAs diarienumr 2011-01997.5

av

Jenny Alwin
Lars Bernfort
Nathalie Eckard
&
Magnus Husberg

Linköpings Universitet
Avdelningen för Hälso- & Sjukvårdsanalys, Institutionen för Medicin & Hälsa

Förord

VINNOVA är Sveriges innovationsmyndighet. VINNOVAs uppgift är att främja hållbar tillväxt genom att förbättra förutsättningarna för innovation och att finansiera behovsmotiverad forskning.

Denna rapport är ett av resultaten från det andra regeringsuppdraget inom Social Innovation och de mest sjuka äldre som VINNOVA fått av Socialdepartementet.

År 2011 fick VINNOVA det första regeringsuppdraget inom ramen för det mest sjuka äldre och Social Innovation vilket resulterade i en kartläggning av sociala innovationer, som presenterades i en idékatalog¹. I arbetet med kartläggningen genomfördes också ett antal workshops där äldre personer deltog, i syfte att få en fördjupad förståelse för behov där ett av de mest framförda var behov av trygghet.

En viktig insats för att skapa trygghet är fixartjänster. Dessa tjänster innebär att äldre får hjälp med utmanande göromål så som att sätta upp gardiner, men de innebär också att någon hälsar på och tar sig tid en stund.

En framtida utmaning är de demografiska förändringar som redan idag är ett faktum, med en ökande andel äldre. Idag är 19 procent av Sveriges befolkning 65 år eller äldre, den förväntade medellivslängden är idag över 80 år och den stiger. Att alltfler lever längre är av stort värde för samhället samtidigt som demografiska förändringar medför stora utmaningar. Regeringen anger i Budgetpropositionen för 2011², att en satsning ska genomföras för att få vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård att samverka bättre. I denna satsning inkluderas nya sätt för att samla insatserna kring de äldre och ett bättre omhändertagande behöver utvecklas, exempelvis genom teknisk och social innovation.

Social innovation inom vård och omsorg kan möta dagens behov av sammansatta insatser för äldre liksom morgondagens förmåga att möta de behov som den växande gruppen äldre kommer att ha. Dessutom ger det möjligheter för entreprenörer och idébärare att genomföra sina idéer. Definitionen på social innovation och socialt entreprenörskap varierar men kan sammanfattas som en åtgärd som syftar till att öka människors välbefinnande genom att identifiera och möta upp sociala behov så som trygghet, möten, livskvalitet och boende.

VINNOVA i mars 2013

Johanna Ulfvarson
Handläggare
Avdelning Hälsa

¹ VINNOVA Information VI 2012:03

² prop. 2010/11:1, Utgiftsområde 9

Innehåll

Sammanfattning	7
Abstract.....	9
1 Inledning	11
2 Bakgrund	13
2.1 Fixartjänster.....	13
2.2 Fallolyckor i Sverige	14
2.3 Hälsoekonomiska analyser	16
3 Metod.....	20
3.1 Kartläggning av fixartjänster.....	20
3.2 Samhällsekonomisk analys	21
4 Resultat.....	22
4.1 Kartläggning av fixartjänster i Sveriges kommuner	22
4.2 Beskrivning av fixartjänster i Sveriges kommuner	24
4.2.1 Införande av fixartjänster i Sveriges kommuner.....	24
4.2.2 Primära syftet med fixartjänster och målgrupper	24
4.2.3 Organisation och information	26
4.2.4 Arbetsuppgifter inom ramen för fixartjänster.....	28
4.2.5 Kostnad för att använda tjänsterna	29
4.2.6 Restriktion i användning	29
4.2.7 Ärenden och väntetid	30
4.2.8 Budget för fixartjänster	30
4.2.9 Upplevd nytta/vinst med fixartjänsten.....	31
4.2.10 Befintliga verksamhetsuppföljningar och utvärderingar av fixartjänster	33
4.3 Kommuner som inte har fixartjänster i egen regi.....	37
4.3.1 Kommuner som aldrig haft fixartjänst.....	38
4.3.2 Kommuner som avvecklat fixartjänsten	38
4.3.3 Fixartjänster som utförs av volontärorganisationer	38
4.4 Samhällsekonomisk analys av fixartjänster	39
4.4.1 Kostnad för att tillhandahålla fixartjänst	40
4.4.2 Vad kostar olika frakturer det svenska samhället?	40
4.4.3 Lidande och livskvalitetsförlust.....	43
4.4.4 Samhällsekonomisk modell för fallskador hos äldre.....	44
4.4.5 Fallskador och fixartjänster	46
4.4.6 Hypotetiskt räkneexempel	48
5 Diskussion och slutsatser.....	51
Referenser.....	53

Bilaga 1: Enkät för kartläggning av fixartjänster 55

Bilaga 2: Redovisning av kommuner som har fixartjänster i kommunal regi58

Sammanfattning

En fixartjänst är en tjänst som primärt riktas till äldre personer och syftar till att förebygga fallolyckor i hemmet. Fixartjänster tillhandahålls i de flesta fall i kommunal regi. Omfattningen och användningen av fixartjänster i Sverige har tidigare inte studerats på nationell nivå. Syftet med denna studie är att genomföra en kartläggning av omfattningen och användningen av fixartjänster i kommunal regi i Sverige samt att uppskatta de samhällsekonomiska konsekvenserna av fixartjänster. Data har samlats in via postenkät alternativt via telefonintervju.

Av Sveriges 290 kommuner är det 191 stycken (66 %) som har fixartjänst i kommunal regi. De arbetsuppgifter som primärt utförs inom ramen för fixartjänsten är sådana som innebär att äldre inte ska behöva klättra upp på stegar eller liknande, att förebygga fall genom att fästa lösa sladdar och borttagning av mattor samt översyn av olycksrisker i hemmet. I ett fåtal fall erbjuds även utomhustjänster såsom snöskottning. I majoriteten av kommunerna (58 %) är tjänsten kostnadsfri men brukaren får betala för förbrukningsmaterial, i 32 % är tjänsten helt kostnadsfri och i 9 % av kommunerna tas en kostnad ut för fixartjänsten. Tjänsten organiseras på olika sätt i kommunerna: fixartjänsten kan bedrivas helt i kommunal regi där utföraren är en eller flera fixare, personer tillhörande daglig verksamhet eller arbetsmarknadsenheten. I vissa fall bedrivs tjänsten av räddningstjänsten i samarbete med kommunen och i andra fall bedrivs tjänsten av företag på uppdrag av kommunen. Det finns även volontärorganisationer/ideellt arbetande personer som utför fixartjänster med mer eller mindre inblandning från kommunen, dessa har i denna rapport inte inkluderats som fixartjänster i kommunal regi till skillnad från de ovan nämnda. I 99 kommuner erbjuds inte fixartjänster i kommunal regi. Anledningar till detta är bland annat ekonomiska skäl samt svag efterfrågan.

Upplevda vinster och nytta med fixartjänsterna som kommunerna själva rapporterar är bland annat fallprevention, att möjliggöra kvarboende, medverka till social samvaro samt möjlighet att erbjuda meningsfull sysselsättning. Problem som framkommit är exempelvis låg efterfrågan, svårighet att nå ut med information samt svårighet att mäta effekten på fallskador.

En samhällsekonomisk modell för analys av fallskador har skapats. Denna modell inkluderar de stora kostnadsposterna fördelade på olika sektorer samt utfall i form av mortalitet samt livskvalitetsförlust när man drabbas av en fallskada. Kostnader för fallskador totalt i Sverige har i tidigare forskning beräknats till cirka 5 miljarder kronor, bara i direkta kostnader under det första året efter skadan. Av de totala fallolyckorna sker drygt hälften i hemmet. Ett beräkningsexempel baserat på kostnadsdata från litteraturen har i denna rapport genomförts och applicerats på en hypotetisk mellanstor kommun med 50 000 invånare. Sammanfattningsvis så visar detta räkneexempel att om endast en liten del av de allvarliga fallskador som leder till slutenvård kan förhindras genom en fixartjänst så motsvarar kostnadsinbesparingen den genomsnittliga budgeten

för en fixartjänst med en anställd person. Därtill kommer positiva bieffekter i form av att livskvalitetsförlust kan undvikas med mera. Utifrån detta kan en sammantagen bedömning göras att fixartjänster kan anses vara väl använda pengar sett ur såväl samhälleligt som kommunalt perspektiv. Beräkningar med reella data som inkluderar både kostnader och effekter i form av livskvalitet bör genomföras.

Abstract

This report deals with so called minor home help services. These services are primarily meant for older persons with the aim to prevent injuries caused by falling in domestic environments (ones home). The minor home help services are mostly provided by the municipalities in Sweden, although it is not mandatory to provide these services. The extent of the provision and use of minor home help services has previously not been studied on a national level. The aim of this study was to delineate the minor home help services run by the municipalities in Sweden and further to examine and estimate the societal costs and consequences of providing these services.

Out of the 290 municipalities in Sweden, 191 (66 %) offer minor home help services to their citizens. The tasks carried out are primarily aimed at preventing falls from furniture such as step stools or ladders, removing items that may cause falls (cords, carpets etc.) and providing an overhaul of injury risks in the home. A few municipalities also offer outdoor services such as removing snow in wintertime. In the majority of the municipalities (58 %) the services are offered free of charge but the user has to pay for the materials, in 32 % the services are completely free of charge and in 9 % of the municipalities an amount is charged for the services. The minor home help services are organized in various ways in the municipalities: the services can be completely run by the municipality where the services are carried out by one or several employed persons, by persons with disabilities (involved in daily activity programmes in the municipality) or by persons involved in work programmes; or the minor home help services can be carried out by the community rescue service or companies paid by the municipality to offer these services to the citizens. There are also organizations with volunteers that carry out minor home help services, these are however not included in the main results since the focus in this report is on municipal minor home help services. Ninety nine municipalities do not offer minor home help services to their citizens. Reasons for this are e.g. economic restraints and low demand.

Experienced gains with minor home help services from the perspectives of the municipalities are prevention of falls, facilitation of the possibility to remain living in one's own home, contribution to social wellbeing and being able to offer meaningful work tasks for persons in work programmes or persons with disabilities. Problems that have been brought forward are low demand of the services, problems with providing the target group with information and difficulties to measure the effect on fall injuries.

A socioeconomic model was constructed for the analysis of costs and consequences of fall injuries. The model includes the large cost items as well as outcomes such as mortality and loss of quality of life when affected by a fall injury. The total direct costs in Sweden for fall injuries has previously been calculated to approximately 5 billion SEK, which includes only the direct costs during the first year of the injury. A calculation exercise was performed and applied to a hypothetical municipality with

50 000 inhabitants. This calculation exercise shows that if only a small amount of falls that lead to serious injuries (fractures) can be prevented by minor home help services, then the costs saved are approximately equivalent to the mean budget of minor home help services with one employed person. Calculations using real data including both costs and effects need to be performed.

1 Inledning

Bakgrund till projektet

VINNOVA fick av Socialdepartementet i uppdrag att genomföra en kartläggning och utvärdering av omfattningen och användningen av lättare servicetjänster i Sverige. I denna studie har dessa tjänster avgränsats till så kallade ”fixartjänster”. I uppdraget ligger även att försöka skatta hälsoekonomiska konsekvenser av dessa typer av insatser. Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsanalys (HSA) på Linköpings universitet har på uppdrag av VINNOVA genomfört detta projekt. Projektet påbörjades i maj 2012 och avslutades i januari 2013. I föreliggande rapport presenteras resultaten av projektet.

Definition av begreppet fixartjänst

Begreppet fixartjänst är centralt i denna rapport. Fixartjänst går under flera benämningar; lättare servicetjänster, vaktmästarservice, fixarservice, fixarmalte med mera. För enkelhetens skull kallar vi här alla dessa benämningar för fixartjänst. I föreliggande studie definieras fixartjänst som:

Ej behovsbedömda insatser riktade till äldre, samt eventuellt andra specificerade målgrupper, som utgörs av lättare insatser i eget boende med huvudsakligt syfte att förebygga fallolyckor i hemmet.

I denna rapport ligger fokus på fixartjänster enligt definitionen ovan som bedrivs i kommunal regi alternativt på uppdrag av kommunen. Med ”uppdrag av kommunen” menas att fixartjänsten utförs av ett företag eller räddningstjänst med ekonomisk ersättning från kommunen (entreprenad). Privata företag som bedriver fixartjänster utan kommunal inblandning eller fixartjänster där utföraren är en volontärsorganisation/ ideellt arbetande personer har inte inkluderats i den huvudsakliga analysen.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet är att genomföra en kartläggning av omfattningen och användningen av fixartjänster i Sveriges 290 kommuner och att ta del av relevanta utvärderingar av dessa tjänster. Syftet är även att utifrån grundade antaganden, baserat bland annat på vilka typer av tjänster som tillhandahålls, presentera en modell för att beräkna de samhällsekonomiska konsekvenserna förknippade med fixartjänster.

Frågeställningar

- Kartläggning
- 1 I vilken omfattning förekommer fixartjänster i Sverige?
- 2 I vilken omfattning används fixartjänster i Sverige?
- 3 Vilka grupper använder sig av fixartjänster i Sverige?
- 4 Hur är fixartjänsterna uppbyggda och organiserade inom olika kommuner?
- 5 Vad är syftet och målsättningen med fixartjänsterna? Har dessa mål följts upp, finns utvärderingar att tillgå?

- Utvärdering – Samhällsekonomiska konsekvenser

1 Vilka hälsoekonomiska konsekvenser kan förväntas av fixartjänster?

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av fixartjänster med kort historik och vad tjänsterna innebär, beskrivning av fallskador i Sverige samt ett övergripande avsnitt kring hälsoekonomiska utvärderingar. Därefter följer ett metodkapitel där tillvägagångssättet i detta projekt beskrivs.

Resultatdelen i rapporten är uppdelad i två delar. Den första delen redovisar resultatet från kartläggningen av fixartjänster i Sveriges 290 kommuner och den andra delen redovisar de samhällsekonomiska beräkningarna. Rapporten avslutas med en diskussion.

2 Bakgrund

2.1 Fixartjänster

Idén till fixartjänster kommer ursprungligen från Skåne. I Höganäs kommun föddes projektet i början på 2000-talet. En person som var drivande bakom projektet i Höganäs var kommunstyrelsens ordförande Péter Kovács. En intervju med Péter Kovács har (i december 2012) genomförts för att beskriva de tankegångar som ledde fram till projektet i Höganäs. En beskrivning baserad på intervjun följer härnäst.

Kovács hade vid denna tid just börjat arbeta på Socialnämnden och noterade att en stor kostnadspost för kommunen var för rehabilitering. Vid närmare undersökning konstaterade Kovács att de flesta fallolyckor hade skett i hemmet på grund av äldre personer snubblat exempelvis på trösklar, mattor, halkat i bad, på lösa sladdar och så vidare. Han berättar vidare att många av olyckorna inträffar i början av december vid advent då julsakerna ska fram. Enligt Kovács hade Höganäs kommun cirka 35 fallolyckor per år. Kostnaden för kommunen uppgick till betydande belopp.

Den första åtgärden som Kovács gjorde var att bjuda in alla pensionärer till en informationsträff. En informationsbroschyr hade tryckts upp och delades ut. Ett år gick och ingenting hände och antalet fallolyckor förblev konstant, trots möte och utdelning av informationsbroschyrer. Projektet hade inte fått det förväntade utfallet i antalet minskade fallolyckor. Kovács beslutade sig därför att göra ett antal studiebesök hemma hos några pensionärer som deltagit i mötet ett år tidigare. Vid det första av dessa hembesök, såg han själv ett telefonjack i hallen med en förlängningssladd till köket. Han påtalade risken för att snubbla och undrade om informationen inte hade nått fram. Han fick då till svar att visst hade informationen nått fram men ”vem” skulle åtgärda det? Då föddes idén till att anställa en person med vaktmästaruppdrag på Höganäs kommun på halvtid som skulle vara behjälplig med att bygga bort faror i hemmet hos kommunens pensionärer. Projektet kom att kallas Fixarmalte efter vaktmästaren vid namn Malte. Kommunen tryckte upp ett informationsblad, men under en provperiod var det ingen som ringde trots att tjänsten var gratis. En ny strategi togs vid och kommunen erbjöd gratis brandvarnare i hemmet för alla över 67 år. Därefter tog projektet fart. Fixarmalte började så småningom arbeta på heltid och enligt Kovács har fallolyckor och kostnader reducerats markant i kommunen.

Fixarmalte har idag funnits i Höganäs kommun under tio års tid och enligt Kovács är tjänsten mycket uppskattad och populär. Framgångsfaktorer som nämns är att i Höganäs kommun är tjänsten gratis, att Fixarmalte har tid och att det är en person som brinner för det han gör.

Lag om vissa kommunala befogenheter

Det är möjligt för en kommun att förse kommunens äldre (personer över 67) med vissa servicetjänster utan krav på behovsprövning. Den 1 juni 2006 infördes lag (2006:492)

om *Kommunala befogenheter att tillhandahålla servicetjänster åt äldre*. Lag 2006:492 upphävdes och heter idag lag 2009:47 om *Vissa kommunala befogenheter*. I 2009:47 står skrivet (förkortad version, för hela lagtexten, se referens³):

2 kap. Rätt att lämna olika former av bidrag, bistånd och stöd

Servicetjänster åt äldre

7 § Kommuner får utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år.

Med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad.

8 § För servicetjänster åt äldre personer får kommuner ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunerna bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunernas självkostnader

2.2 Fallolyckor i Sverige

Fallolyckor bland äldre (över 65 år) är ett stort problem i Sverige på grund av det lidande som olyckorna förorsakar och också på grund av att fallolyckor är förknippade med stora kostnader. I Sverige dör i snitt mer än tre äldre personer till följd av fallolyckor varje dag, och fem gånger fler hamnar på sjukhus efter fallolyckor än efter trafikolyckor.⁴ Det har uppskattats att det i Sverige varje år inträffar cirka 43 000 fallolyckor med så allvarliga skador som följd att de drabbade personerna vårdas i slutenvård⁵. Dessa skador antas till allra största delen bestå av olika typer av frakturer. Det inträffar dessutom cirka 65 000 fallolyckor med lindrigare konsekvenser där personer som sökt akut vård får åka hem samma dag⁶.

Det är utifrån register svårt att exakt uppskatta hur många dödsfall som fallolyckor orsakar. Detta eftersom orsaken ibland är oklar men fallolycka är den troliga orsaken. Av orsaker rubricerade som "fallolyckor" dog enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister⁷ 798 personer (65 år och äldre) under 2011. Detta kan av ovanstående orsaker vara en underskattning och antalet har i tidigare rapporter uppskattats till 1370 (år 2005)⁸ respektive "över 1200"⁹. Sammantaget tyder uppgifterna på att av de personer

³ Svensk författningsordning: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-200947-om-vissa-kommuna_sfs-2009-47/

⁴ Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Gyllensvärd Harald. Rapport 2009:01.

⁵ Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Gyllensvärd Harald. Rapport 2009:01.

⁶ NCO/Räddningsverket. Fallolyckor bland äldre - samhällets direkta kostnader. Berglöf Jan. Karlskoga: NCO/Räddningsverket 2003:2.

⁷ socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas

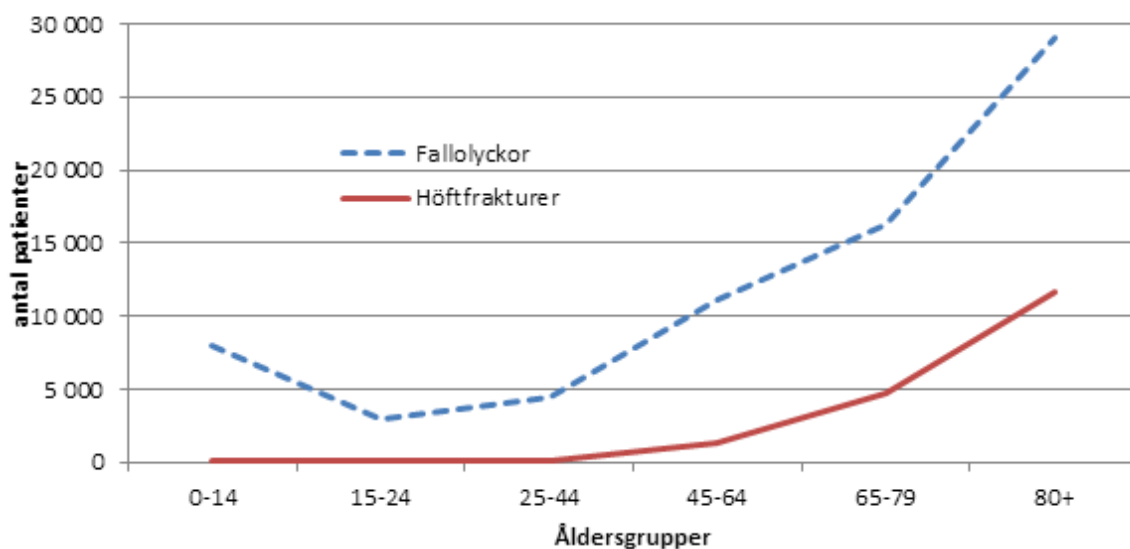
⁸ NCO/Räddningsverket. Fallolyckor bland äldre - samhällets direkta kostnader. Berglöf Jan. Karlskoga: NCO/Räddningsverket 2003:2.

över 65 år som faller så att de behöver uppsöka vården (svåra och lindriga skador) dör ungefär 1 %. Om vi antar att alla som dör finns bland de med svåra skador (cirka 43 000) så är mortaliteten bland dessa 2-3 %.

Hur många fall som inträffar men som inte leder till skador vet man inte. Det har uppskattats att 35 % av personer över 65 år som bor hemma faller årligen, en eller flera gånger. För enbart kvinnor har siffran uppskattats till 40 %, och för personer över 85 år till närmare 50 %.¹⁰

I figur 1 nedan redovisas antal patienter som vårdats inom slutenvården på grund av fallolyckor eller höftfrakturer relaterat till olika åldersgrupper¹¹. Ur figuren kan utläsas att fallolyckor och höftfrakturer som leder till slutenvård är starkt relaterad till ålder.

Figur 1 Antal vårdtillfällen på grund av höftfrakturer/fallolyckor i olika åldersgrupper. Data är hämtad från Socialstyrelsens slutenvårdsregister (medelvärde år 2008-2010)



Det finns många faktorer som påverkar risken för fallolyckor. Sambandet mellan ökande ålder och ökad risk att falla är mycket tydligt. Detta har i sin tur flera orsaker; man har sämre rörelseförmåga, blir bräckligare, samt större fallbenägenhet (exempelvis yrsel till följd av medicinering, som också tilltar med ökande ålder). Fallolyckor kan således förebyggas på två olika sätt, antingen genom att minska antalet fall eller genom att mildra konsekvenserna vid fall. När det gäller fixartjänsterna ligger fokus på att minska antalet fall.

⁹ IMS/Socialstyrelsen, Räddningsverket. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder. Stockholm och Karlstad: Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete, Socialstyrelsen, 2007.

¹⁰ Lord Stephen R, Sherrington Catherine, Menz Hylton B and Close Jacqueline CT. *Falls in older people: risk factors and strategies for prevention*. New York, USA: Cambridge University Press, 2007

¹¹ Data hämtad från socialstyrelsens slutenvårdsregister

2.3 Hälsoekonomiska analyser

Detta projekt syftar bland annat till att uppskatta och diskutera vilka hälsoekonomiska konsekvenser som kan förväntas av fixartjänster. Av denna anledning ges här en kort introduktion till hälsoekonomiska analyser. Detta kapitel gör inte anspråk på att ge en komplett bild av hälsoekonomiska analyser utan syftar till att ge en introduktion till de begrepp som är vanligt förekommande inom området och som kommer att användas i denna rapport.

I vårt samhälle är resurserna ändliga. Resurserna ska fördelas mellan olika sektorer såsom skola, infrastruktur, kommunal omsorg och hälso- och sjukvård. Inom hälso- och sjukvården finns en stor mängd möjligheter att behandla olika åkommor och utvecklingen går snabbt framåt. Att våra resurser är ändliga innebär att vi måste fördela de resurser vi har mellan olika områden och behandlingar. Hälsoekonomiska analyser syftar till att på ett systematiskt sätt värdera kostnader och effekter mot varandra för olika teknologier, som kan vara behandlingar, kirurgiska ingrepp, läkemedel, preventiva insatser och så vidare, för att i slutänden få ut så mycket hälsa som möjligt inom ramen för de resurser som finns tillgängliga. De hälsoekonomiska analyserna syftar till att förse beslutsfattare med underlag för att så optimala beslut angående resursfördelning som möjligt kan fattas.

Det finns olika typer av hälsoekonomiska analyser där de vanligaste är kostnads-effektanalysen och kostnadsnyttoanalysen. I dessa analyser ställs alltid ett behandlingsalternativ mot ett eller flera andra alternativ. För att studera om ett alternativ, exempelvis en ny behandling eller en ny insats på hälsoområdet, är kostnadseffektiv måste den ställas i relation till ett, eller flera andra, alternativ. Jämförelsealternativen brukar vara standardbehandling, bästa andra alternativ eller ingen behandling/insats. Viktiga utfalls- eller effektmått i hälsoekonomiska analyser är levnadsår (om en behandling påverkar mortaliteten) och/eller livskvalitet. Ett vanligt förekommande effektmått är det så kallade kvalitetsjusterade levnadsåret (QALY) där levnadsår kombineras med den livskvalitet som man lever i. Livskvaliteten mäts då, via olika befintliga metoder, på en skala mellan 0 (död) och 1 (full hälsa). Ett kvalitetsjusterat levnadsår (1 QALY) motsvarar ett år i full hälsa.

En hälsoekonomisk analys kan anta olika perspektiv. Vanliga perspektiv är hälso-sjukvårdsperspektiv och samhällligt perspektiv, men man kan även anta ett patientperspektiv, kommunperspektiv eller klinikperspektiv. Val av perspektiv görs utifrån vilken frågeställning man har att besvara och det valda perspektivet har betydelse för vilka kostnader som ska inkluderas i analysen. Antar man ett samhällligt perspektiv innebär det ett brett perspektiv där alla relevanta kostnader, det vill säga alla kostnader som kan tänkas påverkas av det som man är intresserad av att studera, ska inkluderas i analysen oavsett var kostnaderna ligger. De inkluderade kostnaderna kan då exempelvis vara hälso- och sjukvårdens kostnader (kostnader för behandling, sjukhusvistelse, primärvårdsbesök, besök till läkare och sjuksköterska, läkemedelskostnader med mera), kommunens kostnader (särskilt boende, hemtjänst, färdtjänst och så vidare), produktionsbortfall (det vill säga kostnaden för att en person inte kan arbeta utan är sjukskriven

eller förtidspensionerad), kostnaden för informell vård (vilket innebär vård som ges av närstående) med mera. Om man istället antar ett hälso- och sjukvårdsperspektiv innebär det att endast kostnader som ligger inom ramen för hälso- och sjukvården inkluderas.

Detta kan förtydligas med hjälp av exempel. Låt säga att vi är intresserade av att studera en ny behandling för en sjukdom som drabbar yngre personer i yrkesför ålder. Vi antar att denna sjukdom påverkar personernas arbetsförmåga. Om vi i detta fall antar ett hälso- och sjukvårdsperspektiv kommer vi i vår analys endast inkludera kostnader inom ramen för hälso- och sjukvården som vi tror påverkas av behandlingen (kostnaden för själva behandlingen, slutenvårdskostnader, läkemedelkostnader samt övriga sjukvårdskostnader som går att relatera till behandlingen). Om vi istället antar ett samhällligt perspektiv så ska vi även inkludera relevanta kostnader som faller utanför hälso- och sjukvården, i detta fall samhällets kostnad för att personer inte kan arbeta (så kallat produktionsbortfall). Om vi nu tar ett annat exempel, en ny behandling eller insats för äldre personer så har valet av perspektiv betydelse även här. Ett hälso- och sjukvårdsperspektiv innebär att vi i analysen beräknar de kostnader för den nya behandlingen eller insatsen som faller på hälso- och sjukvården. Antar vi istället ett samhällligt perspektiv så ska kostnader som faller på hälso- och sjukvården och kommunen (såsom särskilt boende, färdtjänst och hemtjänst med mera om vi tror att det påverkas av den nya behandlingen/insatsen) inkluderas. När det gäller äldre personer så kan det även vara relevant att inkludera kostnaderna för informell vård, vilket innebär den vård eller stöd som ges av närstående.

När det gäller kostnader finns tre generella steg som gäller för alla hälsoekonomiska analyser:

1 Identifiering

- Vilka kostnader ska inkluderas i analysen? Detta beror på val av perspektiv och vad vi tror påverkas av det vi är intresserade av att studera.

2 Kvantifiering

- I detta steg tar man reda på hur mycket av de identifierade kostnaderna som använts, ex antal slutenvårdstillfällen, antal timmar hemtjänst, mängd läkemedel och så vidare.

3 Värdering

- I detta sista steg ska förbrukningen (som kvantifierats i steget innan) värderas (prissätts).

I en kostnadsnyttoanalys (som i grunden är detsamma som en kostnadseffektanalys men där utfallsmåttet är QALY) beräknas kostnaderna för de behandlingsalternativ som man vill jämföra mot varandra på samma sätt. I tabell 1 följer ett förenklat exempel från en fiktiv klinisk studie där en ny preventiv insats för äldre (insats A) jämförs mot standardinsatsen (insats B). Analysen utgår från ett samhällligt perspektiv:

Tabell 1 Exempel på kostnadsnyttoanalys

Exempelkalkyl på en kostnadsnyttoanalys			
Kostnader			
Post	Insats A	Insats B	Skillnad A - B
Insatsen	100 000 kr	20 000 kr	80 000 kr
Slutenvård	70 000 kr	80 000 kr	-10 000 kr
Läkemedel	20 000 kr	20 000 kr	0 kr
Primärvård	40 000 kr	50 000 kr	-10 000 kr
Hemtjänst	30 000 kr	50 000 kr	-20 000 kr
Informell vård	10 000 kr	15 000 kr	-5 000 kr
Summa:	270 000 kr	235 000 kr	35 000 kr
Utfall (Effektmått)			
Livslängd	5 år	5 år	0
Livskvalitet (0-1)	0.8	0.7	0,1
QALYs	4	3,5	0,5
Inkrementell kostnads-effektkvot (ICER)			
$ICER = \frac{Kostnad\ A - B}{Effekt\ A - B} = \frac{270\ 000 - 235\ 000}{4 - 3,5} = \frac{35\ 000\ kr}{0,5\ QALY} = 70\ 000\ kr\ för\ 1\ QALY$			

I det fiktiva exemplet ovan ser vi att den nya insatsen (insats A) är dyrare än standard-insatsen, men att den också innebär att kostnaderna för slutenvård, primärvård, hemtjänst och informell vård minskar. Den nya insatsen är bättre än den gamla insatsen vad gäller livskvaliteten men livslängden påverkas inte. Resultatet av en kostnadseffektanalys/kostnadsnyttoanalys uttrycks i en kvot (inkrementell kostnads-effektkvot, ICER) som beskriver den extra kostnaden per utfallsenhet, i exemplet ovan uttryckt som kostnad/QALY. Resultatet från exemplet är 70 000 kr för att vinna ett kvalitetsjusterat levnadsår (1 QALY). Vid hälsoekonomiska analyser är det vanligt att resultat diskonteras om kostnader och effekter uppstår över lång tid för att möjliggöra jämförelse. Diskontering innebär att framtida värden räknas ner. Vi antas värdera saker, såsom hälsa och konsumtion, högre idag än det som uppstår i framtiden. Den årliga diskonteringsräntan som normalt används i Sverige ligger på 3 %.

Följdfrågan som kan ställas är om 70 000 kr/QALY är kostnadseffektivt eller inte. För att avgöra frågan om vad som är kostnadseffektivt så måste vi egentligen veta vad samhället är villigt att betala för att vinna hälsa. Det finns i Sverige inga fasta gränser för vad som kan sägas vara kostnadseffektivt eller inte, men en kostnad på 70 000 kr/QALY faller inom ramen för vad som kan anses vara en låg kostnad per QALY.

Vid prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården i Sverige ingår det hälsoekonomiska underlaget (kostnads-effektivitetsprincipen) som en del i den etiska plattform som finns framtagen, men är underordnad människovärdesprincipen (alla människor är lika mycket värda) och behovs- och solidaritetsprincipen (personer med stora behov går före personer med mindre behov).

Utöver de metoder som kortfattat beskrivits i detta kapitel finns andra aspekter som är av stor vikt inom hälsoekonomin, men som inte kommer att behandlas här. För vidare läsning, se exempelvis Drummond med flera (2005)¹² eller Bernfort (2009)¹³.

¹² Drummond Michael, Sculpher Mark, Torrance George, O'Brien Bernie and Stoddart Greg. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Third Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2005

¹³Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT). Hälsoekonomiska utvärderingar. Vad menas och hur gör man? Bernfort Lars. Linköpings Universitet, Linköping. CMT-Rapport 2009:2

3 Metod

Detta projekt har genomförts i olika moment, eller delstudier, där det ena är kartläggningen av fixartjänster i Sveriges kommuner. Den andra är delstudien kring samhällsekonomiska konsekvenser av fixartjänster. Metodbeskrivning och genomförande för de två delstudierna beskrivs härnäst.

3.1 Kartläggning av fixartjänster

För att kartlägga användningen och omfattningen av fixartjänster i Sveriges kommuner skapades en postenkät innehållandes frågor angående fixartjänsten i respektive kommun. Fixartjänster kan även bedrivas av privata företag eller av frivilligorganisationer, dessa har dock inte inkluderats i den huvudsakliga analysen. Vårt arbete utgår från fixartjänster i kommunal regi eller fixartjänster som utförs på entreprenad med ersättning från kommunen. Enkäten utformades i olika steg och testades mot två kommuner som också inkom med synpunkter på frågor och formuleringar. Slutgiltig och använd version av enkäten visas i bilaga 1. Frågorna i enkäten inkluderade exempelvis startår, målgrupp, syfte och målsättning, kommunens budget, kostnad att använda tjänsten, vilka typer av tjänster som genomförs, om utvärderingar genomförts samt upplevd nytta eller vinst med tjänsten.

I Sverige finns 290 kommuner. För att identifiera fixartjänster i kommunerna gick samtliga kommunhemsidor igenom. Hos de kommuner där en fixartjänst kunde identifieras togs en initial kontakt via telefon med berörda personer inom respektive kommun, detta för att presentera projektet samt för att försäkra oss om att enkäten skickas till rätt person på kommunen. Ett mail skickades också till kommunen för att informera om projektet. Personer som kontaktades kunde vara personer som var anställda inom fixartjänsten, verksamhetschefer eller personer som på annat sätt hade anknytning till verksamheten. Det viktiga var att personen/personerna i fråga kunde besvara frågor angående kommunens organisation kring fixartjänsten. I enkäten efterfrågades inte personliga svar, utan respondenterna instruerades att besvara enkäten som representant för sin kommun, samarbete för att besvara enkäten uppmuntrades. Efter telefonkontakt skickades postenkäten främst via post tillsammans med ett frankerat svarskuvert, men också via email om detta föredrogs. Data kunde även i vissa fall samlas in via telefonintervju istället för postenkät.

För de kommuner där fixartjänst inte kunde identifieras via hemsidan togs kontakt via telefon med verksamhetschefer eller personer med anknytning till aktuella områden. I de fall där det framkom att kommunen har en fixartjänst skickades en enkät. För de kommuner som inte erbjuder fixartjänster ställdes några få frågor via telefon (se bilaga 1, fråga 1-4 samt 23 och framåt) alternativt så skickades enkäten.

Utifrån enkätsvaren skapades en kommunkategorisering. Den primära kommunindelningen är:

- Kommuner som bedriver fixartjänster i egen regi
 - Fixartjänst i kommunal regi = kommunen tillhandahåller, betalar för och utför tjänsten.
 - Fixartjänst på uppdrag av kommunen = kommunen har lagt ut fixartjänsten på ett företag eller räddningstjänst som får ekonomisk ersättning för utförandet.
- Kommuner som inte bedriver fixartjänster i egen regi
 - Kommuner som aldrig haft fixartjänster
 - Kommuner som har haft fixartjänst men som har lagt ner verksamheten
 - Kommuner som har fixartjänster men som utförs av en volontärs-/ideell organisation. Dessa kan dock få ekonomiskt bistånd från kommunen.

Den huvudsakliga analysen i denna rapport bygger på kommuner som har fixartjänster i egen regi. En anledning till varför fixartjänster som utförs av volontärer inte är inkluderade i den huvudsakliga analysen är att dessa ser väldigt olika ut, vilket skulle innebära att en gränsdragning skulle bli svår att göra. I vissa fall är biståndet och inflytandet från kommunen relativt stort medan det i andra fall handlar om en helt fristående organisation. Då fokus i kartläggningen har varit att identifiera fixartjänster i kommunal regi finns också risken att fixartjänster som utförs av volontärsorganisationer inte fångats i denna kartläggning. De fixartjänster som utförs av volontärsorganisationer som identifierats via kartläggningen kommer dock att beskrivas i rapporten under en egen rubrik.

Avgränsningen för vad som i denna rapport räknas till en fixartjänst har gjorts utifrån definitionen (se sidan 8). Enkäter som inkommit från kommuner med svar som beskriver en fixartjänst men som inte ligger i linje med den definition som vi utgår från har inte inkluderats i den huvudsakliga analysen. Enkäter som exkluderats på detta sätt (2 stycken) beskriver fixartjänster som utförs utomhus.

Ifyllda enkäter kodades in i en databas och analyserades utifrån de aktuella frågeställningarna.

3.2 Samhällsekonomisk analys

För att studera eventuella trender inom fallskadestatistiken hämtades data från Socialstyrelsens slutenvårdsregister. Data hämtades på kommunnivå utifrån diagnoskoder för fallskador samt höftfrakturer för personer över 65 år. Data angående folkmängd per kommun hämtades från SCB.

En hypotetisk samhällsekonomisk analys genomfördes med hjälp av uppgifter ur litteraturen samt tillgängliga register. Något förenklat likställdes i denna analys ”allvarliga fallskador” med frakturer. Uppgifter om antal frakturer och vilka frakturer bland personer över 65 år hämtades från tillgängliga databaser och litteratur. Uppgifter om kostnader förknippade med frakturer hämtades från litteraturen, i huvudsak studier om osteoporosbehandling.

4 Resultat

4.1 Kartläggning av fixartjänster i Sveriges kommuner

I Sverige finns 290 kommuner. Av dessa är det endast 24 som inte besvarat enkäten, det ger en svarfrekvens på 92 %. Alla kommuner har dock kunnat kategoriseras utifrån om de har fixartjänster i kommunal regi eller inte. Följande kartläggning bygger på de kommuner som har fixartjänster helt i kommunal regi eller som har lagt ut fixartjänsten på entreprenad till företag/räddningstjänst med ersättning till utföraren. Fortsättningsvis kommer dessa olika varianter för enkelhetens skull att gå under den gemensamma benämningen ”kommunal regi”. Kommuner där det finns fixartjänster men där utföraren är en volontär-/ideell organisation eller genomförs i privat regi är således inte inkluderade i denna huvudsakliga analys om inte annat anges.

Sveriges kommuner är indelade i 10 kommungrupper¹⁴. Tabell 2 nedan redovisar hur stor andel av kommunerna som har fixartjänster i kommunal regi. Kartläggningen visar att totalt 191 kommuner har fixartjänster i kommunal regi, det vill säga 66 % (se bilaga 2 för redovisning av kommuner).

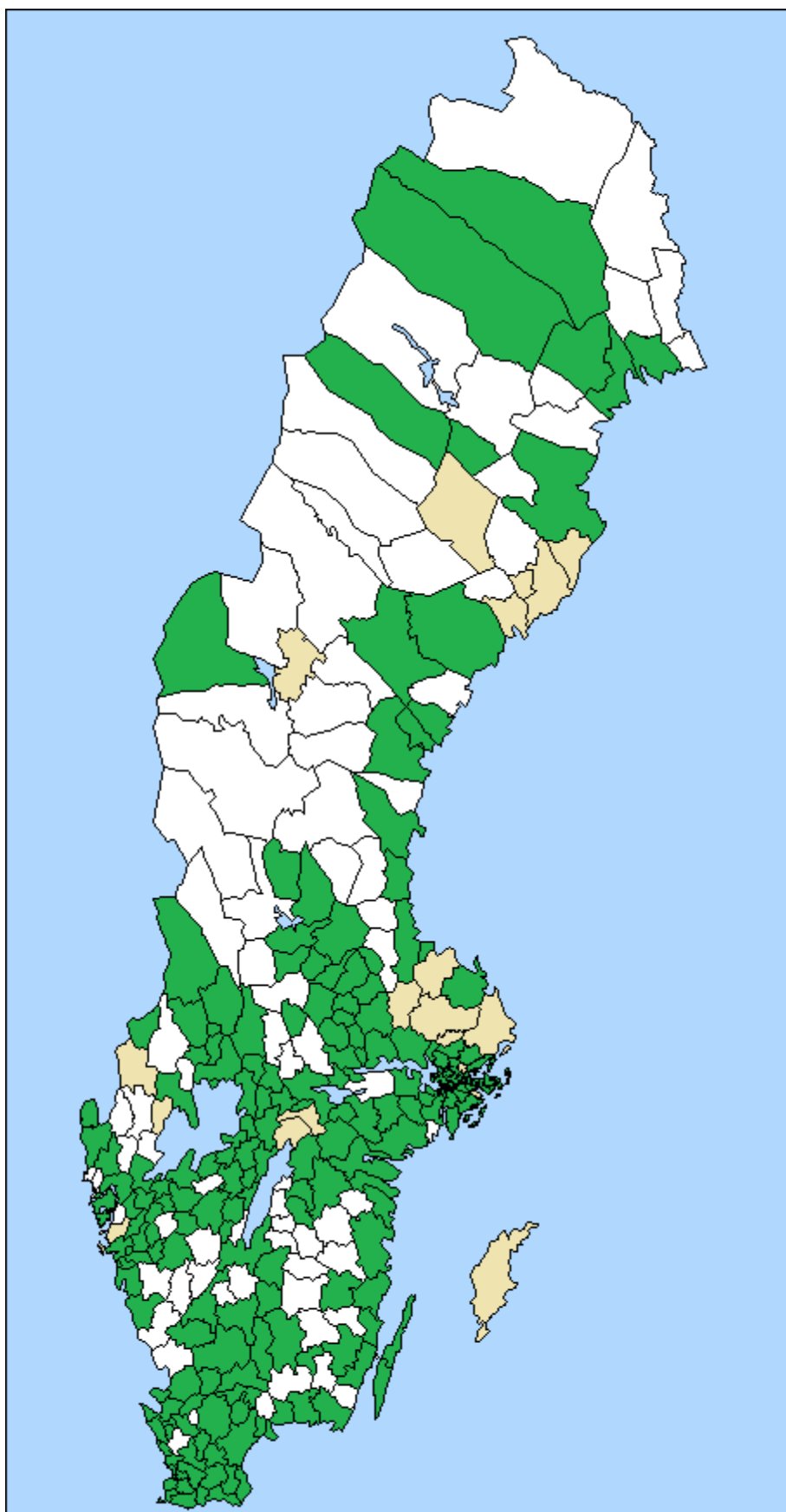
Tabell 2 Redogörelse för antal kommuner i Sverige som bedriver fixartjänster i kommunal regi

Kommungrupp	Benämning	Antal kommuner i kommungruppen	Antal med fixartjänst	Andel (%)
1	Storstäder	3	3	100
2	Förortskommuner till storstäderna	38	33	87
3	Större städer	31	26	84
4	Förortskommuner till större städer	22	19	86
5	Pendlingskommuner	51	34	67
6	Turism- & besöksnäringkommuner	20	9	45
7	Varuproducerande kommuner	54	32	59
8	Glesbygdkommuner	20	3	15
9	Kommuner i tätbefolkad region	35	25	71
10	Kommuner i glesbefolkad region	16	7	44

Figur 2 visar den geografiska spridningen av kommuner som har fixartjänster i kommunal regi (grönmarkerade på kartan, 191 stycken). De gulmarkerade kommunerna (20 stycken) är kommuner som identifierats med en volontärsorganisation/ideellt arbetande som utförare med mer eller mindre kommunal inblandning (av dessa kan det finnas fler men som inte identifierats via föreliggande kartläggning).

¹⁴ Kommungruppsindelning enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL): http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/om_kommuner/kommungruppsindelning

Figur 2 Geografisk spridning av kommuner som har fixartjänster i kommunal regi



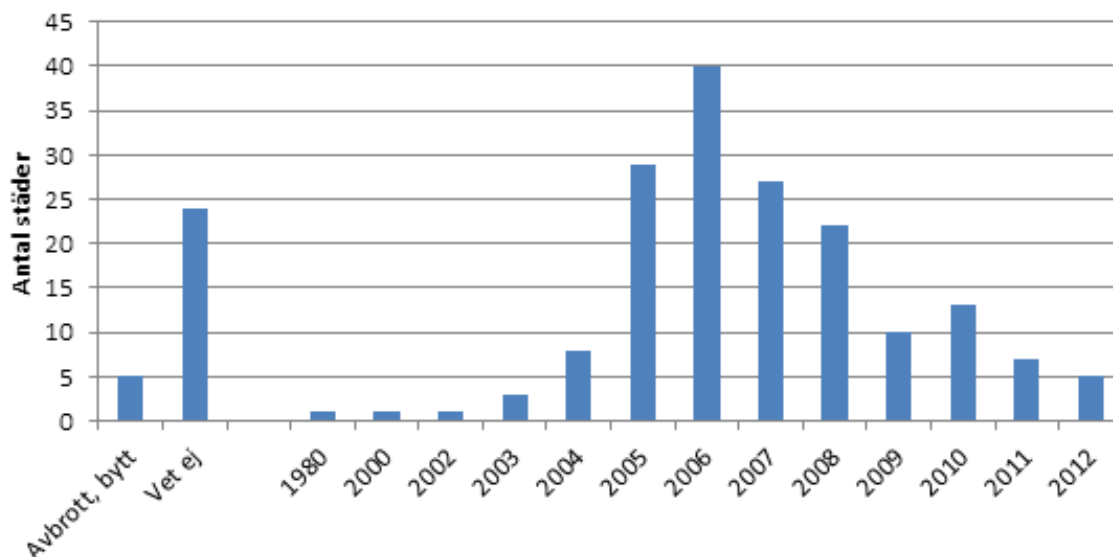
4.2 Beskrivning av fixartjänster i Sveriges kommuner

Följande beskrivning av fixartjänster i Sveriges kommuner bygger på de enkätsvar som kommit in från kommuner som har fixartjänster i kommunal regi. I dagsläget handlar det om enkätsvar från 171 kommuner (i två fall rapporteras två kommuner som en kommun då de har en gemensam fixartjänst) samt på svar från 25 stadsdelsförvaltningar (13 från Stockholm, 7 från Göteborg och 5 från Malmö), totalt 196 enkäter. Det externa bortfallet (saknade enkäter) räknas till 15 enkäter från kommuner som har fixartjänster i kommunal regi samt enkätsvar från fyra stadsdelsförvaltningar som har fixartjänst. Visst internt bortfall finns på frågor i enkäten vilket uppstår när en fråga lämnas obesvarad. I beskrivningen som följer kommer vi för enkelhetens skull skriva ”kommun”, ej ”kommun/stadsdelsförvaltning”, stadsdelsförvaltningarnas svar är dock inkluderade om inte annat anges i texten.

4.2.1 Införande av fixartjänster i Sveriges kommuner

En trend kan skönjas för när fixartjänsterna som är aktiva idag infördes i Sveriges kommuner, se figur 3. Majoriteten av kommunerna startade sina fixartjänster under år 2005 – 2008. Innan 2005 var det endast ett fåtal kommuner som hade fixartjänster. Under senare år, 2009-2012, finns det ett antal kommuner som varje år startat sin fixartjänst. Observera att bortfallet i denna fråga är förhållandevis stor, många har kryssat i alternativet ”vet ej”, är osäkra på startdatum eller har gjort avbrott och startat på nytt, vilket gör det svårt att beskriva hela bilden.

Figur 3 Årtal för när fixartjänster införts i Sveriges kommuner



4.2.2 Primära syftet med fixartjänster och målgrupper

Syftet med fixartjänsten är i majoriteten av kommunerna att verka fallpreventivt. I enkäten efterfrågades syftet och målsättningen med fixartjänsten, några av svaren belyses nedan med citat från enkäten:

*”Förebygga fallolyckor och främja ett hälsosamt åldrande” och
”Förebygga fall, skador och ohälsa”*

”Att ge praktisk hjälp med vardagliga sysslor som man kanske kan utföra själv men bör avstå från på grund av risken att ramla eller skada sig”

”Minska andelen lårbensbrott med 30 % med hjälp av att t.ex. byta gardiner, glödlampor. Detta i syfte att minska antalet fallolyckor”

”Övergripande syfte med fixartjänsten är att förhindra fallolyckor i hemmen. Målet är att förhindra enskildas lidande och minska samhällets kostnader”

”Att förebygga olyckor/skador hos äldre, därmed minska kostnader för vård i samband med fall/skador och att undvika personligt lidande och problem”

Kommuner anger även andra syften med fixartjänsten, såsom att ge meningsfull sysselsättning till personer som står utanför arbetsmarknaden.

”... för att ge en meningsfull sysselsättning för personer med olika funktionsnedsättningar”

”... erbjuda brukare inom daglig verksamhet värdigt, uppskattat och ”riktigt” arbete med handledare”

”... erbjuda lämpliga arbetsuppgifter åt arbetslösa som deltar i kommunens arbetsmarknadsinsatser”

Andra syften som angivits är att fixartjänsten syftar till att vara en social kontakt och/eller att möjliggöra ett kvarboende för äldre personer:

”Att våra äldre ska kunna bo kvar så länge som möjligt hemma”

”Att minska isoleringen och underlätta för de äldre att kunna bo kvar i sina hem. Tanken är även att undvika fallolyckor, som är vanligt förekommande och ökar drastiskt från 75 år och uppåt”

”... ge större möjlighet att stanna kvar i hemmet, därmed bättre livskvalitet”

”Att underlätta för personer att bo hemma längre...”

”Förebygga olyckor, rådgivning, social kontakt mm.”

Fixartjänsterna i Sveriges kommuner riktar sig alla till äldre personer. I många fall riktar de sig även till personer med funktionsnedsättning. I 49 % av alla kommuner riktar sig fixartjänsten endast till äldre personer. I 46 % av kommunerna riktar sig fixartjänsten både till äldre personer samt till personer med funktionsnedsättning. I 5 % av kommuner med fixartjänst riktas dessa till äldre personer samt personer med funktionsnedsättning och/eller någon annan målgrupp (exempelvis alla i kommunen med larm, gruppboenden, skolor, dagverksamheter med mera).

När det gäller gruppen äldre så varierar åldern för när man kan börja använda sig av fixartjänsten mellan olika kommuner. Vanliga startåldrar för att få möjlighet att börja använda fixartjänster i Sveriges kommuner är 65+ (cirka 38 % av kommunerna), 67+ (24 % av kommunerna), 70+ (16 % av kommunerna) samt 75+ (20 % av kommunerna). Startåldrar 60, 61 samt 80 förekommer i en kommun respektive. Procenten baseras på de kommuner som angivit en startålder (endast 8 har inte svarat).

4.2.3 Organisation och information

Informationsspridning om fixartjänstens existens

Kommunerna använder generellt sett många informationskanaler för att få ut budskapet om sina fixartjänster. Vanliga informationskanaler är kommunhemsidan, annonser i lokalpressen, annonsblad, broschyrer som placeras på strategiska ställen såsom vårdcentraler, bibliotek med mera. Många kommuner genomför även informationsinsatser genom att besöka föreningar där målgruppen finns, exempelvis PRO. De kommuner som har uppsökande verksamheter använder ibland även dessa tillfällen för att informera om fixartjänsten. Även hemtjänsten används i vissa kommuner för att informera om fixartjänsten.

Informationsbroschyrer har i vissa fall bifogats enkätensvaren från kommuner. Dessa riktar sig i första hand till brukarna av tjänsten. Fixartjänsten beskrivs där som en förebyggande insats riktad till äldre. Informationsbroschyrer finns många gånger att hitta via kommunernas hemsidor.

Exempel på kombination av informationskanaler som kan användas kan ges baserat på svaret från Haninge kommun som informerar sina medborgare om fixartjänsten på många olika sätt: via lokalpressen, den egna tidskriften, internet, nära samarbete med pensionärsföreningarna, uppsökande verksamhet där alla 75–80-åringar och änkor/änklingar över 65 år informeras i hemmet vad kommunen kan erbjuda i form av stöd och hjälp samt via egna arrangerade mässor och seminarier.

Kommunernas organisation av fixartjänsterna

Av de 191 kommunerna med fixartjänst i kommunal regi har 177 kommuner kunnat klassificeras utifrån hur de organiserat sina tjänster (de 25 stadsdelsförvaltningarna räknas här sammanslagna till tre kommuner; Stockholm, Malmö och Göteborg). Av de 177 kommunerna så har tre huvudsakliga organisationsstrukturer med underorganisationer identifierats:

Tabell 3 Beskrivning av hur fixartjänster är organiserade i Sveriges kommuner

Organisationsstruktur av fixartjänster	
Organisation	Procent
1. Fixartjänsten bedrivs helt i kommunal regi	
1.a. Fixartjänsten tillhandahålls av kommunen, utförare är en eller flera fixare	54
1.b. Fixartjänsten tillhandahålls av kommunen, utförare är dagligverksamhet	11
1.c. Fixartjänsten tillhandahålls av kommunen, utförandet sorterar under arbetsmarknadsenhet eller motsvarande	28
2. Fixartjänsten bedrivs av räddningstjänsten i samarbete med kommunen	5
3. Fixartjänsten bedrivs av företag med ekonomisk ersättning från kommunen	3

Det vanligaste sättet att organisera sin fixartjänst är att tjänsten bedrivs i kommunal regi där utföraren är en eller flera fixare anställda i kommunen (54 % av kommunerna). Elva % av kommunerna har dagligverksamhet/LSS som utförare av fixartjänsterna. Det är då deltagare från dagligverksamhet som tillsammans med handledare utför fixartjänsten. Här har nyttan eller vinsten med fixartjänsten beskrivits vara att både verka i fallpreventivt syfte samt att ge deltagare inom dagligverksamheter en meningsfull sysselsättning.

Fixartjänsten sorterar i 28 % av kommunerna under arbetsmarknadsenheten (AME) eller motsvarande, ofta som en form av arbetsmarknadsåtgärd för personer som står långt från arbetsmarknaden eller som behöver arbetserfarenhet. Även här beskrivs att både de som använder tjänsten samt de som utför tjänsten har gemensam nytta av den. Det är av vikt att påpeka att vi inte kan vara helt säkra på att alla fixartjänster som sorterar under AME är en arbetsmarknadsåtgärd. Vårt intryck är dock att så är fallet, enligt enkät-svaren, i majoriteten av dessa kommuner.

Nio kommuner (5 %) bedriver fixartjänsten i samarbete mellan kommunen och räddningstjänsten. Fixartjänster som bedrivs med denna typ av samarbete är Katrineholms och Vingåker kommun (som samarbetar med räddningstjänsten kring en fixartjänst), Tidaholms och Falköpings kommun (som även de samarbetar med räddningstjänsten kring en fixartjänst), Värnamo, Ljungby, Lidköping, Danderyd och Oskarshamns kommun.

Den tredje huvudsakliga organisatoriska varianten som inte är fullt lika vanligt förekommande är att fixartjänsten lagts ut på entreprenad på ett företag som utför insatserna. Detta är fallet i 3 % av kommunerna. I exempelvis Lunds och Härnösands kommun köps tjänsten in från företaget Samhall.

4.2.4 Arbetsuppgifter inom ramen för fixartjänster

En mängd arbetsuppgifter genomförs inom ramen för fixartjänster i Sveriges kommuner, dessa visas i tabell 4.

Tabell 4 Redogörelse för typer av arbetsuppgifter som genomförs inom ramen för fixartjänster samt andel av kommuner som utför dessa arbetsuppgifter

Typer av arbetsuppgifter som erbjuds inom ramen för fixartjänster i kommunal regi/samarbete	
Tjänst	Andel fixartjänster som erbjuder detta
Byte av glödlampor	100 %
Byte av säkringar	97 %
Byte/upphängning av gardiner	100 %
Fastsättning av lösa sladdar	98 %
Borttagning av mattor	87 %
Upphängning av tavlor eller liknande	94 %
Montera fast saker på hög höjd, ex. brandvarnare	95 %
Bära saker till och från vind/ förråd	96 %
Hämta/lägga upp saker i höga skåp	98 %
Omflyttning av lättare möbler	89 %
Ordna med balkonglådor och liknande	64 %
Översyn av olycksrisker i hemmet	67 %
Snöskottning	15 %
Gräsklippning	10 %
Övrig trädgårdsskötsel	10 %
Övrigt	33 %

Alla kommuner erbjuder tjänster som är förknippade med fallprevention från stegar eller andra redskap/möbler inomhus, det vill säga arbeten på högre höjd (se tabell 4). Exempel är byte av glödlampor och upphängning av gardiner som erbjuds av 100 % av kommunerna. Tjänster såsom byte av säkringar, tavlor och liknande, nedtagning av saker från höga skåp, bära saker upp och ner för trappor eller stegar mm erbjuds av majoriteten av kommunerna. Åtgärder som syftar till att reducera risken att falla inkluderar även insatser såsom borttagning av mattor (erbjuds av 87 % av kommunerna) samt att fästa lösa sladdar (erbjuds av 98 % av kommunerna). En stor andel av kommunerna erbjuder även att göra en översyn av olycksrisker i hemmet (67 %).

En mindre andel av kommunerna erbjuder även arbete utomhus inom ramen för fixartjänsten, såsom snöskottning (erbjuds av 15 %), gräsklippning (erbjuds av 10 %) och annat trädgårdsarbete (erbjuds av 10 %). Dessa arbetsuppgifter skiljs ofta från arbeten som kan genomföras inomhus och kommuner tar ofta ut en avgift för genomförandet av utomhustjänsterna. I vissa kommuner ingår dock snöskottning som en gratistjänst. Flera kommuner har dock andra organisationer som erbjuder utomhustjänster, men dessa sorterar inte under fixartjänsten som det är definierat i denna rapport.

Av de tillfrågade har 33 % angivit att de även genomför någon/några övriga arbetsuppgifter och variationen är stor avseende vad som genomförs. Exempel på andra typer av arbetsuppgifter som utförs är: installation av TV-apparater, batteribyten, rengöring och damning på hög höjd, att informera om hjälpmedel och lotsning till hjälpinsatser inom kommun och landsting, posta brev, syarbeten, källsortering, köra återvinning till återvinningsstationer eller miljöstationer, genomförande av säkerhetsrond i hemmet, trygghetsrådgivning, halksäkring av mattor, enklare flyttuppgifter, fönsterputsning, möbelmontering, sandning och saltning utomhus, tillhandahållande av sandhinkar vintertid, hjälpa till med inköp av mat, hundrastning, promenadsällskap, enklare reparationer - ”*allt möjligt mellan tak och golv*”.

Kommunerna tillfrågades även om några närliggande typer av tjänster har exkluderats från kommunens fixartjänst. Bland de svar som inkommit anges bland annat att hushållsnära tjänster som kräver yrkeskunnig personal (exempelvis VVS- och elarbeten) eller tjänster som konkurrerar med privata företag har exkluderats. En del kommuner exkluderar tjänster som exempelvis att köra sopor till återvinningsstation medan andra kommuner har med dessa arbetsuppgifter inom ramen för tjänsten.

4.2.5 Kostnad för att använda tjänsterna

I majoriteten av kommunerna (58 %) är tjänsten kostnadsfri men brukaren får stå för förbrukningsmaterialet själv. I 32 % av kommunerna är tjänsten helt kostnadsfri för brukare. En mindre andel kommuner tar ut en avgift för sin fixartjänst (cirka 9 %). Kostnaden ligger då mellan cirka 50 – 200 kr/timma, kostnaden ligger i medel på cirka 100 kr/timma. En annan lösning som finns är att ta ut en avgift per besök eller uppgift utan att specificera tiden för besöket eller uppgiften, eller att kostnaden som debiteras är för bilersättning medan själva tjänsten är kostnadsfri.

Det finns också andra typer av betalningslösningar bland kommuner som erbjuder fixartjänster. I en kommun erbjuder man de första 60 minuterna utan kostnad och därefter debiteras brukaren 200 kr/timma och i en annan är de första 30 minuterna avgiftsfria och därefter debiteras 75 kr/timma.

Cirka 8 % av kommunerna har i enkäten angivit att de erbjuder inomhustjänsterna helt avgiftsfritt eller att brukaren får stå för förbrukningsmaterialet, medan tjänster utomhus (snöskottning, gräsklippning med mera) eller vissa specifika uppgifter är förknippade med viss kostnad.

Utomhustjänster ingår i en mindre andel kommuner i fixartjänsten (exempelvis snöskottning erbjuds i ett fåtal kommuner avgiftsfritt), ibland kan man köpa till utomhustjänster inom ramen för fixartjänsten och i vissa kommuner tillhör utomhustjänster någon annan organisation och sorterar därmed inte under fixartjänsten.

4.2.6 Restriktion i användning

Hos majoriteten av fixartjänsterna finns inga restriktioner i hur ofta eller mycket man kan använda sig av tjänsten (cirka 78 % har inga restriktioner alls). Cirka 22 % av

kommunerna, det vill säga 42 stycken, har någon form av restriktion i användning. Av de 42 kommunerna med restriktion så har 38 % organiserats så att brukare kan använda dem så ofta de vill, men de har restriktioner i hur lång tid varje ärende får ta. Restriktion i tid ligger på 60 minuter i de flesta fall (81 %), i ett fall ligger det på 40 minuter per ärende, i en kommun på 30 min/ärende och i ett annat fall får varje ärende ta 120 minuter.

Bland kommunerna med restriktioner (42 stycken) har cirka 62 % begränsningar i hur ofta man får använda dem. Den vanligaste restriktionen, som bland annat finns i de flesta av Stockholms stads stadsdelsförvaltningar, är 6 timmar/år. Restriktioner i hur ofta man får använda fixartjänsten varierar bland kommunerna, exempelvis 6 timmar/år, 7 gånger/år, 4 gånger/år á 45 minuter och från 1 till 8 timmar/månad.

4.2.7 Ärenden och väntetid

Fixartjänsterna i Sveriges kommuner ser olika ut och utför olika många ärenden. Antalet ärenden som utförs kan förklaras av organisationsstruktur, budget, anställningsgrad, antal anställda, restriktioner i användning, efterfrågan på tjänsten mm. För kommuner som har en fixare anställd på 100 % så utförs i genomsnitt 22 ärenden per vecka. Men även här kan det se olika ut, det vill säga fixaren kan ha andra uppgifter inom ramen för sin anställning.

Hur snabbt man som brukare kan få hjälp via fixartjänsten skiljer sig mellan kommuner. Även här kan skillnaden tänkas kunna förklaras av faktorer såsom organisationsstruktur, budget, anställningsgrad, antal anställda, efterfrågan på tjänsten med mera. Av de kommuner som besvarat frågan angående väntetid (48 har inte svarat på frågan eller angivit ett oklart svar) så har 40 % svarat att de inte har någon väntetid, 16 % har angivit att de har 1-2 dagars väntetid, 33 % av kommunerna kan erbjuda fixartjänsten inom en veckas tid och 11 % av kommunerna har mer än en veckas väntetid. I svaren betonas även att efterfrågan många gånger är säsongsberoende, vilket gör att väntetiden till att få hjälp kan bli längre under vissa perioder. En lång väntetid har kommenterats upplevas som problematisk eftersom det kan innebära att brukarna istället för att vänta på hjälpen utför sysslorna själva och därmed riskerar att skada sig.

I många kommuner prioriteras ärenden olika högt beroende på dess karaktär, vilket kan få betydelse för väntetiden. Ärenden som angivits som högst prioriterade och som därmed åtgärdas snabbt, många gånger samma dag, är trasig badrumsbelysning, trasig belysning generellt, trasiga säkringar samt batteribyte i brandvarnare.

4.2.8 Budget för fixartjänster

Vilken budget en kommuns fixartjänst har kan relateras till dess organisationsstruktur. Det interna bortfallet på denna fråga är relativt stor beroende på att man inte alltid vet hur budgeten ser ut när man arbetar i tjänsten eller att fixartjänsten ingår som en del i en större verksamhet utan egen budget.

I kommuner där fixartjänsten fungerar som en arbetsmarknadsåtgärd kan budgeten endast behöva täcka kostnaden för den av kommunen anställda personalen (arbetsledare/handledare), administration och/eller bilkostnader, medan personer som arbetar/praktiserar inom åtgärdsprogrammet får sin inkomst från annat håll (genom lönebidrag eller liknande). Samma sak gäller för fixartjänster som organiseras inom dagligverksamhet enligt LSS.

Majoriteten av kommunerna har en eller flera fixare anställda (54 %). Att ange en viss budget för fixartjänsterna är förknippad med svårigheter med tanke på att fixartjänsterna i kommunerna ser olika ut och budgetar inkluderar varierande poster (olika tjänster, bil, bensin, material, lokal, lön, mobil, verktyg, kläder med mera), därför bör resultaten tolkas med försiktighet. I illustrativt syfte har en beräkning gjorts av ett medelvärde av de kommunbudgetar som angivits i enkäten. Denna beräkning har utgått från svar från kommuner som har en fixare anställd på 100 % (bygger på svar från 14 kommuner). Budgeten ligger då i medel på cirka 440 000 kr/år.

4.2.9 Upplevd nytta/vinst med fixartjänsten

Frågan ”Vad är den viktigaste vinsten eller nyttan med tjänsterna?” ställdes i slutet av enkäten samt en fråga om de som besvarade enkäten hade något övrigt att tillägga. Dessa frågor ställdes för att kunna beskriva hur de som arbetar i verksamheten ser på fixartjänsterna. I redovisningen som följer har citat från dessa två frågor plockats ut.

Fallprevention är en aspekt som framkommer i enkäterna som vinst/nytta med fixartjänsten. Upplevelsen av att fallskador eller olyckor minskar genom de insatser som man gör beskrivs i svar från kommuner:

”Att äldre slipper ramla och skada sig” och ”Minimera skador i hemmet”

”Att minska fallolyckor. Att man har en duktig fixare som har blick för olycksrisker, att se med förebyggande ögon”

”Avsikten är att minska risken för skador i hemmet. Svårt att veta om de lyckas utan någon kontrollgrupp”

”Det skadepreventiva värdet är betydande. Att som äldre inte stiga upp på pallar/stegar och dylikt och falla ned och skada sig betyder även stora samhällsekonomiska vinster, förutom mänskligt lidande...”

”Förhindrar förhoppningsvis några fallolyckor som kunde ha inneburit stort lidande och stora kostnader för den enskilde och samhället”

Att fixartjänsten fungerar som en hjälpande hand är också en aspekt som lyfts fram:

”Att de äldre inte skadar sig, utan får hjälp med ”enklare” sysslor som hemtjänsten inte utför”

”Det viktigaste med tjänsten är att de äldre kan känna tryggheten och vetskapen att ha nån som de kan ringa om de behöver hjälp”

Möjligheten för de äldre att bo kvar i sina hem, om de så önskar, är också en aspekt som beskrivits som största vinsten eller nyttan med fixartjänsten i enkäterna:

”Vinsten är att äldre har möjlighet att bo kvar i sitt ordinarie boende under en längre tid. Förhoppningsvis kan man förhindra fallolyckor i hemmen”

”Att höja livskvaliteten för våra seniorer. Och att de som vill kan bo kvar hemma i sin bostad och känna sig trygga och säkra”

Fixartjänster sorterar i 28 % av kommunerna under arbetsmarknadsenheten och fungerar många gånger som en arbetsmarknadsåtgärd. Även personer med funktionsnedsättning inom dagligverksamhet arbetar i 11 % av kommunerna med fixartjänsterna. Att kunna erbjuda möjligheten för personer utanför den reguljära arbetsmarknaden att arbeta inom ramen för fixartjänster har bland annat beskrivits som största vinsten eller nyttan med tjänsten:

”Bra service till kommuninvånarna, minskar olycksrisker och fallolyckor. Bra och omväxlande arbete för personerna som är i arbetsmarknadsåtgärd”

”Samhällsekonomiskt pga. att olyckor undviks och att människor bor hemma i egen bostad längre och upplever sig trygga och omhändertagna. Mänskligt då skador förebyggs vilket ger friskare kommuninvånare som kan delta i samhället. Arbetsmarknadspolitiskt då människor som stått utanför arbetsmarknaden kan få anställning och uppleva att de göra en insats i samhället”

”Att kunna ge en meningsfull sysselsättning” och ”Bra sysselsättning för personer i arbetsmarknadsåtgärd”

”Pensionärer och personer med funktionsnedsättning har större möjlighet att bo kvar i sitt hem. Undvika olyckor. Meningsfullt arbete för personer som har svårt att ta sig in på den reguljära arbetsmarknaden. Win-win”

”Mycket uppskattning och tacksamhet från kommunens invånare. Medarbetarna (brukarna) känner att de gör ett bra och viktigt jobb. De växer och utvecklas positivt, blir en del av samhället”

Även den rådgivande uppgiften som fixartjänsten kan innebära har lyfts fram:

”Att en kontakt skapas som leder till mer hjälp från kommun och landsting”

En annan aspekt som beskrivits är den sociala rollen som fixartjänsten kan spela för de brukare som använder sig av tjänsten:

”... Kommunen sparar pengar på benbrott osv. Så det är bra om fallolyckorna minskar. Sen är det här väldigt nyttigt för brukarna som vi kallar våra äldre, det är en social bit. Många äldre sitter hemma ensamma och tycker att det är roligt när vi kommer så att de får prata av sig en stund. Det betyder nog väldigt mycket för dem”

”Förhindra fallolyckor, sen den sociala biten. Många är ensamma och har kanske ej barn eller anhöriga på orten. Små bekymmer kan vara stora bekymmer för brukarna”

”Dels att förebygga fallskador hos pensionärer, men framför allt det sociala. Att prata och kanske ta en kopp kaffe med pensionären då och då efter att jobbet är utfört”

Övriga synpunkter har inkommit från kommuner som behandlar olika aspekter. En aspekt som lyfts fram är att fixartjänsten borde vara belagd med en avgift för att komma ifrån över- eller felaktig användning av tjänsten. En annan är en önskan om bättre samordning kring fixartjänsterna där frågor som riktlinjer, organisation, uppdrag, uppföljning och forskning belyses ur ett nationellt perspektiv för att bidra till en bättre struktur och likhet i vilken hjälp som erbjuds i Sveriges kommuner. Ytterligare aspekter som beskrivits är vikten av personalens lämplighet samt vikten av att samordna insatserna med hemtjänsten.

4.2.10 Befintliga verksamhetsuppföljningar och utvärderingar av fixartjänster

I enkäten ställdes frågan om kommunen/stadsdelen genomfört någon studie eller utvärdering av fixartjänsten. Vid ja-svar ställdes även en följdfråga om var eller hur vi kunde ta del av en eventuell utvärdering. Detta kapitel behandlar de uppföljningar/utvärderingar av fixartjänster som bifogats från kommuner (utvärderingar/uppföljningar som genomförts men som ej bifogats är alltså inte inkluderade i denna redogörelse), eller utvärderingar som på annat sätt identifierats, så kallade externa utvärderingar. Dessa redovisas under en särskild rubrik. I redovisningen som följer ingår inte studier som handlar om fallolyckor generellt, skadeförebyggande insatser eller säkerhetsfrämjande utan har inriktats mot fixartjänsten specifikt.

Inkomna uppföljningar/utvärderingar från kommuner

Materialet som inkommit från kommunerna kategoriserades i tre huvudkategorier:

- Verksamhetsbeskrivning i form av statistik
- Kvalitetsmätningar (av typ nöjdhetsindex)
- Verksamhetsuppföljningar och kommuners egna utvärderingar

Verksamhetsbeskrivningar

En stor del av det material som bifogats från kommunerna är redovisning av statistik av fixartjänstens uppdrag. Redovisningen i detta avsnitt bygger på den statistik som skickats in (underlag från 19 kommuner), vilket endast utgör en viss andel av de kommuner som för statistik.

För de kommuner där statistik bifogats är antalet uppdrag per månad eller dag tillgängliga. Vissa kommuner har även detaljerade beskrivningar av antalet uppdrag fördelade på antalet personer, vilka åtgärder som utförts, könsfördelning hos brukarna och så vidare.

Efterfrågan på fixartjänsten verkar vara säsongsbetonad. Antalet uppdrag ökar under höst och vår samt vid högtider såsom jul. I Ängelholm utgörs drygt 40 % av verksamhetstiden av att sätta upp gardiner, följt av glödlampsbyten så kallade kortvariga insatser. Detta verkar följa det generella mönstret i landets övriga kommuner. I de kommuner där lyft och flyttning av möbler ingår i fixartjänsten utgör också detta en stor post. För brukare som bor i hus utgör även diverseposten (byta filter, lyft, hjälp med återvinningsdeponi och så vidare) en stor del av arbetet.

I de kommuner där vi tagit del av material utgör kvinnor en brukarmajoritet (i snitt cirka 90 %). Det är ett fåtal personer som använder tjänsten mer än ett par gånger per år, vilket tyder på att tjänsten nyttjas, utan att överutnyttjas, av brukarna.

I två tredjedelar av fallen i Katrineholm/Vingåker har de äldre inte haft någon hemtjänst, nästan 90 % av brukarna var 75 år och äldre där merparten var över 80 år. Det gick även att utläsa att merparten av uppdragen utförs i tätbefolkat område och inte på landsbygden. Bilden är samstämmig för övriga kommuner.

Kvalitetsmätningar

Några kommuner har gjort kvalitetsmätningar vilket gör det möjligt att se hur nöjda kunderna eller brukarna är med de tjänster de får utförda i sina hem (underlag bifogat från 4 kommuner). Exempel på frågor som ställts i enkäterna är:

- hur kunderna nås av information
- om det varit lätt att komma i kontakt med fixaren
- hur nöjda kunderna är med bemötande
- hur nöjda kunderna är med de åtgärder/tjänster som utförts
- omfattningen av tjänsten och vad som kan förbättras

Brukaren har visats ta del av information på flera olika sätt. I Lidingö stad var de tre största informationsarenorna: genom en granne/vän, media och personal från hemtjänst. Det som framgår av det material som bifogats är att det är lätt att komma i kontakt med fixaren. De allra flesta som utnyttjar tjänsten är mycket nöjda med både bemötandet och de åtgärder som utförts och i Lidingö kommuns undersökning var oro för att tjänsten inte ska finnas kvar en vanligt förekommande kommentar från brukarna. I Åre kommun fanns även frågor om hur troligt det var att brukaren själv skulle utföra dessa tjänster (om möjligheten att nyttja kommunens fixartjänst inte fanns) och vidare hur troligt det var brukaren skulle riskera att skada sig i samband med att fixartjänsterna själv. Majoriteten uppgav att de skulle avstå från att utföra tjänsten själva om kommunen inte erbjöd tjänsten. Hälften uppgav att de uppfattade att de skulle riskera att skada sig själva genom att utföra sysslorna själva.

Verksamhetsuppföljningar och kommuners egna utvärderingar

Det bifogade materialet från kommunerna utgörs i huvudsakligen av statistik (enligt tidigare rubrik) och verksamhetsuppföljningar (bifogade från 13 kommuner). Under denna rubrik redovisas de vinster och de problem som kommunerna själva har valt att lyfta fram i sina uppföljningar av verksamheten.

Fixartjänsterna skapades ursprungligen många gånger genom så kallade ”plus-jobbare” (en anställningsform i form av en arbetsmarknadsåtgärd) där staten subventionerade verksamheten. Sedan statsbidraget togs bort har antingen verksamheten upphört eller försök har gjorts med att övergå till tjänst på fastare basis, antingen i kommunens egen regi eller som frivilligverksamhet. I flera kommuner har uppföljning av fixartjänsten skett i samband med att projekttiden för försöksverksamheten upphört.

Kommunernas målsättning är att minska antalet fallolyckor, och de ger också uttryck för en känsla av att så är fallet. Några tydliga effekter har dock inte kunnat utläsas i fallskadestatistiken, vilket möjligen kan förklaras av att man inte hunnit se effekterna av fixartjänster över längre tid.

Utöver att minska fallolyckor uppger kommunerna att fixartjänsten bidrar till ökad social hälsa både hos fixarna och hos brukarna, en ökad trygghetskänsla hos de äldre, avlastning för anhöriga, och större möjlighet för de äldre att bo kvar hemma.

En annan vinst som lyfts fram av kommunerna är att fixartjänsten även kan ge en möjlighet till meningsfulla arbetsuppgifter åt arbetslösa som deltar i arbetsmarknadsinsatser i kommunens regi. Tjänsten har även beskrivits kunna ge meningsfull sysselsättning åt människor med olika funktionsnedsättningar inom ramen för daglig verksamhet.

Personer som arbetar med fixartjänsten har själva uppgivit i kommunernas egna utvärderingar att arbetet är roligt och stimulerande. Tjänsten är ofta mycket uppskattad och fixarna får mycket beröm från sina kunder. Känslan är därför att de flesta kunder är nöjda. De handlingar som vi tagit del av ger en samstämmig bild av en uppskattad verksamhet, där det finns en stark vilja och ett stort engagemang bland personalen att på fastare basis kunna bedriva fixarverksamheten.

Ett problem som lyfts fram i exempelvis Gislaveds kommun är att antalet fallolyckor inte har minskat på grund av att inomhusjobben inte har fått det genomslag som bedömts. Gislaved är en kommun som tidigare tagit betalt för sin verksamhet och där den största efterfrågan är för utomhusarbete. En tänkbar förklaring som uppges av kommunen är att brukarna troligtvis kunnat tycka att det är för dyrt att betala en avgift på exempelvis 70 kronor i timmen för att få en glödlampa bytt. Sedan 2011 erbjuder kommunen därför inomhusarbete kostnadsfritt.

Att informationen inte alltid når ut till medborgare har lyfts fram som en svårighet i flertalet kommuner. Flera kommuner har i sina verksamhetsuppföljningar påtalat att nyttjandegraden inte varit så hög och att det därför har tagit tid att etablera tjänsten. Som åtgärd har man i Klippans kommun exempelvis lämnat in förslag på utvidgning av målgruppen för fixartjänst att omfatta personer över 70 år (tidigare var målgruppen 75 år äldre) för att få fler att efterfråga tjänsten. Även i Väsby kommun påtalas att information bör förtydligas och spridas till alla som har rätt att nyttja tjänsten. Det påtalas även att fixaren måste vara nåbar med både fast och mobil telefoni och vidare påtalas nödvändigheten att förtydliga sin identitet genom att exempelvis bära väst med kommunens logotyp.

Ett tredje problem som lyfts fram är att arbetsmarknadsåtgärdsinsatserna bortser ifrån matchningen som efterfrågas i uppdraget och svårigheten att få in rätt person. En annan synpunkt som framkommit i genomgången av verksamhetsuppföljningarna är problem med kortsiktiga beslut i arbetsförmedlingens regelverk.

Externa utvärderingar

Inom ramen för detta projekt har tre externa uppsatser från universitet och högskolor specifikt för fixartjänster identifierats:

- Fixar-Malte projektet har beskrivits i en uppsats från Handelshögskolan i Stockholm i en kurs om entreprenörskap från 2005 skriven av Julia Töringe¹⁵. Uppsatsen ger en beskrivning av innovation och förnyelse inom kommunal verksamhet. Studien bygger på intervjuer med den politiker som ligger bakom Fixar-Malte projektet i Höganäs samt tjänstemän.
- Fältstudier har även bedrivits vid sjuksköterskeutbildningen på Sophiahemmet Högskola för att studera Fixar-Malteprojektet i Täby kommun¹⁶.
- Anders Folkesson vid institutionen för ekonomi, Karlstad universitet, har i en C-uppsats i nationalekonomi studerat de samhällsliga kostnaderna för det så kallade vaktmästarprojektet i Höganäs¹⁷. Uppsatsen bygger på data från litteratur samt via intervju. I uppsatsen studeras fixartjänst samt höftskydd för äldre. I uppsatsen görs en samhällsekonomisk kalkyl för de två alternativen inklusive QALYs, beräkningar där de två alternativen jämförs med varandra med resultat uttryckt i en inkrementell kostnads-effektkvot görs dock inte.

Dessa uppsatser är intressanta och ger en beskrivning av fixartjänster. Direkta effekter på fallskadestatistik presenteras inte i någon av uppsatserna i form av befolkningsdata från hälso- sjukvården eller register.

Vi har även tagit med lärdomar från det s.k. Trygghetspaketet i Karlstads kommun där fixartjänsten ingår som del av verksamheten. Även i Årsta, Stockholms läns landsting, har ett liknande projekt genomförts.

Projektet Trygghetspaketet

Karlstad universitets centrum för pensionärssäkerhet har utvärderat projektet ”Trygghetspaketet” som bedrivits av Karlstads kommun under tre och ett halvt års tid.

Utvärderingen finns publicerad i rapporten ”Utvärdering av Karlstads kommuns Trygghetspaket” (2012)¹⁸. Projektet startade 2008 och var tänkt att pågå i ett år men förlängdes i ytterligare två. Syftet var bland annat att höja kunskapsnivån hos äldre,

¹⁵ Töringe Julia. Fixar-Malte. En intraprenöriell solskenshistoria samt två manageprenörer från Höganäs. Handelshögskola i Stockholm, Kurs 1103: Entreprenörskap 5p, 2005

¹⁶ Engqvist Peter, Hansson Sofia, Korsgren Liza och Kärnek Malin. Fixar-Malte – ett folkhälsoprojekt för Täby kommuns äldre. Tema 8: Fältstudier i primärvård och kommunal verksamhet. Sophiahemmet högskola Stockholm, Sjuksköterskeutbildningen, Kurs:34, 2008

¹⁷ Folkesson Anders. Att förebygga fallolyckor och höftledsfrakturer bland äldre – en samhällsekonomisk kalkyl. Institutionen för ekonomi, Karlstads universitet. Nationalekonomi C-uppsats, 2004

¹⁸ Nilson Finn och Gustavsson Johanna. Utvärdering av Karlstads kommuns Trygghetspaketet. Centrum för personsäkerhet, Karlstads universitet, 2012

75 år och äldre i eget boende, hur de kan förebygga fallolyckor i hemmet. Fixarservice tillsammans med så kallade Må bra-samtal (uppsökande verksamhet med motiverande samtal) och en säkerhetsrund i hemmet genomfördes. Projektgruppen bestod av personer med olika kompetens; en sjuksköterska, en sjukgymnast, en arbetsterapeut, undersköterskor med flera. I arbetssättet ingick även utbildning kring äldres trygghet för exempelvis samtliga personal inom hemtjänst.

Uppföljning av projektet omfattar gemensamt lärande och arbetssätt och samarbetsformer, kundupplevelser samt resultat. Utvärderingen fokuserar på om antalet fallolyckor har minskat och om de äldre upplever en ökad säkerhet och trygghet. Under ett år utfördes 1295 ärenden av fixarservicen och drygt 460 Må bra-samtal. En första uppföljning visade att kännedom om fixarservice hade ökat från 51 % till 79 % och kännedom av Må bra-samtal från 31 % till 69 %. Nästan 98 % var mycket nöjda med de insatser de fått och nästan 80 % var nöjda med bemötandet.

En uppföljningsenkät besvarades av över 1200 personer. Fallskadestatistiken hade inte förändrats från ett år till ett annat. Av de 18 % som hade skadat sig i hemmet, inomhus, under det senaste året, kategoriserades orsaken enligt tre grupper; 50 % halkat eller snubblat, 37 % medicinska eller kroppslig orsak (yrsel) och 13 % utmanande aktivitet. Det mest anmärkningsvärda resultatet enligt författaren till rapporten var att 25 % uppgett att de hade mycket låg upplevd hälsa och därför också i högre utsträckning varit oroliga. Av de som anlitat Må bra-samtal har många skattat sin hälsa, trygghet och säkerhet som mycket låg. Den upplevda hälsan var högre hos dem som enbart hade anlitat fixartjänst. Huruvida fixartjänsten haft positiv effekt på fallskador kan inte bedömas. Upplevelsen, enligt rapporten, är att tjänsten bidragit till ökad trygghet hos kunderna. Enligt utvärderingen skulle 86 % av de som anlidade fixartjänst sakna förmåga att klara de sysslor som de bad om hjälp med.

Slutsatsen enligt Karlstad universitets centrum för pensionärssäkerhet; när det gäller fallskadeprevention ger nästan inga enskilda insatser en dramatisk nedgång i skadeprevalens. Detta innebär dock inte, enligt författarna, att insatserna saknar verkningsgrad. Kunskapsnivån hos brukarna hade ökat stort. Som fallskadeförebyggande åtgärd kan Må bra-samtal inte anses vara en effektiv åtgärd, däremot kan det vara relevant i rådgivande syfte. Må bra-samtalen erbjuds numera främst till kunder som behöver extra stöd. Fixartjänst har permanentats i verksamheten och fungerar enligt rapporten mycket bra.

4.3 Kommuner som inte har fixartjänster i egen regi

Av Sveriges 290 kommuner är det 99 stycken (34 %) som inte har fixartjänster i kommunal regi. Av de 99 finns enkätsvar från 88 kommuner. Bland dessa 88 kommuner finns:

- Kommuner som aldrig haft fixartjänst i kommunal regi (40 %)
- Kommuner som tidigare haft fixartjänst i kommunal regi men som har avvecklat tjänsten (38 %)

- Kommuner som har fixartjänster som utförs av volontärer eller ideella organisationer (23 %). (Dessa kommuner kan även kategorieras in i någon av de två överstående kategorierna).

4.3.1 Kommuner som aldrig haft fixartjänst

En fråga som ställdes till de kommuner som aldrig haft fixartjänst i kommunal regi var om diskussioner förts i kommunen om att införa tjänsten samt anledningen till att tjänsten inte erbjuds. I flertalet av dessa kommuner har diskussioner någon gång förts. Anledningar till varför man inte erbjuder tjänsten anges många gånger vara av ekonomiska skäl och även att initiativ saknats, att det inte funnit någon efterfrågan, att man inte kommit till skott eller att man anser att hjälp finns att få via privata aktörer där RUT-avdrag kan användas. Intresse finns i några av dessa kommuner att införa fixartjänst i någon form.

4.3.2 Kommuner som avvecklat fixartjänsten

Av de 88 kommuner som svarat på enkäten var det 33 kommuner (38 %) som tidigare haft fixartjänster men som lagt ner verksamheten. I enkäten ställdes en fråga angående anledningen till varför man inte längre erbjuder tjänsten. Flertalet anger ekonomi som skäl till varför fixartjänsten inte längre erbjuds. I några av kommunerna erbjöds fixartjänsten med hjälp av stadsbidrag och när dessa försvann togs tjänsten bort. En annan anledning som anges är att efterfrågan på tjänsten var låg, även dålig organisation anges som anledning.

Det finns här exempel på kommuner där privata fixartjänster startats upp efter att kommunen avvecklat sin verksamhet.

4.3.3 Fixartjänster som utförs av volontärorganisationer

I den kartläggning som genomförts inom ramen för detta projekt har fokus legat på fixartjänster i kommunal regi. I vissa kommuner har det tydligt framgått att det finns en volontärverksamhet som utför fixartjänsten (ofta där kommunen också på något sätt är involverad), i andra kommuner har detta inte framgått lika tydligt och sannolikt finns det fler fixartjänster som bygger på volontärverksamheter i Sveriges kommuner men som inte fångats i denna kartläggning. I detta kapitel kommer de identifierade fixartjänster som utförs av volontärer att beskrivas.

Totalt har 20 fixartjänster som bygger på ideella insatser identifierats inom ramen för projektet. Dessa finns i kommuner som kan delas in i de två andra kategorierna – ”kommuner som aldrig haft i egen regi” eller ”kommuner som avvecklat sin fixartjänst”.

De fixartjänster som utförs av volontärer kan ha större eller mindre anknytning till kommunen. I vissa fall sorterar fixartjänsten under kommunens väntjänst. Så är fallet i exempelvis Tyresö, Hallsbergs, Robertsfors och Nordmalings kommuner. Då finns många gånger en samordnare anställd på kommunen medan insatserna utförs av

volontärer som arbetar ideellt. Väntjänster kan även få ekonomiskt föreningsstöd från kommunen.

Det finns volontärsorganisationen som arbetar i förhållandevis stor utsträckning i samarbete med kommunen och får ekonomiskt bidrag från kommunen. Så är fallet i exempelvis Täby kommun där Röda Korset utför fixartjänsterna och i region Gotland där brandskyddsföreningen är utförare.

I andra kommuner är samarbetet med kommunen mindre. I exempelvis Norrtälje kommun och Uppsala kommun är det Röda Korset som utför fixartjänsterna utan större involvering från kommunen.

Tolv av fixartjänsterna med volontärer som utförare har besvarat hela enkäten. De arbetsuppgifter som dessa fixartjänster utför stämmer väl överens med de uppgifter som fixartjänsterna i kommunal regi utför. Elva av fixartjänsterna tar inte ut någon avgift, en tar ut en avgift på 80 kr/h. Syftet med dessa fixartjänster beskrivs exempelvis vara fallprevention, att underlätta för äldre, möjliggöra kvarboende och att medverka till social samvaro. Alla fixartjänster riktar sig till äldre personer, och vissa även till personer med funktionsnedsättning.

4.4 Samhällsekonomisk analys av fixartjänster

En samhällsekonomisk kostnadsanalys av fixartjänster består i huvudsak av två delar. Dels kostnaden för att tillhandahålla tjänsten, och dels möjliga kostnadsinbesparingar till följd av positiva konsekvenser av tjänsten. Med positiva konsekvenser avses i första hand en förväntad minskning av antalet fallolyckor och därmed frakturer bland äldre. Kostnader för fallolyckor, till exempel frakturer, kan delas in i direkta kostnader och indirekta kostnader. Med direkta kostnader avses sådana som är en direkt konsekvens av skadan, i detta sammanhang huvudsakligen kostnader för hälso- och sjukvård och kommunal vård och omsorg. Med indirekta kostnader avses sådana som är en indirekt följd av skadan, i huvudsak kostnader för produktionsförluster på grund av att människor inte kan utföra sina vanliga arbeten eller sysselsättningar. I denna rapport begränsas konsekvenserna till att inkludera direkta kostnader.

Utöver de mätbara konsekvenserna kan fixartjänsterna antas medföra vissa positiva konsekvenser som inte låter sig mätas i monetära termer, exempelvis trygghetskänsla, social tid för ensamma äldre, samt en meningsfull sysselsättning i de fall tjänsterna organiseras inom AME eller daglig verksamhet.

Denna del av rapporten syftar till att belysa potentiella besparingar till följd av fixartjänster. I detta ligger ett antagande om att fixartjänster skulle kunna reducera antalet fall, och därmed frakturer. Därför redovisas först kostnader relaterade till fallolyckor och frakturer i Sverige. Detta kopplas sedan till fixartjänster med ett resonemang om huruvida och i så fall i vilken utsträckning som fall och frakturer kan tänkas reduceras som en följd av tillhandahållande av fixartjänster.

4.4.1 Kostnad för att tillhandahålla fixartjänst

Hur mycket det kostar att tillhandahålla fixartjänster för de lite äldre (oftast över 65 år, men ibland annan åldersgräns) invånarna i en kommun beror av några olika faktorer:

- Antal invånare över 65 år (även antal ”äldre äldre”) - skiljer sig kostnad per invånare mellan stor och liten kommun? Som exempel är mer än cirka 20 % av invånarna äldre än 70 år i Överkalix, Pajala, Bjurholm och Åsele kommuner, vilket kan jämföras med förortskommunerna Knivsta, Huddinge och Botkyrka där andelen är cirka 7 %.
- Hur många och vilka tjänster som ingår i fixartjänsten
- Hur mycket fixartjänsten efterfrågas och utnyttjas av kommuninvånarna (hög nyttjande ger kostnader i det korta perspektivet, men också eventuella besparingar i det lite längre.)
- Hur fixartjänsten är organiserad och finansierad (personal anställd för tjänsten - enbart eller del av tjänst, utlagd på entreprenad, inom AME, inom ramen för LSS och daglig verksamhet)

Utifrån inkomna enkäter kan kostnaden för fixartjänster uppskattas till någonstans mellan 250 000 och 560 000 kronor per år för kommuner med 1 personal anställd för ändamålet. Kostnaden varierar med kommunernas invånarantal. För kommuner där fixartjänster utförs inom ramen för AME eller daglig verksamhet är den faktiska kostnaden mindre. En del administration och arbetsledning krävs då.

4.4.2 Vad kostar olika frakturer det svenska samhället?

Som beskrivits i bakgrunden i denna rapport inträffar det varje år uppskattningsvis cirka 43 000 fallolyckor med allvarliga skador som innebär att de drabbade är i behov av slutenvård¹⁹. De cirka 43 000 svåra skadorna, som antas bestå av frakturer, som inträffar varje år har utifrån register uppskattats bestå av följande frakturer:²⁰

Tabell 5 Uppskattat årligt antal av olika frakturtyper

Frakturtyp	Uppskattat antal
Höftfraktur	23 632
Kotfraktur	7 345
Handledfraktur	4 151
Axelfraktur	7 928
Totalt	43 057

Källa: Statens folkhälsoinstitut, rapport 2009:01

¹⁹ Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Gyllensvärd Harald. Rapport 2009:01.

²⁰ Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Gyllensvärd Harald. Rapport 2009:01.

Drygt hälften (52,5 %) av fallskadorna bland äldre sker i hemmet.²¹

Direkta sjukvårdskostnader i samband med fallolyckor med dödlig utgång har beräknats till i genomsnitt cirka 41 600 kronor (2012 års prisnivå). Lindriga fallskador som endast behandlas i öppenvård har beräknats i genomsnitt kosta 2 700 kronor.²²

De akuta direkta kostnaderna för de som överlever det första året efter fraktur har för detta år, uppdelat på olika frakturtyper och olika ålderskategorier, uppskattats enligt följande:^{23 24}

Tabell 6 Direkta kostnader under första året efter fraktur, kronor uppräknade till 2012 års priser

Ålder	Höftfraktur	Kotfraktur	Handledsfaktur	Andra frakturer
65-69	121 959	125 461	22 078	81 299
70-74	136 129	129 874	22 078	83 329
75-79	136 129	129 874	22 078	78 665
80-84	180 851	130 756	22 078	74 103
85+	180 851	130 756	22 078	80 341

Källa: Borgström med flera 2006 och Ström med flera 2008

De olika källorna till tabell 5 och tabell 6 innebär en viss diskrepans mellan tabellerna med avseende på kategorisering. Axelfrakturer ingår förstås i men är inte liktydigt med ”andra frakturer”. Vi har inte uppgifter om åldersfördelningen bland de som råkar ut för frakturer varför den skattning av genomsnittliga kostnader gällande personer över 65 år, där axelfrakturer ingick, är lämplig.²⁵

Tabell 7 Genomsnittliga direkta kostnader under det första året efter fraktur, kronor i 2012 års prisnivå

Frakturtyp	Kostnad per fraktur (kr)	Antal frakturer	Andel (%)	Summa kostnad (Mkr)
Höft	143 765	23 632	55	3 397
Kot	145 535	7 345	17	1 069
Handled	20 053	4 151	10	83
Axel	65 406	7 928	18	519
Totalt		43 057	100	5 068

Källa: Statens folkhälsoinstitut, rapport 2009:01

²¹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Skador bland äldre i Sverige. Kunskapscentrum för äldres säkerhet, Karlstad, 2009

²² Järvinen Täppo L, Sievänen Harry, Khan Karim M, Heinonen Ari and Kannus Pekka. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ*, 2008;336(7636):124-6.

²³ Borgström Fredrik, Zethraeus Niklas, Johnell Olof, Lidgren Lars, et al. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporosis International*, 2006;17:637-50.

²⁴ Ström Oskar, Borgström Fredrik, Zethraeus Niklas, Johnell Olof, et al. Long-term cost and effect on quality of life of osteoporosis-related fractures in Sweden. *Acta Orthopaedica*, 2008;79:269-80.

²⁵ Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Gyllensvärd Harald. Rapport 2009:01.

De direkta kostnaderna under det första året efter fraktur skulle alltså summera till drygt fem miljarder kronor (tabell 7). Av dessa direkta kostnader utgör sjukvård enligt Borgström med flera cirka 60 % och kommunal vård och omsorg cirka 40 %. Av sjukvården står slutenvård för cirka 80 %, öppenvård för cirka 17 %, och läkemedel för cirka 3 %. De kommunala kostnaderna är relativt jämnt fördelade mellan särskilt boende (43 %) och övriga kommunala insatser (57 %).²⁶

Till detta kommer kostnader efter det första året. Dessa kostnader består huvudsakligen av behov av särskilt boende (till exempel vårdboende) och gäller i första hand höftfrakturpatienter. Andelen höftfrakturpatienter som innan fraktur bodde i eget boende och som ett år efter fraktur bor på vårdboende har i en studie uppmätts till 13 % (medelålder 80 år)²⁷ och i en annan till 15,5 % (80-åriga patienter i Kanada)²⁸. I ytterligare en studie, från Sverige, presenterades åldersberoende risker för att ett år efter fraktur bo på vårdboende²⁹ (tabell 8):

Tabell 8 Andel boende på vårdboende ett år efter höftfraktur

Ålder vid fraktur (år)	Andel på vårdboende efter ett år (%)
50	6,7
60	6,5
70	10,2
80	14,7
90	22,6

Källa: Zethraeus med flera 2006

Det antas vanligen att när personer hamnat på vårdboende så blir de kvar där för resten av livet. Kostnaden för ett dygn på vårdboende är cirka 1700 kronor³⁰ (uppräknat till 2012 års prisnivå). Det innebär att kostnaden per år för de brukare som behöver vårdboende är cirka 620 000 kronor, så länge de lever. En liten andel av denna kostnad tas ut som egenavgift från brukarna. Om vi antar att 13 % av höftfrakturpatienterna, som innan frakturen bodde i eget boende, behöver vårdboende så innebär det en genomsnittlig årskostnad per höftfrakturpatient på 80 000 kronor. Givet att höftfrakturer utgör 55 % (tabell 5) av skadorna som kräver slutenvård skulle cirka 7 % av personerna vara i behov av vårdboende och årskostnaden per svårt skadad på grund av fall blir då 44 000 kronor. Under det första året efter fraktur antas att de patienter som hamnar på särskilt

²⁶ Borgström Fredrik, Sobocki Patrik, Ström Oskar and Jönsson Bengt. The societal burden of osteoporosis in Sweden. *Bone*, 2007;40:1602-9.

²⁷ Nurmi I, Narinen A, Luthje P and Tanninen S. Functional outcome and survival after hipfracture in elderly: a prospective study of 106 consecutive patients. *Journal of orthopaedics in Traumatology*, 2005;5(1):7-14

²⁸ Wiktorowicz ME, Goeree R, Papaioannou A, Adachi JD and Papadimitropoulos E. Economic implications of hip fracture: health service use, institutional care and cost in Canada. *Osteoporosis International*, 2001;12(4):271-8.

²⁹ Zethraeus Niklas, Ström Oskar and Borgström Fredrik. What is the risk of institutionalization after hip fracture? *Osteoporosis International*, 2006;17(suppl 2):S60.

³⁰ Borgström Fredrik, Zethraeus Niklas, Johnell Olof, Lidgren Lars, et al. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporosis International*, 2006;17:637-50.

boende spenderar knappt halva året där. Därav kostnaden 20 300 kronor per svårt skadad i tabell 9.

Kostnader för informella vårdinsatser (det vill säga vård som ges av närstående) har i samband med höftfrakturer, uppräknat till 2012 års prisnivå, uppskattats till 139 miljoner kronor för det första året efter fraktur.³¹ Denna summa skulle innebära cirka 5 900 kronor per höftfrakturpatient. I tabell 9 sammanfattas de uppskattade totala samhällskostnaderna under det första året förknippade med fallolyckor som redovisats i det ovanstående. Av de totala fallolyckorna sker ungefär hälften i hemmet³².

Tabell 9 Sammanfattning av samhälleliga kostnader (kronor i 2012 års prisnivå)

Kostnadspost	Total kostnad (Mkr)	Kostnad per svårt skadad (kr) (n=43 000)	Kostnad per fall som leder till vård (kr) (n=108 000)
Slutenvård	2433	56 600	22 500
Öppenvård	517	12 000	4 800
Övrigt (t.ex. läkemedel)	91	2 100	900
Särskilt boende	872	20 300	8 100
Övriga kommunala insatser	1156	26 900	10 700
Informell vård	139	3 200	1 300
Totalt	5208	121 100	48 300

4.4.3 Lidande och livskvalitetsförlust

Konsekvenserna av fallolyckor föranleder förstås mycket lidande, och därmed förlorad livskvalitet. Förutom det akuta lidandet med smärta etc. kan det faktum att man upplevt ett fall innebära psykologiska problem (fallrädsla, dåligt självförtroende), svårigheter att röra sig (risk för isolering och depression), samt ökat beroende av andra.

Livskvalitetsförluster är svåra att skatta med någon större exakthet. Det finns dock metoder för att mäta livskvalitet. I hälsoekonomiska analyser uttrycks hälsorelaterad livskvalitet på en skala mellan 0-1 (se kapitel 4.3 angående hälsoekonomiska analyser). I rapporten från Statens folkhälsoinstitut³³ har man gjort ett försök att skatta den totala förlusten av livskvalitet i termer av kvalitetsjusterade levnadsår, så kallade QALYs. Med antagandet att fallolyckor föranleder 1 368 dödsfall per år och att de olika frakturtyperna är förknippade med en livskvalitetsförlust under det första året efter

³¹ Borgström Fredrik, Sobocki Patrik, Ström Oskar and Jönsson Bengt. The societal burden of osteoporosis in Sweden. *Bone*, 2007;40:1602-9.

³² Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Skador bland äldre i Sverige. Kunskapscentrum för äldres säkerhet, Karlstad, 2009

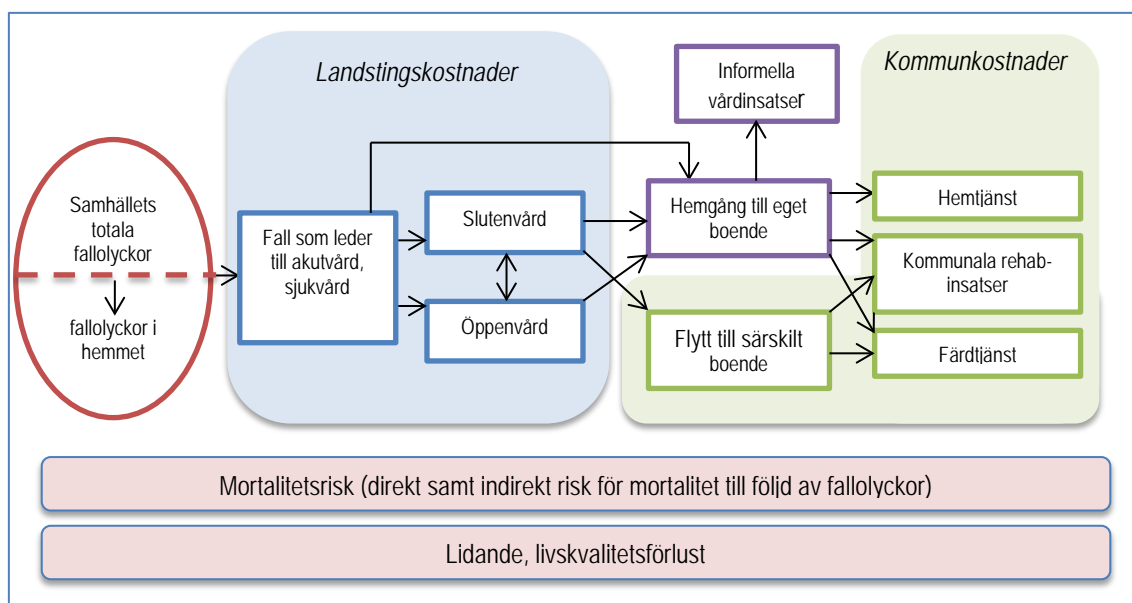
³³ Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Gyllensvärd Harald. Rapport 2009:01.

skadan³⁴ kom man fram till en total förlust motsvarande 14 417 QALYs. När det ovanstående resultatet diskonterats med 3 % blev resultatet 13 297 QALYs.

4.4.4 Samhällsekonomisk modell för fallskador hos äldre

En generell och översiktlig modell för fallskador hos äldre har skapats utifrån ett samhällsligt perspektiv, se figur 4. Denna modell ger en bild av hur kostnader fördelas mellan olika sektorer och vilka de stora kostnadsposterna är. Modellen kan användas för att identifiera relevanta kostnader och göra samhällsekonomiska beräkningar på området.

Figur 4 Generell, översiktlig modell för fallskador hos äldre – Samhällsligt perspektiv

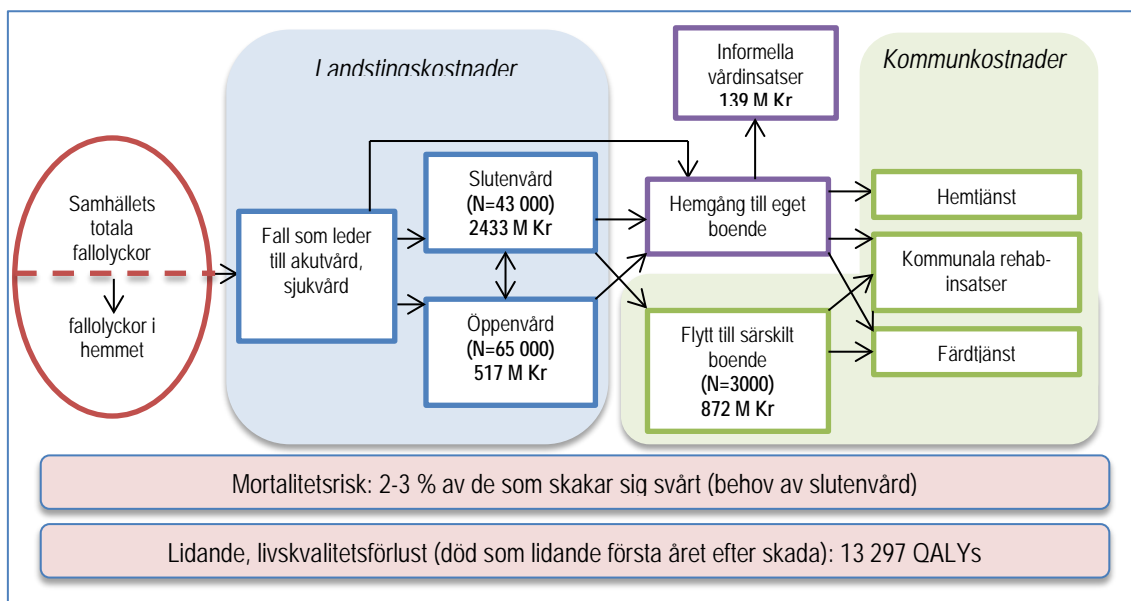


Både kostnader och utfall är inkluderade i modellen. Utfallet handlar primärt om mortalitet förknippad med fallskador samt lidande och livskvalitet. Men även andra utfallsmått kan vara relevanta att fånga i en analys av exempelvis en fixartjänst.

När de i rapporten tidigare framtagna siffrorna appliceras i modellen (figur 5), blir resultatet följande:

³⁴ Livskvalitet uttrycks på en skala mellan noll och ett, och man har räknat med livskvalitetsförluster enligt följande: höftfraktur 0,17, kotfraktur 0,26, handledsfraktur 0,06, axelfraktur 0,115.

Figur 5 Samhällsekonomisk modell för fallskador hos äldre med kostnader samt utfall på nationell nivå



Siffrorna i figur 5 är hämtade från tabell 9, i vilken kostnader för samtliga fallolyckor (såväl i hemmet som utanför) sammanfattas uppdelat på olika kostnadsposter. I tabell 9 finns inte kommunala kostnader, andra än de för särskilt boende, specificerade som annat än ”övriga kommunala kostnader”. Dessa har här antagits bestå av hemtjänst, kommunala rehab-insatser och färdtjänst.

Noteras bör återigen att drygt hälften av fallolyckorna inträffar i hemmet och att ovanstående kostnader enbart gäller första året efter fraktur. Efter det första året kvarstår kostnader som huvudsakligen åligger kommunen, vilket gör att med ett lite längre tidsperspektiv blir belastningen på kommunernas budgetar avsevärd.

För att kunna genomföra en samhällsekonomisk analys, som exempelvis en kostnads-effektanalys/kostnads-nyttoanalys, av fixartjänster behövs kunskap om ett antal centrala variabler som påverkar kostnader och konsekvenser av att tillhandahålla fixartjänster.

En hälsoekonomisk analys innehåller alltid en jämförelse mellan två eller flera alternativ. Jämförelsealternativet skulle i detta fall kunna vara att inte tillhandahålla fixartjänster. Redovisningen i tabell 10 ska ses som en modell för hur en utvärdering kan genomföras. I exempelvis en kostnads-effektanalys beräknas och mäts kostnader och effekter på samma sätt för båda jämförelsealternativen (exempelvis fixartjänst jämfört med utan fixartjänst).

Tabell 10 Variabler som är centrala för utvärderingen av frakturer och dess eventuella förebyggande (alt. fixartjänster)

Kostnader	Effekter
<i>Hur många fallolyckor och frakturer kan förebyggas med fixartjänster? Hur mycket kan kostnader för frakturvård reduceras?</i>	<i>Hur många fallolyckor och frakturer kan förebyggas med fixartjänster? Hur mycket kan mortalitet reduceras och livskvalitet förbättras?</i>
Akut frakturvård <ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk behandling/åtgärd • Sjukhusvistelse • Etc. (Primärt Landstingskostnader)	Hur påverkas livskvalitet av frakturer? (förbättring om frakturer undviks)
Eftervård <ul style="list-style-type: none"> • Rehab (Kommun/Landstingskostnad) • Särskilt boende (kommunkostnad) • Annan kommunal service (hemtjänst etc.) 	Mortalitet till följd av frakturer?
Kostnader för fixartjänsten <ul style="list-style-type: none"> • Anställd personal • Resor • Ev. material • Annan organisatorisk lösning (entreprenad, AME, LSS) • Etc. 	Övrigt <ul style="list-style-type: none"> • Trygghet • Den sociala aspekten för brukarna • Meningsfull sysselsättning för arbetslösa eller inom daglig verksamhet
Informell vård	

4.4.5 Fallskador och fixartjänster

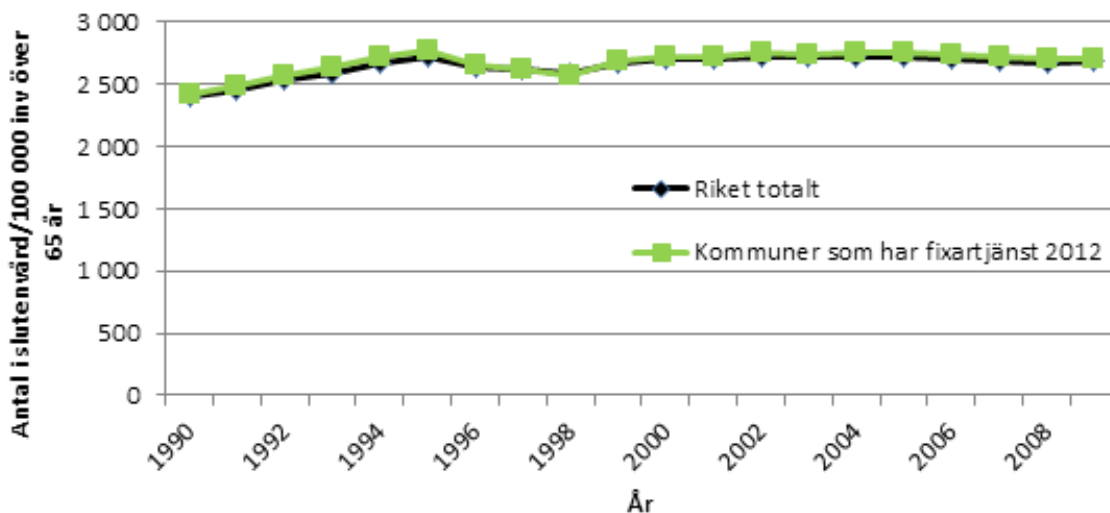
Inom ramen för detta projekt har avsikten varit att försöka belysa vilka konsekvenser fixartjänster haft på fallskador. Eftersom vi inte genomfört någon experimentell studie för att studera effekten av fixartjänst jämfört med att inte erbjuda fixartjänst har vi i denna analys utgått från Socialstyrelsens slutenvårdsregister. Detta har inneburit att förenklingar har gjorts och det är av vikt att understryka att dessa resultat ska tolkas med försiktighet. Syftet har varit att studera eventuella trender, förklaringar till statistiken är svåra att ta fram utan mer explicita förklaringsmodeller eller experimentella studier, det vill säga om en trend kan skönjas kan vi inte med säkerhet säga att detta beror på fixartjänsten eller på någon annan insats.

Sökningar har gjorts i Socialstyrelsens register baserat på antal personer som vårdats inom slutenvård på grund av fallskador samt höftfrakturer på kommunnivå. Att endast utgå från höftfrakturer är en förenkling av verkligheten eftersom fallskador kan leda till andra skador, höftfrakturer är dock den vanligaste frakturen orsakat av fallolyckor (se tabell 5). Statistiken baserad på diagnoskoder (höftfraktur) är dessutom mer pålitlig än diagnoskoden för skadeorsak (fall).

I figur 6 redovisas antalet fallskador hos personer över 65 år som lett till slutenvård för riket totalt samt för kommuner med fixartjänster i kommunal regi. Fallskadorna har i detta register inte kunnat avgränsas till fallskador som skett i hemmet utan i figur 6 redovisas alla fallskador, även sådana som skett utomhus. När det gäller de totala

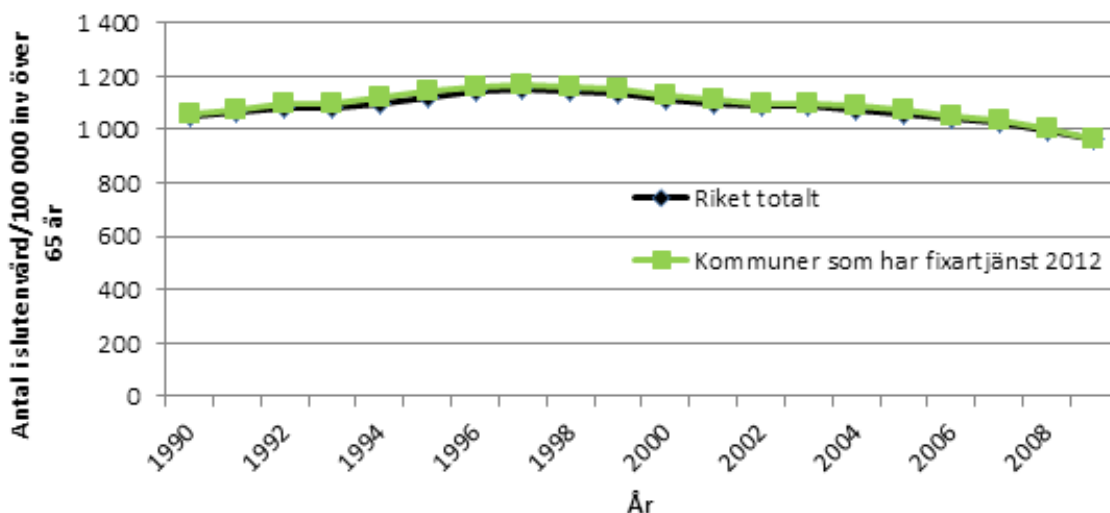
fallskadorna kan inga större skillnader mellan kommuner med fixartjänster samt riket totalt skönjas. Antal personer över 65 som vårdats inom slutenvården på grund av fallskador ter sig förhållandevis konstant sedan år 2000.

Figur 6 Antal personer över 65 år/100 000 invånare över 65 år som vårdats inom slutenvård på grund av fall. Riket totalt samt kommuner som har fixartjänster egen regi 2012



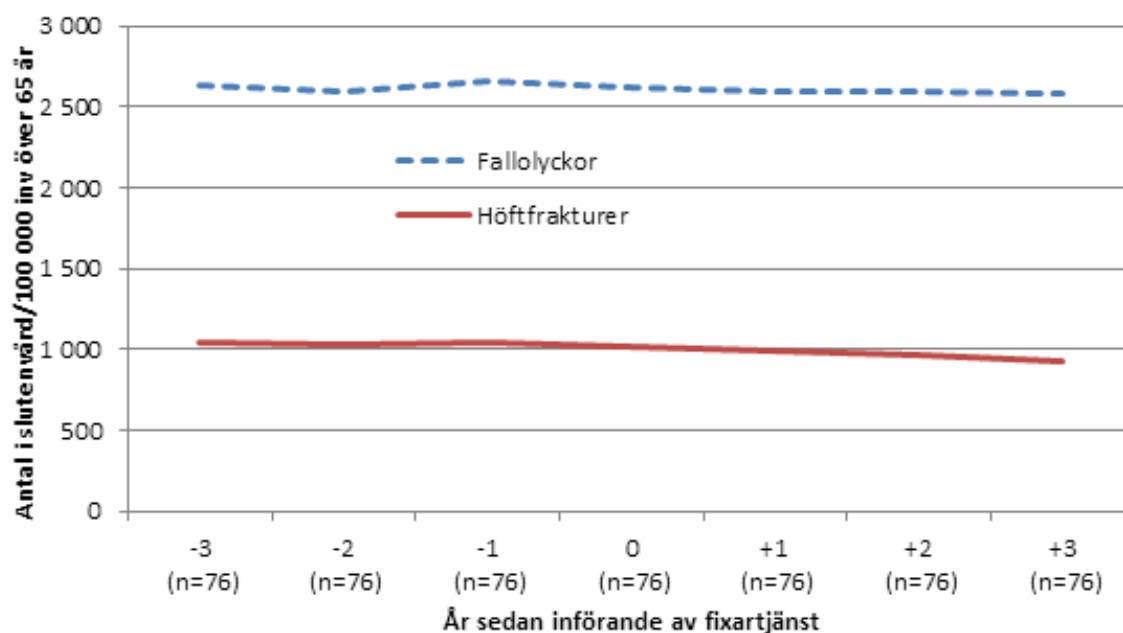
Figur 7 beskriver antal personer över 65, per 100 000 invånare över 65 år, som vårdats inom slutenvården på grund av höftfraktur. Riket totalt samt kommuner med fixartjänster i kommunal regi redovisas. En generell trend kan skönjas där antal personer som vårdas på grund av höftfraktur minskat både för riket totalt samt för kommuner med fixartjänster. Denna trend syns även om man endast tittar på personer över 80 år.

Figur 7 Antal personer över 65 år som fått slutenvård på grund av höftfrakturer/100 000 invånare över 65 år. Riket totalt samt kommuner som har fixartjänster i egen regi 2012



För att lite närmre studera skadestatistiken hos kommuner som har fixartjänst i kommunal regi togs statistik fram baserat på datum (år) när fixartjänsten infördes (år 0 i figur 8 innebär startåret för fixartjänsten vilket är olika för de olika kommunerna) samt för tre år innan fixartjänsten infördes och tre år efter det att fixartjänsten införts. Sjuttiosex kommuner hade startår som möjliggjorde jämförelse tre år före och tre år efter.

Figur 8 Antal personer över 65 år/100 000 invånare över 65 år som fått slutenvård, 3 år före/efter införande av fixartjänst. De städer som har data för alla tidpunkter



n= antal kommuner

När det gäller fallolyckor (som inkluderar alla fallolyckor, även utomhus) kan inga direkta trender ses utan det ligger förhållandevis konstant. När det gäller höftfrakturer finns en svag trend som antyder att dessa frakturer minskat sedan införande av fixartjänsterna (år 0). Om denna trend i minskning av höftfrakturer beror på införande av fixartjänsten kan vi i denna studie dock inte svara på och som redovisas i figur 7 har den generella trenden i landet varit att höftfrakturer minskat.

4.4.6 Hypotetiskt räkneexempel

I detta kapitel följer ett hypotetiskt räkneexempel för att visa hur utfallet av en samhälls-ekonomisk analys kan bli med olika antaganden om fixartjänsters effektivitet i termer av att förebygga fallolyckor och frakturer. Räkneexemplet är förenklat på så vis att endast direkta kostnader förknippade med fallskador beaktas, det vill säga kostnader relaterade till vård och omsorg. Vidare antas alla skador som kräver slutenvård bestå av frakturer. Inverkan på livskvalitet och aspekter såsom trygghetskänsla och meningsfull sysselsättning har inte, inom ramen för denna beräkning, kunnat kvantifieras och är därför inte inkluderade. Dessa aspekter är positiva bieffekter av fixartjänster som bör beaktas vid ställningstagande till om fixartjänster är väl använda resurser, ur såväl ett samhälleligt som ett kommunalt perspektiv.

Det hypotetiska räkneexemplet gäller en mellanstor svensk kommun med 50 000 invånare som har samma åldersfördelning som riket i stort.

Nationella siffror överförda till vår hypotetiska kommun

Sverige har cirka 9,5 miljoner invånare varav ungefär 19 % är över 65 år. En kommun med 50 000 invånare utgör 0,53 % av Sveriges befolkning och med antagandet att kommunen är representativ för riket skulle antalet personer över 65 år vara cirka 9 500.

Eftersom antalet allvarliga fallolyckor i Sverige är cirka 43 000 skulle antalet i vår hypotetiska kommun vara $(43\,000 \cdot 0,0053)$ 228 stycken. Av dessa inträffar drygt hälften (52,5 %) i hemmet, vilket ger 120 allvarliga fallolyckor som kan påverkas med fixartjänsten. De 120 fallolyckorna fördelas på olika frakturer i enlighet med tabell 7. Antal och kostnader redovisas i tabell 11.

Tabell 11 Fördelning av frakturer, och kostnader under det första året efter fraktur, i hypotetisk kommun (totalt 120 frakturer)

Frakturtyp	Andel (%)	Antal	Kostnad per fraktur (kr)	Summa kostnad (kr)
Höftfrakturer	55	66	143 765	9 490 000
Kotfrakturer	17	20	145 535	2 910 000
Handledsfakturer	10	12	20 053	240 000
Axelfrakturer	18	22	65 406	1 440 000
Totalt	100	120		14 080 000

Av dessa drygt 14 miljoner kronor är cirka 40 % kostnader som belastar kommunen, det vill säga cirka 5,6 miljoner kronor. Till detta kommer kostnader efter det första året, i och med att 13 % av höftfrakturpatienterna (8-9 personer) hamnar i vårdboende för resten av livet. Den genomsnittliga åldern för en höftfrakturpatient är, enligt data från registret Rikshöft 2010, 83 år³⁵. Den statistiskt förväntade återstående livslängden är för 83-åriga män 6,43 år och för 83-åriga kvinnor 7,81 år³⁶. Något konservativt räknat skulle 8 patienter hamna i vårdboende och förbli där i 6 år (efter det första året). Kostnaden för detta skulle bli $8 \cdot 6 \cdot 620\,000 = 29,8$ miljoner kronor.

Totalt blir kostnaderna förknippade med allvarliga fallolyckor i hemmet bland personer över 65 år i vår kommun $14,1 + 29,8 = 43,9$ miljoner kronor, varav $5,6 + 29,8 = 35,4$ miljoner kronor är kommunala kostnader. Notera att en liten del av de kommunala kostnaderna betalas av brukarna själva varför den faktiska inverkan på kommunernas budget är något mindre än nämnda kostnad.

Hypotesen är att fixartjänsterna bidrar till att minska antalet fallolyckor och därmed antalet frakturer. Om vi antar att fallolyckorna, och frakturerna, minskas med 10 % så skulle det innebära inbesparade kostnader på 4,4 miljoner kronor (varav 3,5 miljoner

³⁵ Lokalt vårdprogram Höftfraktur 2011-2014, Västra Götalandsregionen, Skaraborgs kommunalförbund.

³⁶ Scb.se (Statistikdatabasen: Befolkning: Befolkningsframskrivningar > Återstående livslängd efter kön, ålder och tid).

kronor gäller kommunens budget). Med 5 % minskning skulle besparingen bli 2,2 miljoner kronor (1,8 miljoner kronor gäller kommunen). Med endast 1 % minskning skulle 440 000 kronor (varav 350 000 för kommunen) sparas.

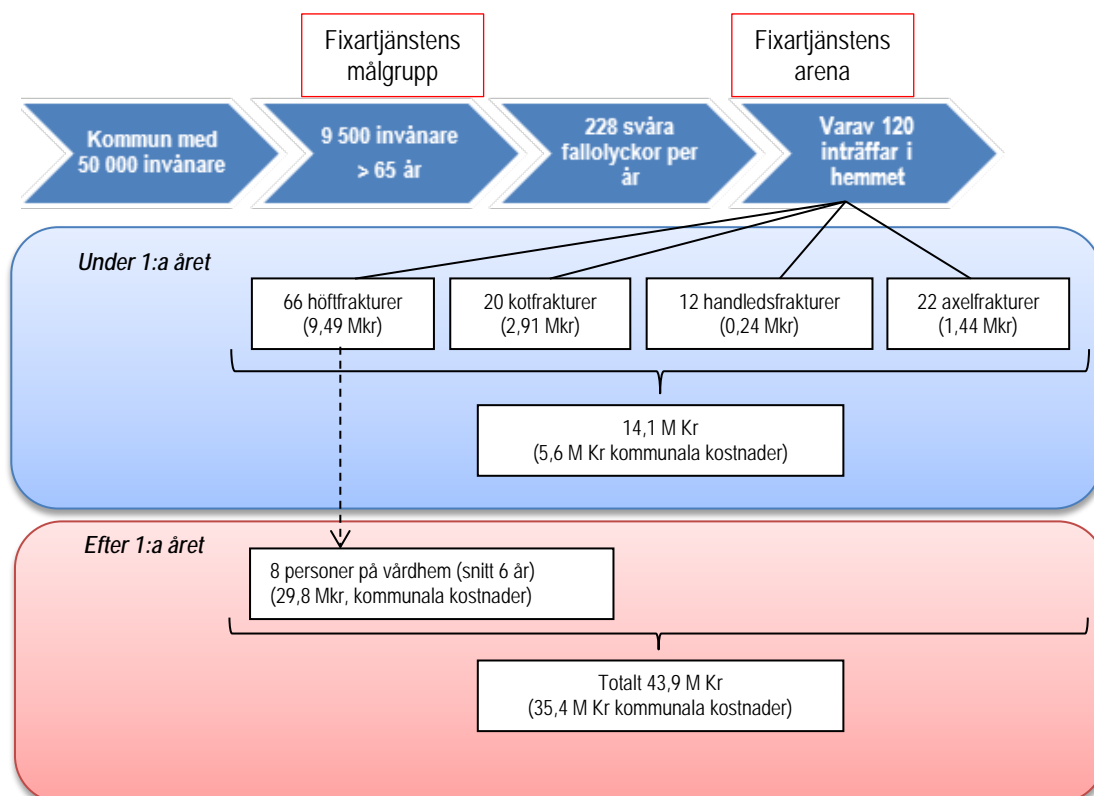
Dessa besparingar ska ställas mot kostnaden för att tillhandahålla fixartjänst, vilket beror på hur den är organiserad. För en kommun med 50 000 invånare är kostnaden sannolikt inte högre än den inbesparing som motsvaras av 1 % reducering av fall- och frakturrisik.

Därtill ska de positiva bieffekter som fixartjänsten ger också beaktas, i termer av ökad trygghetskänsla, sociala vinster, och meningsfull sysselsättning (om tjänsten är organiserad inom AME eller daglig verksamhet).

Sammantaget bedöms tillhandahållandet av fixartjänster vara väl använda resurser ur såväl ett samhällsligt som ett kommunalt perspektiv. Det krävs att fixartjänsterna i princip inte har någon effekt alls på antalet fallolyckor och frakturer för att de inte ska anses kostnadseffektiva. I ett sådant scenario ska kostnaden för fixartjänsterna vägas mot de positiva bieffekterna. Om fixartjänsterna organiseras inom ramen för AME eller daglig verksamhet är det mycket svårt att se att de inte skulle vara kostnadseffektiva med tanke på den lägre kostnaden, men även vid andra organisationsstrukturer är detta sannolikt.

Kostnaderna för den hypotetiska kommunen beskrivs schematiskt i figur 9.

Figur 9 Beskrivning av fallolyckor och kostnader i hypotetisk kommun



5 Diskussion och slutsatser

Detta projekt syftar till att kartlägga fixartjänster i Sveriges kommuner samt att presentera en modell för beräkning av de samhällsekonomiska konsekvenserna av fixartjänster. Resultatet visar att 191 av Sveriges 290 kommuner har fixartjänster i egen regi vilket innebär att 99 inte har kommunala fixartjänster, dock har 20 av dessa identifierats ha volontärsorganisationer/ideellt arbetande personer som utförare.

Utöver den humanitära aspekten att fallolyckor medför omfattande lidande och därmed förlorad livskvalitet så är olyckorna också förknippade med stora samhällsekonomiska kostnader i form av vård och omsorg. Det är av båda dessa anledningar mycket angeläget att försöka reducera fallolyckorna, och det är detta som är det huvudsakliga syftet med fixartjänsterna. Detta syns även i vilka typer av arbetsuppgifter som genomförs där många av dem är riktade just mot att målgruppen inte ska klättra upp på stegar eller möbler inomhus. Men även andra aspekter av fixartjänster har av kommunerna lyfts fram som viktiga, där nämns bland annat de sociala aspekterna och möjligheten att kunna erbjuda meningsfull sysselsättning till personer utanför arbetsmarknaden.

Utifrån föreliggande kartläggning har det framkommit att fixartjänster i Sveriges kommuner primärt organiseras på tre sätt:

- Fixartjänsten bedrivs helt i kommunal regi
 - Utförare är en eller flera fixare, personer inom dagligverksamhet eller personer i arbetsmarknadsåtgärd
- Fixartjänsten bedrivs av räddningstjänsten i samarbete med kommunen
- Fixartjänsten bedrivs av företag på uppdrag av kommunen

Hur kommuner väljer att organisera sin fixartjänst är upp till varje kommun utifrån dess struktur och situation. Fyra kommuner har gått samman och organiserat två fixartjänster (två kommuner/fixartjänst). Detta skulle kunna tänkas vara en lösning för kommuner där efterfrågan eller underlaget upplevs som lågt.

I majoriteten av kommunerna är tjänsten helt kostnadsfri eller att brukaren endast behöver stå för förbrukningsmaterialet (exempelvis säkringar eller glödlampor). En mindre andel (9 %) tar ut en avgift för fixartjänsten. Om användningen av tjänsten påverkas av att den är belagd med en avgift eller inte kan vi i denna rapport inte avgöra. Att tjänsten är kostnadsfri har dock anförts som en viktig aspekt för användningen av tjänsten och i en kommun har man valt att ta bort avgiften för att öka användningen. Även det motsatta har anförts: att tjänsten bör beläggas med en avgift för att komma ifrån felaktig användning. Denna fråga löses bäst på respektive kommun utifrån den aktuella situationen.

Av de kommuner som tidigare haft fixartjänst men som har avvecklat sin verksamhet nämns låg efterfrågan som en anledning till varför verksamheten lagts ner. Att nå ut

med information till målgruppen har även identifierats som en svårighet vilket påverkar etableringen av tjänsten. En fråga i enkäten handlar om hur kommunen informerar om tjänsten. Generellt sett används många olika informationskanaler för att nå ut med informationen, vilket framstår vara en viktig aspekt för att förankra tjänsten hos målgruppen.

Det har inte inom ramen för detta projekt varit möjligt att studera de faktiska konsekvenserna av att införa fixartjänster i form av effekter på fallskador, vilket hade förutsatt en experimentell studiedesign. Den statistik som presenteras i rapporten bygger på data från Socialstyrelsens slutenvårdsregister och innebär en förenkling av verkligheten. Inte heller har det varit möjligt inom detta projekt att förklara fallskadestatistiken. Vi vill uppmuntra kommuner att närmre följa upp verksamheten och exempelvis studera statistiken för fallskador i respektive kommun utifrån ett brett perspektiv, vilket skulle vara möjligt genom exempelvis register. Beräkning av kostnader kan också genomföras på kommunnivå, vilka kostnader som inkluderas i analysen avgörs utifrån vilket perspektiv som antas (se kapitel 4.3), men generellt är ett samhällligt perspektiv att föredra vilket innebär att alla relevanta kostnader ska inkluderas i analysen.

I en kommentar från enkäterna lyftes frågan angående nationell samordning fram. Med tanke på att fixartjänsterna idag är så pass många som de är och vårt intryck är att engagemanget bland personer som är involverade i detta är stort så skulle en nationell mötesarena för utbyte av tankar, idéer, uppföljningar mm. kunna spela en viktig roll. Inte minst för möjligheten att kunna genomföra gemensamma utvärderingar och därmed få ett större och säkrare underlag. Ansvar för en sådan nationell samordning skulle kunna ligga på Sveriges kommuner och landsting (SKL).

En samhällsekonomisk modell har utvecklats som inkluderar kostnader fördelade på olika aktörer såsom landsting och kommun samt utfall i form av mortalitet och livskvalitet som kan användas för att genomföra beräkningar. Ett förenklat räkneexempel utifrån en mellanstor hypotetisk kommun med 50 000 invånare, baserat på kostnadsdata från litteraturen, visar att om endast en liten del av de fallskador som leder till slutenvård kan förhindras genom en fixartjänst så motsvarar kostnadsinbesparingen medelbudgeten för en fixartjänst med en anställd person. Därtill kommer positiva bieffekter i form av undviken livskvalitetsförlust med mera. Utifrån detta kan en sammantagen bedömning göras att fixartjänster kan anses vara väl använda pengar sett ur såväl samhällligt som kommunalt perspektiv. Beräkningar med reella data som inkluderar både kostnader och effekter i form av livskvalitet bör dock genomföras. Bortsett från eventuella kostnadsbesparingar så är upplevelsen av ökad trygghet, nöjda brukare, social vinst och meningsfull sysselsättning argument som i sig kan motivera tillhandahållandet av fixartjänst.

Referenser

- Borgström Fredrik, Sobocki Patrik, Ström Oskar and Jönsson Bengt. The societal burden of osteoporosis in Sweden. *Bone*, 2007;40:1602-9.
- Borgström Fredrik, Zethraeus Niklas, Johnell Olof, Lidgren Lars, et al. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporosis International*, 2006;17:637-50.
- Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT). Hälsoekonomiska utvärderingar. Vad menas och hur gör man? Bernfort Lars. Linköpings Universitet, Linköping. CMT-Rapport 2009:2
- Drummond Michael, Sculpher Mark, Torrance George, O'Brien Bernie and Stoddart Greg. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Third Edition. Oxford: Oxford University Press, 2005
- Engqvist Peter, Hansson Sofia, Korsgren Liza och Kärnek Malin. Fixar-Malte – ett folkhälsoprojekt för Täby kommuns äldre. Tema 8: Fältstudier i primärvård och kommunal verksamhet. Sophiahemmet högskola Stockholm, Sjuksköterskeutbildningen, Kurs:34, 2008
- Folkesson Anders. Att förebygga fallolyckor och höftledsfrakturer bland äldre – en samhällsekonomisk kalkyl. Institutionen för ekonomi, Karlstads universitet. Nationalekonomi C-uppsats, 2004
- Järvinen Täppo L, Sievänen Harry, Khan Karim M, Heinonen Ari and Kannus Pekka. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ*, 2008;336(7636):124-6.
- IMS/Socialstyrelsen, Räddningsverket. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder. Stockholm och Karlstad: Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete, Socialstyrelsen, 2007.
- Lord Stephen R, Sherrington Catherine, Menz Hylton B and Close Jacqueline CT. *Falls in older people: risk factors and strategies for prevention*. New York, USA: Cambridge University Press, 2007
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Skador bland äldre i Sverige. Kunskapscentrum för äldres säkerhet, Karlstad, 2009
- NCO/Räddningsverket. Fallolyckor bland äldre - samhällets direkta kostnader. Berglöf Jan. Karlskoga: NCO/Räddningsverket 2003:2.
- Nilson Finn och Gustavsson Johanna. Utvärdering av Karlstads kommuns Trygghetspaketet. Centrum för personsäkerhet, Karlstads universitet, 2012

- Nurmi I, Narinen A, Luthje P and Tanninen S. Functional outcome and survival after hipfracture in elderly: a prospective study of 106 consecutive patients. *Journal of orthopaedics in Traumatology*, 2005;5(1):7-14
- Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Gyllensvärd Harald. Rapport 2009:01.
- Ström Oskar, Borgström Fredrik, Zethraeus Niklas, Johnell Olof, et al. Long-term cost and effect on quality of life of osteoporosis-related fractures in Sweden. *Acta Orthopaedica*, 2008;79:269-80.
- Töringe Julia. Fixar-Malte. En intraprenöriell solskenshistoria samt två manageprenörer från Höganäs. Handelshögskola i Stockholm, Kurs 1103: Entreprenörskap 5p, 2005
- Wiktorowicz ME, Goeree R, Papaioannou A, Adachi JD and Papadimitropoulos E. Economic implications of hip fracture: health service use, institutional care and cost in Canada. *Osteoporosis International*, 2001;12(4):271-8.
- Zethraeus Niklas, Ström Oskar and Borgström Fredrik. What is the risk of institutionalization after hip fracture? *Osteoporosis International*, 2006;17 (suppl 2):S60.

Bilaga 1: Enkät för kartläggning av fixartjänster

Här visas de frågor som var inkluderade i den enkät som använts vid kartläggningen av fixartjänster i Sveriges kommuner.

Bakgrundsfrågor

1. Vilken roll har du som besvarar enkäten?
 - Telefon
2. Datum då du fyller i enkäten (ÅÅMMDD)
3. Vilken kommun gäller dina svar?
4. Erbjuder din kommun lättare servicetjänster/fixartjänster (som också kallas "vaktmästarservice" mm.)
 - Ja – fortsätt på fråga 5
 - Nej – fortsätt på fråga 23

Frågor till kommuner som erbjuder lättare servicetjänster/fixartjänster

5. **När** började kommunen erbjuda lättare servicetjänster/fixartjänster (*skriv svaret i ÅÅMM om möjligt*)
6. **Vad kallas** de lättare servicetjänsterna/fixartjänsterna i kommunen? (*Ex. Fixartjänster, "Vaktmästarservice", "Fixarmalte" eller liknande*)
7. Vad är **syftet** och **målsättningen** med att erbjuda de lättare servicetjänsterna/fixartjänsterna i kommunen?
8. **Vem/vilka riktar** sig tjänsterna till? Var vänlig och specificera målgrupp och ålderskategorier. (*Observera att fler än en ring kan kryssas i*)
 - Äldre, i åldern
 - Personer med funktionsnedsättning (*om denna målgrupp är specificerad vd god beskriv detta*)
 - Annat
9. Finns det **några restriktioner angående vem/vilka** som får använda sig av de lättare servicetjänsterna/fixartjänsterna i kommunen (*exempelvis fast boende i kommunen, eget boende eller liknande*)?
10. **Om** servicetjänsterna/fixartjänsterna riktar sig till mer än en målgrupp: Hur ser **fördelningen av brukare** ut? (*Skriv ditt svar som exempelvis: X andel äldre och Y andel personer med funktionsnedsättning*)
11. **Finns några restriktioner beträffande hur ofta** man får använda sig av de lättare servicetjänsterna/fixartjänsterna (*ex. en gång/månad, fem gånger/år osv.*)
12. **Hur många ärenden** görs per vecka på ett ungefär (*sett till en "typisk" eller genomsnittlig vecka under året*)?

13. **Finns det någon väntetid** på att få hjälp med lättare servicetjänster/ fixartjänsterna i din kommun, om ja – hur lång väntetid? *(Om ärenden prioriteras på olika sätt, beskriv gärna detta)*
14. Hur stor är **kommunens årliga budget** för de lättare servicetjänsterna/ fixartjänsterna? *(Om budgeten läggs annat än årligen, vänligen specificera budget samt period. Om du inte kan svara på denna fråga, men vet vem som är ansvarig ange gärna namn och kontaktuppgifter till den personen)*
15. **På vilka sätt informerar kommunen** om att dessa typer av tjänster erbjuds?
16. **Hur många anställda** arbetar med att utföra de lättare servicetjänsterna/ fixartjänsterna i kommunen? Ange även **heltid eller deltid** (%) för de anställda.
17. **Vilka typer** av tjänster erbjuds? *(sätt ett kryss framför de tjänster som erbjuds)*
- Byte av glödlampor
 - Byte av säkringar
 - Byte/Upphängning av gardiner
 - Fastsättning av lösa sladdar
 - Borttagning av mattor
 - Upphängning av tavlor el liknande
 - Montera fast saker på hög höjd, ex. brandvarnare
 - Bära saker till och från vind/förråd
 - Hämta/lägga upp saker i höga skåp
 - Omflyttning av lättare möbler
 - Ordna med balkonglådor och liknande
 - Översyn av olycksrisker i hemmet
 - Snöskottning
 - Gräsklippning
 - Övrig trädgårdsskötsel
 - Övrigt *(skriv ditt svar)*
 - Har några närliggande typer av **tjänster exkluderats**? I så fall, vilka?
18. **Kostar tjänsterna** någonting för brukaren?
- Ja *(skriv priset för brukaren)*
 - Nej, ingenting
 - Nej, men brukaren får betala för förbrukningsmaterialet
 - Annan betalningslösning *(skriv svaret)*
19. Beskriv vänligen kortfattat **organisationen** kring de lättare servicetjänsterna/ fixartjänsterna i kommunen.
- Vem är formellt ansvarig och fattar beslut angående budget?
 - Vem beslutar om vilka tjänster som ska erbjudas?
 - Vem/vilken enhet utför tjänsterna?
 - Beskriv gärna organisationen med egna ord?

20. Har kommunen **genomfört någon studie/utvärdering** av tjänsterna?
- Nej
 - Vet ej
 - Ja – Om ja, var eller hur kan vi ta del av den utvärderingen? Finns det en webbadress, notera gärna den. Finns utvärderingen i pappersform tar vi tacksam emot den. Lägg den då i svarskuvertet tillsammans med enkäten.
21. Vad är den viktigaste **vinsten eller nyttan** med tjänsterna?
22. **Andra synpunkter?**

Frågor till kommuner som inte erbjuder lättare servicetjänster/fixartjänster

23. Erbjuds några andra alternativa eller besläktade typer av lättare servicetjänster/fixartjänster i *kommunen (exempelvis trädgårdshjälp eller annat som inte är biståndsbeprövat)*?
- Nej, det finns inte (*gå vidare till fråga 24*)
 - Ja, nämligen
 - Följdfråga, om Ja:
 - Vem riktar sig tjänsterna till (*specificera målgrupp och ålderskategorier*)?
 - Kostar dessa tjänster någonting för brukaren?
 - Ja (*skriv priset för brukaren*)
 - Nej, ingenting
 - Nej men brukaren får betala för förbrukningsmaterialet
 - Annan betalningslösning (*skriv svaret*)
24. Har kommunen tidigare erbjudit lättare servicetjänster/fixartjänster?
- Ja – besvara frågor 25-28
 - Nej – besvara frågor 29-31

Följdfrågor till kommuner som tidigare erbjudit lättare servicetjänster/fixartjänster men som inte gör det längre

25. Av vilka skäl erbjuds inte lättare servicetjänster/fixartjänster idag i kommunen?
26. Under hur lång tidsperiod erbjöds lättare servicetjänster/fixartjänster i kommunen (*ange i månader eller år*)?
27. När togs dessa typer av tjänster bort? (*skriv svaret i ÅÅMM om möjligt*)
28. Övrigt att tillägga

Följdfrågor till kommuner som inte tidigare erbjudit lättare servicetjänster/fixartjänster

29. Har diskussioner förts om att införa lättare servicetjänster/fixartjänster i kommunen?
- Ja
 - Nej
 - Vet ej
30. Av vilka skäl erbjuds inte lättare servicetjänster/fixartjänster i kommunen?
31. Övrigt att tillägga

Bilaga 2: Redovisning av kommuner som har fixartjänster i kommunal regi

Redovisning av kommuner som har fixartjänster i kommunal regi

A	Göteborg	Kungsör	O	Sölvesborg	Ö
Ale	Götene	Kävlinge	Orsa	T	Örebro
Alingsås	H	Köping	Orust	Tanum	Örkelljunga
Alvesta	Hagfors	L	Osby	Tibro	Örnsköldsvik
Arboga	Hallstahammar	Laholm	Oskarshamn	Tidaholm	Österåker
Avesta	Hammarö	Landskrona	Oxelösund	Timrå	Östhammar
B	Haninge	Laxå	P	Tjörn	Östra Göinge
Bjuv	Hedemora	Lekeberg	Partille	Tomelilla	
Boden	Helsingborg	Leksand	R	Torsby	
Bollebygd	Herrljunga	Lerum	Ronneby	Trelleborg	
Borgholm	Hjo	Lessebo	Rättvik	Trollhättan	
Borlänge	Hofors	Lidingö	S	Töreboda	
Borås	Huddinge	Lidköping	Sala	U	
Botkyrka	Hudiksvall	Lilla Edet	Salem	Uddevalla	
Boxholm	Hultsfred	Linköping	Sigtuna	Upplands Väsby	
Bromölla	Hylte	Ljungby	Simrishamn	Upplands-Bro	
Burlöv	Håbo	Ljusnarsberg	Sjöbo	V	
Båstad	Härnösand	Lomma	Skellefteå	Valdemarsvik	
D	Härryda	Luleå	Skinnskatteberg	Vallentuna	
Danderyd	Hässleholm	Lund	Skurup	Vara	
Degerfors	Höganäs	M	Skövde	Varberg	
E	Hörby	Malmö	Smedjebacken	Vaxholm	
Eda	Höör	Malå	Sollefteå	Vellinge	
Enköping	J	Mariestad	Sollentuna	Vingåker	
Eslöv	Jokkmokk	Markaryd	Solna	Vänersborg	
Essunga	Järfälla	Mjölby	Sorsele	Värmdö	
F	Jönköping	Motala	Staffanstorps	Värnamo	
Fagersta	K	Mullsjö	Stockholm	Västervik	
Falköping	Kalix	Munkedal	Storfors	Västerås	
Falun	Kalmar	Munkfors	Strängnäs	Växjö	
Filipstad	Karlsborg	Mölnadal	Strömstad	Y	
Finspång	Karlshamn	Mönsterås	Sundbyberg	Ystad	
Flen	Karlskoga	Mörbylånga	Sundsvall	Å	
Forshaga	Karlskrona	N	Sunne	Åre	
G	Karlstad	Nacka	Surahammar	Åstorp	
Gagnef	Katrineholm	Norberg	Svedala	Ä	
Gislaved	Kil	Norrköping	Säffle	Älmhult	
Gnesta	Klippan	Nybro	Säter	Älvkarleby	
Grästorps	Kristianstad	Nykvarn	Sävsjö	Ängelholm	
Gullspång	Kristinehamn	Nyköping	Söderhamn		
Gällivare	Kumla	Nynäshamn	Söderköping		
Gävle	Kungsbacka	Nässjö	Södertälje		

VINNOVAs publikationer

Mars 2013

För mer info eller för tidigare utgivna publikationer se www.vinnova.se

VINNOVA Analys

VA 2013:

- 01 Chemical Industry Companies in Sweden
- 02 Metallindustrin i Sverige 2007 - 2011
- 03 Eco-innovative Measures in large Swedish Companies - An inventory based on company reports
- 04 Gamla möjligheter - Tillväxten på den globala marknaden för hälso- och sjukvård till äldre
- 05 Rörliga och kopplade - Mobila produktionssystem integreras

VA 2012:

- 01 Impact of innovation policy - Lessons from VINNOVA's impact studies. *För svensk version se VA 2011:10*
- 02 Lösningar på lager - Energilagringstekniken och framtidens hållbara energiförsörjning
- 03 Friska system - eHälsa som lösning på hälso- och sjukvårdens utmaningar
- 04 Utan nät - Batterimarknadens utvecklingsmöjligheter och framtida tillväxt
- 05 Sveriges deltagande i sjunde ramprogrammet för forskning och teknisk utveckling (FP7) - Lägesrapport 2007 - 2011. *Finns endast som PDF*
- 06 Företag inom fordonsindustrin - Nationella, regionala och sektoriella klusterprofiler som underlag för analys- och strategiarbete
- 07 Svensk Life Science industri efter AstraZenecas nedskärningar. *Finns endast som PDF*
- 08 EUREKA Impact Evaluation - Effects of Swedish participation in EUREKA projects
- 09 Uppföljning avseende svenskt deltagande i Eurostars. *För engelsk version se VA 2012:10. Finns endast som PDF*
- 10 Follow-Up of Swedish Participation in Eurostars. *För svensk version se VA 2012:09. Finns endast som PDF*

VA 2011:

- 01 Smart ledning - Drivkrafter och förutsättningar för utveckling av avancerade elnät
- 02 Framtid med växtverk - Kan hållbara städer möta klimatutmaningarna?

- 03 Life science companies in Sweden including a comparison with Denmark
- 04 Sveriges deltagande i sjunde ramprogrammet för forskning och teknisk utveckling (FP7) - Lägesrapport 2007-2010, fokus SMF. *Finns endast som PDF. För kortversion se VA 2011:05*
- 05 Sammanfattning Sveriges deltagande i FP7 - Lägesrapport 2007-2010 - Fokus SMF. *Kortversion av VA 2011:04*
- 06 Effektanalys av forskningsprogram inom material från förnyelsebara råvaror
- 07 Effektanalys av starka forsknings- & innovationssystem. *Finns endast som PDF. För kortversion se VA 2011:08*
- 08 Sammanfattning - Effektanalys av starka forsknings- & innovationssystem. *Kortversion av VA 2011:07*
- 09 Samarbete mellan Sverige och Kina avseende vetenskaplig sampublicering - aktörer, inriktning och nätverk. *Finns endast som PDF*
- 10 När staten spelat roll - lärdomar av VINNOVAs effektstudier. *För engelsk version se VA 2012:01*

VINNOVA Information

VI 2013:

- 01 Branschforskningsprogrammet för skogs- & träindustrin - Projektkatalog 2013
- 02 Destination Innovation- Inspiration, fakta och tips från Ungas Innovationskraft
- 03 Inspirationskatalog - Trygghetsbostäder för äldre
- 04 Challenge-Driven Innovation - Societal challenges as a driving force for increased growth. *För svensk version se VI 2012:16*
- 05 Innovationsupphandling - en möjlighet till förnyelse och utveckling
- 06 Årsredovisning 2012
- 07 Trygghetsbostäder för äldre - en kartläggning. *Finns endast som PDF*
- 08 Äldre entreprenörer med sociala innovationer för äldre - en pilotstudie kring en inkubatorverksamhet för äldre. *Finns endast som PDF*

- 09 Fixartjänster i Sveriges kommuner - Kartläggning och samhällsekonomisk analys. *För kortversion se VINNOVA Information VI 2013:10*
- 10 Sammanfattning Fixartjänster i Sveriges kommuner - Kartläggning. *kortversion av VINNOVA Information VI 2013:09*

VI 2012:

- 02 Så blir Sverige attraktivare genom forskning och innovation - VINNOVAs förslag för ökad konkurrenskraft och hållbar tillväxt till regeringens forsknings- och innovationsproposition
- 03 Idékatalog - Sociala innovationer för äldre
- 04 Innovation i offentlig upphandling - Ett verktyg för problemlösning
- 05 Årsredovisning 2011
- 06 *UTGÅR, ersätts av VI 2012:15*
- 07 Din kontakt till EU:s forsknings- och innovationsprogram
- 08 Uppdrag att stärka det svensk-kinesiska forsknings- och innovationssamarbetet. *Finns endast som PDF*
- 09 Projektkatalog eTjänster. Slutkonferens - summering och reflektioner
- 10 Hållbara produktionsstrategier samt Tillverkning i ständig förändring - Projektkatalog 2012
- 11 VINNVÄXT
- 12 Effekter av innovationspolitik - Tillbakablickar och framtidsperspektiv
- 13 Banbrytande IKT - Projektkatalog
- 14 Smartare, snabbare, konvergerande lösningar - Projektkatalog inom området IT och Data/ Telekommunikation i programmet Framtidens kommunikation
- 15 Fordonsstrategisk forskning och innovation för framtidens fordon och transporter
- 16 Utmaningsdriven innovation - Samhällsutmaningar som drivkraft för stärkt tillväxt. *För engelsk version se VI 2013:04*
- 17Handledning för insatser riktade mot tjänsteverksamheter och tjänsteinnovation. *Finns endast som PDF*

VI 2011:

- 01 Framtidens personresor - Projektkatalog
- 02 Miljöinnovationer - Projektkatalog
- 03 Innovation & Gender
- 04 Årsredovisning 2010
- 05 VINN Excellence Center - Investing in competitive research & innovation milieus
- 06 VINNOVA Sweden's Innovation Agency
- 07 Challenge-driven Innovation - VINNOVA's new strategy for strengthening Swedish innovation capacity. *För svensk version se VI 2011:08*
- 08 *UTGÅR, ersätts av VI 2012:16. För engelsk version se VI 2011:07*
- 09 *UTGÅR, ersätts av VI 2012:02*
- 10 Projektkatalog - Innovationer för framtidens hälsa.
- 11 *UTGÅR, ersätts av VI 2012:06*
- 12 *UTGÅR, ersätts av VI 2012:14*
- 13 *UTGÅR, ersätts av VI 2012:04*

VINNOVA Policy

VP 2011:

- 01 Tjänstebaserad innovation - Utformning av insatser som möter behov hos företag och organisationer. *Finns endast som PDF*
- 02 Regeringsuppdrag Kina - "Föreslå områden för förstärkt långsiktigt forsknings-, innovations- och utbildningssamarbete med Kina" U2010/7180/F. *Finns endast som PDF*
- 03 Behov av kunskap och kompetens för tjänsteinnovationer
- 04 Utveckling av Sveriges kunskapsintensiva innovationssystem - Huvudrapport - Underlag till forsknings- & innovationsproposition
- 05 Utveckling av Sveriges kunskapsintensiva innovationssystem - Bilagor - Underlag till forsknings- & innovationsproposition

VINNOVA Rapport

VR 2013:

- 01 Från eldsjälssdrivna innovationer till innovativa organisationer - Hur utvecklar vi innovationskraften i offentlig verksamhet?
- 02 Second International Evaluation of the Berzeli Centra Programme
- 03 Uppfinningars betydelse för Sverige - Analys av och förslag till hur den svenska innovationskraften kan utvecklas och tas tillvara bättre

VR 2012:

- 01 Utvärdering av Strategiskt gruvforskningsprogram - Evaluation of the Swedish National Research Programme for the Mining Industry
- 02 Innovationsledning och kreativitet i svenska företag
- 03 Utvärdering av Strategiskt stålforskningsprogram för Sverige - Evaluation of the Swedish National Research Programme for the Steel Industry
- 04 Utvärdering av Branschforskningsprogram för IT & Telekom - Evaluation of the Swedish National Research Programme for IT and Telecom
- 05 Metautvärdering av svenska branschforskningsprogram - Meta-evaluation of Swedish Sectoral Research Programmes
- 06 Utvärdering av kollektivtrafikens kunskapslyft. *Finns endast som PDF*
- 07 Mobilisering för innovation - Studie baserad på diskussioner med 10 koncernledare i ledande svenska företag. *Finns endast som PDF*
- 08 Promoting Innovation - Policies, Practices and Procedures
- 09 Bygginnovationers förutsättningar och effekter
- 10 Den innovativa värden
- 11 Framtidens personresor - Slutrapport. Dokumentation från slutkonferens hösten 2011 för programmet Framtidens personresor
- 12 Den kompetenta arbetsplatsen
- 13 Effektutvärdering av Produktionslyftet - Fas 1: 2007-2010. *Finns endast som PDF*

VR 2011:

- 01 Hundra år av erfarenhet - Lärdomar från VINNVÄXT 2001 - 2011
- 02 Gender across the Board - Gender perspective on innovation and equality. *För svensk version se VR 2009:20*

- 03 Visioner och verklighet - Några reflexioner kring eHälsostategin för vård och omsorg. *Finns endast som PDF*
- 04 Hälsa genom e - eHälsorapporten 2010. *Finns endast som PDF*
- 05 Halvtidsutvärdering av branschforskningsprogrammet för skogs- & träindustrin - Mid-term evaluation of the Swedish National research programme for the forest-based sector
- 06 Leadership Mandate Programme - The art of becoming a better centre director. *För svensk version se VR 2010:18*
- 07 The policy practitioners dilemma - The national policy and the transnational networks
- 08 Genusvägar till innovation - Erfarenheter från VINNVÄXT. *Finns endast som PDF*
- 09 Att utveckla Öppna Innovationsarenor - Erfarenheter från VINNVÄXT
- 10 White Spaces Innovation in Sweden - Innovation policy for exploring the adjacent possible
- 11 Etapputvärdering av centrumbildningen Virtual Prototyping and Assessment by Simulation - ViP. *Finns endast som PDF*
- 12 Tjänsteinnovationer i offentlig sektor - Behov av forskningsbaserad kunskap och konsekvens
- 13 Competences supporting service innovation - a literature review. *Finns endast som PDF*
- 14 Innovationsdrivande forskning i praktiken - Samverkan mellan forskare och praktiker för att skapa organisatoriska innovationer. *Finns endast som PDF*
- 15 Det offentliga stödsystemet för hantering av företags immateriella tillgångar - Kartläggning och analys
- 16 Innovative Growth through Systems Integration and Glocalisation - International evaluation of the 2004 VINNVÄXT programme initiatives
- 17 Ready for an early Take Off? - International evaluation of the VINNVÄXT initiatives in early stages

Miljö - allas ansvar

Privatpersoner, företag och myndigheter - alla behöver samverka för en bättre framtida miljö.

E-Print och Trosa Tryckeri i samarbete med VINNOVA, tar ansvar för en miljövänlig trycksaksproduktion.

Gemensamt nyttjar vi modern produktionsteknik och miljövänliga insatsvaror i vår strävan att minimera miljöpåverkan. Vårt miljöarbete har hög prioritet och utvecklas kontinuerligt.



VINNOVA stärker Sveriges innovationskraft

VERKET FÖR INNOVATIONSSYSTEM – SWEDISH GOVERNMENTAL AGENCY FOR INNOVATION SYSTEMS

VINNOVA, SE-101 58 Stockholm, Sweden Besök/Office: Mäster Samuelsgatan 56
Tel: +46 (0)8 473 3000 Fax: +46 (0)8 473 3005
VINNOVA@VINNOVA.SE WWW.VINNOVA.SE