

Rapport  
Projektbeställare:  
Projektledare: Daniel Hansson

Datum: 2025-04-07  
Version: 1.2

# Projekt för att stärka äldres hälsa och självständighet i samverkan med Utfallsfonden

Infoga en bild genom att välja **Bild på startsida**  
på fliken **Österåkers kommun**



## Innehåll

1. Version .....	4
2. Projektsammanställning .....	4
3. Utfall i förhållande till projektplan .....	5
Rapporten syftar till att korrekt definiera utmaningen, dess rotorsaker, målgruppen, tänkta insatser och förväntade utfall och utfallsmål. ....	
3.1 Bakgrund .....	5
3.2 Insatsens syfte och bakgrund .....	5
3.2.1 Beskrivning av insatsen .....	5
3.2.2 Screening .....	6
3.2.3 Hur fungerar HPIs indelning av risk- och friskgrupper? .....	6
3.2.4 Hälso pedagoger som 'case managers' .....	7
3.2.5 Uppföljande screening .....	8
3.2.6 Vad är skillnaden på denna insats och det vi eller regionen redan gör idag? .....	8
3.3 Hypoteser och evidens .....	9
3.3.1 Evidens .....	9
3.3.2 Hypoteser för den tilltänkta insatsen .....	10
3.4 Varför samarbeta med en extern part i ett socialt utfallskontrakt? .....	10
3.4.1 Vad är ett socialt utfallskontrakt? .....	10
3.4.2 Vem är Utfallsfonden? .....	12
3.4.3 Sociala utfallskontrakt – för- och nackdelar .....	12
3.5 Utfallskontraktets möjliga ekonomiska effekt för Österåkers Kommun .....	14
4. Villkorssammanfattning i det sociala utfallskontraktet .....	14
4.1 Villkorssammanfattning .....	14
4.2 Återbetalning av finansieringsbeloppet .....	15
4.3 Process från beslut till avtal .....	16
4.4 Avtalets bokföringstekniska hantering .....	16
5. Risker och frågeställningar .....	17

5.1	Hur säker går det att vara på att behoven av äldreomsorg minskas genom den här insatsen? .....	17
5.2	Är det inte oklokt att låna tre miljoner och betala tillbaka fem för en insats som har god evidens? .....	18
5.3	Varför gör vi inte detta på egen hand?.....	19
6.	Förvaltningens slutsatser.....	19
7.	Bilagor.....	20

## 1. Version

Version	Datum	Kommentar
1.0	2025-04-03	

## 2. Projektsammanställning

Socialförvaltningen har erhållit medel från kommunens utvecklingslöss för att utveckla ett digitalt verktyg för hälsoscreening av kommunens äldre invånare. Denna frivilliga screening leder till identifiering av personer med hög risk för ohälsa, sviktande självständighet och omsorgsberoende. För att screeningen ska skapa värde för den enskilde så väl som för kommunen, behöver man kunna agera på resultaten och erbjuda och stötta den enskilde att med en individuell plan stärka och förbättra sin hälsa och livssituation. Utfallen av sådana preventiva och främjande insatser är alltid osäkra. Även om det finns god evidens för att såväl screening som motiverande samtal har god effekt på målgruppens hälsa, är det osäkert i vilken utsträckning hälsan påverkas, inom vilken tidsram, samt hur just de äldre i Österåker kommer efterleva rekommendationer och insatser. Därför har dialog förts med Utfallsfonden om att finansiera såväl utökad screening som hälsoåtgärder i ett s.k. socialt utfallskontrakt. Ett sådant kontrakt bygger på att Utfallsfonden bidrar med 3 M kr över tre år, samt stöd i utfallsdriven insatsdesign, uppföljning och styrning. Skulle insatsen inte ge önskade utfall, och inte leda till förbättrad hälsa och självständighet i gruppen, så återbetalas finansieringen inte. Återbetalning sker enbart om och i takt med att önskade utfall kan uppmätas och bekräftas, enligt en i kontraktet fastställd återbetalningsplan. Skulle effekterna av insatserna överträffa de sannolika utfallen kan kommunen komma att återbetala mer än det finansieringsbelopp man erhållit. Detta är den premie som Utfallsfonden har möjlighet att få som kompensation för att man riskerat att förlora hela det finansieringsbelopp som avropats. Positiva hälsoeffekter i målgruppen förväntas ge ett minskat behov av äldreomsorg och påvisa det ekonomiskt kloka i att skala upp preventiva insatser till förmån för lägre omsorgskostnader och en värdigare ålderdom för fler Österåkerbor.

## 3. Utfall i förhållande till projektplan

Rapporten syftar till att korrekt definiera utmaningen, dess rotorsaker, målgruppen, tänkta insatser och förväntade utfall och utfallsmål.

### 3.1 Bakgrund

Hela Sverige står inför en stor demografisk utmaning. Antalet äldre över 80 år förväntas öka med 30 % fram till 2030. I Österåker förväntas utvecklingen vara betydligt större. Enligt kommunens egna prognoser i den Långsiktiga Ekonomiska Planeringen, LEP, kommer andelen 80+ öka med 75% mellan 2022 och 2033. Enligt SKR's senaste kartläggning ligger Österåker på plats 9 i landet över de kommuner där äldreboomen förväntas vara störst, inte mindre än 94% fler individer över 85 år förväntas i kommunen fram till 2033. Denna utveckling kommer sätta en enorm press på Avdelningen för äldre och funktionsnedsatta. Skulle kostnaderna för äldreomsorg per invånare över 80 år förbli på dagens nivåer, skulle befolkningsutvecklingen medföra en kostnadsökning på årsbasis som ligger minst 75% högre än idag.

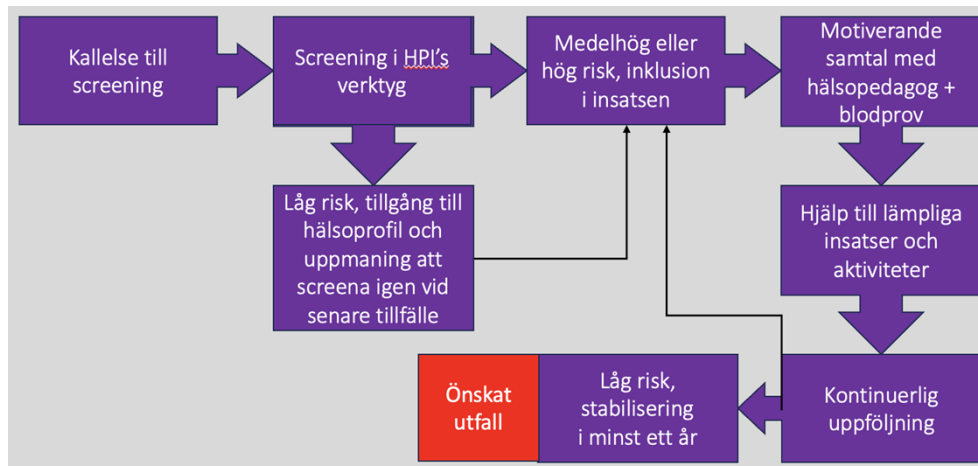
Österåkers kommun har en väl fungerande äldreomsorg med jämförelsevis låga kostnader per invånare jämfört med liknande kommuner, samtidigt som kvaliteten ligger över medel. Därför finns inga omedelbara möjligheter att minska den sannolika kostnadsutvecklingen genom effektiviseringar och kvalitetshöjningar.

I stället måste socialförvaltningen hantera dessa förändringar genom att i den breda äldre befolkningen arbeta systematiskt och metodiskt med förebyggande och främjande insatser för att minska befolkningens behov av äldreomsorg i framtiden. Det finns god vetenskaplig evidens för att dessa typer av insatser är verkningsfulla, varför de också är en central del i SKR's rekommendation för en framtidssäkrad äldreomsorg. En känd utmaning med förebyggande och främjande insatser är dock att det är svårt att vara säker på vilka utfall de ger i just den aktuella målgruppen, vid det aktuella tillfället, och att effekterna på omsorgsbehovet uppstår flera år senare. Det finns därför stora fördelar med att i detta pilotprojekt, luta sig mot en extern part som både tar den ekonomiska risken och som bistår med stöd i effektmätning, ekonomisk modellering och uppföljning.

### 3.2 Insatsens syfte och bakgrund

#### 3.2.1 Beskrivning av insatsen

Den tänkta insatsen består av två delar, screening och åtgärd. Nedan beskrivs mer detaljerat vad de olika insatskomponenterna går ut på.



### 3.2.2 Screening

Tillsammans med företaget HPI AB arbetar vi just nu med att ta fram ett digitalt screeningverktyg för att screena den äldre befolkningens hälso- och levnadsvanor. Denna utveckling är finansierad genom kommunens utvecklingssluss och ska inte finansieras som en del av insatsen. HPI har sedan 1988 samlat in Hälsoprofilbedömningar, HPB, i en databas. För att generera kunskap kring levnadsvanor, hälsoupplevelser och övriga data bildades år 2017 HPI-gruppen på Gymnastik- och idrottshögskolan, bestående av forskare med hög kompetens inom fysiologi, medicin, epidemiologi, psykologi och pedagogik. I samverkan med forskare från bland annat Karolinska institutet, Umeå universitet och Göteborgs universitet har 30-talet artiklar publicerats med utgångspunkt från HPB-databasen inom olika ämnesområden<sup>1</sup>. HPB är validerad och standardiserad men har mest data från arbetsför befolkning. Därför sker nu en utveckling tillsammans med Österåkers kommun för att få en bra metod för screening av personer efter arbetslivet. Screeningen kommer att genomföras hösten 2025 och erbjudas alla som är 60 år eller äldre.

### 3.2.3 Hur fungerar HPI:s indelning av risk- och friskgrupper?

Riskindelningen grundar sig på de olika riskfaktorerna där en algoritm ger en sammanvägd riskfaktor utifrån nedanstående tre parametrar:

1. Varje riskfaktor är viktad utifrån hälsopåverkan. Till exempel faktor X för rökning och faktor Y för fysisk inaktivitet.

<sup>1</sup> <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/rapport/2022/08/unika-halsodata-genererar-flera-vardefulla-forskningsresultat/>

2. Graden av varje riskfaktor, t ex ”Feströkning” med faktor XX i jämförelse med faktor YY för ”Daglig rökning mer än 20 cig/dag”.
3. Synergistisk effekt då den kombinerade effekten är större än summan av deras enskilda effekter.

Viktningarna är gjorda utifrån evidens med fokus på egen forskning mot olika hälsoutfall som till exempel insjuknande i hjärt-kärlsjukdom eller cancer.

Screeningen är validerad och utvecklad mot metoden Hälsoprofilbedömning där självskattade levnadsvanor kombineras med objektiva mätresultat som vikt, längd, midjemått, blodtryck, kondition, blodvärden. På det viset beräknas sannolikt objektiva mätresultat utifrån hur deltagaren har svarat på frågorna i screeningen.

Förutom de självskattade levnadsvanorna i screeningen så omfattar alltså algoritmen också parametrar som till exempel sannolikt blodtryck (mmHg) och sannolik maximal syreupptagningsförmåga eller kondition (ml/min/kg). På så vis kan precisionen i individens riskprofil ökas utan dyrbara medicinska tester och provtagningar.

Varje individ kategoriseras utifrån risknivå i en av de olika grupperna:

- Röd riskgrupp
- Gul riskgrupp
- Ljusgrön friskgrupp
- Grön friskgrupp

Det är vetenskapligt belagt att den som har en osund livsstil i högre utsträckning och tidigare kommer att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättningar tidigare än de som har en sund livsstil. Resultaten av screeningen visar om en person är i hög, medelhög eller låg risk för ohälsa, sjukdom och bristande självständighet över cirka 20 faktorer.

De individer som har en hög riskprofil kommer att erbjudas plats i en den vidare insatsen. De personer som inte erbjuds plats i den vidare insatsen får erbjudande om att spara sina resultat och göra nya tester för att på så vis kunna följa sin hälsoutveckling. *Se bilaga 6 för mer detaljerad lista på frågor.*

### 3.2.4 Hälsopedagoger som 'case managers'

Den förebyggande och främjande insatser består av inledande så väl som uppföljande möten med en hälsopedagog (också kallad case manager). Hälsopedagogens uppgift är att utföra ytterligare tester, ställa ytterligare frågor samt att tillsammans med den enskilde lägga en personcentrerad plan för hur hälsa och levnadsvanor kan förbättras. Planen kan innefatta allt ifrån åtgärder som den enskilde bör vidta i sitt dagliga liv till hjälp med att söka vård för obehandlade besvär hos primärvård till att ansluta sig till en förening eller ta del av kommunala öppna insatser för äldre. Hälsopedagogens uppgift är att agera motiverande och främjande och att regelbundet följa upp den enskilde och hur

planen fungerar. Genom att ge hälsopedagogen tydligt ansvar för den enskildes framgång i att ställa om sina levnadsvanor, skapas mycket flexibilitet i åtgärdsplanen och tydliga incitament i att säkra alla deltagares förbättrade riskprofil. Uppföljning och kontinuitet är av yttersta vikt då det svåra med nya hälsosamma vanor inte primärt är att ställa om utan att behålla dem över tid. Målet är därför att individerna som deltar i insatsen behåller sunda vanor i minst ett år. Först då anses utfallet vara positivt.

### 3.2.5 Uppföljande screening

Minst en gång om året screenas alla deltagare på nytt i screeningverktöget. På så sätt kan vi följa utvecklingen av deras riskprofil och se om de rör sig mot hälsosammare levnadsvanor eller om vi måste justera något i insatsen. Resultatet av uppföljande screening, minst ett år efter insatsens inledning är det resultat som befäster utfallet för den enskilde deltagaren.

### 3.2.6 Vad är skillnaden på denna insats och det vi eller regionen redan gör idag?

Den regionfinansierade vården arbetar också med livsstilsförändring sedan länge, dock med varierande resultat. Även inom Socialförvaltningen arbetar vi med personlig rådgivning, stöd och uppföljningar. Ekonomisk rådgivning, personligt ombud, anhörigstöd och familjemottagning är bara några exempel. Skillnaden här är att vi arbetar uppsökande genom att med hjälp av screening identifiera personer med självskattad hög risk för ohälsa och funktionsnedsättning och erbjuda dessa en personcentrerad insats.

I andra exempel på förebyggande och främjande insatser så villkoras inte deltagandet till de personer vars resultat i en hälsoscreening visar på hög risk för ohälsa. Det vanliga är i stället att intresserade medborgare erbjuds att delta. Då är risken mycket stor att de som redan är motiverade med sunda vanor deltar och tränger undan de med störst behov. Denna risk undviker vi i vår insats.

Kommunen har inte tidigare arbetat på detta sätt, men förutom att det blir en del av den nya socialtjänstlagen så är det effektivare att arbeta förebyggande och uppsökande i stället för att reaktivt bevilja äldreomsorg. Viktigt att poängtera här är att det inte räcker med mätning och ett enskilt samtal. Det riskerar snarare att försämra hälsan<sup>2</sup>. Vi behöver lägga en individuell plan, stötta i genomförandet, följa upp och säkra att utfallen består över tid.

---

<sup>2</sup> (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2022.2057035#abstract>)



Genom det digitala screeningverktyget har vi dessutom möjlighet att mycket tydligt mäta utfallet av våra insatser.

### 3.3 Hypoteser och evidens

#### 3.3.1 Evidens

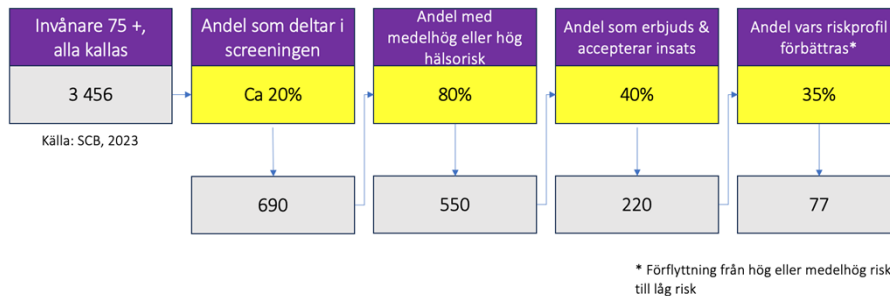
Utfallen av insatsens alla komponenter, från screening, till acceptans av insats och positiva hälsoutfall, har beräknats med försiktighet. Beräkningarna har baserats på såväl svensk som internationell evidens. Evidensunderlaget ska inte tolkas som en absolut garanti för att samma utfallsnivåer kommer att nås i Österåker. Som följer av evidensunderlaget nedan, varierar utfallen stort, även om evidensen entydigt visar på positiva utfall för den typ av insatser vi tänker oss för de äldre i kommunen.

Det finns en risk att färre svarar på kallelse till screening än vad vi önskar, att färre personer i riskzon accepterar och fullföljer en insats, att de hälsofrämjande insatserna ger tillräckligt positiva utslag på de utfall som eftersöks samt att bortfallet blir högt.

Värde	Hypotes	Evidens	Källor
Andel kallade som svarar på screening	20%	Tre studier, svensk data spann mellan 50-90%. Då äldre i mindre utsträckning nås av digital information antar vi 20% för att vara försiktiga.	Västerbotten, SCB, HPI
Andel av screenade som har hög eller medelhög risk för minskad självständighet, ohälsa och sjukdom	80%	Tre studier, svensk data, 46-60%, men i högre åldrar ökar denna andel väsentligt varför vi antar 80% i åldrarna över 75 år	Västerbotten, Folkhälsomyndigheten, HPI
Andel av riskpersoner som erbjuds och accepterar att delta i insats	40%	Tre studier, svensk data, 48-86%.  Äldre har generellt mer tid och är mer motiverade att göra något åt sin hälsa eftersom i högre utsträckning än de yngre känner av när den sviktar. Samtidigt kan insatsen inte ta emot fler än 220 personer i ett första skede.	Västerbotten, Skåne, Jönköping
Andel med positiv förflyttning	35%	Sex studier, svensk och internationell data på riktade hälsosamtal, motiverande samtal och levnadsvaneinterventioner 10 – 60%.  Denna evidens är dock svag för äldre personer över 75 eller 80 år, varför insatsens risk främst ligger här.	Tre meta analyser, studie från USA, Finland och Sverige

Den tilltänkta insatsen har inte tidigare testats i en kommun på befolkningsnivå. Att genomföra detta, att noga följa utfallen samtidigt som kommunen inte tar kostnaden om insatsen inte är tillräckligt framgångsrik, kan komma att vara en otroligt viktig metodutveckling inte bara för Österåker, utan för hela den svenska modellen för kommunalt arbete med den äldre befolkningen.

### 3.3.2 Hypoteser för den tilltänkta insatsen



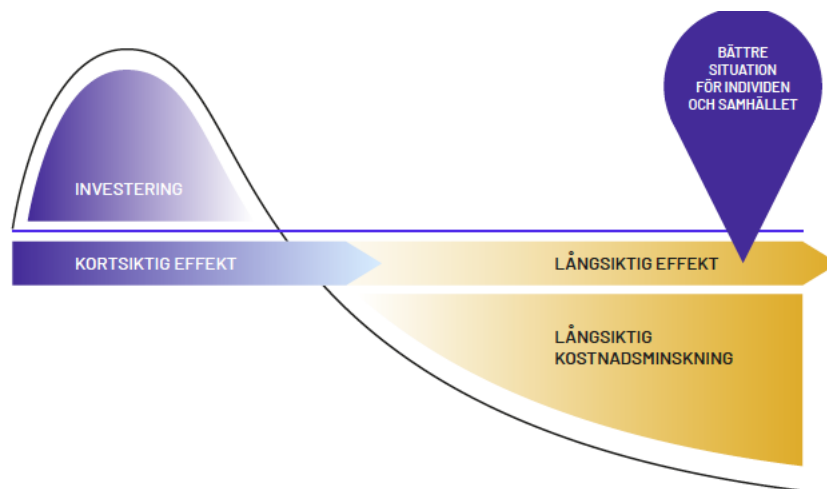
I vår hypotes så erbjuder vi screening till cirka 11000 personer över 60 år. De som sedan får erbjudande om insats är enbart de personer som är äldre än 75 år, cirka 3450 personer. Av dessa personer över 75 år räknar vi med att ca 700 personer deltar och av dessa identifieras ca 550 personer med hög risk för ohälsa. Vi räknar med att 220 personer tackar ja till insatsen och att minst 77 personer under projektperioden uppnått en lägre risknivå och bibehållit denna i minst ett år. Hypoteser över hur många som svarar på enkät och som tackar ja till insats återfinns i den ovanstående översikten av evidensläget som tagits fram av Socialförvaltningen med stöd av Utfallsfonden.

## 3.4 Varför samarbeta med en extern part i ett socialt utfallskontrakt?

### 3.4.1 Vad är ett socialt utfallskontrakt?

Ett socialt utfallskontrakt är ett avtal med en extern part, som syftar till att avhjälpa eller minska ett väsentligt samhällsproblem och låta kommunen enbart betala för uppmätta utfall.

När kommunen själv finansierar en insats, ska insatsen betalas för, oavsett vilka resultat eller utfall den ger. Om insatsen då inte lyckas nå sina mål, kommer kommunen ha lagt resurser på något som visat sig vara verkningslöst. I ett utfallskontrakt är denna risk väldigt låg, då någon annan finansierar insatsen, och kommunen betalar ett på förhand bestämt pris, om och i takt med att utfall uppstår.



*Schematisk bild över den finansierings- och riskproblematik som omställning till nya arbetssätt innebär och som sociala utfallskontrakt är en lösning på. Källa: SKR*

En förutsättning för att det sociala utfallskontraktet ska kunna ingås och fungera, är att det gjorts en noggrann förstudie, att sannolika utfallsnivåer uppskattats och att en plan för hur utfall ska mätas satts upp. Sedan är det absolut avgörande att insatsen kontinuerligt utvärderas, följs upp och hela tiden styrs mot de önskade utfallen. Avslutningsvis är det avgörande för insatsens framgång att den är uthållig över tid, vilket utfallskontraktet möjliggör. I alla dessa steg kan Utfallsfonden kostnadsfritt bistå med stöd och kompetens.

Utfallsfonden har sedan ett år tillbaka ett samarbete med Härnösands kommun gällande förebyggande och främjande insatser för äldre. Ingrid Nilsson, Socialchef, betonar vikten av utfallskontraktet för uthålligheten i det förebyggande arbetet när kommunen ibland tvingas till mer kortsiktiga prioriteringar. Hon skriver i en [artikel som publicerats på Utfallsfondens hemsida](#):

*”En viktig aspekt av utfallskontraktet är att vi förbundet oss juridiskt att genomföra det här arbetet och leverera de utfall som kontraktet stipulerar”, reflekterar Ingrid. ”Det blir liksom ett annat driv, ett annat fokus på det vi ska göra. Det går inte att kortsiktigt prioritera bort eller skjuta saker på framtiden, för vi har lovat att göra detta enligt en viss projektplan, och då måste vi göra det.”*

Det är av dessa anledningar som utfallskontrakt ger så mycket mer än bara finansiering, och varför socialförvaltningen rekommenderar ett samarbete med Utfallsfonden för detta arbete. Arbetet och kontakter har skett i samråd med kommunens och socialförvaltningens ledningsgrupper och presenterats för vård- och omsorgsnämndens ordförande Monica Kjellman och kommunstyrelsens ordförande, Michaela Fletcher. Flera möten har genomförts med diskussioner om hur ett utfallskontrakt skulle fungera i Österåkers kommun och vilka risker som det kan medföra. Lista över möten och beslut i Bilaga 5.

### 3.4.2 Vem är Utfallsfonden?

Utfallsfonden är Sveriges första fond som är specialiserad på sociala utfallskontrakt. Utfallsfondens pengar kommer till största del från Europeiska Investeringsfonden och från statliga Saminvest.

Utfallsfondens uppdrag är att med hjälp av utfallskontrakt stötta kommuner och regioner i omställningen till en smartare och mer framtidssäkrad välfärd, med förbättrade livschanser för fler som ledstjärna.

Utfallsfonden erbjuder dels finansiering, och tar risken att inte få tillbaka sina pengar om insatserna inte ger önskade resultat. Utfallsfonden erbjuder också metodstöd, analysstöd, styrning och uppföljning och för detta stöd betalar kommunen ingenting.

Ett kontrakt med Utfallsfonden följer en så kallad relationsbaserad modell. Det innebär att det vi kommer överens om är att tillsammans genomföra insatser som på bästa och mest effektiva sätt leder till de önskade utfallen. I kontraktet regleras relationen mellan kommunen och Utfallsfonden, därav namnet på kontraktens formen. Kontraktet beskriver hur vi ska fatta beslut och hur vi ska agera gentemot varandra under kontraktets gång för att alla insatser och alla beslut ska främja de gemensamt satta målen. Kontraktet fastställer sex vägledande principer som ska gälla för samarbetet och beslutsfattandet: reciprocitet, autonomi, ärlighet, lojalitet, skälighet och integritet.

Utfallsfonden arbetar med flera kommuner runt om i landet. Inte minst med att framtidssäkra äldreomsorgen och skapa en värdigare ålderdom för fler. Med deras stöd kommer därför också djupa insikter från arbetet med liknande frågor i andra kommuner.

### 3.4.3 Sociala utfallskontrakt – för- och nackdelar

Sociala utfallskontrakt är ett kraftfullt verktyg för att på ett effektivt sätt, i samverkan mellan flera viktiga aktörer, adressera de sociala och hälsomässiga utmaningar vårt samhälle brottas med. En åldrande befolkning, en alltjämt ökande förekomst av livsstilsrelaterade sjukdomar, en hög andel barn som lämnar grundskolan utan fullständiga betyg, en stegrande arbetslöshet i vissa grupper, allt fler barn som placeras i samhällets vård och den galopperande kriminaliteten bland unga är bara några av de utmaningar som vi som samhälle har svårt att hitta effektfulla lösningar på.

Utfallskontrakt handlar inte om att i grunden förändra synen på den generella välfärden. Det handlar om att knyta flera parter till samma mål, om att effektivt genomföra samordnade insatser, om att styra mot mätbara mål, om ekonomiska incitament som pekar i samma riktning och om att styra resurser efter resultat.

Trots att utfallskontrakt numera är en beprövad samarbets- och finansieringsform internationellt, är det fortfarande en relativt ny företeelse i Sverige. På senare tid har dock hänt mycket på området. Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten och Vinnova uppdraget att ta fram ett stöd för kommuner och regioner som vill använda sig av utfallsbaserade arbetssätt och finansieringsmetoder. PÅ RISE finns Social Health & Impact Center (SHIC) som arbetar aktivt för att utfallskontrakt ska användas av fler som ett verktyg för innovation, omställning och förändring.

Trots potentialen har sociala utfallskontrakt haft svårt att etablera sig, delvis på grund av liknande utmaningar som med sociala investeringsfonder gällande redovisning och en viss ovilja hos kommuner att samarbeta med externa aktörer.<sup>3</sup>

Det finns kritik mot att använda sociala utfallskontrakt som exempelvis PwC lyfter i den rapport de tagit fram åt Österåkers kommun. Kritiken handlar dels om att stora resurser läggs på att ta fram avtal, bestämma mätningar och att många aktörer involveras. Kritik mot att privata företag tjänar pengar på social utsatthet och därigenom kanske inte prioriterar individens bästa finns också.

Dock skiljer sig de sätt vi idag i Sverige konstruerar sociala utfallskontrakt mot de modeller rapporten berörde och de modeller man kunnat se utomlands. I Sverige – och så även i detta fall – är det kommunen som tar emot finansieringen och som är utförare av insatsen. Kommunen behåller således kontrollen över såväl vilka individer som bereds plats i insatsen, som hur och av vem den genomförs.

Utfallsfonden har möjlighet att få tillbaka mer pengar än vad kommunen avropat från dem. Det innebär att insatsen ur kommunens perspektiv kan komma att kosta mer än vad den gjort om vi finansierat den själva. Samtidigt skulle det innebära att fler människor förmodligen skjuter upp och komprimerar sitt behov av kommunalt finansierad äldreomsorg.

Det ska också beaktas att om vi finansierar insatsen själva så få vi också stå för kostnaden oavsett vilka resultat insatsen ger. Dessutom får vi vid egenfinansiering inte tillgång – helt kostnadsfritt – till Utfallsfondens kompetens, stöd, analyskapacitet och rådgivning under insatsens gång. Värdet av detta tas inte upp som en kostnad för insatsen, men kan inte nog poängteras.

---

<sup>3</sup> Sammanfattning från PWC "Omvärldsanalys social investeringsfond - Österåkers kommun" sid. 43.

### 3.5 Utfallskontraktets möjliga ekonomiska effekt för Österåkers Kommun

Om 35% av deltagarna framgångsrikt och varaktigt förbättrar sin hälsa och riskprofil så motsvarar det ca 77 individer över 75 år. Insatsens totala kostnader för kommunen har då varit 5 M kr vilket motsvarar ca 68 000 kr per framgångsrik deltagare. De framgångsrika deltagarna bär hela insatsens kostnader och vi resonerar som så att det kostar oss 68 000 kr att *framgångsrikt* förflytta en deltagare från risk till frisk.

Vad motsvarar då 68'000 kr för en individ? Hur står sig denna kostnad jämfört med kostnaden för hemtjänst eller särskilt boende?

Hemtjänst kostar ca 262 000 kr per brukare och år. 68 000 kr motsvarar alltså 3 månaders hemtjänst för en brukare. För att denna insats ska vara lönsam för kommunen krävs alltså enbart att behovet av hemtjänst för deltagarna skjuts upp med tre månader. Det sannolika är att hemtjänstbehovet skjuts upp med betydligt mer om hälsan avsevärt förbättras. Vi påminner här om att deltagarna alla initialt hade hög risk för sjukdom, ohälsa och stödberoende. Vi har inte erbjudit insatsen till redan friska personer eller personer med normalhög risk för åldersgruppen.

Särskilt boende kostar i Österåker ca 900'000 kr per brukare och år. 68'000 kr motsvarar alltså fyra veckor på särskilt boende. Det räcker således att vi genom den framgångsrika sänkningen av riskprofilen hos deltagarna skjuter upp en eventuell inflytt på SÄBO med fyra veckor för att insatsen ska ha varit lönsam.

Det är omöjligt att säga om och när våra deltagare hade haft behov av äldreomsorgsinsatser och således därför omöjligt att beräkna exakt vilka besparingar just denna insats kommer att ge upphov till och inom vilken tidsperiod. Det vi däremot kan säga är att det behövs en marginell minskning av omsorgsbehovet för att denna insats ska vara ekonomiskt lönsam. Bättre hälsa och ökad självständighet är dessutom grundpelarna i en värdig ålderdom och vinsterna för individen överstiger vida det ekonomiska värdet för kommunen.

## 4. Villkorssammanfattning i det sociala utfallskontraktet

### 4.1 Villkorssammanfattning

I tabellen nedan sammanfattas villkoren i det sociala utfallskontraktet med Utfallsfonden. Kommunen får alltså möjlighet att avropa upp till 1 M kr per år

i tre år (med möjlighet till utvidgning till en större målgrupp under kontraktstidens gång om kommunen så önskar).

Investeringsstorlek	Ca 3 M SEK för 210 deltagare under tre år, med möjlighet till förlängning eller utvidgning med ytterligare 3 M kr på samma villkor.
Investeringshorisont	3 år + möjlighet till förlängning eller utvidgning med ytterligare målgrupp i max 3 år.
Antal deltagare	210 (med möjlighet till utvidgning eller förlängning med ytterligare ca 200 deltagare)
Målgrupp	Personer över 75 år med hög eller medelhög risk för minskad självständighet, ohälsa och sjukdom
Intervention	Hälsoscreening och inbjudan om insats till personer i målgrupp, möte med hälsopedagog, motiverande samtal, konkret åtgärdsplan, case management och uppföljning
Utfallsmål / utfallsmått	Andel personer som gått från hög eller medelhög risk till låg risk och som behåller denna nya risknivå i minst ett år.
Investeringsmodell	Avrop 1 M SEK / år i tre år Återbetalning i förhållande till andel individer som sänker sin riskprofil enligt ovan.

Figur 1 Villkorssammanfattning

Pengarna ska användas till att finansiera kallelse, screening och hälsopedagogens arbete för en målgrupp på ca 200–220 personer.

Utfallsmåttet som ska användas är andelen deltagare som går från hög risk till normal risk enligt screeningverktygets riskprofilering och som behåller en normal risknivå i minst ett år.

## 4.2 Återbetalning av finansieringsbeloppet

Upplägget med ett socialt utfallskontrakt med Utfallsfonden innebär att vi betalar tillbaka i takt med att våra utfallsmål uppfylls. I detta fall personer som gått från hög risk till normal risk. Återbetalningen sker i slutet av treårsperioden.

Andel personer med förbättrad riskprofil	Återbetalning
0%	0 kr
5%	0,5 M kr
10%	1 M kr
15%	2 M kr
20%	3 M kr
25%	4 M kr
30%	4,5 M kr
35%	5 M kr
Över 35%	5 M kr

Figur 2 Återbetalning vid varje utfallsnivå vid finansiering med 3 Mkr

Som framgår av tabellen ovan kan återbetalningarna bli såväl mindre som större än det avropade beloppet om 3 M. I de fall återbetalningen blir större, har också utfallen överstigit det förväntade utfallet om en förbättring av riskprofilen för 20% av deltagarna och nått det optimala utfallet om 35% av

deltagarna. Skulle utfallet bli ännu bättre, utgår ingen extra ersättning till Utfallsfonden.

Utfallsfonden behöver en möjlighet att få tillbaka mer än det avropade beloppet eftersom de tar risken att förlora hela finansieringen. Då Utfallsfonden arbetar i flera kommuner, kommer man ibland förlora pengar på icke framgångsrika insatser, samtidigt som man får tillbaka mer än sitt finansieringsbelopp i kommuner där insatserna varit framgångsrika. Detta möjliggör för Utfallsfonden att kunna ta utfallsrisken, inte förbruka allt tillgängligt kapital och fortsätta erbjuda finansiering i andra delar av välfärdssystemet.

### **4.3 Process från beslut till avtal**

När vård- och omsorgsnämnden fattat beslut om att avtal med Utfallsfonden ska ingås i linje med ovanstående villkor, åläggs det socialdirektören att slutförhandla och underteckna avtal. I detta arbete bistås hon av kommunens jurister som ger sitt godkännande till de detaljerade avtalsvillkoren, med särskilt beaktande kring villkor för styrning, beslutsrätter, förtida avslut, avtalsbrott eller väsentliga förändringar i insatsen.

Utfallsfonden tillhandahåller ett avtalsutkast som bygger på de standardavtal man vanligtvis signerar med kommuner. Kommunen och Utfallsfonden, med stöd av juristerna, anpassar avtalet för att på bästa sätt spegla de intentioner och villkor som överenskommits.

Så fort avtalet undertecknats kan kommunen göra sitt första avrop. Utfallsfonden har då ca tre veckor på sig att föra över pengarna till kommunens konto.

### **4.4 Avtalets bokföringstekniska hantering**

När avtalet tecknas bokför kommunen en fordran på Utfallsfonden om 3 mkr och en långfristig skuld om 3 mkr, då kommunen med hög sannolikhet ska återbetala åtminstone det beloppet. Skillnaden mellan 3 mkr och 5 mkr bokförs som avsättning då det bedöms vara relativt sannolikt men inte säkert att beloppet kommer att återbetalas. Motposten i balansräkningen blir en förutbetalad kostnad som, successivt kostnadsförs över projektets löptid. Det vill säga om kommunen får 3 mkr men behöver betala tillbaka 5 mkr så ska 2 mkr kostnadsföras över projektets löptid.

Enligt god redovisningssed ska kostnaden bokföras i enlighet med effektivrättemetoden. Men är projektet inte längre än 3 år i kombination med den osäkerhet som föreligger kring projektets utfall, så är bedömningen att kommunen i normalfallet kan redovisa kostnaden linjärt över perioden.



När kommunen erhåller utbetalning av de första 1 mkr så minskar fordran mot finansiären med samma belopp.

När kommunen i början av år 2 erhåller ytterligare 1 mkr så bokförs detta belopp som minskad fordran på finansiären. I bokslutet år 2 behöver kommunen göra en förnyad bedömning av vilket belopp man sannolikt kommer att återbetala till finansiären. Vid en eventuellt ändrad bedömning, t.ex. om insatsen ger sämre resultat än förväntat, behöver avsättningsbeloppet justeras. Vid bokslutet behöver också bedömas om återbetalningar ska ske inom 12 månader efter räkenskapsårets slut. Om så är fallet ska en omföring från långfristig skuld ske till kortfristig skuld.

I början av år 3 erhåller kommunen de slutliga 1 mkr. Dessa bokförs som reducerad fordran på finansiären.

Det kumulerade utbetalda beloppet tas varje år upp som en skuld i balansräkningen, och likviden som en tillgång i kassa / bank

I detta utfallskontrakt används finansieringsbeloppet till att betala för projektkostnader som uppkommer, t.ex. anställning av personal eller köp av screeningtjänster. Dessa kostnader belastar resultaträkningen.

Skulle däremot inte tillräckliga utfall uppnås, ska inte betala tillbaka hela summan till finansiären. Den del som inte betalas tillbaka, skrivs då ner på skuldsidan i balansräkningen och bokförs som en finansiell intäkt i resultaträkningen.

Skulle utfallen bli så pass bra att kommunen ska betala tillbaka mer än finansieringsbeloppet, ska den överskjutande delen betraktas som en finansiell kostnad.

Det är viktigt att komma ihåg att kostnaderna för insatsen belastar resultaträkningen. Därför är det viktigt att antingen utöka förvaltningens budgetram med motsvarande belopp eller att förankra att en negativ resultatpåverkan är acceptabel då tillgångar i kassan ökat.

## 5. Risker och frågeställningar

### 5.1 Hur säker går det att vara på att behoven av äldreomsorg minskas genom den här insatsen?

Att insatsen lyckas kan vi inte vara säkra på. Det är också svårt att säga exakt vilken effekt insatsen kommer att ha på kommunens äldreomsorgskostnader. Det vi vet är att ohälsa och funktionsnedsättning är de i särklass största drivarna bakom omsorgsbehovet hos den enskilde individen. Behov av hemtjänst och särskilt boende kommer efter fallolyckor, vid hemkomst från

sjukhus, vid motorisk och kognitiv funktionsnedsättning, vid depression och isolering och när anhöriga inte längre klarar att vårda sin partner.

Att förebygga dessa faktorer är evidensbaserat framgångsrikt för att skapa en ökad hälsa och självständighet i den äldre befolkningen. Kommunens enda andra lösning för att minska det ökande kostnadstrycket som den åldrande befolkningen medför är att skära ner i den redan effektiva och kvalitativa äldreomsorg som kommunen idag producerar och erbjuder.

Kunskapsläget är gott gällande möjligheten att minska risken för sjukdom och funktionsnedsättningar hos äldre är gott. Så här skriver Folkhälsomyndigheten:

” Det går inte att undvika det naturliga åldrandet, men det går att stärka det friska och skjuta upp funktionsnedsättningar... .. Det finns många vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och förebyggande insatser även upp i höga åldrar har positiva effekter på hälsan och livskvaliteten<sup>4</sup>.”

## 5.2 Är det inte oklokt att låna tre miljoner och betala tillbaka fem för en insats som har god evidens?

Evidens är inte samma sak som ett säkert utfall. Evidens innebär att man vetenskapligt kunnat fastställa signifikanta förbättringar. Som framgår av evidensöversikten så varierar framgångsgraden för levnadsvaneinterventioner i befolkningen mellan 10% - 60%. Hur det ser ut just för personer som är över 75 år vet vi inte. Inte heller hur utfallen kan komma att se ut just i den befolkningsammansättning som finns i Österåker.

Även om de tilltänkta insatserna är evidensbaserade så är utfallen just i vår målgrupp ytterst osäkra. Projektet möjliggör för oss att utvärdera insatserna i just vår kontext. Visar det sig att de är framgångsrika, då kan vi skala upp dem och finansiera dem framåt utan Utfallsfonden. Är de inte framgångsrika, då betalar vi inte tillbaka pengarna till Utfallsfonden, skulden skrivs av och dyker i stället upp i resultaträkningen som en finansiell intäkt.

Allt vi lärt i samarbetet med Utfallsfonden, kring effektmätning, styrning och hälsoekonomiska beräkningar, stannar hos kommunen och kan användas för andra preventiva och främjande insatser eller för införandet av andra nya arbetsätt. Värdet av den kunskapsöverföring som kommer ske i detta samarbete kan inte värderas och kommer att ske oavsett hur utfallen av insatsen blir.

---

<sup>4</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/halsosamt-aldrande/>

### 5.3 Varför gör vi inte detta på egen hand?

Om vi är ganska säkra på att det är samhällsekonomiskt lönsamt, varför ska vi då anlita en extern part som med en liten risk har möjlighet att tjäna pengar på kommunens invånare?

Utfallsfonden tar ingen liten risk. Utfallsfonden tar en stor risk. Risken att förlora varenda krona de avsatt i finansiering till oss. Som beskrivits i ovanstående avsnitt är inte evidens det samma som garanterade utfallsnivåer.

Risken i insatsen ligger inte enbart i hur väl insatsen lyckas förflytta deltagare från risk till frisk. Risken är hög, och osäkerheten stor, i såväl hur väl målgruppen responderar på kallelsen till screening, hur stor andel som svarar som har hög risk och därigenom kvalificerar för insatsen, hur stor andel av dessa som accepterar att delta i insatsen och hur många av dessa som håller i insatsen över tid. Det ska betänkas att evidensen för hur väl levnadsvaneinterventioner fungerar inte beaktar alla dessa steg som leder fram till att en person deltar och inkluderas i en insats. Den beaktar enbart utfallet för de som deltagit.

Skulle vi göra detta på egen hand får vi stå för kostnaden oavsett hur insatsen går. Dessutom går vi miste om Utfallsfondens ovärderliga kunskap och erfarenhet från att ha genomfört liknande insatser i andra kommuner, deras kompetens avseende styrning och effektmätning och deras analyskapacitet avseende avvikelseanalys, samt hälso- och kommunalekonomiska beräkningar. Vi kan inte nog betona att detta metod- och implementeringsstöd medföljer finansieringen utan extra kostnad.

## 6. Förvaltningens slutsatser

För att möta utmaningen med en kraftig ökning av andelen äldre i kommunen, samt för att följa den nya socialtjänstlagen, behöver Socialförvaltningen ställa om till nya och mer preventiva arbetssätt. Detta behov är oavhängigt ett eventuellt samarbete med Utfallsfonden.

Genom ett avtal med Utfallsfonden om samarbete kring de preventiva insatser som beskrivs ovan, förflyttar vi den ekonomiska risken till en extern part, samtidigt som vi får ovärderligt stöd och kompetensöverföring och rustar kommunen för att ta sig an andra utmaningar med samma systematiska och utfallsfokuserade angreppssätt.

Vi kan komma att betala tillbaka mer än den finansiering vi avropat, men detta kan enbart komma att ske om utfallen överstiger förväntningarna. Vid dessa utfallsnivåer är det inte osannolikt att anta att vi genom att hjälpa målgruppen till lägre risk för sjukdom och ohälsa, också skjutit upp deras behov av hemtjänst med i alla fall tre månader eller deras behov av en plats på SÄBO med i alla fall fyra veckor. Det är nämligen bara denna förflyttning som krävs för att insatsen ska vara kommunalekonomiskt lönsam.

Frågan att ställa sig är inte enbart om insatsen på kort sikt kommer skapa kostnadsbesparingar som överstiger maximal kostnad för insats och återbetalning till Utfallsfonden. Frågan vi ställer oss är om denna samarbetsform (bortfall av finansiell risk, kompetenstillförsel och kunskapsöverföring utan kostnad, stöd i styrning och analys, etc) inte i alla avseenden är gynnsam för kommunen i framtagandet och utvärderingen av ett arbetssätt som vi oavsett kommer tvingas genomföra om vi ska klara den demografiska utmaningen och vara en kommun som står upp för rätten till et värdigt åldrande.

## 7. Bilagor

- Bilaga 1 Utfallsfonden Insats och ekonomisk modell
- Bilaga 2 Utfallsfonden Exempel socialt utfallskontrakt
- Bilaga 3 Exempel samverkansmodell
- Bilaga 4 Exempel villkor för återbetalning
- Bilaga 5 Lista möten
- Bilaga 6 Hälsoscreening Senior 2025 webbenkät

Material insamlat och sammanställt av:

### **Daniel Hansson**

Strateg - Hållbart åldrande

Avdelningen Äldre och funktionsnedsatta

Österåkers kommun, Socialförvaltningen

**Direktnummer:** 070 524 7296

**Mailadress:** [daniel.hansson@osteraker.se](mailto:daniel.hansson@osteraker.se)