

Handbok för effektivitetsanalyser

För god vård och omsorg

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-11-17
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2014
Andra upplagan

Förord

Effektivitet är en viktig aspekt för beslutsfattare och verksamhetsutvecklare. I offentliga verksamheter handlar det om att förbättra verksamheten och då använda de begränsade resurser som står till förfogande så effektivt som möjligt. På Socialstyrelsen pågår ett långsiktigt arbete med att skapa förutsättningar för att mäta effektivitet inom vård och omsorg, som kan bidra till god hälsa, vård och omsorg. Bland annat handlar det om att arbeta fram och testa olika angreppssätt och metoder samt utveckla resultat- och effektivitetsindikatorer. Socialstyrelsens mål är att vara en oberoende huvudaktör i arbetet med effektivitetsanalyser inom vård och omsorg.

Med denna handbok presenterar Socialstyrelsen ett antal metoder för effektivitetsanalyser som kan användas vid nationella, regionala och lokala uppföljningar och utvärderingar av vård och omsorg. Detta är den andra versionen av handboken. Allt eftersom ytterligare erfarenheter och kunskaper erhålls om effektivitetsanalyser kommer handboken att återigen uppdateras.

Handboken riktar sig i första hand till utredare, ekonomer, verksamhetsutvecklare och analytiker som vill analysera kostnader, resultat, produktivitet och effektivitet inom kommuner, landsting och myndigheter. Vi vänder oss även till andra som är intresserade av att förstå vad produktivitet och effektivitet är och hur underlagen ska tolkas, exempelvis politiker på nationell och lokal nivå, verksamhetschefer eller privata utförare av kommun- och landstingsfinansierad verksamhet.

Denna handbok har författats av Socialstyrelsens grupp för effektivitetsanalyser som består av Christina Broman, Karin Bodell, Matilda Hansson, Lisbeth Serdén, Kristina Stig och Anne Tiainen. Ansvariga enhetschefer har varit Mona Heurgren och Marie Lawrence.

Mona Heurgren

Tf Avdelningschef
Statistik och jämförelser

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Syfte och avgränsning	8
Disposition	9
Om effektivitet	11
Socialstyrelsens modell för att mäta effektivitet och produktivitet	11
Att välja perspektiv	15
Ekonomiska perspektiv	15
Tidsperspektiv	16
Att välja angreppssätt	17
Effektivitet i relation till mål	18
Effektivitet som jämförelse	20
Produktivitet	23
Separat redovisning	25
Ineffektivt resursutnyttjande	26
Att mäta	28
Resurser (input)	28
Produktionsvolym (output)	34
Processkvalitet	34
Effektresultat (outcome)	34
Att jämföra	36
Skillnader i förutsättningar	36
Jämförelser över tid	37
Referenser	39
Bilaga 1. Datakällor	40
Bilaga 2. Ordförklaringar	48

Sammanfattning

Effektivitet handlar om att använda tillgängliga resurser på bästa sätt utifrån de mål som finns för verksamheten. För att verksamheter inom vård och omsorg ska använda sina resurser på bästa sätt krävs att resursanvändning, effektresultat, produktivitet och effektivitet analyseras på nationell, regional och lokal nivå. Produktivitets- och effektivitetsanalyser utgör ett av flera underlag för beslutsfattare i kommuner, landsting och i statliga myndigheter. Det är viktigt att välja rätt metod utifrån syfte, mål och tillgång till relevanta dataunderlag för att få ett så bra beslutsunderlag som möjligt.

Denna handbok visar på hur produktivitets- och effektivitetsanalyser praktiskt kan genomföras och presenteras. Fem angreppssätt redovisas som alla utgår från Socialstyrelsens modell för att beskriva produktivitet och effektivitet. Angreppssätten svarar på olika frågor och kräver därför olika underlag. Ofta påverkar tillgången på underlag vilket angreppssätt som är möjligt att använda.

Analyserna kan göras utifrån olika perspektiv. Innan analysen påbörjas är det därför viktigt att ta ställning till vilket perspektiv som ska belysas. Till exempel tar ett samhällsekonomiskt perspektiv hänsyn till resursanvändningen och effekter i hela samhället, medan ett huvudmannaperspektiv endast tar hänsyn till huvudmannens resurser och effektresultat.

Produktivitet och effektivitet kan gärna jämföras mellan olika kommuner, landsting eller verksamheter. Det finns då flera aspekter att ta hänsyn till. Kommunernas och landstingens olika förutsättningar är ett exempel. Vid jämförelser över tid är det viktigt att ta hänsyn till inflationen genom att fastprisberäkna kostnaderna.

Socialstyrelsens övergripande mål är att vara en oberoende huvudaktör i arbetet med effektivitetsanalyser inom vård och omsorg. Denna handbok är ett steg i denna strävan. Socialstyrelsen kommer att fortsätta utveckla metoderna för effektivitetsanalyser inom vård och omsorg och redovisa produktivitet och effektivitet för kommuner och landsting.

Inledning

Kommuner och landsting har begränsade resurser, och därför är det viktigt att de offentliga medlen används så effektivt som möjligt. Genom att effektivisera verksamheten kan fler människor få den vård och omsorg de behöver med bra kvalitet. Lagstiftningen lyfter fram vikten av att använda våra gemensamma resurser på ett effektivt sätt, och enligt kommunallagen (1991:900) ska både kommuner och landsting ha en god ekonomisk hushållning i verksamheten. Inom området hälso- och sjukvård finns sedan 1996 inskrivet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, att ledningen för hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den bland annat främjar kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen har fått flera uppdrag där effektivitet eller kostnadseffektivitet ska redovisas. Ett exempel är öppna jämförelser inom socialtjänsten som ska belysa både kvaliteten och effektiviteten inom socialtjänstens verksamheter.

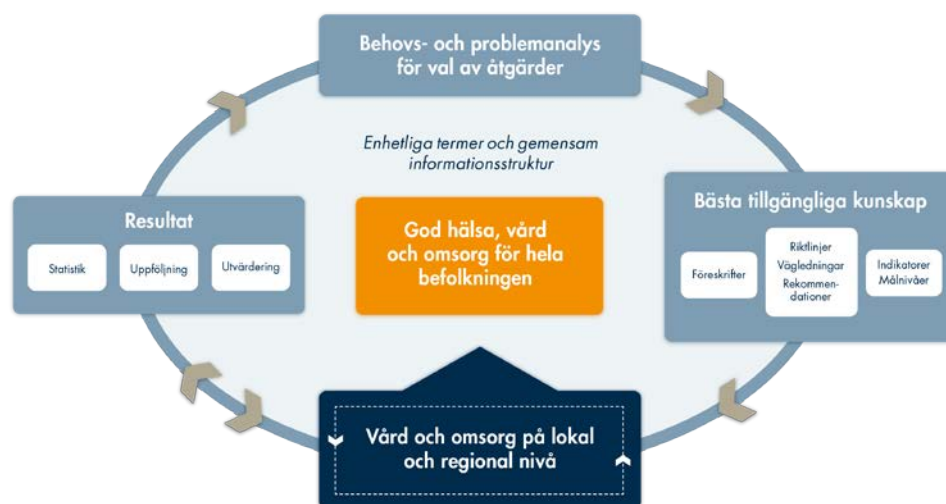
Det finns olika tillvägagångssätt för att mäta effektivitet som lämpar sig olika väl i olika sammanhang. Att mäta effektivitet medför ofta en hel del svårigheter, ofta saknas till exempel vissa uppgifter som behövs för att göra tillfredsställande analyser. På Socialstyrelsen pågår därför ett arbete med att utveckla data och testa olika angreppssätt. Syftet med det utvecklingsarbetet är att skapa förutsättningar för att belysa och beräkna effektivitet i vård och omsorg. På lång sikt ska arbetet bidra till att förbättra kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna.

I denna handbok presenterar Socialstyrelsen olika angreppssätt för att belysa produktivitet och effektivitet.

Syfte och avgränsning

Socialstyrelsen arbetar för att kommuner och landsting genom kunskap ska förbättra hälsa, vård och omsorg. Arbetet med kunskapsstyrning har flera delar som illustreras i figur 1. Denna handbok tar upp metoder för effektivitetsanalyser som kan användas vid nationella, regionala och lokala uppföljningar och utvärderingar av vård och omsorg.

Figur 1. Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning



Syftet med handboken är att ge stöd till de som arbetar med uppföljning, analys och utvärdering i den vård och omsorg som finansieras med offentliga medel. Till målgruppen hör både de som själva gör effektivitetsanalyser och de som är mottagare eller beställare av sådana analyser. Rapporten beskriver:

- vad som avses med produktivitet och effektivitet
- förutsättningar för att mäta produktivitet och effektivitet och vad man behöver ta hänsyn till
- olika angreppssätt för effektivitetsanalyser och belyser när olika metoder bör användas
- viktiga datakällor som utgör underlag för att beskriva effektivitet.

Handboken omfattar inte metoder som belyser kostnadseffektivitet eller orsakssamband mellan resursanvändning och resultat som används för att ta fram kunskapsunderlag för till exempel föreskrifter och nationella riktlinjer. Med kostnadseffektivitet avses bland annat metoderna kostnadsintäktsanalys (CBA) och kostnadsnyttoanalys. De två ekonometriska metoderna ”Data Envelopment Analysis”, DEA, och ”Stochastic Frontier Analysis”, SFA, används inom den nationalekonomiska forskningen för att analysera effektivitet, men de ingår inte heller i denna metodrapport. Inte heller konsekvensanalyser tas upp här.

Disposition

Handboken inleds med en beskrivning av begreppen produktivitet och effektivitet enligt den modell som Socialstyrelsen har arbetat fram. Därefter följer fyra kapitel som sammantaget kan ses som en checklista för att arbeta med produktivitets- och effektivitetsanalyser:

- **Att välja perspektiv** tar upp olika aspekter på vad man behöver tänka på vid produktivitets- och effektivitetsanalyser.

- **Att välja angreppssätt** redogör för olika metoder som kan användas för att mäta produktivitet och effektivitet.
- **Att mäta** beskriver hur resursanvändning, produktionsvolym, kvalitet och resultat kan mätas eller uppskattas.
- **Att jämföra** tar upp aspekter som är viktiga vid jämförelser av produktivitet och effektivitet mellan kommuner, mellan landsting och över tid.

I bilaga 1 redogörs för några centrala datakällor som kan användas för att mäta och uppskatta resursanvändning, produktionsvolym, kvalitet och resultat. I bilaga 2 förklaras några ekonomiska begrepp som används i handboken.

Om effektivitet

Effektivitet handlar om att tillgängliga resurser används på bästa sätt utifrån de mål som finns för verksamheten. Med begreppet på *bästa sätt* menas att resurserna ska användas till rätt saker, på rätt sätt och i rätt tid. *Rätt saker* handlar i sin tur om att använda behandlingar och insatser som är effektiva, det vill säga ger den effekt som är syftet med behandlingen eller insatsen och som samtidigt har få negativa konsekvenser. På *rätt sätt* handlar om att behandlingar och insatser ges på ett sätt som ger positiva effekter, vilket innebär att de ska hålla en hög kvalitet. I *rätt tid* handlar om att behandlingar och insatser är tillgängliga när de behövs. Är de inte tillgängliga kan det medföra negativa effekter såsom lidande och oro, men också ökade kostnader.

Figur 2. Vad och hur?

Fel saker på fel sätt	Fel saker på rätt sätt
Rätt saker på fel sätt	Rätt saker på rätt sätt

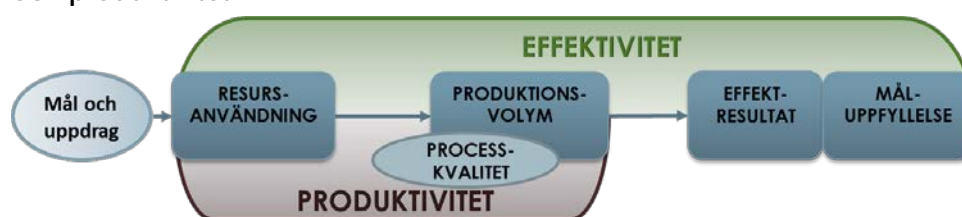
Socialstyrelsens modell för att mäta effektivitet och produktivitet

Verksamhetens mål och uppdrag är basen för arbetet med vård och omsorg, och de övergripande målen och uppdragen bestäms i olika lagar, förordningar och föreskrifter. Verksamheterna behöver konkretiseras utifrån dessa mål och hänsyn kan då behöva tas till behovet av och efterfrågan på vård och omsorg. För att utföra uppdraget och nå målen tilldelas verksamheten resurser, till exempel personalens kompetens, tid, utrustning, lokaler, hjälpmedel och läkemedel. Resurserna mäts ofta i kostnader och är en del av den struktur som kommuner och landsting kan påverka. Resurserna används i processen, det vill säga till att producera varor och tjänster. Inom vård och omsorg handlar det i de flesta fall om att ”producera” tjänster. Resurserna påverkar i vilken omfattning, volym, som produktionen sker och med vilken kvalitet processen kan genomföras. Produktionsvolym kan till exempel mätas i antal besök, antal personer som får en insats, antal operationer eller antal boendedygn. Processens kvalitet kan mätas med till exempel patient- eller brukarnöjdhet, bemötande, andel trycksår och överlevnadsfrekvens. Produktionsvolymen och processens kvalitet säger dock ingenting om verksamhetens måluppfyllelse, det vill säga leder processen till den effekt som man vill uppnå för verksamheten. Då krävs att effektresultatet för till exempel patienten eller brukaren mäts. Effektresultaten kan till exempel mätas i andel som har förbättrad hälsa efter en operation, andel som har återgått till sitt arbete efter en

insats och andel som har fått ökad livskvalitet och trygghet eller minskad smärta och oro. Resultatet kan sedan jämföras mot målen för verksamheten för att se i vilken utsträckning som målen har uppfyllts. Det kan göras genom att jämföra önskat resultat ("desired outcome/goal") och det faktiska resultatet ("outcome").

Produktivitet redovisar resursanvändningen i förhållande till produktionsvolymen med hänsyn tagen till processens kvalitet medan effektivitet visar resursanvändningen i relation till effektresultatet.

Figur 3. Socialstyrelsens modell för att beskriva effektivitet och produktivitet



Mål och uppdrag

Målen för en viss verksamhet bestäms av lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd men också av ambitionsnivå, prioriteringar och för verksamheten opåverkbara förutsättningar. De övergripande målen anges i lagstiftningen. Målen för hälso- och sjukvård och tandvård anges i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL och i tandvårdslagen (1985:125), TL, och målen för omsorgen framgår bland annat av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. (2 § HSL, 2 § TL)

Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. (1 kap. 1 § SoL)

Verksamhet enligt denna lag skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i 1 §. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. (5 § LSS)
Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

När åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. (6 § och 6a § LSS)

I de föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen tar fram preciseras målen ytterligare. Socialstyrelsens arbete med god vård och omsorg är exempel på preciseringar av målen i lagstiftningen, se figur 4.

Figur 4. Dimensioner i god vård och omsorg



Resursanvändning

Resurser är det som en verksamhet använder för att producera varor eller tjänster. Det kan bland annat handla om personal (tid, utbildning och erfarenhet), lokaler, verktyg och material. Resursanvändningen mäts ofta i kronor men kan också mätas i andra enheter till exempel antal helårsarbetare.

Resursanvändningen bör spegla samtliga resurser som verksamheten använder till processen. Det kan ibland också vara nödvändigt att räkna med resurser utanför den egna verksamheten.

Produktionsvolym

Produktionsvolymen ("output") visar mängden varor och tjänster som produceras. Mängden som produceras mäts till exempel med antal läkarbesök och antal operationer inom hälso- och sjukvården, antal barn och unga med öppna insatser eller antal vård dygn i korttidsboende inom socialtjänsten.

Processkvalitet

Processkvalitet avser den kvalitet med vilken processen genomförs och som de producerade varorna och tjänsterna har. Processkvalitet kan delas in i teknisk kvalitet och funktionell kvalitet. Teknisk kvalitet avser på vilket sätt som tjänsten utförs, till exempel en bra teknisk utförd operation. Funktionell kvalitet speglar hur patienten eller brukaren får tjänsten, här ingår till exempel bemötande och tillgänglighet.

Processkvalitet ska inte blandas ihop med det bredare begreppet kvalitet som avser samtliga egenskaper som en vara eller tjänst har. För ytterligare om kvalitet se *Handbok för utveckling av indikatorer-För god vård och omsorg* [1].

Effektresultat

Effektresultat ("outcome") visar de effekter som verksamheten uppnår. Effekterna utgår från de mål som har satts upp för verksamheten. Inom socialtjänsten finns till exempel målet att aktivt delta i samhällslivet, och lämpliga indikatorer skulle kunna vara andel som deltar i arbetslivet eller andel som har bostad. Inom hälso- och sjukvården finns mål om god hälsa som till exempel kan mätas genom hälsorelaterad livskvalitet, överlevnadsfrekvens eller andel personer som efter en stroke inte är nedstämnda.

Det är viktigt att skilja på effektresultat och andra typer av resultat. För en verksamhet kan det utöver effektmål finnas mål för både struktur, produktion och processkvalitet där resultaten då avser struktur-, produktions- och processkvalitetresultat. En del indikatorer kan belysa flera typer av resultat. Ett exempel är andelen trycksår som både kan vara ett effektresultat som visar på god hälsa och ett resultat för processkvalitet som visar på hur hälso- och sjukvården fungerar på ett särskilt boende till exempel.

Måluppfyllelse

Måluppfyllelse är avgörande för att studera effektivitet. De mål som satts upp för verksamheten är centrala. Antingen krävs att en målnivå är fastställd som effektresultatet kan mätas mot eller att det går att mäta antalet individer som uppnått ett lyckat resultat. Studeras effektivitet i relation till målen är verksamheten effektiv om den fastställda målnivån uppnås. Genom att mäta antalet individer som uppnått ett lyckat resultat kan effektivitet i relation till andra verksamheter studeras.

Socialstyrelsen arbetar med att ta fram målnivåer inom olika områden bland annat för att kunna studera effektivitet i förhållande till målen.

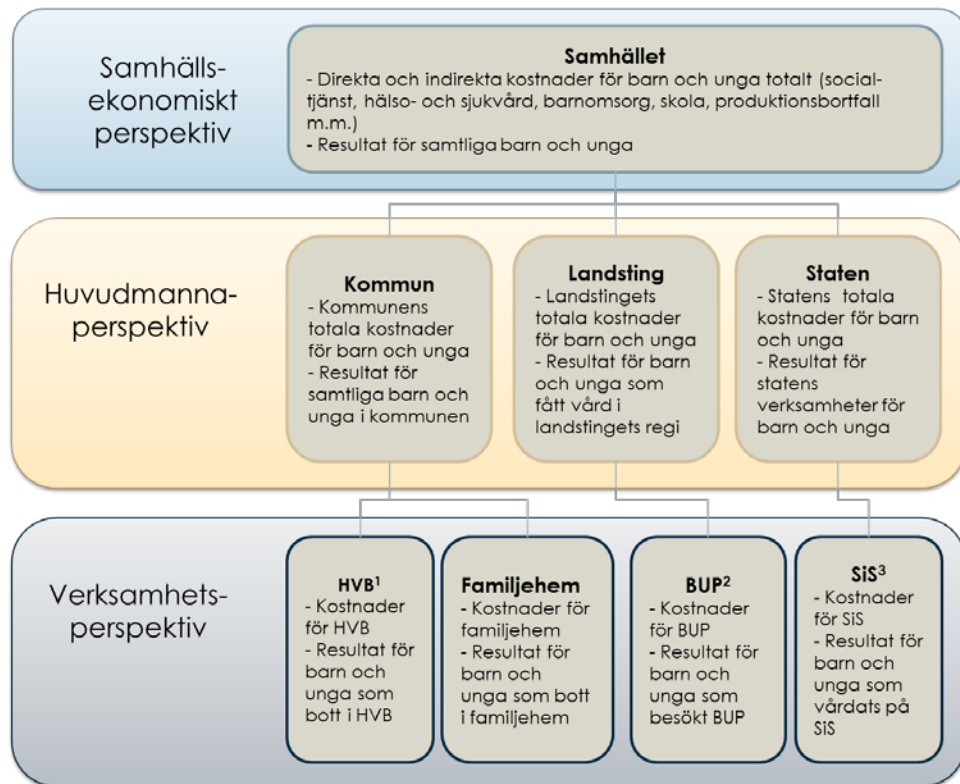
Att välja perspektiv

Ekonomiska perspektiv

Effektivitetsanalyser kan ha olika syften och spegla olika ekonomiska perspektiv. Ett samhällsekonomiskt perspektiv syftar till att fånga samtliga aktörers resursanvändning och samhällets samlade resultat medan ett huvudmannaperspektiv eller ett verksamhetsperspektiv mäter huvudmannens eller verksamhetens resursanvändning och resultat. De olika perspektiven är en del av varandra men behöver för den delen inte ge samma utfall avseende effektivitet. En verksamhet kan vara effektiv ur ett verksamhetsperspektiv men det betyder inte att den är effektiv ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Till exempel skulle en verksamhet inom landstinget kunna effektivisera verksamheten genom att skriva ut patienter från sjukhuset tidigare och på så sätt få minskad resursanvändning (lägre kostnader). Men det kan i stället leda till ökad resursanvändning för andra verksamheter inom landstinget eller för samhället eftersom andra aktörer kan få högre kostnader. Effektivitet bör belysas ur olika perspektiv för att bidra till kunskap om hur resurserna ska användas på bästa sätt. Det är dock viktigt att veta vad de olika perspektiven ger och inte ger svar på.

Vid val av perspektiv är det viktigt att försöka göra samma avgränsningar för både resurserna och resultaten. Resultatmättet kan till exempel bestå av ett utfall som är tydligt avgränsat till ett operationstillfälle, och då är kostnaden för det vårdtillfället en lämplig kostnad att matcha det med. Saknas uppgifter om resurser eller finns det resurser som inte använts för operationen kan felaktiga slutsatser dras. Figur 5 visar en schematisk bild över olika perspektiv.

Figur 5. Schematisk bild över olika perspektiv



¹ Hem för vård eller boende

² Barn- och ungdomspsykiatri

³ Statens institutionsstyrelse

Tidsperspektiv

Resursanvändningen och effektresultatet kan uppstå vid olika tidpunkter. I vissa fall uppstår de i stort sett samtidigt men ofta sker resursanvändningen vid ett tillfälle medan effekterna visar sig först senare. Ett tydligt exempel är barn- och ungdomsvården där insatserna sker i barn- och ungdomsåren men där flera effekter inte visar sig förrän i vuxen ålder. Ju längre tid som passerar mellan resursanvändning och effekter, desto svårare är det att påvisa att resursanvändningen och produktionen av varor och tjänster, processen, ledde till effektresultatet.

Vid effektivitetsanalyser kan det vara viktigt att ta hänsyn till när resursanvändningen och effektresultaten uppstår. Om de uppstår vid olika tidpunkter är det vanskligt att mäta dem vid samma tidpunkt eftersom det kan leda till felaktiga slutsatser. För att belysa effektivitet på ett korrekt sätt behöver uppgifterna tidsförskjutats. I exemplet om barn- och ungdomsvården behöver kostnaderna kanske mätas 10–15 år tidigare än effektresultaten uppstår.

Att välja angreppssätt

Det angreppssätt som väljs för att analysera effektivitet beror ofta på vilka uppgifter som finns tillgängliga. I denna handbok redovisas fem olika grupper av metoder för att analysera produktivitet och effektivitet som alla ställer olika krav på datatillgång. Tabell 1 visar förenklat vilka uppgifter som behövs för de olika angreppssätten.

Tabell 1. Uppgifter som krävs för de olika angreppssätten

Angreppssätt	Resursanvändning (kostnader)	Produktionsvolym	Processkvalitet	Effektresultat	Målnivåer
Effektivitet i relation till mål	X			X	X
Effektivitet som jämförelse	X			X	
Ineffektivt resursutnyttjande	X	X			X
Produktivitet	X	X	X		X
Separat redovisning	(X)	(X)	(X)	(X)	

(X) Endast en av uppgifterna krävs för angreppssättet.

Att mäta *effektivitet i relation till mål* är den metod som kräver mest uppgifter. För detta angreppssätt krävs uppgifter om resursanvändning, effektresultat och målnivåer. Om man inte har målnivåer får man nöja sig med att analysera *effektivitet som jämförelse*. Utan några effektresultat går det inte att analysera effektivitet och då kan i stället *produktiviteten* studeras, det vill säga, resursanvändningen i relation till produktionsvolymen med hänsyn tagen till processkvaliteten.

Ibland kan det vara svårt att knyta ihop uppgifterna om resursanvändning och effektresultat på ett bra sätt, och då kan en utväg vara att redovisa *kostnads- och resultatmått* var för sig. Detta är den metod som Socialstyrelsen hittills mest har använt sig av.

Angreppssättet – *ineffektivt resursutnyttjande* – skiljer sig lite från de andra sätten i sitt upplägg. Här identifieras och beräknas onödig resursanvändning, det vill säga resurser som kan användas till andra insatser och öka samhällets, verksamheternas och individernas nytta. För detta angreppssätt krävs uppgifter om resursanvändningen, produktionsvolymen och målnivåer. Målnivån anger den nivå som är rimlig att nå, till exempel när det gäller andelen av alla patienter som kan behandlas med ett billigare läkemedelsalternativ. Indirekt krävs också effektresultat för att kunna bedöma om en dyr läkemedelsbehandling skapar mer nytta än ett billigare alternativ. I följande avsnitt redovisas de olika angreppssätten mer i detalj.

Effektivitet i relation till mål

Vad behövs för att mäta?

För att mäta effektivitet i relation till mål krävs uppgifter om:

- resursanvändning
- effektresultat
- målnivåer för både resursanvändning och effektresultat.

Syfte

Syftet med att mäta *effektivitet i relation till mål* är att undersöka om en verksamhet har uppnått målet för verksamheten och använt resurserna på bästa sätt. Metoden kräver inte jämförelse med andra verksamheter, sjukhus eller kommuner. Däremot behövs ett fastställt mål för verksamhetens effektresultat liksom uppgifter om de resurser som har tagits i anspråk. Angreppssättet visar ingen skillnad i verksamheternas effektivitet utan bara om de är eller inte är effektiva i förhållande till uppställda mål.

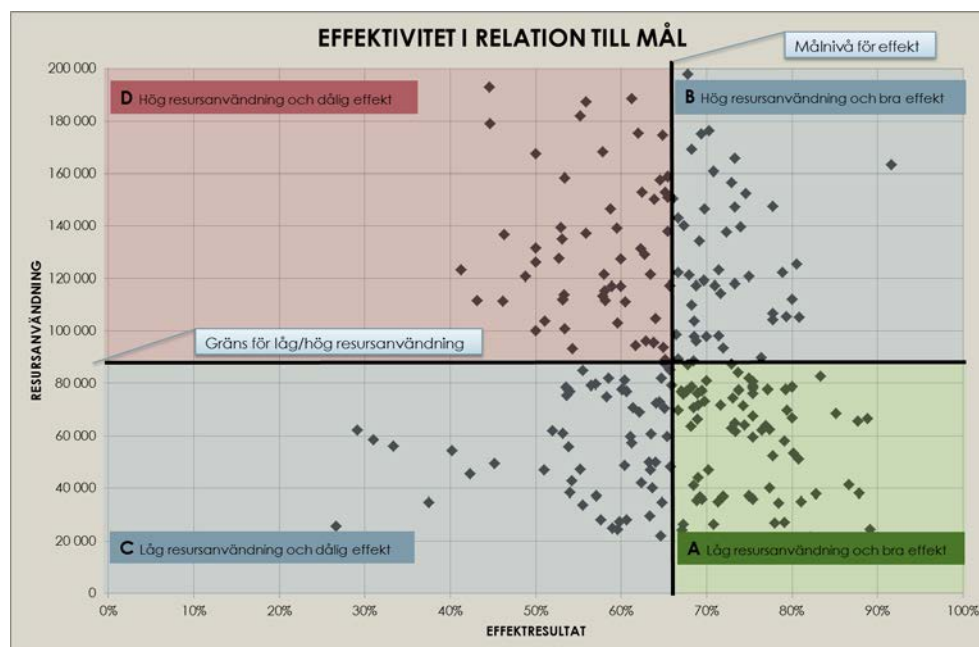
För jämförelser på nationell nivå kan även resurserna behöva justeras med hänsyn till strukturella skillnader. Ett alternativ är att sätta olika målnivåer för både resurser och effektresultat för olika grupper av verksamheter, sjukhus och kommuner utifrån deras olika förutsättningar.

Presentationsformer och exempel

Effektivitet i relation till mål kan åskådliggöras i ett diagram alternativt i en tabell. Verksamheternas effektivitet redovisas med en skala A–D.

- A. Verksamheten har använt färre resurser än vad målsättningen var och resultatet var bättre än vad målen angav.
- B. Verksamheten har använt mer resurser än vad målsättningen var och resultatet var bättre än vad målen angav.
- C. Verksamheten har använt färre resurser än vad målsättningen var och resultatet var sämre än vad målen angav.
- D. Verksamheten har använt mer resurser än vad målsättningen var och resultatet var sämre än vad målen angav.

Figur 6. Presentationsmodell för effektivitet i relation till mål i diagram



Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har enligt detta angreppssätt gjort en effektivitetsanalys av äldreomsorg, som publicerades i rapporten om kostnad per brukare [2]. På ena axeln i ett fyrfältsdiagram sattes kostnaden per brukare och på den andra axeln ett sammanvägt index baserat på utfallet i frågor från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. Medianvärdet användes som målnivå för både resursanvändning och effektresultat (figur 6).

Diagrammet ovan, som visar effektivitet i relation till mål, kan översättas och visas i tabellform. Tabell 2 visar ett exempel på detta.

Tabell 2. Presentationsmodell för effektivitet i relation till mål i tabell

Kommun	Effektivitets-kategori
Alfa	B
Beta	A
Delta	D

Diskussion och slutsatser

Att analysera effektivitet i relation till mål enligt denna metod ger en ögonblicksbild av läget. Den stora fördelen med metoden är målnivåerna som innebär att det går att uttala sig om effektiviteten för varje enhet utan att behöva jämföra med andra enheters effektivitet.

Placeringen i de olika fälten ger en vägledning till det fortsatta arbetet men analysen bör kombineras med andra analyser. SKL:s erfarenheter av att arbeta med metoden inom äldreområdet visade att det var en bra utgångspunkt för en fortsatt diskussion. En sådan diskussion kan exempelvis gälla likheter-

na mellan enheter som får goda effekter med låg resursanvändning och vad som utmärker enheter med hög resursanvändning och sämre effekter.

Olika positioner i fyrfältsdiagrammet kräver olika strategier. För verksamheterna i ruta A gäller det att fortsätta skapa bra effekter utan att öka resursanvändningen, och verksamheterna i fält B behöver hitta sätt att minska resursanvändningen utan att det går ut över effekterna. För de som placerar sig i ruta C gäller det att förbättra effekterna. Kanske kräver detta att de först investerar, det vill säga ökar resursanvändningen så att de för en tid placerar sig i ruta D, sedan B och till slut rör sig mot A. Störst utmaning har de verksamheter som initialt befinner sig i ruta D. Dessa enheter behöver både förbättra sina effekter och minska resursanvändningen. Det kan tyckas vara en omöjlighet men så behöver det inte alls vara eftersom bättre effekter inte nödvändigtvis behöver kosta mer. Ibland kan det tvärtom vara så att hög kvalitet och goda effekter leder till lägre kostnader på grund av färre komplikationer och färre kvalitetsbristkostnader.

Effektivitet i relation till mål som metod är det bästa alternativet för att mäta effektivitet eftersom metoden tar hänsyn till både effekterna och resursanvändningen samt deras målnivåer. Begränsningen i dag är att det ofta saknas användbara dataunderlag och målnivåer, vilket gör att effektivitet i relation till mål ofta inte kan tillämpas. Socialstyrelsens målsättning är att ta fram målnivåer för bland annat olika sjukdomsgrupper.

Effektivitet tar indirekt hänsyn till produktionsvolym och processkvalitet som används för att mäta produktivitet. En låg produktivitet innebär även en låg effektivitet men en hög produktivitet behöver inte betyda att effektiviteten är hög. Om produktiviteten är låg och effektiviteten hög tyder det på att processen eller produktionen inte i någon högre grad påverkar effekterna, det vill säga det man gör leder inte till målet och därmed används resurserna ineffektivt.

Effektivitet som jämförelse

Vad behövs för att mäta?

För att mäta effektivitet som jämförelse krävs uppgifter om:

- resursanvändning
- effektresultat.

Syfte

Syftet med att mäta *effektivitet som jämförelse* är att undersöka om en verksamhet är mer eller mindre effektiv än en annan verksamhet, och för denna ansats krävs jämförelser mellan olika verksamheter. En verksamhet kan dock vara mer effektiv än en annan utan att vara effektiv i relation till uppställda mål för verksamheten.

Presentationsformer och exempel

Effektivitet som jämförelse beräknas genom att dividera resursanvändningen med effektresultatet. Kvoten kan till exempel avse kostnaden per lyckat resultat där en låg kostnad per lyckat resultat är mer effektivt än en hög kost-

nad per lyckat resultat. Effektivitet som jämförelse kan presenteras på olika sätt. Ett sätt är i tabellform som i tabell 3. Ett annat sätt är i ett liggande stapeldiagram med spridningsmått såsom visas i figur 7. Ytterligare ett sätt att visa effektivitet som jämförelse är i ett fyrfältsdiagram som i figur 6 som inte har några målnivåer vare sig för effektresultatet eller för resurseranvändningen.

Tabell 3. Presentationsmodell för effektivitet som jämförelse i tabell

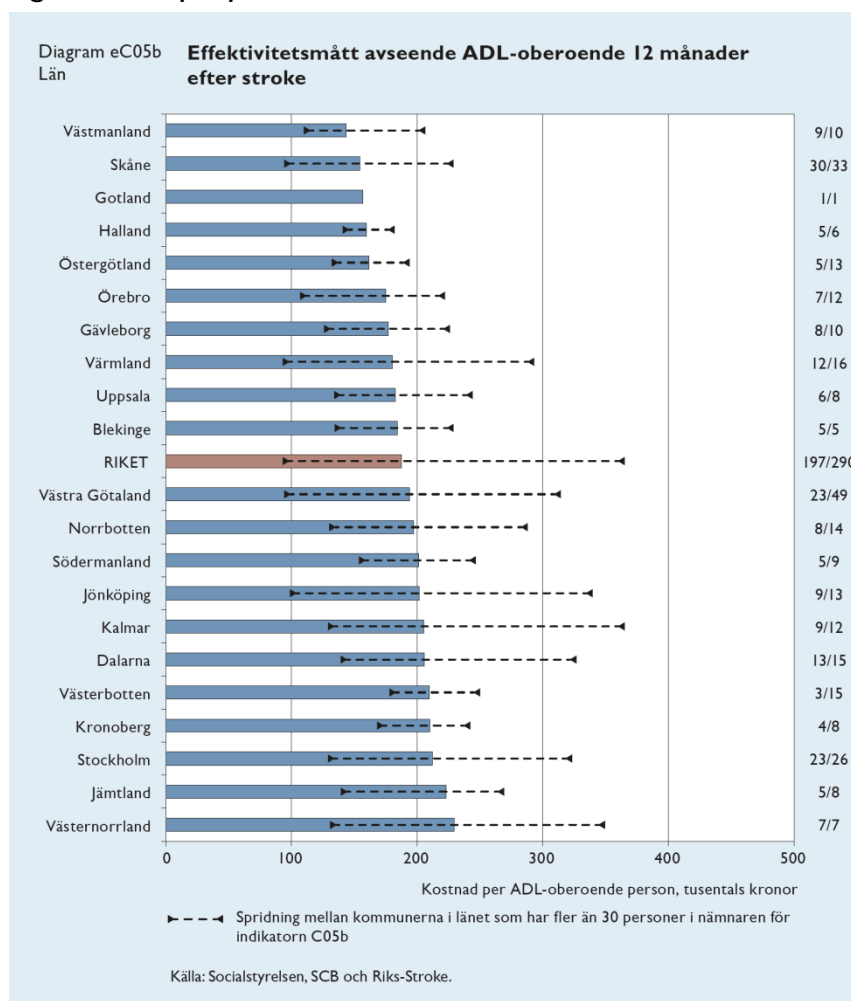
Kommun	Kronor per lyckat resultat
Alfa	2 685
Beta	5 725
Delta	1 528

Ett exempel kan hämtas från Socialstyrelsens *Nationell utvärdering 2011* avseende strokevården [3]. I utvärderingen gjorde Socialstyrelsen för första gången ett försök att publicera två effektivitetsindikatorer, och syftet var att spegla effektiviteten som jämförelse för strokevården inom kommuner och landsting. Målet var att ha ett samhällsekonomiskt perspektiv men i realiteten var perspektivet ett mellanting mellan samhällsperspektivet och huvudmanperspektivet. Ingen jämförelse över tid gjordes.

Effektresultaten i utvärderingen av strokevården avsåg antal personer som inte behöver hjälp med aktiviteter i dagliga livet (ADL-oberoende) både före och tolv månader efter insjuknandet i stroke respektive antal personer som uppgav att deras behov av rehabilitering var helt tillgodosett tolv månader efter insjuknandet i stroke. Uppgifterna hämtades från det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Resursanvändning, kostnaderna, beräknades för både kommunens strokevård och för landstingens slutenvård för strokepatienter. Flera källor användes för att beräkna kostnaderna: patientregistret, systemet för diagnosrelaterade grupper (DRG), registret över socialtjänstinsatser för äldre personer och personer med funktionsnedsättning från Socialstyrelsen samt kommunernas räkenskapsammandrag från Statistiska centralbyrån (SCB).

Figur 7. Exempel på effektivitetsindikator inom strokevården



Diskussion och slutsatser

Att analysera effektivitet som jämförelse kan både fungera som ett komplement till att analysera effektivitet i relation till mål och som ett alternativ när målnivåer saknas. Utifrån effektivitet som jämförelse kan man inte uttala sig om en verksamhet, insats eller behandling är effektiv utan bara om den är mer eller mindre effektiv i förhållande till andra huvudmän, verksamheter eller över tid.

Det finns flera faktorer som är viktiga att ta hänsyn till när man ska analysera effektivitet som jämförelse eftersom det handlar om att jämföra mellan olika verksamheter eller huvudmän. Förutsättningar som huvudmännen eller verksamheterna har svårt att förändra kan påverka de slutsatser som dras. En verksamhet kan se ineffektiv ut när man jämför med alla andra verksamheter, men den kan vara effektiv om man bara jämför med verksamheter som har samma förutsättningar. I kapitlet *Att jämföra* beskrivs några sätt att ta hänsyn till olika förutsättningar.

Produktivitet

Vad behövs för att mäta?

För att mäta produktivitet krävs uppgifter om:

- resursanvändning
- produktionsvolym
- processkvalitet
- målnivå.

Syfte

Analys av produktivitet visar hur stor produktionsvolym man får ut av de insatta resurserna till en viss processkvalitet. I sin enklaste form kan ett produktivetsmått till exempel bestå av kvoten kostnad per besök. Med ett sådant produktivetsmått är det dock inte möjligt att analysera förändringar över tid eller jämföra med andra huvudmän eller verksamheter. Genom att justera för processkvaliteten ökar jämförbarheten mellan verksamheter och över tid. När målnivå sätts för produktivitet avses mål för produktionens ingående delar, det vill säga resursanvändning, produktionsvolym och processkvalitet.

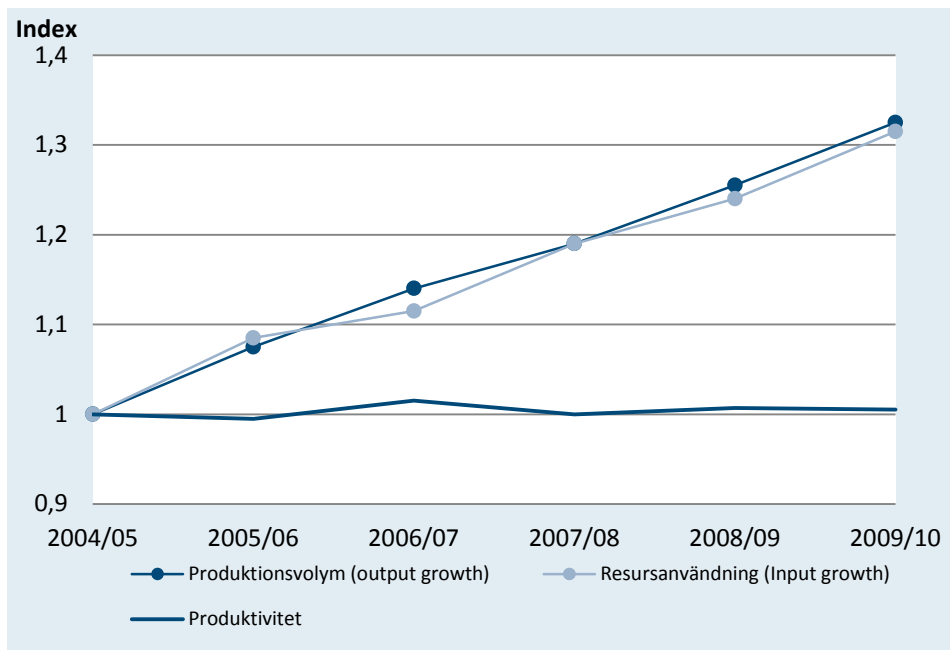
Presentationsformer och exempel

Det finns en avancerad metod för att analysera produktivitet inom hälso- och sjukvården som har tagits fram av ett forskarteam vid Center for Health Economics, University of York [4]. I produktivetsberäkningarna skapas index för både resursanvändning ("input") och produktionsvolym ("output"). I indexet för produktionsvolym ingår volymer på besök och vårdtillfällen som summeras med hjälp av diagnosrelaterade grupper (DRG) samt att en justering av processkvaliteten har gjorts baserat på överlevnad och väntetider. Även för resursanvändningen (input) skapas ett index där kostnader för personal, läkemedel, material, administration, lokaler och apparater med mera ingår.

Metoden har hittills använts för att följa produktiviteten över tid men forskning pågår för att kunna belysa effektiviteten på verksamhets- och sjukhusnivå.

Figur 8 visar produktivetsutvecklingen i Englands hälso- och sjukvård med denna metod. Uppgifterna är framtagna av Center for Health Economics, University of York. Linjen med ljusa prickar visar utvecklingen för resursanvändningen medan den med mörka prickar visar utvecklingen för indexet för produktionsvolymen med hänsyn tagen till processkvaliteten. Den heldragna linjen utan prickar är ett mått på produktivetsutvecklingen som visar indexet för produktionsvolym dividerat med resursanvändningen.

Figur 8. Englands produktivitet utveckling avseende hälso- och sjukvård 2004/05–2009/10.



Källa: Center for Health Economics, University of York.

Exempel på produktivetsmått som Socialstyrelsen använder är kostnader per vård dygn och kostnaden per viktade besök som båda publiceras i öppna jämförelser. I dessa mått har dock ingen hänsyn tagits till processkvaliteten.

Diskussion och slutsatser

Att mäta produktivitet är en bit på vägen mot att analysera effektivitet, men det är inte samma sak. En verksamhet kan ha hög produktivitet men effektiviteten kan ändå vara låg. Det motsatta förhållandet är dock inte möjligt om det man gör, processen, påverkar effekterna, eftersom hög effektivitet kräver hög produktivitet.

Produktivitet visar alltså om det som produceras i verksamheten görs på rätt sätt men tar inte hänsyn till om målet för hela verksamheten är uppfyllt. I vissa fall kan en indikator både visa processkvaliteten och effektresultatet, vilket gör skillnaden mellan produktivitet och effektivitet diffus. I exemplet från York har överlevnadsgraden använts som en kvalitetsindikator men den skulle även kunna ses som en indikator på effektresultatet. I produktivetsanalysen ligger fokus på produktionen och hur produktionen utförs, medan en effektivitetsanalys fokuserar på effekterna för till exempel patienten eller brukaren.

Separat redovisning

Vad behövs för att mäta?

För att redovisa resursanvändning, produktionsvolym, processkvalitet och effektresultat separat krävs uppgifter om:

- resursanvändning,
- produktionsvolym,
- processkvalitet eller
- effektresultat.

Syfte

Syftet med att redovisa resursanvändning, produktionsvolym, processkvalitet och effektresultat separat är att ge en bild av kostnadsläget och vilka volymer, kvalitet och resultat som uppnås utan att knyta samman uppgifterna. Skälet till det kan till exempel vara att de tillgängliga uppgifterna för resursanvändning bara speglar en liten del av de faktorer som påverkar effekterna.

Presentationsformer och exempel

Det finns flera exempel, både för hälso- och sjukvård och för socialtjänst, att resursanvändning, processkvalitet och effektresultat redovisas separat, bland annat i Socialstyrelsens öppna jämförelser (www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser) och nationella utvärderingar (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering). Produktionsvolymen redovisar Socialstyrelsen till exempel i den officiella statistiken.

Diskussion och slutsatser

Att redovisa resursanvändning, produktionsvolym, processkvalitet och effektresultat var för sig bör vara den sista utvägen när alla andra alternativ har testats. Det är nämligen svårt och ofta ointressant att tolka kostnadsuppgifter som inte sätts i relation till vare sig produktionsvolym med hänsyn tagen till processkvalitet eller effektresultat, särskilt om man vill jämföra olika verksamheter, kommuner eller landsting. Det är omöjligt att svara på om en hög eller låg kostnad per patient eller brukare är bra eller dålig i sig och därför också omöjligt att avgöra om till exempel en kommun med en hög kostnad per brukare är sämre än en kommun med en låg kostnad per brukare. Ekonomiska analyser beaktar alltid både de insatta resurserna och vad dessa resurser leder till, effekterna.

Genom att redovisa resursanvändning, produktionsvolym, processkvalitet och effektresultat separat kan man dock analysera en och samma verksamhet över tid. Separata uppgifter kan också svara på om det är processkvaliteten eller effektresultatet som är dåligt eller om det är resursanvändningen som är hög vid en låg produktivitet eller effektivitet.

Ineffektivt resursutnyttjande

Vad behövs för att mäta?

För att mäta ineffektivt resursutnyttjande krävs uppgifter om:

- resursanvändning
- produktionsvolym
- målnivå.

Indirekt krävs också att man vet att det som man beräknar kostnaderna för inte leder till någon ökning av effekten, exempelvis att en dyr läkemedelsbehandling inte tillför någon ytterligare effekt jämfört med ett billigare alternativ.

Syfte

Syftet med att identifiera ineffektivt resursutnyttjande är att identifiera och beräkna värdet av onödig resursanvändning, det vill säga resurser som kan användas till andra insatser och därmed öka samhällets, verksamheternas eller individernas nytta. Man behöver då identifiera dels de behandlingar, insatser och läkemedel som ger sämre resultat än andra, dels de behandlingar, insatser och läkemedel som ger samma resultat som andra men till olika kostnader. Detta angreppssätt ger till viss del svar på vad som kan förbättras i verksamheten för att göra den mer effektiv, både utifrån ett samhällsperspektiv och utifrån ett verksamhetsperspektiv.

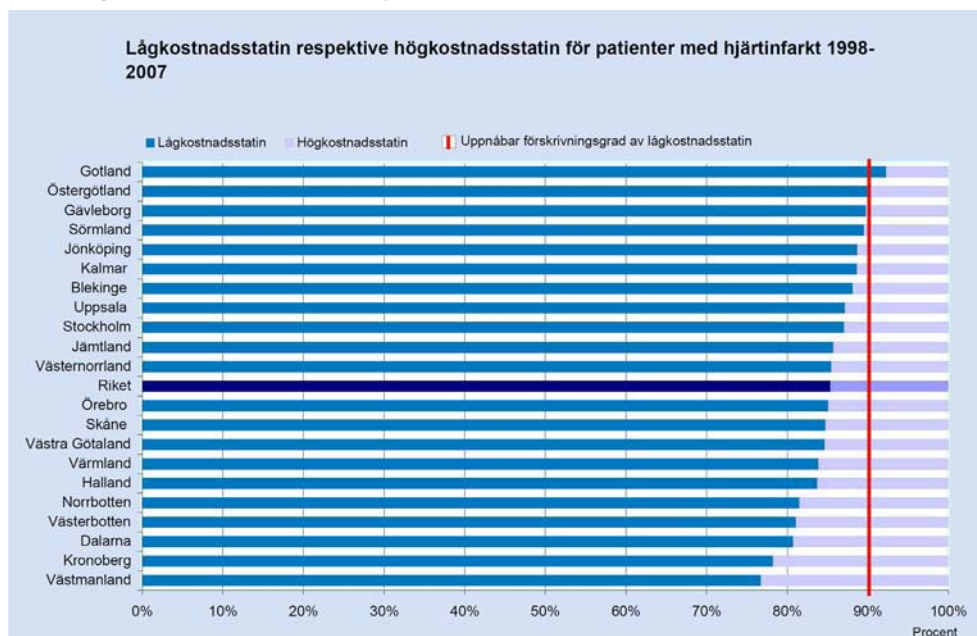
Angreppssättet används till exempel i Socialstyrelsens öppna jämförelser, nationella utvärderingar, lägesrapporter och andra uppföljningar och utvärderingar.

Presentationsformer och exempel

Ineffektivt resursutnyttjande redovisas till exempel med det totala antal kronor som är onödiga kostnader som inte behöver uppstå eller med kronor per patient eller brukare.

Ett exempel från Socialstyrelsens arbete hittills är läkemedelsförskrivningen av låg- respektive högkostnadsstatiner efter hjärtinfarkt. Den redovisades i rapporten *Analys av effektivitet* [5]. Figur 9 visar andelen patienter som har behandlats med lågkostnadsstatin respektive högkostnadsstatin efter hjärtinfarkt. Den vertikala linjen visar målnivån för den andel som borde kunna behandlas med lågkostnadsalternativet. Målnivån sattes vid 90 procent, vilket innebär att mindre än 10 procent av patienterna borde behandlas med högkostnadsstatiner. Socialstyrelsen beräknade kostnaderna för förskrivningen av högkostnadsstatiner som översteg 10 procent och kunde därmed få fram en undvikbar kostnad för landstingen. I just det här fallet uppgick den till 13 miljoner kronor per år.

Figur 9. Andel patienter som behandlades med lågkostnadsstatin respektive högkostnadsstatin efter hjärtinfarkt



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen,

Fler exempel på denna typ av mått finns publicerade i SKL:s rapport *Kostnader, behandlingsval och kvalitet* [6].

Diskussion och slutsatser

Att analysera ineffektivt resursutnyttjande är ett sätt att belysa resurshushållningen. Att använda resurser till rätt saker där de gör mest nytta är minst lika viktigt som att hålla en hög kvalitet i de insatser och behandlingar som utförs. Med hjälp av detta angreppssätt går det att illustrera de ekonomiska konsekvenserna av olika val och visa hur resurser skulle kunna frigöras och användas till andra aktiviteter där de gör större nytta.

Att mäta

Resurser (input)

Resursanvändningen mäts ofta genom kostnader. Kostnaderna kan avse personal, lokaler, maskiner eller andra varor som behövs för att producera en vara eller en tjänst. Då talar man om *direkta kostnader*, det vill säga de kostnader som uppstår till följd av produktionen i verksamheten. Direkta kostnader delas också in i fasta och rörliga kostnader. *Fasta kostnader* är svåra att förändra på kort sikt, till exempel lokaler. *Rörliga kostnader* avser till exempel personal och material som kan förändras på kort sikt.

Det finns också *indirekta kostnader*. De avser kostnader som uppstår som en följd av produktionen eller av att produktionen inte alls sker, till exempel immateriella kostnader eller produktionsbortfall. *Produktionsbortfall* avser kostnaderna för förlorad produktion, till exempel vid nedsatt arbetsförmåga eller sjukdom. *Immateriella kostnader* är kostnader för till exempel oro, trygghet och smärta. Immateriella kostnader utelämnas ofta i ekonomiska analyser eftersom de är svåra att mäta i pengar. Det är dock viktigt att om möjligt ta med några immateriella kostnader eller ta hänsyn till dem i analysen. I första hand bör man försöka ta hänsyn till konsekvenser såsom oro, trygghet och smärta i utfallsmåttet och inte i insatsmåttet eftersom dessa konsekvenser är en del av ett resultat och inte en resursanvändning.

Analysens perspektiv avgör vilka kostnader som bör inkluderas. Socialstyrelsens effektivitetsanalyser har i allmänhet ett huvudmannaperspektiv eller verksamhetsperspektiv där de direkta kostnaderna är de mest centrala. För direkta kostnader är de vanligaste datakällorna räkenskapsammandragen (RS) som samlas in av SCB och databaserna för Kostnad per patient (KPP) och Kostnad per brukare (KPB) som finns hos SKL. Fördelen med KPP och KPB är att kostnadsuppgifterna är individbaserade och detaljerade. Med hjälp av KPP är det till exempel möjligt att undersöka kostnaderna för en viss diagnosgrupp i olika landsting och på olika sjukhus samt vad de består av. En nackdel med både KPP och KPB är att täckningsgraden inte är fullständig. RS har fördelen att kostnadsuppgifterna är fullständiga och avser alla kommuner och landsting, men i stället är detaljeringsgraden låg. I bilaga 1 om datakällor står det mer om KPP, KPB och RS.

Kostnadsbegrepp

De kostnader som ska tas med varierar beroende på syfte och perspektiv. Eftersom definitionen av kostnaderna kan variera är det nödvändigt att tydligt definiera vilka kostnader som avses, vilka som ingår och vilka som exkluderats. Socialstyrelsen, SKL, Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA), SCB och Skolverket har enats om gemensamma definitioner för tre kostnadsbegrepp som används för att analysera kostnader i kommuner och landsting. Kostnadsbegreppen är:

1. kostnaden för den egna produktionen
2. kostnaden för det egna åtagandet
3. finansiering genom skatter och generella statsbidrag, nettokostnad.

Kostnad för den egna produktionen

Kostnaden för den egna produktionen, produktionskostnad, används när man vill beräkna kostnaden för att producera en vara eller tjänst i kommunens eller landstingets egen regi. Med detta kostnadsbegrepp beräknas även produktiviteten i den egna verksamheten. Kostnaden för den egna produktionen avser den verksamhet som kommuner och landsting utför själva i egen regi och den omfattar även kostnader för den produktion av varor och tjänster som inte ingår i kommunens eller landstingets åtagande, det vill säga den verksamhet som de säljer till andra.

För att beräkna produktiviteten i den egna verksamheten behövs uppgifter om de kostnader som används för att producera varorna och tjänsterna. Kostnaderna ställs sedan i relation till den producerade volymen. Produktionskostnaden är också en utgångspunkt för att beräkna effektivitet ur ett verksamhetsperspektiv.

Kostnaden för den egna produktionen tas fram genom att ta bruttokostnad minus kostnader för entreprenad och köp av huvudverksamhet (kommunal terminologi) respektive köp av verksamhet (landstingskommunal terminologi) minus lämnade bidrag och transfereringar samt minus interna intäkter.

Entreprenad och köp av huvudverksamhet dras bort eftersom andra än kommunen eller landstinget har producerat tjänsten. För ökad jämförbarhet ska kostnaderna för stödverksamhet ingå oavsett regiform. Köp av stödverksamhet är köp av enstaka tjänster som är ett stöd till verksamheten i egen regi, till exempel städning. Lämnade bidrag och transfereringar ska exkluderas eftersom de inte avser produktion av varor eller tjänster. Dessutom ska interna intäkter exkluderas eftersom de inte avser kostnader för den verksamhet som studeras.

Kostnad för det egna åtagandet

Kostnaden för det egna åtagandet är ett kostnadsbegrepp som framför allt används när man vill se vad det politiska ansvaret i kommuner och landsting kostar. Denna kostnad kan också vara en utgångspunkt för att analysera effektivitet ur ett huvudmanna- eller samhällsekonomiskt perspektiv.

Kommuner och landsting har åtaganden och uppdrag enligt lagstiftningen och genom kommunala beslut. Dessa åtaganden kan utföras i egen regi eller köpas från kommuner, landsting, organisationer eller företag. Det egna åtagandet avser verksamheter och tjänster som kommunen eller landstinget erbjuder de egna invånarna. Kostnaden avser således kostnader för varor och tjänster som landstingets eller kommunens egna invånare har konsumerat. Beräkningen inkluderar inte verksamheter och tjänster som invånare i andra kommuner och landsting får.

Kostnaden för det egna åtagandet är ett mått på det totala finansieringsbehovet som krävs för att utföra det egna åtagandet. Finansieringen sker genom verksamhetens egna intäkter och medel från den centrala budgeten.

Kostnaden för det egna åtagandet tas fram genom bruttokostnad minus interna intäkter minus försäljning till andra kommuner och landsting. Interna intäkter exkluderas eftersom de gäller kostnader för andra verksamheter. Intäkter från försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting exkluderas eftersom de mäter produktionen som inte avser kommunens eller landstingets åtagande gentemot sin egen befolkning.

Finansiering genom skatter och generella statsbidrag, nettokostnad

Nettokostnadsbegreppet används främst när kommuner och landsting ska beräkna hur stor skattesatsen ska vara för att täcka de kostnader för kommunens respektive landstingens verksamhet som är kvar när alla andra intäkter har dragits ifrån. Nettokostnaden bör dock inte användas som utgångspunkt för effektivitetsanalyser eftersom den inte inkluderar hela kostnadsmassan för produktionen.

Nettokostnaden tas fram genom att beräkna bruttokostnad minus externa och interna intäkter, det vill säga bruttointäkter.

Att beräkna kostnader

För en del effektivitetsanalyser går det att använda befintliga kostnadsuppgifter men ibland kan kostnaderna behöva beräknas. I vissa fall är det mindre justeringar som behöver göras medan man i andra fall måste använda antaganden, beräkningar och andra uppskattningar för att få en indikation om kostnadernas storlek. En beräkning av kostnaderna kräver också en noggrann bedömning av felkällor och de tolkningsproblem som kan uppstå till följd av beräkningen.

Vilka kostnadsuppgifter som ska tas med i kostnaderna beror på vilket perspektiv som studeras. I ett samhällsekonomiskt perspektiv ska samtliga kostnader för samhället inkluderas, men endast verksamhetens kostnader om de ska avse ett verksamhetsperspektiv.

Exempel: Kostnader för kommunernas strokevård

I den nationella utvärderingen av strokevården [3] användes en metod för att uppskatta kommunernas kostnader för strokevård, eftersom uppgifterna inte finns tillgängliga i de befintliga registren. Metoden beskrivs här och kan även användas för att uppskatta kommunens kostnader för andra sjukdomsgrupper. Metoden fångar inte eventuella kostnadsskillnader för olika behov eller sjukdomsgrupper utan alla som får insatser från kommunen antas kosta lika mycket. Det innebär att i kommuner med höga kostnader för till exempel stroke jämfört med andra behov eller sjukdomsgrupper kommer kostnaderna för stroke att underskattas med denna metod, och vice versa. Metoden kan användas för jämförelser över tid för enskilda kommuner men lämpar sig inte för jämförelser mellan kommuner.

Figur 10 ger en översiktlig bild av metoden. Därefter beskrivs den mer ingående.

Figur 10. Schematisk bild över beräkningen av kommunernas kostnader för strokevård



Konsumtion av kommunala insatser

För att beräkna kostnaderna behövdes uppgifter om hur mycket av kommunens insatser som konsumerades på grund av stroke. Konsumtionen av insatser i ordinärt respektive särskilt boende togs fram genom att samköra patientregistret och registret över socialtjänstinsatser för äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Endast de personer som insjuknade i stroke mellan 1 oktober 2007 och 30 maj 2008 inkluderades. Den kommunala konsumtionen för personer som insjuknade tidigare exkluderades. Konsumtionen mättes vid dessa två tidpunkter för att ta hänsyn till konsumtion av kommunala insatser som inte beror på insjuknandet i stroke. Skillnaden mellan de två tidpunkterna antogs vara de kommunala insatser som konsumerades på grund av insjuknandet i stroke. Den kommunala konsumtionen räknades upp för att avse ett helt kalenderår.

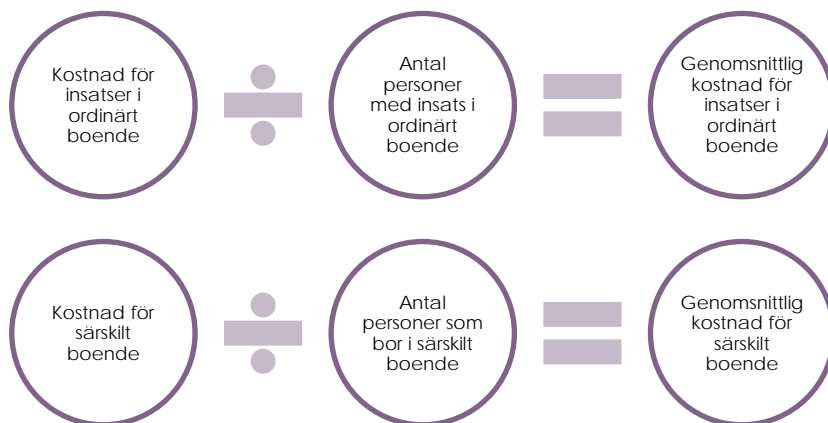
Figur 11. Schematisk bild över beräkningen av konsumtion av kommunala insatser som en följd av stroke



Kostnad för kommunala insatser

I kommunernas räkenskapsammandrag finns uppgifter om kommunernas kostnader för insatser i ordinärt boende och för särskilt boende. Kostnaderna för år 2008 dividerades med antal personer med någon insats i ordinärt boende år 2008 respektive antal personer som bodde permanent i särskilt boende år 2008. I beräkningen användes kostnader för äldreomsorgen även för personer som är yngre än 65 år och kostnadsbegreppet var kostnad för den egna produktionen minus externa hyresintäkter.

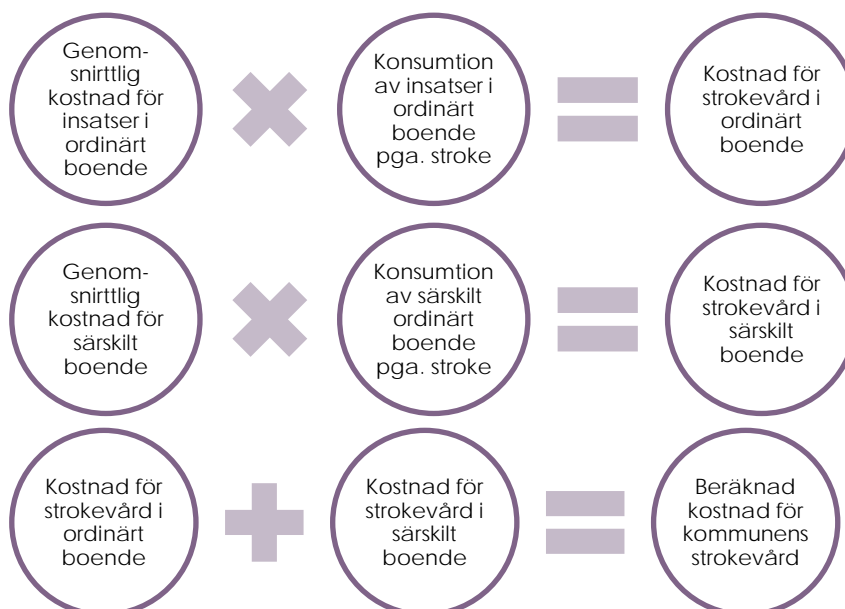
Figur 12. Schematisk bild över beräkningen av genomsnittliga kostnader för kommunernas insatser i ordinärt respektive särskilt boende



Kommunens kostnad för strokevård

Den genomsnittliga kostnaden för insatser i ordinärt boende respektive särskilt boende användes för att beräkna kommunens kostnader för stroke. De genomsnittliga kostnaderna dividerades med den uppskattade konsumtionen till följd av stroke. Observera att de genomsnittliga kostnaderna kan både vara lägre och högre än de faktiska kostnaderna för kommunala insatser till personer som insjuknat i stroke, vilket påverkar de beräknade kostnaderna.

Figur 13. Schematisk bild över beräkningen av kommunernas kostnader för strokevård



Exempel: Kostnader för landstingens strokevård i slutenvården

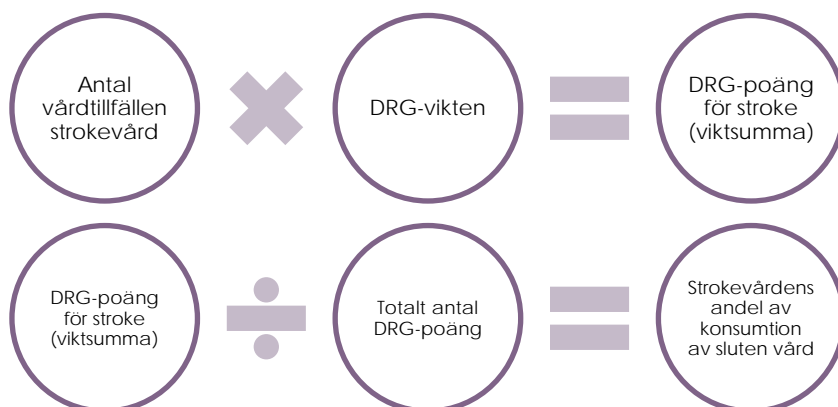
En annan metod användes för att uppskatta landstingens slutenvårdskostnader för strokevård i den nationella strokeutvärderingen [7]. Denna metod kan också användas för att uppskatta kostnaderna för andra sjukdomsgrupper och beskriver översiktligt hur stora slutenvårdskostnaderna är för en viss sjuk-

domsgrupp i hela riket. Metoden kan även användas till jämförelser över tid för enskilda landsting men passar mindre bra vid jämförelser mellan olika landsting, av samma anledning som exemplet för kommunernas kostnader. Resultaten blir snedvridna om kostnaden för den sjukdomsgrupp som studeras skiljer sig från andra sjukdomsgruppers kostnader. Om ett landsting har höga kostnader för cancervården och låga kostnader för strokevården kommer cancervårdens kostnader att underskattas och strokevårdens kostnader överskattas.

Konsumtion av strokevård

Konsumtionen av strokevård i slutenvården beräknades genom att använda antal vårdtillfällen som avsåg strokevård (DRG: 14A, 14B, 15 och 550A samt bidiagnoserna I61, I63 och I64 för DRG 462). Antal vårdtillfällen för respektive DRG multiplicerades med sin DRG-vikt, vilket gav viktsumman eller antal DRG-poäng för stroke. DRG-vikten avspeglar kostnaden per vårdtillfälle för respektive DRG. DRG-poängen för stroke dividerades sedan med det totala antalet DRG-poäng för den slutna somatiska vården, vilket gav strokevårdens andel av den totala vårdkonsumtionen i slutna somatisk vård.

Figur 14. Schematisk bild över beräkningen av andelen strokevård av den totala slutenvården



Landstingets kostnad för strokevård i slutna vård

Strokevårdens andel av den totala konsumtionen av slutna somatisk vård dividerades sedan med nettokostnaden för den slutna somatiska vården, vilket gav den beräknade kostnaden för strokevård i slutna vård.

Figur 15. Schematisk bild över beräkningen av kostnad för strokevård i slutna vård



Produktionsvolym (output)

Produktionsvolymen kan till exempel mätas i antal besök, vårdtillfällen, vårdepisoder och personer som får hemtjänst eller särskilt boende. För att uppskatta produktionsvolymen är det viktigt att fånga den grupp som ska studeras. När det gäller hälso- och sjukvård kan man till exempel utgå ifrån diagnoskoderna för att fånga rätt grupp. Då behöver man ta ställning till vilka diagnoser som ska inkluderas och om det bara är huvuddiagnos eller om också bidiagnoser ska ingå. Genom att samköra olika register, till exempel socialtjänstregistret och hälsodataregistren kan flera grupper identifieras och analyseras.

Ibland saknas nationella datakällor till exempel för primärvården, vilket är ett problem när man ska studera hela vårdkedjan eftersom vissa sjukdomstillstånd framför allt behandlas i primärvården. Socialstyrelsen har till regeringen lämnat förslag om en utvidgning av patientregistret till att även omfatta primärvården [8]. I förslaget har en avvägning mellan integritet och nytta gjorts. Innan en sådan utvidgning av registret skett kan andra register eventuellt användas som alternativ. Till exempel kan man fånga diabetespopulationen genom att använda läkemedelsregistret.

Processkvalitet

Processkvalitet ska visa på varans eller tjänstens egenskaper. Uppfattningen om vad som är god kvalitet skiljer mellan olika personer, till exempel kan uppfattningen skilja mellan personalen och patienter eller brukare. Det är därför viktigt att fånga olika aspekter av kvalitet. Det kan innebära att det behövs flera indikatorer för processkvalitet.

Socialstyrelsen presenterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård och socialtjänst i öppna jämförelser. Processkvalitet kan mätas genom flera olika metoder, bland annat genom enkäter till patienter, brukare och personal samt genom socialtjänst- och hälsodataregister, nationella kvalitetsregister med flera.

Effektresultat (outcome)

Effektresultatet ska helst mäta effekterna som uppstår till följd av de insatser eller behandlingar som en specifik verksamhet utför. Det kan dock vara svårt att hitta resultatmått som enbart speglar den specifika verksamheten. Ofta påverkas effekterna även av andra aktörers insatser och behandlingar eller andra händelser. Ett mått på effektresultat kan vara andel som återgår i arbete efter en stroke. Detta mått påverkas naturligtvis av den behandling och rehabilitering som sker efter insjuknandet i stroke men också av till exempel arbetsmarknaden i stort.

För att mäta effekterna går det till exempel att använda uppgifter i olika hälsodataregister, socialtjänstregister, nationella kvalitetsregister och andra register hos till exempel SCB, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det kan vara nödvändigt att samköra olika register för att få fram effektresultat.

tat. I Socialstyrelsens nationella utvärdering inom psykiatriområdet samkördes till exempel patientregistret med olika register från SCB för att undersöka levnadsförhållandena för personer som har vårdats för psykisk ohälsa. Andra möjligheter är enkäter.

Ofta behövs flera indikatorer för att belysa effektresultatet på ett tillfredsställande sätt. För att kunna ta hänsyn till flera effekter av en insats eller verksamhet kan de vägas samman till ett index, men för att göra det på ett bra sätt krävs noggranna och omfattande studier. Center for Health Economics vid University of York forskar kring produktivitet och effektivitet, och visar på flera sätt att göra detta. Socialstyrelsen har använt ett index i rapporten *Analys av effektivitet* [5], och i det fallet användes Riks-HIA:s kvalitetsindex. Socialstyrelsen skriver också om användning av index inom socialtjänstområdet i rapporten *Att mäta effekter av socialtjänstens insatser* [9].

Att jämföra

Skillnader i förutsättningar

Ett syfte med effektivitetsanalyser är att ge underlag till beslutsfattare för att förbättra verksamheterna och använda de tillgängliga resurserna så att samhället och medborgarna får mesta möjliga nytta. Genom att jämföra sig med andra går det att se inom vilka områden förbättringsmöjligheterna är som störst. Det gäller dock att jämföra sig med likvärdiga verksamheter, kommuner eller landsting, det vill säga sådana som har ungefär samma förutsättningar. Med förutsättningar avses här relativt opåverkbara förhållanden som beslutsfattarna måste agera utifrån. Det kan till exempel handla om kommunstorlek, samsjuklighet (eller det som kallas för ”case mix”), geografiska förutsättningar, socioekonomiska förhållanden, lönestruktur och prisläge.

Nedan beskrivs kortfattat några försök att beskriva de olika förutsättningar som påverkar kommuner, landsting och sjukhus.

Det kommunala utjämningsystemet

Syftet med det kommunala utjämningsystemet är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla kommuner och landsting i landet så att de ska kunna ge likvärdig service till sina invånare, oberoende av kommuninvånarnas inkomster och andra strukturella förhållanden.

Utjämningsystemet består av fyra olika delar:

- inkomstutjämning – utjämnar skatteinkomsterna mellan kommuner och mellan landsting.
- kostnadsutjämning – utjämnar kostnadsstrukturen genom flera delmodeller, bland annat äldreomsorg, barn- och ungdomsvård, övrig individ- och familjeomsorg, barn och ungdomar med utländsk bakgrund och hälso- och sjukvård
- strukturbidrag – delmodeller i den tidigare kostnadsutjämnningen som var av regionalpolitisk karaktär
- regleringsbidrag och regleringsavgifter – restposter som fördelas per invånare.

Mer om det kommunala utjämningsystemet finns på regeringens webbplats, www.regeringen.se/sb/d/13438/a/152468.

Diagnosrelaterade grupper

Diagnosrelaterade grupper, DRG, är ett patientklassificeringssystem som delar in patienter i medicinskt och kostnadsmässigt likartade grupper och används för att beskriva, jämföra, ersätta och analysera sjukvårdens verksamheter. I Sverige används NordDRG som har utvecklats gemensamt av de nordiska länderna.

DRG-systemet innebär att patienter med likartad diagnos, likartade åtgärder och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp. Det är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen ("case mix") på olika sjukhus eller i olika landsting. DRG kan användas som underlag för att jämföra produktionsvolymerna i verksamheterna mellan olika landsting och sjukhus samt över tid, och kan därmed vara ett underlag till produktivitetsanalyser.

Mer information om DRG finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg.

SKL:s kommungruppsindelning

Första gången som SKL tog fram kommungrupper var 1987, inom ramen för långtidsutredningen. Då grupperades ett urval av 70 kommuner. År 1988 utvidgades grupperingen till samtliga kommuner och sedan dess har kommungrupperingen uppdaterats ungefär vart femte år. SKL gör grupperingen utifrån kommunernas befolknings- och näringsstruktur och den har använts i många analyser och statistiska redovisningar.

Syftet med långtidsutredningarna är att få fram underlag för den ekonomiska politiken samt att bidra till den ekonomisk-politiska debatten. Detta var också utgångspunkten för kommungruppsindelningen, vilket innebar att det var befolknings- och näringsstrukturen som studerades. Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är det ofta andra aspekter som är viktiga att beskriva när det gäller strukturella skillnader, och då är SKL:s kommungruppering inte alltid en relevant kommunindelning. För att undersöka kommunens förutsättningar inom till exempel barn- och ungdomsvården kan det vara bättre att studera andelen barn i kommunen och i vilken utsträckning som de är ekonomiskt utsatta, än att se till det totala antalet invånare och till näringsstrukturen.

Mer information om SKL:s kommunindelning finns på deras webbplats, www.skl.se/kommuner_och_landsting/fakta_om_kommuner/kommungruppsindelning.

Jämförelser över tid

Vid jämförelser av produktivitet, effektivitet och andra mått som innehåller kostnader över tid behöver penningvärdet hållas konstant, vilket innebär att hänsyn tas till inflationen. För att beräkna ett fast penningvärde används ett fastprisindex. Det finns en mängd olika prisindex där det mest kända är konsumentprisindex (KPI) som mäter prisutvecklingen för den privata konsumtionen i Sverige. Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns också en rad olika index, till exempel konsumtions- och produktionsindex för hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Dessa tas fram utifrån nationalräkenskaperna av SCB. SKL tar fram ett landstingsprisindex och ett omsorgsprisindex för landstingens respektive kommunernas verksamhet. Olika index ger olika resultat och de kan påverka analysen och de slutsatser som dras. Socialstyrelsen har därför satt igång ett arbete tillsammans med Socialdepartementet,

Finansdepartementet, SCB och SKL för att diskutera vilka index som bör användas i olika analyser och statistiska redovisningar.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer –För god vård och omsorg. Stockholm; 2014.
2. Sveriges kommuner och landsting. Kostnad per brukare. Jämförelser mellan kommuner inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning - utfall 2010. Stockholm; 2011:
3. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011. Strokevård 2011:
4. www.york.ac.uk/che/research/hp/productivity-of-health-care/.
5. Socialstyrelsen. Analys av effektivitet. En metodstudie med hjältsjukvården som exempel. Stockholm; 2009:
6. Sveriges kommuner och landsting. Kostnader, behandlingsval och kvalitet - exempel på kostnadseffekter från läkemedelsbehandling, vårdkonsumtion, slutenvårdsanvändning med mera. Stockholm, 2011:
7. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Landstingens insatser. Bilaga 5: Riskfaktorer, sjuklighet, dödlighet, vårdkonsumtion och kostnader. Stockholm; 2011:
8. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. Stockholm; 2012.
9. Socialstyrelsen. Att mäta effekter av socialtjänstens insatser. Stockholm; 2007.

Bilaga 1. Datakällor

Kommunernas räkenskapssammandrag (RS)

I undersökningen kommunernas räkenskapssammandrag (RS) samlar SCB in uppgifter om kommunernas samtliga kostnader och intäkter under ett kalenderår. Undersökningen är uppdelad i två steg. Steg 1 innehåller preliminära uppgifter från kommunernas bokslut, och i denna undersökning ingår endast resultat- och balansräkningar. Steg 2 omfattar en mer detaljerad redovisning av boksluten på verksamhetsnivå. Uppgifterna lämnas specificerade på olika nivåer för kommunens olika verksamhetsområden (rader), till exempel vård och omsorg om äldre som är specificerad på hemtjänst i ordinärt boende och särskilt boende för äldre. Uppgifterna är också specificerade per kostnadslag (kolumner), till exempel personalkostnader, kostnader för varor, tjänster och bidrag samt lokal- och anläggningskostnader.

Uppgifterna samlas in under våren året efter det år som insamlingen avser och slutresultatet publiceras 30 juni varje år. Under våren förekommer preliminära publiceringar för de kommuner som vid dessa tidpunkter har lämnat in uppgifter.

Ytterligare information om kommunernas RS finns på SCB:s webbplats, www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi-/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/.

Landstingens räkenskapssammandrag (RS)

Landstingens räkenskapssammandrag (RS) är en årlig insamling av ekonomiska uppgifter från samtliga landsting. Syftet med RS är att både på landstings- och riksnivå ge tillförlitlig information om landstingens ekonomi, nuvarande situation och utveckling. Undersökningen är uppdelad i två steg. Steg 1 innehåller preliminära uppgifter om landstingens bokslut, och i denna undersökning ingår endast resultat- och balansräkningar. Steg 2 omfattar en mer detaljerad redovisning av boksluten på verksamhetsnivå. Uppgifterna lämnas specificerat på olika nivåer för landstingens olika verksamhetsområden (rader) och per kostnadslag (kolumner). Undersökningen publiceras årligen i slutet av maj och slutet av juni.

Till och med räkenskapsåret 1972 var det SCB som samlade in landstingens räkenskapssammandrag. Sedan hade Landstingsförbundet och senare SKL hand om insamlingen i 35 år, och 1 januari 2008 fick SCB åter denna arbetsuppgift.

Ytterligare information om landstingens RS finns på SCB:s webbplats, www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi-/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/.

Hälsoräkenskaperna

Hälsoräkenskaper (System of Health Accounts, SHA) är den bästa källan för att uppskatta de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Hälsoräkenskaperna är ett internationellt klassifikationssystem som har utarbetats av OECD, EU/Eurostat och Världshälsoorganisationen (WHO). Systemet beskrivs i manualen *A System of Health Accounts, 2011* som bryter ned hälso- och sjukvårdsutgifterna på vilken typ av vård som ges, vem som producerar vården samt hur den finansieras. Den begreppsmässiga standarden i manualen grundar sig på den internationella klassificeringen för hälsoräkenskaper: International Classification for Health Accounts (ICHA). ICHA innehåller tre olika klassificeringar. Den första är den funktionella som klassificerar hälso- och sjukvårdsutgiften efter ändamålet med vården (ICHA-HC), oberoende av vilken enhet som har producerat den och vilken sektor som har finansierat den. Den andra klassificerar vem som producerar vården (ICHA-HP) och den tredje klassificerar vilken sektor som finansierar vården (ICHA-HF).

Hälsoräkenskaperna kan nås via SCB:s webbplats, www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Nationalrakenskaper/Nationalrakenskaper/Halsorakenskaper/.

Kostnad per brukare (KPB)

Kostnad per brukare (KPB) är en metod för att kostnadsberäkna olika insatser inom vård och omsorg i kommunerna och knyta dessa insatser till den enskilde brukaren. KPB tas framför allt fram inom äldreomsorgen och funktionshindersomsorgen men en del kommuner beräknar även kostnad per brukare för individ- och familjeomsorgen. Uppgifterna kan redovisas ner till enhetsnivå.

KPB är relevant för enskilda kommuner men passar mindre bra vid jämförelser mellan kommuner eftersom de kan ha olika innehåll i tjänsterna. I möjligaste mån bör kommunerna följa de definitioner som finns i den officiella statistiken, såsom Socialstyrelsens verksamhetsstatistik och kommunernas räkenskapsammandrag (RS) från SCB. Ett utvecklingsarbete pågår inom SKL för att förbättra metoden, bland annat genom att en gemensam handbok till kommunerna har tagits fram.

Det är frivilligt för kommunerna att använda sig av metoden. År 2011 var det 84 kommuner som använde metoden för verksamheter för äldre och personer med funktionsnedsättning. Inom individ- och familjeomsorg var det 26 kommuner år 2009.

Varje år samlar SKL in och publicerar uppgifter om verksamheterna för äldre och personer med funktionsnedsättning i rapporten *Kostnad per brukare* för de kommuner som vill medverka. Däremot publicerar man inte uppgifter för individ- och familjeomsorgen, men kommunerna har möjlighet att själva publicera sina uppgifter i kommun- och landstingsdatabasen, Kolada, www.kolada.se. Mer information om KPB finns på SKL:s webbplats, www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/kpb-kostnad_per_brukare.

Kostnad per patient (KPP)

Kostnad per patient (KPP) är en metod som innebär att sjukvårdens kostnader bryts ner så att de kan knytas till varje vårdkontakt och patient. De individbaserade kostnadsuppgifterna samlas in i SKL:s KPP-databas. I beräkningarna ingår inte kostnader för forskning, politiker och beställarkansli eller för köpt vård. Informationen är individbaserad och patienten är informationsbärare, vilket innebär att uppföljningen blir processororienterad och oberoende av organisationen.

De sjukhus som levererar data till KPP-databasen har lite olika beräkningsmetoder och fördelningsprinciper för kostnader i KPP-systemet, och det finns även brister när det gäller kvaliteten i de medicinska grunddata såsom diagnoser och åtgärder. Inom detta område arbetar SKL och landstingen för att förbättra kvaliteten i uppgifterna.

När data kommer in till den nationella KPP-databasen sker granskning och rättning både automatiskt och manuellt. Trots detta kan det finnas vissa fel eftersom datamängden är relativt stor. Om landstingen och andra intressenter använder KPP-data i större utsträckning skulle dock fler brister troligen upptäckas och rättas till.

KPP-data har störst täckning inom den slutna somatiska vården och år 2011 kunde 42 sjukhus från tolv landsting lämna uppgifter till KPP-databasen. I KPP-databasen fanns 1 039 600 vårdtillfällen under 2011 vilket motsvarade 70 procent av samtliga vårdtillfällen i patientregistret inom den slutna somatiska vården. En utveckling av KPP pågår även inom öppen somatisk vård samt inom psykiatrin. När det gäller öppen somatisk vård innehöll databasen 9,6 miljoner besök år 2011. KPP-databasen för öppenvård omfattar fler yrkeskategorier än läkare. Det medför svårigheter att jämföra antalet besök i KPP-databasen med patientregistret. Men uppskattningsvis motsvarar KPP-databasen cirka 57 procent av den öppna somatiska specialistsjukvården i patientregistret.

KPP-databasen sammanställs i slutet av augusti varje år. Mer information finns på SKL:s webbplats, www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/kostnad-per-patient.

SKL:s personalstatistik

SKL producerar en årlig statistik över anställda i kommuner, kommunalförbund (dock endast anställda i de kommunalförbund som är medlemmar i arbetsgivarorganisationen Pacta), landsting och regioner. Mättidpunkten är november månad.

Ett av syftena med personalstatistiken är att ta fram underlag för centrala avtalsförhandlingar. Statistiken används också för att bedöma sysselsättningsutvecklingen och personalbehovet samt för personalplanering i kommuner och landsting. Dessutom är statistiken ett underlag för den officiella lönestrukturstatistiken och den officiella företagsbaserade sysselsättningsstatistiken.

För personalstatistiken används uppgifter som bygger på löneadministrativt material. Mättidpunkten är vald av följande skäl:

- Stora delar av årets löneöversyn är vanligtvis klara.
- Tidpunkten är minst känslig för säsongsvariationer när det gäller antal anställningar.
- Annan administrativ hantering av PA-systemen är begränsad.
- Resultaten blir lättare att jämföra med annan statistik.

Från och med 2008 års redovisning av personalstatistiken används ett nytt yrkesklassificeringssystem: AID (Arbetsidentifikation) som är gemensamt för kommuner och landsting. Bland annat redovisas ledningspersonal för sig, vilket gör det lättare att följa upp dessa grupper. På grund av denna förändring går det dock inte att göra korrekta jämförelser med tidigare år.

Personalstatistiken omfattar anställda i förvaltningsform med kommunala avtal enligt HÖK, BEA och PAN samt anställda i vissa bolag med avtal enligt HÖK, BEA och PAN.

Statistiken omfattar inte förtroendevalda, uppdragstagare, räddningstjänstpersonal i beredskap (RiB) eller timavlönade som arbetar mindre än åtta timmar under mät månaden.

Mer information om SKL:s personalstatistik finns på deras webbplats, www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal.

Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP)

Socialstyrelsen har ett register med aktuella uppgifter om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Uppgifterna används för att ta fram upplysningar om personalens behörighet till apotek, arbetsgivare och allmänheten, samt för tillsyn. Dessutom används uppgifterna i registret till statistik.

Registret omfattar personer som har sökt och fått legitimation för yrken på hälso- och sjukvårdens område. För närvarande finns följande 21 legitimationstrycken: apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, kiropraktor, läkare, logoped, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, röntgensköterska, receptarie, sjukgymnast, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.

Mer information om HOSP finns på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/register/verksamhetspersonal/legitimeradpersonal\(hosp\)](http://www.socialstyrelsen.se/register/verksamhetspersonal/legitimeradpersonal(hosp)).

Hälsodata- och socialtjänstregister

Socialstyrelsen har i dag fem hälsodataregister och fem socialtjänstregister. Alla bygger på individdata och innehåller personnummer, men uppgifter ur registren måste alltid redovisas anonymiserat, det vill säga med alla personuppgifter borttagna. Registerdata får aldrig användas för kontroll, tillsyn eller administrativa ändamål som kan påverka en enskild individ. Här nedan redovisas kort innehållet i de olika registren och på Socialstyrelsens webbplats finns mer detaljerad information om innehåll och datakvalitet, www.socialstyrelsen.se/register.

Hälsodataregister

- Patientregistret innehåller uppgifter om alla som har vårdats på sjukhus i slutenvård samt fått viss öppenvård vid ett sjukhus, till exempel dagkirurgi. I patientregistret finns bland annat uppgifter om diagnoser och operationer, och registret är en viktig källa för att beräkna produktionsvolymer inom vården. Samtliga diagnos- och åtgärds-koder i patientregistret kan delas in i diagnosrelaterade grupper (DRG) som ursprungligen är ett amerikanskt system för sekundär patientklassificering. Tanken var först att använda systemet för kvalitetskontroll av sjukhusvården. Genom att vårdtillfällena på sjukhuset delas in i relativt få grupper fick man dock *ett instrument för överskådliga verksamhetsbeskrivningar*. Så småningom utvecklades det också till ett *instrument för kostnadskontroll och resursstyrning*. I dag innehåller den svenska versionen av NordDRG (inklusive psykiatri) cirka 580 grupper för slutenvård och cirka 380 grupper för öppenvård och dagkirurgi. Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. DRG är således ett sätt att beskriva sjukhusets patientsammansättning ("case mix"), och det är mycket mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och åtgärds-koder.
- Cancerregistret innehåller uppgifter om nyupptäckta tumörer och tumörliknande tillstånd som har diagnostiserats i Sverige sedan 1958.
- Medicinska födelseregistret innehåller uppgifter om samtliga förlossningar sedan 1973. Vidare finns uppgifter om det nyfödda barnets längd, vikt och eventuella sjukdomar samt mammans rökvanor och läkemedelsförbrukning under graviditet.
- Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om alla läkemedel och förbrukningsartiklar som har expedierats med recept på apotek från 1999. Från 2005 finns uppgifterna även med personnummer.
- Tandhälsoregistret innehåller uppgifter om samtliga diagnoser och åtgärder som har skickats in till och godkänts av Försäkringskassan inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. På individnivå gäller det personer över 20 år som har blivit behandlade och fått ersättning genom tandvårdsstödet.

Socialtjänstregister

- Registret över ekonomiskt bistånd innehåller uppgifter om personer och hushåll som får bistånd samt de utbetalda beloppen. I registret finns även uppgifter om introduktionsersättning, det vill säga ekonomisk ersättning till flyktingar med flera. Uppgifterna samlas in på individnivå en gång om året från landets samtliga kommuner. Från och med 2012 samlas de in månadsvis.
- Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller uppgifter om samtliga kommunala insatser enligt LSS. Uppgifterna samlas in på individnivå en gång om året. Det finns även vissa uppgifter om insatsernas omfattning.

- Registret över insatser för barn och unga omfattar de insatser för barn och unga som innebär placering för vård utanför det egna hemmet. En sådan placering kan bygga på socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om vård av unga (LVU).
- Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning innehåller uppgifter om vissa kommunala insatser som ges enligt SoL. Dessutom innehåller det vissa uppgifter om insatsernas omfattning, till exempel antal beslutade timmar med hemtjänst.
- Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare (LVM) innehåller uppgifter om socialtjänstinsatser och vårdutnyttjande när det gäller personer med missbruksproblem (enligt LVM). Registret omfattar uppgifter om personer som tvångsvårdas enligt lagen. Uppgifterna finns i tre underregister som är individbaserade och innehåller uppgifter om ansökan, omedelbart omhändertagande och utskrivning från vård på en institution.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen publicerar årligen öppna jämförelser av kvalitet, resultat och effektivitet för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Dessa publiceringar är en källa för kvalitetsindikatorer och resultatmätt. Inom hälso- och sjukvården finns ett stort antal indikatorer som speglar insatsernas resultat, till exempel överlevnad vid olika cancerformer och andel patienter som återinskrivits efter vård för schizofreni.

Inom socialtjänstområdet finns vissa indikatorer som kan sägas spegla insatsernas resultat, och Socialstyrelsen arbetar med att ta fram ytterligare resultatindikatorer inom öppna jämförelser.

Inom äldreområdet gör Socialstyrelsen årliga undersökningar om de äldres uppfattning om hemtjänsten och särskilt boende. De baseras på enkäter till äldre personer med de aktuella insatserna.

Mer information om öppna jämförelser finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister är ett verktyg för att följa upp resultat inom hälso- och sjukvården, både över tid och för att kunna identifiera kliniska förbättringsområden. Kvalitetsregistren innehåller personbundna uppgifter om problem och diagnos, behandling och resultat. För närvarande finns 73 nationella kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Ytterligare register planeras eller är under uppbyggnad, och under 2012 får 27 så kallade registerkandidater ekonomiskt stöd.

Kvalitetsregistren är ofta uppbyggda av professionella yrkesgrupper som själva har nytta av dem i sin yrkesvardag. Driften av registren sköts på många olika kliniker runt om i landet.

Mer information om nationella kvalitetsregister finns på www.socialstyrelsen.se/register/registerservice/nationellakvalitetsregister och på www.kvalitetsregister.se.

SCB:s register

SCB har ett stort antal register varav flera används av Socialstyrelsen i olika sammanhang. Ett exempel är registret över totalbefolkningen (RTB) som bland annat innehåller uppgifter om befolkningens kön, ålder, civilstånd och födelseland utifrån län och kommuner.

Vidare finns individregistret Befolkningens utbildning (UREG). Där samlas de uppgifter om avslutad utbildning som SCB kontinuerligt får från landets skolor och utbildningsanordnare. Här ingår bland annat utbildning (kodad till SUN 2000), utbildningsår, utbildningsort och högsta utbildning.

Den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken (RAMS) är totalräknad och bygger huvudsakligen på administrativa uppgifter som arbetsgivare och företagare har lämnat till skatteförvaltningen. RAMS innehåller till exempel uppgifter om befolkningens förvärvsarbete, företagande, löneinkomst och utbildning. Populationen utgörs av alla personer som var folkbokförda i Sverige den 31 december respektive år.

I den longitudinella databasen (LISA) samlar SCB uppgifter från olika register om samtliga personer över 16 år. LISA innehåller demografiska variabler, utbildningsvariabler, sysselsättnings- och åtgärdsvariabler, inkomstvariabler, familjevariabler samt uppgifter om arbetsställe.

SCB gör även urvalsundersökningar om befolkningens levnadsförhållanden i olika avseenden, exempelvis en undersökning om befolkningens levnadsförhållanden (ULF), en undersökning om hushållens ekonomi (HEK) samt arbetskraftsundersökningen (AKU). I dessa undersökningar ingår information som har inhämtats via enkäter men också information som finns i SCBs olika register över totalbefolkningen.

Mer information om SCB:s register finns på webbplatsen www.scb.se.

Försäkringskassans register

Försäkringskassan har flera socialförsäkringsregister som omfattar samtliga försäkrade personer över 16 år i Sverige. Sjukförsäkringsregistret innehåller uppgifter om bland annat sjukpenning, föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning, graviditetspenning, närståendepenning, rehabiliteringsersättning och sjukpenninggrundande inkomst. Bidragsregistret innehåller uppgifter om underhållsstöd, barnbidrag, förlängt barnbidrag och adoptionsbidrag. Registret för sjukersättning och aktivitetsersättning används för att handlägga ärenden om rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning. Vidare finns register för ålderspension, pensionspoäng, handikappersättning och vårdbidrag, assistansersättning, bostadsbidrag, arbetsskadelivränta, yrkesskador med mera. Försäkringskassans register innehåller även uppgifter om bland annat identitet, civilstånd och adress. Vidare finns uppgifter om till exempel bostad och bostadskostnad (bostadsbidragsregistret och bostadstilläggsregistret) samt antal assistanstimmar (assistansersättningsregistret).

Mer information om Försäkringskassans personregister finns på Försäkringskassans webbplats, www.forsakringskassan.se/statistik/statistik_och_analys/.

Arbetsförmedlingens register

Arbetsförmedlingens verksamhetsstatistik hämtas ur myndighetens operativa förmedlingssystem. Sökandestatistiken omfattar personer som är inskrivna vid Arbetsförmedlingen, uppdelade på bland annat arbetslösa och deltagare i olika arbetsmarknadspolitiska program. Platsstatistiken omfattar det rekryteringsbehov som arbetsgivare har anmält. Arbetsförmedlingens verksamhetsstatistik ska inte förväxlas med den officiella arbetsmarknadsstatistiken som tillhandahålls av SCB.

Mer information om statistiken finns på Arbetsförmedlingens webbplats, www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Statistik-prognoser.html.

Bilaga 2. Ordförklaringar

Begrepp	Definition
Effektivitet	Tillgängliga resurser används på bästa sätt för att uppnå uppställda mål.
Effektiv	En behandling eller insats som ger positiva effekter/har effekt <i>alternativt</i> , En verksamhet med hög effektivitet.
Kostnads- effektivitet	Jämförelse av effekter och kostnader mellan två eller flera behandling- ar eller insatser.
Produktivitet	Produktionsvolym i förhållande till resursanvändning.
Effektivitet i relation till mål	Jämförelse av resursanvändning och resultat för uppställda mål mot målnivåer. Uppnås målnivåerna är verksamheten effektiv.
Effektivitet som jämförelse	Jämförelse av resursanvändning och resultat för uppställda mål mellan olika aktörer eller verksamheter. En aktör eller verksamhet är mer (eller mindre) effektiv än en annan aktör eller verksamhet men behöver inte vara effektiv i relation till mål.
Resurser	Det som används för att producera och distribuera varor och tjänster, t.ex. lokaler, personal, transporter, material. Mäts ofta i monetära termer t.ex. kronor.
Produktions- volym	Det antal varor och tjänster som produceras, t.ex. antal läkarbesök, antal operationer eller antal personer som får hemtjänst.
Resultat för uppställda mål	Effekterna av produktionen dvs. den uppmätta eller av individens upp- levda förändring som uppstår i samband med användning av (vården och omsorgens) resurser. Exempel på resultatmått är överlevnadsfre- kvens, tillfrisknande, antal som återgått i arbete, ökad livskvalitet och trygghet, minskad smärta och oro.
Måluppfyllelse	De på förhand uppfyllda målen för verksamheten, insatsen eller be- handlingen har uppnåtts.
Direkta kostnader	Den resursförbrukning som används för att producera varan eller tjäns- ten.
Indirekta kostnader	Resursförbrukning som inte direkt kan hänföras till produktionen av varan eller tjänsten men som uppstår till följd av produktionen <i>alternativt</i> Produktionsbortfall
Produktions- bortfall	En indirekt kostnad som avser de resurser som samhället, aktörer eller verksamheter förlorar vid produktion eller frånvaro av produktion dvs. skillnaden mellan det som produceras och det som skulle ha kunnat produceras. Exempelvis förloras produktion vid sjukdom eller dödsfall genom nedsatt eller utebliven arbetsförmåga eller möjlighet att delta i aktiviteter.
Immateriella eller intangibla kostnader	Kostnader för t.ex. oro, obehag, smärta och besvär, dvs. aspekter av livskvalitet. Denna typ av kostnader är subjektiva och är svåra att upp- skatta värdet på.
Fasta kostnader	Kostnader som verksamheten behöver betala även om inget produce- ras t.ex. lokaler. Kan påverkas på lång sikt.
Rörliga kostnader	Kostnader som förändras eller kan förändras med produktionen, t.ex. materialkostnader och i viss mån personalkostnader. Kan påverkas på kort sikt.
Transfereringar	Omfördelning av resurser, t.ex. ekonomiskt bistånd eller skatter som inte räknas som kostnader.
Indikator	En omständighet eller mått som tyder på något
Samhälls- ekonomiska kostnader	Samtliga kostnader som uppstår i samhället som resultat eller frånvaro av en behandling eller insats.
Konsumtion	En slutanvändares förbrukning av resurser.