

Effektivitet i praktiken

För god vård och omsorg

Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram öppna jämförelser av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att ta fram indikatorer för effektivitet. I denna rapport föreslår vi ett antal indikatorer för effektivitet i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Flera av dessa indikatorer är under fortsatt utveckling. Socialstyrelsens *Handbok för effektivitetsanalyser – För god hälsa, vård och omsorg* har legat till grund vid utvecklingen av de föreslagna indikatorerna.

Arbetet har bedrivits i projektform i samråd med representanter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Matilda Hansson, Socialstyrelsen, har varit projektledare till och med 2014-03-16. Från och med 2014-03-17 har Lisa Engström, Socialstyrelsen, varit projektledare. Kristina Stig, Socialstyrelsen, har varit huvudredaktör. Från Socialstyrelsen har också följande personer deltagit: Birgitta Lindelius, Behzad Kouchehi, Marianne Aggestam, Eva Nyman, Göran Zetterström, Lisbeth Serdén, Ann Johansson, Anne Tiainen, Staffan Söderberg, Lina Boberg, Kalle Brandstedt, Marianne Lidbrink, Ulrika Ingelsson, Charlotta Fondén, Carina Hällberg och Anette Agenmark.

Detta är ett första försök att i praktiken mäta effektivitet i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården. Vi vill med denna rapport bjuda in till fortsatt dialog och utvecklingsarbete kring effektivitetsindikatorer och hur effektivitet kan mätas.

Mona Heurgren

Tf. Avdelningschef
Statistik och jämförelser

Innehåll

Förord	2
Innehåll	3
Sammanfattning	4
Inledning	5
Uppdraget	5
Modell för effektivitetsanalys.....	7
Effektivitet.....	7
Att mäta produktivitet	8
Att mäta effektivitet.....	8
Olika perspektiv	9
Utveckling av effektivitetsindikatorer.....	11
Indikatorer	11
Kostnader.....	11
Nya uppgifter behövs.....	12
Förslag till effektivitetsindikatorer	14
Barn- och ungdomsvård	14
Stöd till personer med funktionsnedsättning	17
Vård och omsorg om äldre	20
Ekonomiskt bistånd.....	23
Stöd till brottsoffer	26
Missbruks- och beroendevård	27
Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	29
Hälso- och sjukvård	30
Referenser	36
Bilagor	38
Indikatorbeskrivning	38

Sammanfattning

I Socialstyrelsens uppdrag för öppna jämförelser ingår det att utveckla indikatorer för bland annat kvalitet, resultat och effektivitet. Det innebär att myndigheten bedriver ett utvecklingsarbete avseende indikatorer för att mäta vårdens och omsorgens effektivitet.

Socialstyrelsen visar här ett antal indikatorer som ska spegla vårdens och omsorgens effektivitet. Genom jämförelser mellan kommuner och mellan landsting kan dessa indikatorer visa på skillnader i verksamheternas effektivitet. Våra exempel visar för flera indikatorer att det finns en betydande effektiviseringspotential inom både kommunernas och landstingens verksamhet. Målsättningen för rapporten har varit att presentera 1–3 effektivitetsindikatorer med data för socialtjänstens olika områden och för hälso- och sjukvården. Där det inte varit möjligt att ge förslag på en effektivitetsindikator, har vi lämnat förslag på en produktivitetsindikator.

Denna rapport visar genom ett antal exempel hur man kan gå till väga för att mäta effektivitet. Indikatorerna beskrivs utifrån typ av effektivitetsindikator, vilket mål i lagstiftningen som indikatorn ska spegla, syftet med indikatorn och en teknisk beskrivning.

De flesta av de indikatorer som här presenteras är under utveckling, vilket betyder att det saknas helt eller delvis befintliga uppgifter. För att i framtiden kunna presentera resultat för dessa indikatorer finns det ett stort behov av statistikutveckling, både vad avser den ekonomiska statistiken och verksamhetsstatistiken inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Vi vill nu med denna rapport bjuda in till fortsatt dialog och utvecklingsarbete kring effektivitetsindikatorer och hur effektivitet kan mätas och analyseras.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram öppna jämförelser av socialtjänsten och hälso- och sjukvården och där ta fram indikatorer för effektivitet.

I regeringsuppdraget som avser öppna jämförelser av socialtjänsten anges att Socialstyrelsen ska ”utveckla och vidareutveckla indikatorer på kvalitet, resultat och effektivitet (inklusive kostnadsdata)”. I handlingsplanen för öppna jämförelser av socialtjänsten anges att effektivitetsindikatorer för äldreomsorgen ska ha testats och presenterats senast 2014.

I regeringsuppdraget, som avser att utveckla och publicera öppna jämförelser avseende hälso- och sjukvård 2013, angavs att Socialstyrelsen bland annat skulle ”bedriva utvecklingsarbete avseende indikatorer, t.ex. för att mäta vårdens effektivitet”.

Syftet

Syftet med rapporten är att under 2014 är att presentera 1–3 effektivitetsindikatorer med data för socialtjänst och hälso- och sjukvården. Detta för att kommuner och landsting ska kunna följa upp vårdens och omsorgens effektivitet och för att befintliga resurser ska kunna användas på bästa sätt för att uppnå bättre måluppfyllelse och resultat för målgruppen. Uppdraget omfattar följande områden:

- Barn- och ungdomsvård
- Stöd till personer med funktionsnedsättning
- Vård och omsorg om äldre
- Ekonomiskt bistånd
- Stöd till brottsoffer
- Missbruks- och beroendevård
- Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden
- Hälso- och sjukvård.

Metod och avgränsningar

Socialstyrelsens *Handbok för effektivitetsanalyser – För god hälsa, vård och omsorg* har varit utgångspunkten för arbetet. I handboken beskrivs olika tillvägagångssätt för att mäta effektivitet och hur de olika tillvägagångssätten kan användas.

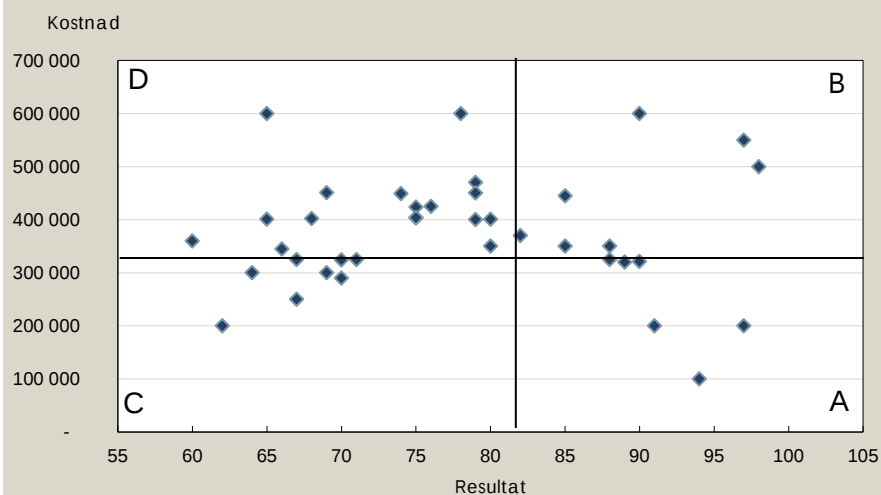
Diskussioner har först i arbetsgrupper om resultat och kvalitet utifrån lagstiftningens mål och krav. För de områden som har befintliga kvalitets- och resultatindikatorer har dessa kopplats till uppgifter om resursanvändningen. För övriga områden har istället en diskussion förts om möjliga kvalitets- och resultatindikatorer som kan ligga till grund för produktivitets- eller effektivitetsindikatorer. Arbetet har avgränsats till produktivitets- och effektivitetsindikatorer som socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården kan påverka resultatet.

Det är inte alltid möjligt att ta fram effektivitetsindikatorer eftersom dataunderlag saknas och därför kan indikatorer för produktivitet komma att redovisas istället. Befintliga datakällor för resultat och kostnader kan också vara bristfälliga avseende rikstäckning eller att uppgifter helt saknas. Detta har medfört att alla kommuner ibland inte har inkluderats i våra beräkningar av indikatorer. Arbetet med att ta fram förslag till indikatorer har utgått från de uppgifter som finns tillgängliga i dag.

Redovisning i diagram

I denna rapport redovisar vi resultaten i olika diagramtyper. I första hand används stapeldiagram där den effektivaste kommunen eller landstinget redovisas längst upp, punktdiagram där varje punkt avser en kommun eller ett landsting och i fyrfältsdiagram. När resultaten presenteras i ett fyrfältsdiagram delas diagrammet in i fyra olika fält för att visa var verksamheterna befinner sig (figur 1). Kostnaderna redovisas på Y-axeln och resultaten på X-axeln. I ett fyrfältsdiagram kommer de mest effektiva verksamheterna att ligga i det nedre högra fältet (A) med både låga kostnader och bra resultat. De verksamheter som ligger i det högra fältet längst upp har höga kostnader och bra resultat (B). Verksamheter som ligger i det nedre vänstra fältet har låga kostnader och inte så bra resultat (C), medan de verksamheter som ligger i det övre vänstra fältet har höga kostnader och inte så bra resultat (D). De verksamheterna är inte effektiva respektive inte produktiva.

Figur 1. Namn på indikator



Modell för effektivitetsanalys

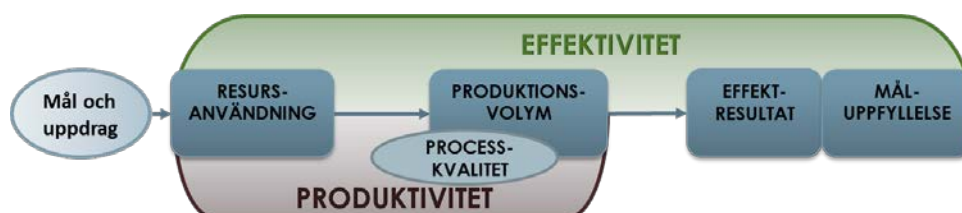
Effektivitet

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. Lagen lyfter fram vikten av att använda våra gemensamma resurser på ett effektivt sätt. Enligt 8 kap. 1 § 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 sjukvården ska vara organiserad så att den bland annat främjar kostnadseffektivitet. Det är därför viktigt att analysera verksamheternas effektivitet och att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga vård och omsorg till hela befolkningen.

Effektivitet handlar om att tillgängliga resurser används på bästa möjliga sätt utifrån de mål som verksamheten har. 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 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 processen. I *rätt tid* handlar om att behandlingar och insatser är tillgängliga när de behövs [1].

Socialstyrelsen har utarbetat en modell för effektivitetsanalyser som beskrivs i *Handbok för effektivitetsanalyser – För god hälsa, vård och omsorg*. Modellen illustreras i figur 2.

Figur 2. Socialstyrelsens modell för att beskriva effektivitet och produktivitet



Verksamhetens *mål och uppdrag* bestäms inom vård och omsorg utifrån olika lagar, förordningar och föreskrifter, men också av ambitionsnivå, prioriteringar och förutsättningar som verksamheten inte kan påverka. De övergripande målen för socialtjänsten anges i socialtjänstlagen, SoL (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och för hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763). De övergripande målen behöver förtydligas med hänsyn till behov och efterfrågan på vård och omsorg.

Resurser är det som en verksamhet använder för att producera varor och tjänster. Verksamheten tilldelas olika resurser för att utföra olika uppdrag, till exempel personalens kompetens, tid, utrustning, lokaler, hjälpmedel och läkemedel. Resursanvändningen mäts ofta i kostnader och påverkar i vilken omfattning, volym, som produktionen sker och vilken kvalitet varorna och tjänsterna har. Produktionsvolym är mängden varor och tjänster som produceras. Processkvalitet är 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 tekniskt utförd operation. Funktionell kvalitet speglar hur patienten eller brukaren får tillgång till 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. Effekresultat ("outcome") visar de effekter som verksamheten uppnår. Effekterna utgår från de mål som har satts upp för verksamheten. Måluppfyllelse avser hur väl verksamheten har uppnått de mål som satts upp för verksamheten [1]. I denna rapport är det måluppfyllelse för individen, patienten eller brukaren som avses. Effektivitet kan även mätas utifrån ett systemperspektiv, men den typen av mätningar omfattas inte av rapporten.

Att mäta produktivitet

Produktivitet mäts genom att man ställer resurserna mot produktionsvolymen. Det är önskvärt att man tar hänsyn till kvaliteten i produktionen. Med produktion avses all produktion av varor och tjänster. Produktiviteten tar ingen hänsyn till om målet för verksamheten uppnås. Analyser av produktivitet visar hur stor produktionsvolym man får ut av de insatta resurserna. I sin enklaste form kan ett produktivetsmått till exempel bestå av kostnad per besök. I mer avancerade ansatser kan både resursmättet och volymmättet justeras för att till exempel fånga kvaliteten på utförandet på produktionsvolymen, det vill säga processkvalitet. För att mäta produktivitet behövs uppgifter om resursanvändning, produktionsvolym och processkvalitet. 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 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 produktivetsanalysen ligger fokus på produktionen och hur produktionen utförs, medan en effektivitetsanalys fokuserar på effekterna för patienten eller brukaren [1]. Analyseras produktionen kan dock ett mål för produktionen behövas.

Att mäta effektivitet

Det finns olika sätt att analysera effektivitet. Vilket sätt som väljs beror ofta på vilka uppgifter som finns tillgängliga. Ett sätt att mäta är att mäta *effektivitet i relation till mål*. Det är den metod som kräver flest dataunderlag. För detta angreppssätt krävs uppgifter om resursanvändning, effekresultat och

målnivåer. Syftet med att mäta effektivitet i relation till mål är att undersöka om målet för verksamheten har uppnåtts och om resurserna använts på bästa sätt. Studeras effektivitet i relation till målen är verksamheten effektiv om de fastställda målnivåerna uppnås [1]. Målnivåer är dock inte statiska utan kan förändras mellan åren. Det kan innebära att verksamheten kan vara effektiv i förhållande till målnivån ett år men ineffektiv ett annat år med samma resultat. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram målnivåerna inom olika områden.

Saknas målnivåer kan *effektivitet som jämförelse* vara en alternativ metod. För att mäta effektivitet som jämförelse krävs uppgifter om resursanvändning och effektresultat. Effektresultatet kan mätas t.ex. i antalet individer som uppnått ett lyckat resultat. Syftet med att mäta effektivitet som jämförelse är att undersöka om en verksamhet är mer eller mindre effektiv än en annan verksamhet eller över tid. För denna ansats krävs jämförelser mellan olika verksamheter eller olika huvudmän. En verksamhet kan dock vara mer effektiv än en annan utan att vara effektiv i relation till uppställda mål för verksamheten [1].

Det sista angreppssättet är att studera *ineffektivt resursutnyttjande*. 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. För detta angreppssätt krävs uppgifter om resursanvändningen, produktionsvolym och målnivåer. Indirekt krävs också att man vet att det som man beräknar kostnaderna för inte leder till någon ytterligare ökning av effekten. Detta angreppssätt ger till viss del svar på vad som kan förbättras i verksamheten för att göra den mer effektiv, utifrån samhälls-, huvudmannas- och verksamhetsperspektivet[1].

Ibland kan det vara svårt att knyta ihop uppgifterna om resursanvändning och resultat på ett bra sätt, och då kan en utväg vara att redovisa kostnaderna och resultaten var för sig. Detta är den metod som Socialstyrelsen hittills mest har använt sig av. I nedanstående tabell 1 illustreras de olika angreppssätten.

Tabell 1. Uppgifter som behövs för olika angreppssätt

Angreppssätt	Resursanvändning/ kostnader	Produktions- volym	Process- kvalitet	Effekt- resultat/Resultat	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)	

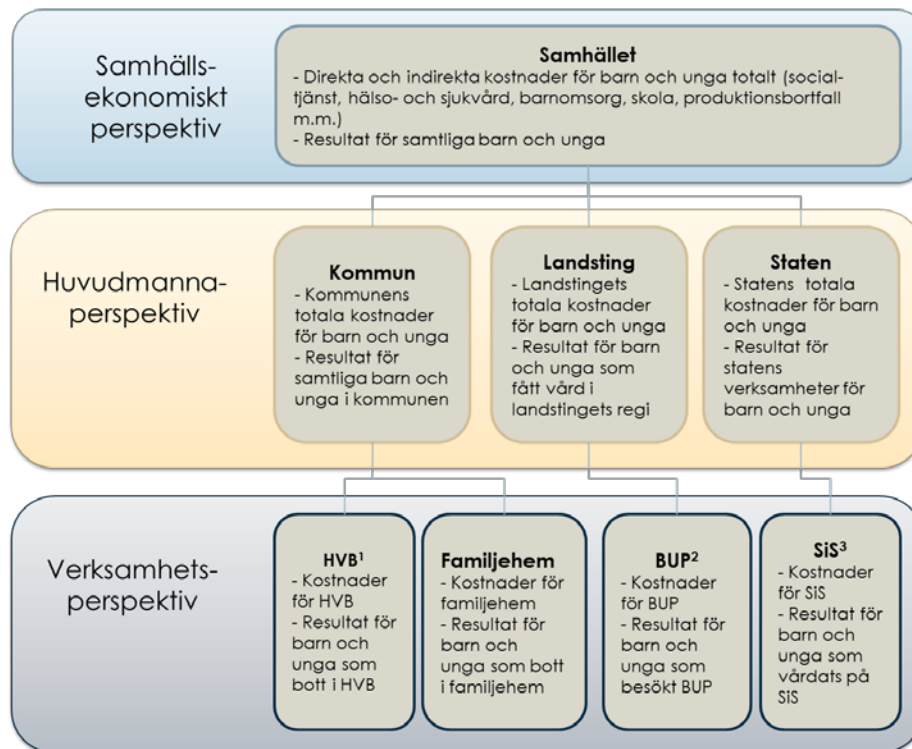
Källa: Socialstyrelsen Handbok för effektivitetsanalyser – För god hälsa, vård och omsorg

Olika perspektiv

Effektivitetsanalyser kan ha olika syften och spegla olika ekonomiska perspektiv. Ett *samhällsekonomiskt perspektiv* syftar till att fånga samtliga aktö-

rers resursanvändning och samhällets samlade resultat medan ett *huvudmannaperspektiv* eller ett *verksamhetsperspektiv* mäter huvudmannens eller verksamhetens resursanvändning och resultat [1].

Figur 3. Schematisk bild över olika perspektiv



¹ Hem för vård eller boende
² Barn- och ungdomspsykiatri
³ Statens institutionsstyrelse

Resursanvändningen och resultatet kan uppstå vid olika tidpunkter. I en del fall uppstår de samtidigt, men ibland uppstår resultatet vid ett senare tillfälle än resursanvändningen. Ett tydligt exempel är barn- och ungdomsvården där insatserna sker i barn- och ungdomsåren, men där flera resultat inte visar sig förrän i vuxen ålder. Ju längre tid som passerar mellan resursanvändningen och resultatet, desto svårare är det att påvisa att resursanvändningen och produktionen av varor och tjänster ledde till resultatet [1].

Utveckling av effektivitetsindikatorer

Indikatorer

Indikatorer mäter omständigheter som visar på något och förväntas säga något utöver det som mäts. Ett exempel är andel personer i särskilt boende med trycksår där andelen personer med trycksår är tänkt att belysa hur väl hälso- och sjukvården fungerar i särskilt boende. En indikator ger inte en heltäckande bild av verksamheten utan speglar enbart delar av vårdens eller omsorgens kvalitet och resultat. Till skillnad från ett nyckeltal anger en indikator en riktning, det vill säga höga eller låga värden är uttryck för skillnader i kvalitet eller effektivitet. Flera indikatorer, gärna olika typer t.ex. struktur, process, resultat, produktivitet eller effektivitet, kan användas för att ytterligare få en uppfattning om hur verksamheten fungerar. Vid en analys behöver även bakgrunds- och statistikmått och andra typer av nyckeltal användas för att komplettera bilden ytterligare.

Den här rapporten följer i princip beskrivningarna i Socialstyrelsens handbok för indikatorutveckling. Följande delar i beskrivningen har används: indikatornamn, typ av indikator, status, indikatorområde, syfte, mål/referens, mått, tekniskt beskrivning, målnivå, datakälla, felkälla och publicering. Publicering betyder att indikatorn tidigare har publicerats i någon av Socialstyrelsens rapporter [2]. Status beskriver att indikatorn är tillgänglig med befintlig rikstäckande data. En indikator under utveckling betyder i detta arbete att indikatorn saknar helt eller delvis befintlig data.

Kostnader

Hur kostnader ska definieras varierar beroende på syfte och perspektiv. Eftersom definitionen av kostnader kan variera är det nödvändigt att tydligt definiera vilka kostnader som avses, vilka som ingår och vilka som exkluderas. Socialstyrelsen, SKL, Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA), Statistiska centralbyrån (SCB) och Skolverket har enats om gemensamma definitioner för tre kostnadsbegrepp som används för att analysera kostnader i offentligt finansierad verksamhet:

1. kostnaden för den egna produktionen
2. kostnaden för det egna åtagandet
3. nettokostnader.

Kostnaden för den egna produktionen avser den verksamhet som kommuner och landsting utför i egen regi. Den omfattar även kostnader för den produktion av varor och tjänster som inte ingår i den egna kommunens eller landstingets åtagande, det vill säga den verksamhet som de säljer till andra. Kostnaden för den egna produktionen tas fram genom att man tar bruttokostnaden

minus kostnader för entreprenad och köp av huvudverksamhet minus lämnade bidrag och transfereringar samt interna intäkter.

Kostnaden för det egna åtagandet är ett mått på det totala finansieringsbehovet som behövs för att utföra det egna åtagandet gentemot sin egen befolkning. Kostnaden för det egna åtagandet tas fram genom bruttokostnad minus interna intäkter minus försäljning till andra kommuner och landsting.

Nettokostnaden erhålls genom bruttokostnad minus externa och interna intäkter. Nettokostnaden används främst för att beräkna skattesatsen i kommuner och landsting och bör inte användas för effektivitetsanalyser, eftersom den inte innehåller hela kostnadsmassan för produktionen.

Kostnadsuppgifter hämtas främst från kommunernas och landstingens räkenskapssammandrag (RS) som samlas in av SCB [1].

Nya uppgifter behövs

En förutsättning för att man ska kunna ta fram valida¹ effektivitetsindikatorer är att ingående uppgifter är stabila och tillförlitliga. Det saknas uppgifter för flera av de indikatorer som föreslås i denna rapport. Exempelvis behövs det nya kostnadsuppgifter och uppgifter för primärvården för fortsatt utveckling.

Det kommunala räkenskapssammandraget (RS)

Socialtjänstens verksamheter har förändrats under de senaste åren. Nya verksamhetsområden har kommit till samtidigt som nya krav att redovisa verksamhetens effektivitet har tillkommit. För att kunna utveckla indikatorer för effektivitet finns det därför ett behov av att också utveckla den ekonomiska statistiken för socialtjänstens verksamheter. Socialstyrelsen har tillsammans med 21 kommuner arbetat fram ett förslag på vilka kostnadsuppgifter som skulle kunna samlas in i RS för socialtjänstens verksamheter för att man ska kunna redovisa effektivitetsindikatorer [3].

Kostnad per patient (KPP) och kostnad per brukare (KPB)

KPP beräknar kostnaden för varje individuell vårdkontakt i hälso- och sjukvården och KPB beräknar kostnaden per brukare inom socialtjänstens områden. En samordning av kostnaderna mellan KPP och KPB skulle medföra bättre möjligheter till effektivitetsanalyser. Det skulle också öka möjligheten att följa upp kostnader på individnivå inom hela vårdkedjan.

Primärvården

Socialstyrelsen har lämnat ett förslag till regeringen avseende datainsamling inom primärvården. Det finns flera skäl till att samla in uppgifter om primärvården på nationell nivå. Primärvården står för cirka 17 procent av den totala nettokostnaden för hälso- och sjukvården. I nuläget finns i Socialstyrelsens patientregister personnummerbaserade uppgifter om patientens vårdkontakter i slutenvård och för läkarbesök i öppen specialiserad vård. Om uppgifter om patientens besök i primärvården finns på nationell nivå ökar förutsättningarna att beskriva olika målgruppers behov och vilka insatser som har givits och av vem. Informationen kan också användas för att följa och beskriva patient-

¹ En valid indikator innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.

sammansättning, vårdkedjor och vårdkontakter, medicinsk praxis, kvalitet, effektivitet och diagnosrelaterade kostnader. Uppgiftsinsamlingen i primärvården ger också underlag som kan stärka den allmänmedicinska forskningen i Sverige [4].

Förslag till effektivitetsindikatorer

I det följande redovisar Socialstyrelsen ett första förslag på hur effektivitet skulle kunna mätas i praktiken i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården. Flera av indikatorerna behöver utvecklas vidare. De effektivitetsindikatorer som vi föreslår i denna rapport utgår ifrån effektresultat och måluppfyllelse för individen, patienten eller brukaren.

En mer detaljerad beskrivning av indikatorerna finns i bilaga 1. I bilagan redovisas indikatornamn, typ av indikator, status, indikatorområde, syfte, mål/referens, mått, teknisk beskrivning, datakälla, felkällor och publicering.

Barn- och ungdomsvård

Inom området barn- och ungdomsvård har flera arbeten genomförts för att ta fram resultatindikatorer, t.ex. i rapporten öppna jämförelser och i Socialstyrelsens utvärdering av placerade barn [5]. Inom området barn- och ungdomsvård avgränsas arbetet till att använda två redan befintliga effektivitetsindikatorer, vilka utgår från lagstiftningen om att socialnämnden ska verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden samt främja en allsidig personlighetsutveckling och gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdomar (5 kap. 1 § SoL).

Unga vuxna med aktivitet

Många unga vuxna i befolkningen har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Det kan resultera i ett livslångt utanförskap, särskilt för dem som varken arbetar eller studerar. Bland unga utan aktivitet, det vill säga utan t.ex. arbete, studier eller annan sysselsättning, är de som tidigare varit placerade i barn- och ungdomsvården överrepresenterade [5].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Unga vuxna med aktivitet

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Tillgänglig

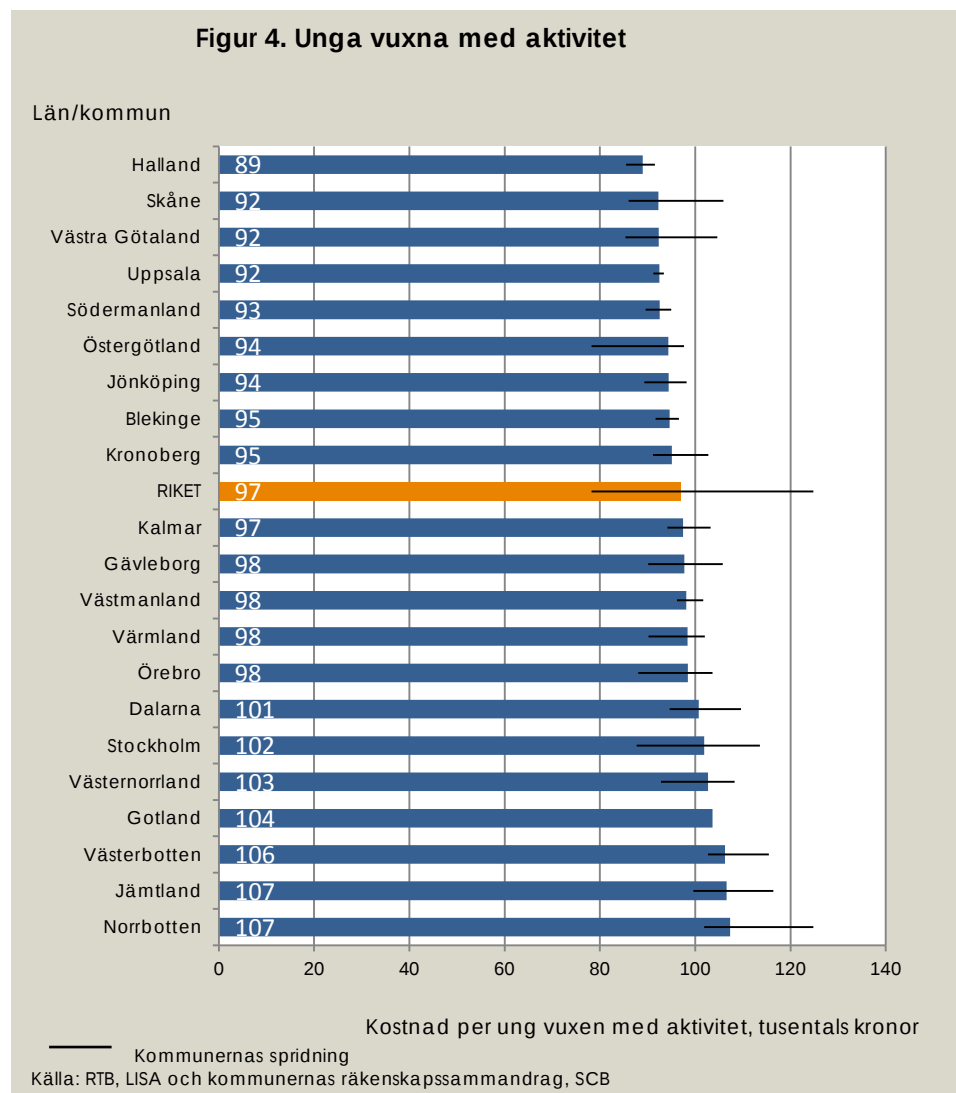
Indikatorområde Barn- och ungdomsvård

Syfte Indikatorn ska visa *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att ge barn- och unga som varit placerade i barn- och ungdomsvården möjlighet till god ekonomi och social trygghet, jämlika levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder. Detta ska visas genom att i förhållande till kommunernas totala kostnader för barn och unga undersöka om personer som varit placerade i barn- och ungdomsvården och fyllt 25 år har haft någon aktivitet under de senaste två åren.

Exempel

För att beräkna effektivitetsindikatorn unga vuxna med aktivitet används kommunens genomsnittliga kostnader per invånare i åldern 0–17 år för förskola, skola, musik- och kulturskola och fritidsgårdar. Kostnaderna för denna indikator i detta exempel avser ett genomsnitt för åren 1998–2003. Avgränsningen till år 1998 beror på att det inte finns jämförbara uppgifter för tidigare

år tillgängliga. Resultatet i detta exempel avser 25-åringar under 2010 med aktivitet någon gång under de senaste två åren. Uppgifterna förs till 25-åringens huvudsakliga uppväxtkommun som inte behöver vara den kommun som personen bor i vid 25 års ålder. Den genomsnittliga årliga kostnaden i riket för kommunernas verksamheter för barn och unga per 25-åring med aktivitet uppgick till 97 000 kronor. Bland de 160 kommunerna med tillräckligt stort underlag varierade kostnaden mellan 78 000 och 125 000 kronor per lyckat utfall. För länen varierade kostnaden mellan 89 000–107 000 kronor per lyckat utfall (figur 4).



Unga vuxna med behörighet till gymnasieskolan

Att ha ett arbete ökar förutsättningarna för ett gott vuxenliv och den mest avgörande faktorn för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden är en avslutad gymnasieutbildning. Andelen som inte har grundläggande behörighet till gymnasieskolan bland barn och unga som är eller har varit placerade i barn- och ungdomsvården har ökat markant sedan 2005. Kommunerna behöver därför arbeta förebyggande för att bidra till att unga som är eller har varit

placerade i barn- och ungdomsvården får samma förutsättningar som andra unga att lämna grundskolan med gymnasiebehörighet [5].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Unga vuxna med behörighet till gymnasieskolan

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Tillgänglig

Indikatorområde Barn- och ungdomsvård

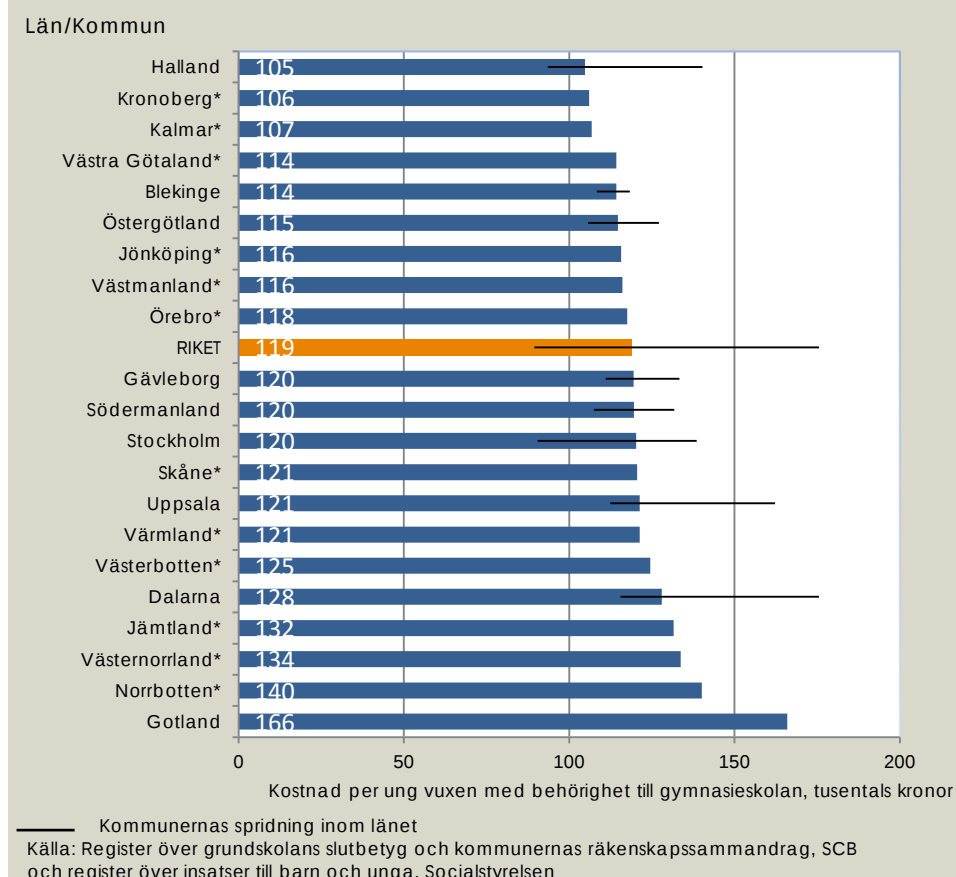
Syfte Indikatorn ska visa *effektivitet som jämförelse* av kommunernas insatser för barn och unga som är eller har varit placerade inom barn- och ungdomsvården. Detta ska visas genom att i förhållande till kommunernas kostnader för grundskolan undersöka om personer som har varit placerade i barn- och ungdomsvården före 10 års ålder har grundläggande behörighet till gymnasieskolan.

Exempel

Kostnaderna avser ett genomsnitt av kommunernas kostnader för grundskolan för åren 1998–2009 för 17-åringar som har varit placerade i barn- och ungdomsvården före 10 års ålder. Kostnader för gymnasiesärskola ingår inte. Resultatet avser antal 17-åringar 2007–2009 med grundläggande behörighet till gymnasieskolan och som någon gång varit placerade i barn- och ungdomsvården och som för första gången blev placerad före 10 års ålder. Grundläggande behörighet till gymnasieskolan innebär godkända betyg i svenska, matematik och engelska.

Den genomsnittliga årliga kostnaden för grundskolan per behörig elev till gymnasieskolan bland 17-åringar placerade före 10 års ålder uppgick till 119 000 kronor. Bland de 59 kommunerna med tillräckligt stort underlag varierade kostnaden per lyckat utfall mellan 89 000 och 176 000 kronor. Kostnaden varierar bland länen mellan 105 000 och 166 000 kronor per lyckat utfall (figur 5).

Figur 5. Unga vuxna med behörighet till gymnasieskolan



Stöd till personer med funktionsnedsättning

Inom området stöd till personer med funktionsnedsättning redovisas en produktivitetsindikator och en effektivitetsindikator. När det gäller bostäder för personer med funktionsnedsättning ska socialtjänsten enligt 3 kap. 2 § SoL medverka i samhällsplaneringen och påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen samt verka för att offentliga lokaler och allmänna kommunikationer utformas så att de blir lätt tillgängliga för alla. Kommunerna ska inrätta bostäder med särskild service för dem som behöver ett sådant boende. När det gäller sysselsättning ska socialtjänsten enligt 5 kap. 7 § SoL verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Enligt 15 § p. 4 LSS ska kommunen medverka till att personer som tillhör lagens personkrets får tillgång till arbete eller studier.

Fullvärdigt boende

Tidigare hänvisades personer med funktionsnedsättning till institutionsboenden eller till att som vuxna bo kvar hos anhöriga. Under senare delen av 1990-talet har det dock skett stora förändringar och i dag bygger boendeformen för personer med funktionsnedsättningar på en strävan att skapa en så hemlik och privat miljö som möjligt. LSS infördes 1994 och i förarbetet till

lagen lyfte regeringen fram betydelsen av att ha en egen bostad och ett eget hem, särskilt för personer med funktionsnedsättning. I dag ska kommunen enligt 5 kap. 8 § SoL planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder [6].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Fullvärdigt boende

Typ av indikator Produktivitetsindikator

Status Under utveckling

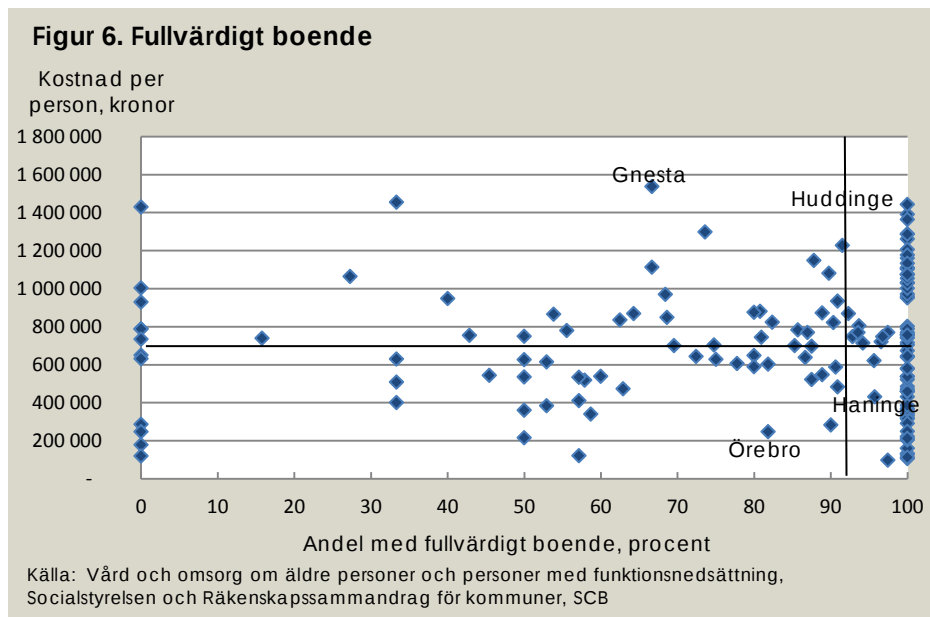
Indikatorområde Stöd till personer med funktionsnedsättning

Syfte Syftet med indikatorn är att visa *produktivitet med hänsyn tagen till processkvalitet* i kommunernas arbete med att tillhandahålla ett fullvärdigt boende för personer med funktionsnedsättning. Detta ska göras genom att i förhållande till kommunernas kostnader för särskilt boende mäta kvaliteten i boendet. Med fullvärdigt boende avses bostäder som innehåller både kokmöjligheter och rum för personlig hygien.

Exempel

Resultatet har delats in i två kategorier: icke fullvärdigt boende och fullvärdigt boende. Till det fullvärdiga boendet räknas boenden som erbjuder 1 till och med 3 rum med kokmöjligheter och WC, dusch/bad. Icke fullvärdigt boende är boenden som inte erbjuder WC, dusch/bad eller kokmöjligheter.

Resultatet av denna produktivitetsindikator visar att flertalet av de kommuner som tagits med i beräkning erbjuder personer med funktionsnedsättning ett fullvärdigt boende. I diagrammet nedan är de kommuner som ligger i nedre högra fältet exempelvis Haninge produktiva eftersom de har hög andel fullvärdiga boenden och låg kostnad per person. De kommuner som ligger i nedre vänstra fältet, exempelvis Örebro, är mindre produktiva eftersom de har lägre andel fullvärdiga boenden. De kommuner som ligger i övre fältet upp till höger, exempelvis Huddinge, är inte lika produktiva som Haninge trots att de har en hög andel fullvärdiga boenden men också en hög kostnad. Gnesta som ligger i övre vänstra fältet har höga kostnader och en relativt låg andel fullvärdiga boenden (figur 6). Denna indikator är också möjlig att tillämpa för LSS-boenden.



Meningsfull sysselsättning

Omfattande forskning visar att sysselsättning har stor betydelse för människans psykiska hälsa och välbefinnande. Att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att få någon typ av sysselsättning är därför en central fråga för att ge dessa personer chansen till sociala kontakter och en så strukturerad vardag som möjligt [7].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Meningsfull sysselsättning

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Stöd till personer med funktionsnedsättning

Syfte Indikatorn visar *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att erbjuda sysselsättning till personer med funktionsnedsättning. Detta ska visas genom att i förhållande till kommunernas handlägningskostnader undersöka om personer med funktionsnedsättning har någon form av sysselsättning. Till sysselsättning kan följande aktiviteter räknas:

- ☐ lönearbete
- ☐ skyddat arbete
- ☐ daglig verksamhet (LSS)
- ☐ dagverksamhet (SoL)
- ☐ arbetslivsinriktad rehabilitering
- ☐ utbildning i någon form

Utvecklingsbehov

För indikatorn meningsfull sysselsättning finns en hel del uppgifter tillgängliga, men för att beräkna denna indikator krävs att samkörning av uppgifter görs. Detta har inte kunnat göras till denna rapport. Kostnader för kommunernas handläggning finns inte heller.

En analys som skulle kunna göras utgår ifrån att en kommun skulle anses vara effektiv om den har en hög andel sysselsatta personer och låga hand-

läggningskostnader. Medan kommuner med höga handläggningskostnader och låg sysselsättningsgrad skulle anses som mindre effektiva. Det är viktigt att nämna att det också finns strukturella faktorer som är svåra för kommunerna att påverka och som bör tas med i en analys. Kommunens storlek, geografiska placering och regionala skillnader i arbetslöshet är exempel på faktorer som kan ha stor betydelse när det gäller möjligheten att erbjuda sysselsättning.

Vård och omsorg om äldre

För området vård och omsorg om äldre redovisas två effektivitetsindikatorer. Dessa indikatorer stödjer sig på 5 kap. 4–6 §§ SoL och 18 § HSL. Socialtjänsten ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Dessutom ska varje kommun bland annat verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Kommunerna ansvarar enligt 18 § HSL för hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boenden och i dagverksamhet upp till sjuksköterskenivå. Flertalet kommuner har också övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Enligt 18 b § HSL ska kommunen i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första–tredje styckena erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Landstingen svarar för all annan hälso- och sjukvård [8].

Trygghet i äldreomsorgen

Effektivitet kan mätas genom att man studerar kostnaden för att uppnå ett visst resultat. I det här exemplet om effektiviteten i äldreomsorgen används som resultat hur många av de äldre som känner sig trygga utifrån tre frågor i Socialstyrelsens undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [9]. De tre frågorna som används i kombination är följande:

- Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?
- Har du besvär med ångslan, oro eller ångest?
- Händer det att du besväras av ensamhet?

Brukarundersökningar är ett sätt att få reda på vad brukarna tycker om hemtjänsten respektive särskilt boende. I beräkningen är det bara den andel som känner sig trygga som speglas mot resursanvändningen, det vill säga andelen med lyckat utfall. Kostnaderna hämtas från kommunernas räkenskapssammandrag (RS).

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Trygghet i äldreomsorgen

Typ av indikator: Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Vård och omsorg om äldre

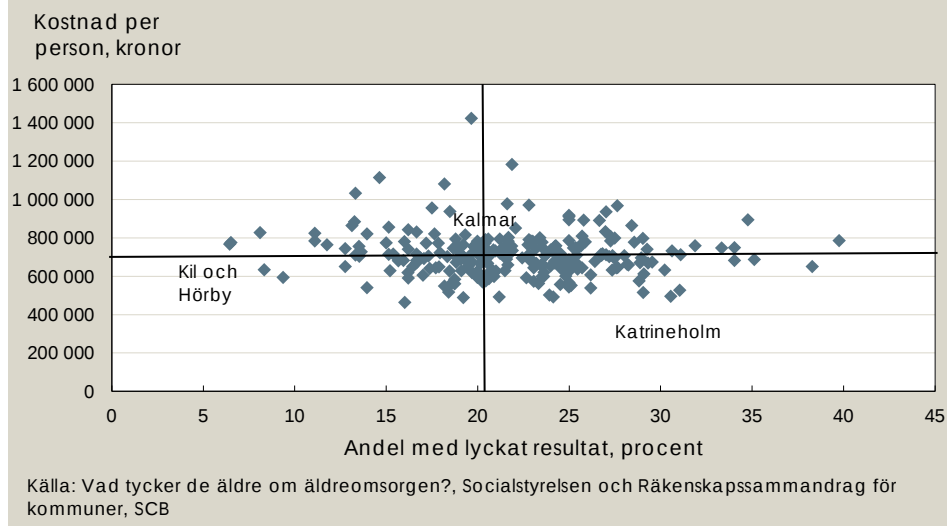
Syfte Indikatorn ska mäta *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att erbjuda de äldre en trygg äldreomsorg i förhållande till kommunernas kostnader för särskilt boende respektive i hemtjänsten. Indikatorn kan användas som jämförelse mellan kommuner eller över tid.

Exempel – särskilt boende

I genomsnitt i riket var det endast 22 procent av de äldre som bodde på särskilt boende som kände trygghet och inte hade besvär av oro, ångest, ångslan eller ensamhet. Det innebär också att det var 78 procent av de boende som inte var helt trygga. Det betyder att de resurser som kommunerna lägger på särskilt boende inte utnyttjades effektivt. Varje krona som satsas på en äldre som inte är trygg är en ineffektiv krona. Ju fler som känner sig trygga desto bättre är verksamhetens effektivitet. I exemplet nedan är spridningen 6–44 procent mellan kommunerna i hur trygga de äldre är, det vill säga hur många lyckade fall det är. Det skiljer med en faktor 3 mellan kommunerna i hur stora kostnaderna var per lyckat fall, då hänsyn har tagits till hur trygga de äldre var. I 117 kommuner är effektiviteten lika eller bättre än riksgenomsnittet i särskilt boende. 121 kommuner har lägre effektivitet än riksgenomsnittet. För 53 kommuner är underlaget för litet för att redovisas. Kommunernas kostnader per person i särskilt boende eller annat boende varierade år 2012 mellan 464 000–1 422 000 kronor. Genomsnittet var 690 000 kronor.

Katrineholm är en effektivare kommun, eftersom de har låga kostnader per person och en hög andel äldre som känner sig trygga och inte har besvär av oro, ångest, ångslan eller ensamhet. Medan Kil och Hörby är mindre effektiva avseende trygghet för de äldre. Kalmar skulle kunna bli effektivare genom att öka andelen trygga äldre eller genom att minska kostnaderna (figur 7).

Figur 7. Trygghet i äldreomsorgen, särskilt boende



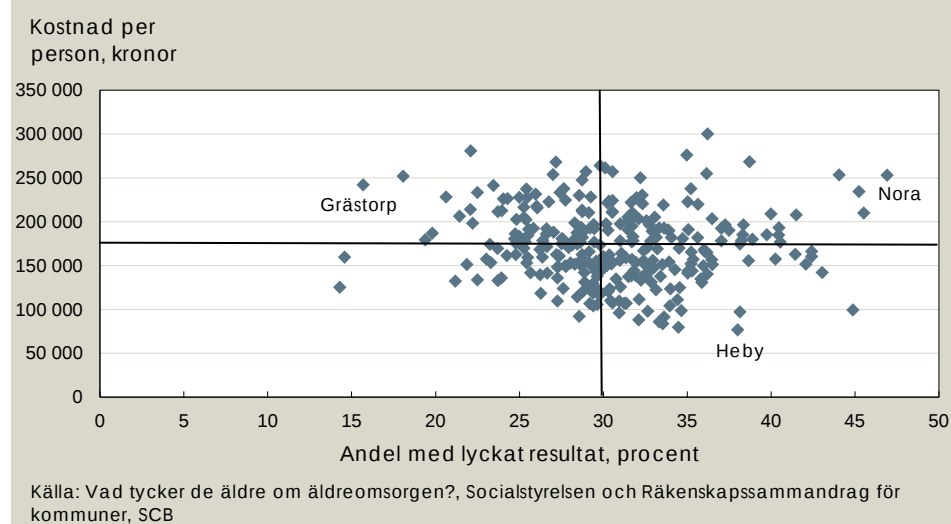
Exempel – hemtjänst

I hemtjänsten var det i genomsnitt 30 procent av de äldre som kände trygghet och inte hade besvär av oro, ångest, ångslan eller ensamhet. Det innebär att det var 70 procent av de äldre med hemtjänst som inte var trygga. Inom hemtjänsten så var spridningen 14–47 procent mellan kommunerna i hur trygga de äldre var räknat i antal lyckade utfall. I hemtjänsten skiljde det med en faktor 2,5 mellan kommunerna i hur stora kostnaderna var per lyckat fall, då hänsyn tagits till hur trygga de äldre var. Effektiviteten i hemtjänsten för 144

kommuner är lika eller bättre än riksgenomsnittet. I 142 kommuner har hemtjänsten lägre effektivitet än riksgenomsnittet. För 4 kommuner var underlaget för litet för att redovisas. Kommunernas kostnader per person med hemtjänst varierade år 2012 mellan 77 000–300 000 kronor. Genomsnittet var 164 000 kronor.

Heby kommun är effektivare avseende trygghet i jämförelse med andra kommuner, då den har låga kostnader per person med hemtjänst och relativt högt resultat för personer med hemtjänst som känner sig trygga. Grästorp har höga kostnader per person och en låg andel personer som känner sig trygga och är därför mindre effektiv än både Heby och Nora. Nora har en högre effektivitet än Grästorp. Nora har nästan samma kostnad per person som Grästorp, men Nora har en större andel med lyckat utfall. Nora skulle kunna förbättra effektiviteten genom att t.ex. sänka sina kostnader (figur 8).

Figur 8. Trygghet i äldreomsorgen, hemtjänsten



ADL-oberoende 12 månader efter stroke

Stroke är en folksjukdom som kräver stora insatser från både kommunerna och landstingen. Resultatet som rör insatserna till personer som haft stroke ger en signal om kvaliteten i den sammantagna vården och i omsorgen för äldre med stora och varierande behov [8].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn ADL-oberoende 12 månader efter stroke

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Vård och omsorg om äldre

Syfte Indikatorn visar *effektivitet som jämförelse* i kommunernas rehabilitering av personer över 65 år med stroke. Detta visas genom att undersöka om personer över 65 år och som drabbats av stroke har oförändrad eller ökad rörlighet ett år efter insjuknandet i förhållande till kommunernas kostnader för rehabilitering av personer över 65 år med stroke.

Utvecklingsbehov

Socialstyrelsen gjorde 2011 en nationell utvärdering av den svenska strokevården [10]. Rapporten behandlade både landstingens och kommunernas insatser. I rapporten redovisades två effektivitetsmått i ett försök att belysa den gemensamma effektiviteten i strokevården. Effektivitetsmåttarna var i utvärderingen:

- ADL-oberoende 12 månader efter stroke
- tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke.

Måtten visade effektivitet som jämförelse i form av kostnad per person som har uppnått målet, vilket uttrycktes som kostnad per lyckat utfall. I Socialstyrelsens utvärdering av strokevården var det strokedrabbade i alla åldersgrupper som ingick [10].

För att belysa effektiviteten i kommunernas rehabilitering för äldre över 65 år begränsas resultatmålet till ADL-oberoende 12 månader efter stroke för personer över 65 år. Det behövs ett omfattande arbete med att beräkna kostnader och antalet fall med stroke för att presentera indikatorn. Kommunernas kostnader för strokerehabilitering saknas men kan beräknas.

Ekonomiskt bistånd

Inom området ekonomiskt bistånd avgränsas arbetet till att redovisa två produktivetsindikatorer. Den ena handlar om att socialtjänsten ska vara tillgänglig och personer ska få del av tjänsterna inom rimlig tid. Den andra handlar om att socialtjänstens tjänster ska tillhandahållas rättssäkert och vara följsamma till lagstiftningen.

Tillgänglig handläggning av ekonomiskt bistånd

I arbetet med ekonomiskt bistånd är socialtjänstens huvuduppgift att stödja de vuxna så att de kan klara sin varaktiga försörjning på egen hand. Den andra uppgiften är att ge ekonomiskt bistånd till dess att detta mål är uppnått. Det stöd och den service som ges till människor med behov av ekonomiskt bistånd ska vara av god kvalitet. När en person kontaktar socialtjänsten för att ansöka om ekonomiskt bistånd erbjuds denne vanligtvis en tid för ett personligt besök där syftet är att utreda behovet och rätten till bistånd. För den enskilde är det oftast önskvärt att få sin rätt till bistånd prövad så snabbt som möjligt. Tillgänglighet i meningen väntetid är därför en viktig kvalitetsaspekt ur den enskildes perspektiv [11].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Tillgänglig handläggning av ekonomiskt bistånd

Typ av indikator Produktivetsindikator

Indikatorområde Ekonomiskt bistånd

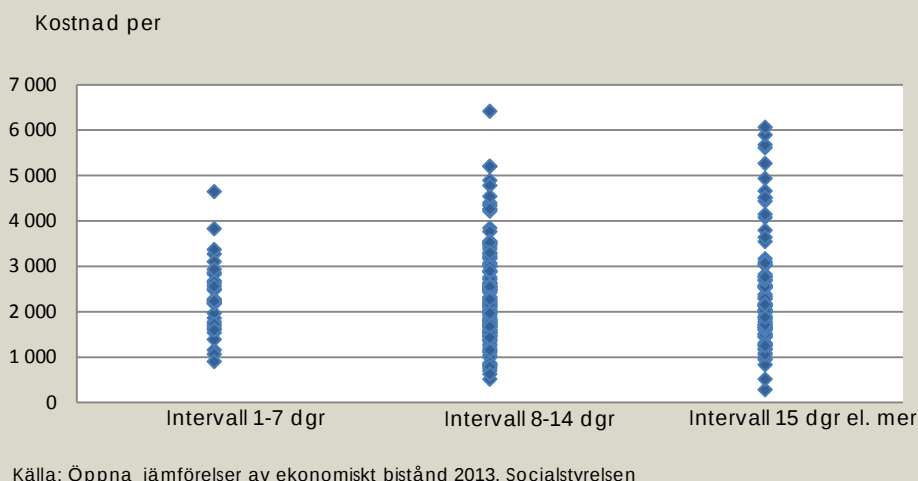
Syftet Indikatorn ska visa *produktivitet* i kommunernas handläggning av ekonomiskt bistånd med hänsyn tagen till kvaliteten i processen. Detta ska visas genom att mäta tillgängligheten i handläggningen av ekonomiskt bistånd i förhållande till kommunernas kostnader per biståndsmånad för handläggning av ekonomiskt bistånd. Indikatorn mäter genomsnittlig väntetid för ett nybesök i tre intervall.

Målnivå Väntetiden för ett första personligt besök bör inte överstiga 15 dagar.

Exempel

I figur 9 visas kommunens kostnad per biståndsmånad för handläggning av ekonomiskt bistånd i relation till väntetiden som är uppdelad i tre intervall: 1–7 dagar, 8–14 dagar eller 15 dagar och mer. Väntetid för ett första personligt besök (nybesök) bör inte överstiga 15 dagar enligt målnivån. Diagrammet visar att väntetiden varierar mellan olika kommuner. Det finns kommuner som har en väntetid på 1–7 dagar, men det finns också de som överstiger målnivån och har en väntetid på mer än 15 dagar. Det är också stor variation i handläggningskostnaden mellan olika kommuner. Enligt diagrammet nedan finns det kommuner som har lång väntetid och höga kostnader och vice versa. I dag finns uppgifter kring väntetiden endast redovisad i intervaller men det skulle i framtiden vara intressant att undersöka kostnad per biståndsmånad för handläggning av ekonomiskt bistånd i förhållande till väntetid för nybesök angivet i exakt antal dagar.

Figur 9. Tillgänglig handläggning



Rätt beslut från början i handläggningen av ekonomiskt bistånd

Om en biståndssökande är missnöjd med ett biståndsbeslut har denne möjlighet att överklaga innehållet i beslutet till förvaltningsrätten. Handläggaren bör göra rätt bedömning efter en individuell prövning. Andelen överklagade beslut som ändrats av förvaltningsrätten bör därför vara låg eftersom det indikerar en aspekt av kvalitet i handläggningen. I kommuner med inga eller ett mycket litet antal överklagade domar kan detta antingen vara ett uttryck för att alla sökande är nöjda med de beslut de fått, att de sökande inte känner till möjligheten att överklaga eller att de inte har velat överklaga [11].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Rätt beslut från början i handläggningen av ekonomiskt bistånd

Typ av indikator Produktivitetsindikator

Status Under utveckling

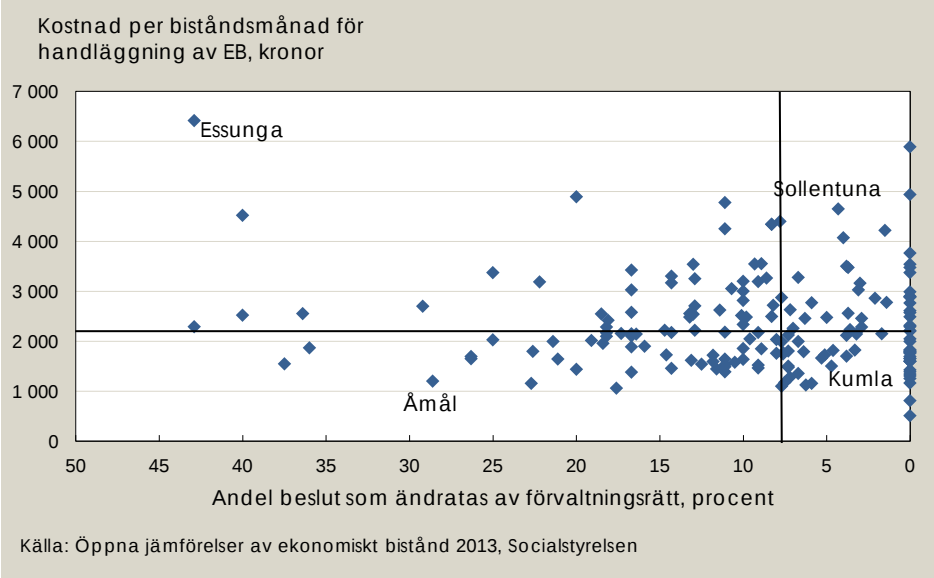
Indikatorområde Ekonomiskt bistånd

Syfte Indikatorn syftar till att visa *produktivitet* i kommunernas handläggning av ekonomiskt bistånd så att den utförs på ett rättssäkert sätt och med följsamhet till lagstiftningen. Detta visas genom andel beslut som överklagats och ändrats av förvaltningsrätten i förhållande till kommunernas handläggningskostnader.

Exempel

Rätt beslut från början antas ge få beslut som ändras av förvaltningsrätten och därmed låga handläggningskostnader för kommunen. Fel beslut ger många ändrade beslut som därmed medför ett merarbete för kommunerna, vilket ger ökade handläggningskostnader. Alternativt att allt för låga kostnader kan ge fel beslut. Exemplet visar att medianen av andel beslut som ändrats av förvaltningsrätten är åtta procent. Medan mediankostnaden per biståndsmånad för handläggning av ekonomiskt bistånd är 2 153 kronor. I diagrammet nedan är de kommuner som ligger i nedre högra fältet produktiva, eftersom de har en låg andel ändrade beslut och en låg handläggningskostnad. De kommuner som ligger i nedre högra fältet, exempelvis Åmål, har hög andel ändrade beslut till låga kostnader. De kommuner som ligger i övre vänstra fältet, exempelvis Essunga, är inte produktiva eftersom de har en hög andel ändrade beslut och en hög handläggningskostnad per biståndsmånad. Sollentuna som ligger i övre högra fältet har höga kostnader men en låg andel ändrade beslut (figur 10). Ett problem med denna indikator vid jämförelser över tid är att i små kommuner finns det risk att indikatorn visar stor variation mellan åren på grund av att små kommuner har få ärenden.

Figur 10. Rätt beslut från början i handläggningen av ekonomiskt bistånd



Stöd till brottsoffer

Området stöd till brottsoffer avgränsas till att beskriva en produktivitetsindikator som är under utveckling. Indikatorn stödjer sig på SoL om att socialtjänsten ska vara tillgänglig och lätt att få kontakt med vid behov. Tjänsterna ska också erbjudas inom rimlig tid (3 kap 2 § SoL). En utgångspunkt för arbetet har varit Socialstyrelsens förslag till statistikutveckling av brottsofferstatistiken [12].

Tillgänglig handläggning för vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer

Socialtjänsten ska vara tillgänglig och det ska vara lätt att ta del av deras tjänster inom rimlig tid. En person som blivit utsatt för våld i nära relationer ska erbjudas en tid för ett personligt besök, där syftet är att utreda behovet och rätten till stöd. För den enskilde är det oftast önskvärt att få träffa en handläggare så snabbt som möjligt. Tillgänglighet i meningen väntetid är därför en viktig kvalitetsaspekt ur den enskildes perspektiv.

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Tillgänglig handläggning för vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer

Typ av indikator Produktivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Stöd till brottsoffer

Syfte Syftet med indikatorn är att visa *produktivitet* i socialtjänstens tillgänglighet i arbetet med vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer i förhållande till kommunernas handläggningskostnader.

Utvecklingsbehov

För att ta fram och beräkna indikatorn tillgänglig handläggning för vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer saknas det i dag uppgifter. Uppgifter behövs både om antalet dagar för nybesök och för kommunernas handläggningskostnader för vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer. För att Socialstyrelsen ska kunna redovisa produktivitet och även effektivitet av kommunernas stöd till brottsoffer krävs uppgifter om kostnader och intäkter för kommunernas insatser till brottsoffer. I dagens räkenskaps-sammandrag för kommuner (RS) särredovisas inte sådana uppgifter. Socialstyrelsen har till SCB därför lämnat in ett förslag om insamling av uppgifter om kostnader och intäkter avseende stödet till brottsoffer, vilket skulle möjliggöra uppföljning, jämförelser och analys av kostnader, produktivitet och effektivitet [3]. Socialstyrelsen har också i maj 2013 överlämnat ett förslag till Socialdepartementet om utveckling av statistiken för kommunernas stöd till brottsoffer [12]. För att statistiken ska kunna samlas in krävs dock först en förändring i förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter liksom i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:13) om socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter.

Missbruks- och beroendevård

De indikatorer som utarbetats i *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården* har legat till grund för arbetet med att ta fram effektivitetsindikatorer. Två effektivitetsindikatorer har tagits fram som stödjer sig på SoL 5 kap. 9 § om att socialnämnden ska sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk.

Vård för vuxna med missbruks- och beroendeproblem

Vård och stöd till vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem avser i dag personer med eget missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, lösningsmedel eller en kombination av dessa. Utredning och uppföljning av personer med missbruks- och beroendeproblem är en del av socialtjänstens arbetsuppgifter. Socialtjänsten ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och bevaka att planen fullföljs. Vidare ska kommunen ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel [14].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Vård för vuxna med missbruks- eller beroendeproblem

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Missbruks- och beroendevård

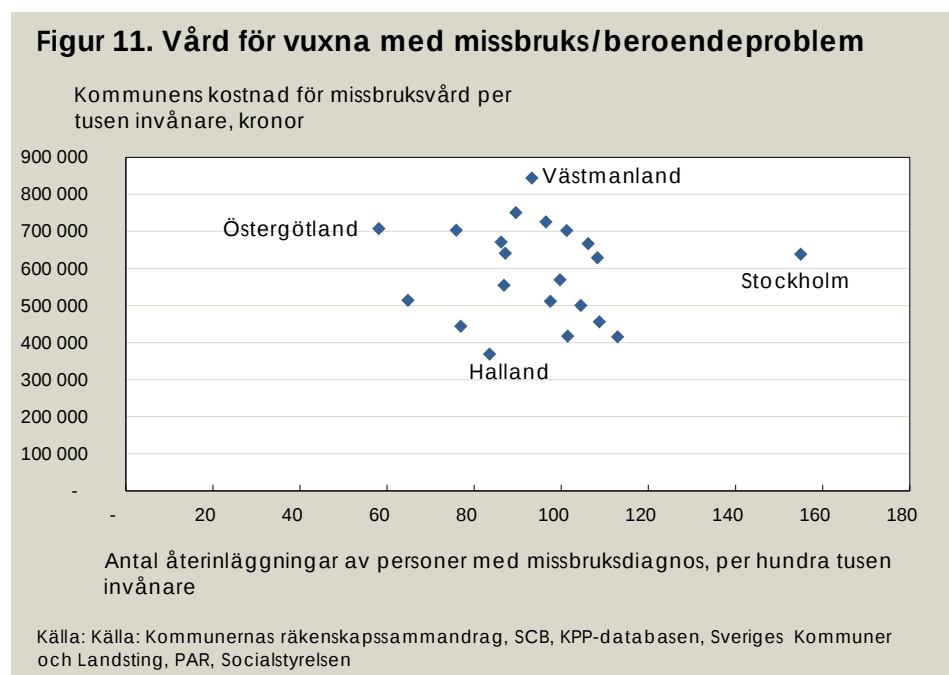
Syfte Syftet med indikatorn är att mäta *effektivitet i jämförelse* i kommunernas missbruks- och beroendevård, så att den enskilde får den vård i kommunen som behövs för att minska sitt missbruk. Det visas genom kommunernas kostnader per tusen invånare för vård av vuxna med missbruks- eller beroendeproblem i relation till antalet återinläggningar i hälso- och sjukvården av personer med alkohol- och narkotikadiagnos per hundra tusen invånare.

Exempel

Indikatorn utgår från att de kommuner som gör rätt förebyggande och rehabiliterande insatser för vård av vuxna med missbruks- eller beroendeproblem borde ha lägre andel personer som återkommer till hälso- och sjukvården inom en tremånadersperiod efter att ha fått en alkohol- och/eller narkotikarelaterad diagnos. Resultatet av kommunernas arbete speglas således i hur många återinläggningar som sker i hälso- och sjukvården.

Det praktiska exemplet visar på en stor variation i kostnader mellan kommunerna och även stor variation av återinläggningar till sjukhus av personer med en alkohol- och/eller narkotikarelaterad diagnos. Kommunerna i Västmanland lägger stora kostnader på missbruksvården, men har relativt hög andel återinläggningar. Stockholmsområdet har en stor andel återinläggningar, men inte så höga kostnader för missbruks- och beroendevården i kommunerna. Östergötland har lägst andel återinläggningar per hundra tusen invånare, samtidigt som kommunerna i länet lägger betydande resurser på insatser till vuxna med missbruksproblem. Kommunerna och landstinget i

Halland kan ses som effektiva med låga kostnader i kommunerna och en låg andel återinläggningar i hälso- och sjukvården (figur 11).



Denna indikator är ett grovt mått på effektivitet i kommunernas stöd och vård till vuxna med missbruks- och beroendeproblem ser ut. För att ge en tydligare bild av varför en effektivitetsindikator har ett visst utfall för en viss kommun krävs fler uppgifter och ytterligare analys.

Dödlighet bland personer med alkohol- och narkotikadiagnos

Missbruk och beroende av alkohol och droger kan leda till omfattande fysiska, psykiska och sociala problem och kostnader för såväl den enskilde som för närstående och samhälle. Av den vuxna befolkningen uppfyller fyra procent diagnoskriterierna för alkoholberoende. Av dessa söker inte alla vård. Alkoholberoende är förenat med förhöjd sjuklighet och dödlighet. För de svåra beroendetillstånden är den förtida dödligheten minst fem gånger högre än i den övriga befolkningen [14].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Dödlighet bland personer med alkohol- och narkotikadiagnos

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

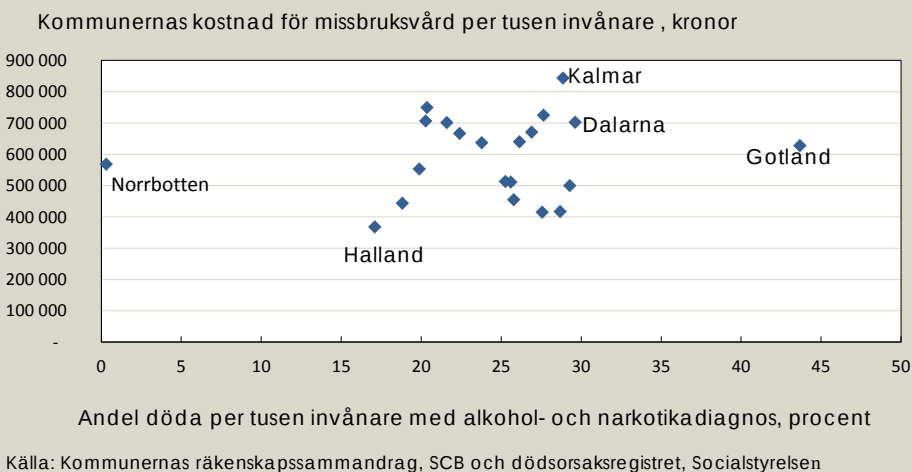
Indikatorområde Missbruks- och beroendevård

Syfte Syftet med indikatorn är att mäta *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att ge vård och stöd till personer med alkohol- och narkotikadiagnos. Kommunernas arbete mäts med kostnader för missbruks- och beroendevården som ställs i relation till hur många personer som dör i en alkohol- och/eller narkotikarelaterad diagnos och som också har varit föremål för kommunens missbruks- och beroendevård.

Exempel

Indikatorn utgår från att de kommuner som har höga kostnader för missbruks- och beroendevården också borde ha färre personer med alkohol- och narkotikadiagnos som dör i sin alkohol- och narkotikadiagnos. Det praktiska exemplet visar att variationen är stor i landet. På Gotland dör många personer med dessa diagnoser trots att kommunen har höga kostnader för vården. Medan kommunerna i Norrbotten har höga kostnader, men låg andel döda med narkotika- och alkoholrelaterad diagnos. Kommunerna i Dalarna och i Kalmar län har höga kostnader för sin missbruksvård, men även relativt hög andel döda med alkohol- och narkotikadiagnos. Kommunerna i Halland har lägst kostnader för sin missbruksvård samtidigt som andelen döda med en alkohol- och narkotikadiagnos är låg, vilket tyder på att verksamheten i kommunerna i Halland har högre effektivitet än kommunerna i andra län (figur 12).

Figur 12. Dödlighet bland personer med alkohol- och narkotikadiagnos



Denna indikator är ett grovt mått på hur effektiviteten av stöd och vård till vuxna med missbruks- och beroendeproblem ser ut i kommunerna. För att ge en tydligare bild av varför en effektivitetsindikator har ett visst utfall för en viss kommun krävs fler uppgifter och ytterligare analys. Hänsyn bör också tas till den vård för missbruk och beroende som bedrivs av landstingen och regionerna. Exempel på uppgifter som behövs är behandlingsstrategier, diagnosmönster och socioekonomiska samt demografiska skillnader.

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Inom området hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden har en effektivitetsindikator under utveckling tagits fram, som utgår ifrån att socialtjänsten ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

Bostad först

Akut boende, övergångsboende, individuella behovsprövade öppna insatser och vräkningsförebyggande insatser är exempel på insatser som kommunerna använder i arbetet för att främja människornas jämlikhet i levnadsvillkoren och förebygga hemlöshet [3]. Bostad först är en insats för hemlöshet och innebär att den hemlöse uppmuntras att själv definiera sina behov och mål. Personen erbjuds som ett första steg, om denne så önskar, en varaktig boendelösning. Erbjudandet ges utan några krav på att personen först har genomgått psykiatrisk behandling eller uppvisat nykterhet eller drogfrihet. Boendelösningen är utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering [15]. Lokala utvärderingar som gjorts av bostad först visar att om personer som lever i hemlöshet får bostad, utan krav på nykterhet eller behandling, klarar nästan alla att behålla lägenhetskontraktet [16]. Bostad först skulle därmed kunna underlätta kommunens övriga stödinsatser till personer som lever i hemlöshet och ökar möjligheten till en framgångsrik rehabilitering.

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Bostad först

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Syfte Syftet med indikatorn är att visa *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete mot hemlöshet i förhållande till kommunernas kostnader för hemlöshet.

Utvecklingsbehov

För att kunna beräkna indikatorn bostad först behövs fler kostnadsuppgifter. Det behövs också uppgifter om hur många som lyckas behålla hyreskontraktet på sin bostad som erhållits genom insatsen bostad först. Sådana uppgifter finns inte tillgängliga i dag. Indikatorn kan visa på effektiviteten i kommunernas utförande av insatserna mot hemlöshet. Det är viktigt att ha i åtanke att denna indikator är en grov effektivitetsindikator för kommunernas hemlöshetsarbete.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården [17].

Ledningen av hälso- och sjukvården ska vidare se till att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt och att den systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras [17]. Enligt Socialstyrelsen avser god vård att hälso- och sjukvården är:

- kunskapsbaserad
- säker

- individanpassad
- effektiv
- jämlik
- tillgänglig.

Riksdagen har antagit tre prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Enligt dessa får människovärdet inte kränkas, man ska vara solidarisk med dem som har störst behov och kostnaderna för de insatser som görs ska motsvara nyttan de gör. Resurser som ”sparas in” genom att använda den mest effektiva metoden kan nyttjas för att tillgodose andra behov. Principerna är också på olika sätt kopplade till varandra. Exempelvis spelar behovsprincipen en avgörande roll när effektiviteten i form av relationen mellan kostnad och effekt bedöms. Vid val mellan åtgärder mot olika typer av ohälsa bör man i första hand välja det som är mest kostnadseffektivt.

I detta avsnitt presenteras tre effektivitetsindikatorer som mäter ineffektivt resursutnyttjande och som bygger på indikatorer med samma namn från Socialstyrelsens och SKL:s rapport *Öppna jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård – Jämförelser mellan landsting* [18]. Skillnaden är att vi här har tagit fram kostnaderna istället för att visa hur många personer som berörs.

Undvikbar slutenvård

Undvikbar slutenvård (påverkbar slutenvård) bygger på antagandet att om patienten med de utvalda sjukdomstillstånden får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan vissa inläggningar på sjukhus förhindras. Ett optimalt omhändertagande kan innefatta såväl förebyggande arbete som primärvård och annan öppenvård. En del av det preventiva arbetet måste ske på lång sikt. Andra tillstånd kan förebyggas eller skjutas upp med en väl fungerande, tillgänglig primärvård.

I indikatorn undvikbar slutenvård ingår de kroniska sjukdomstillstånden anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kronisk lungsjukdom och kärlkramp samt följande akuta tillstånd: blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner [18].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Undvikbar slutenvård

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Hälso- och sjukvård

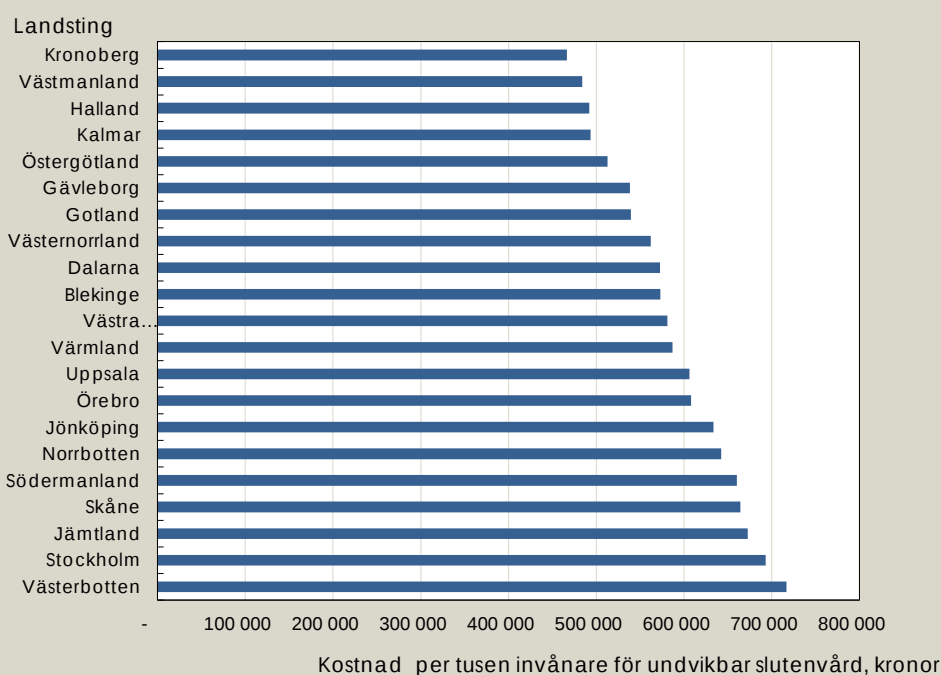
Syfte Indikatorn ska mäta *ineffektivt resursutnyttjande* i hälso- och sjukvårdens öppenvård och visa om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta ska göras genom att per landsting beräkna kostnader för undvikbara inläggningar av patienter med utvalda sjukdomstillstånd. Sådana inläggningar bidrar till kostnader som till viss del skulle kunna undvikas genom att personer med de utvalda sjukdomstillstånden får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården så att undvikbara inläggningar på sjukhus kan förhindras.

Exempel

Västerbotten är det landsting som har störst kostnader per tusen invånare, 716 673 kronor, för undvikbar slutenvård, medan Kronoberg har de lägsta kostnaderna med 466 425 kronor. Det skiljer 250 248 kronor per tusen invånare mellan dessa två landsting. Medelvärde av kostnaderna per tusen invånare är 585 620 kronor (figur 13). Det finns skillnader mellan landstingen som tyder på att det finns förutsättningar för att förbättra effektiviteten genom främst ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården. Det kan handla om både mer förebyggande insatser och insatser i primärvård och annan öppenvård. Detta arbete kräver initialt mer ekonomiska resurser, men skulle i ett längre perspektiv innebära en effektivisering.

Undvikbara inläggningar kommer aldrig att helt kunna undvikas. Omfattningen av undvikbar slutenvård i landstingen påverkas av att förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting genom att diagnosättning och registrering kan variera. Även tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt in [18].

Figur 13. Undvikbar slutenvård



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting, PAR, Socialstyrelsen.

Oönskade händelser efter knä- och höftoperationer

I Sverige sätts årligen cirka 13 000 knäproteser och 16 000 totala höftproteser in. Modern anestesilogi, noggrann medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations- och mortalitetsfrekvenser. Återinläggning och död efter operation är internationellt sett vanligt förekommande kvalitetsindikatorer. Orsaker till återinläggning är bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och

stroke. Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin, men också på andra medicinska komplikationer. Önskad komplikationer kan också bero på patienternas ålder och samsjuklighet [18].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Önskad händelser efter knä- och höftoperationer

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

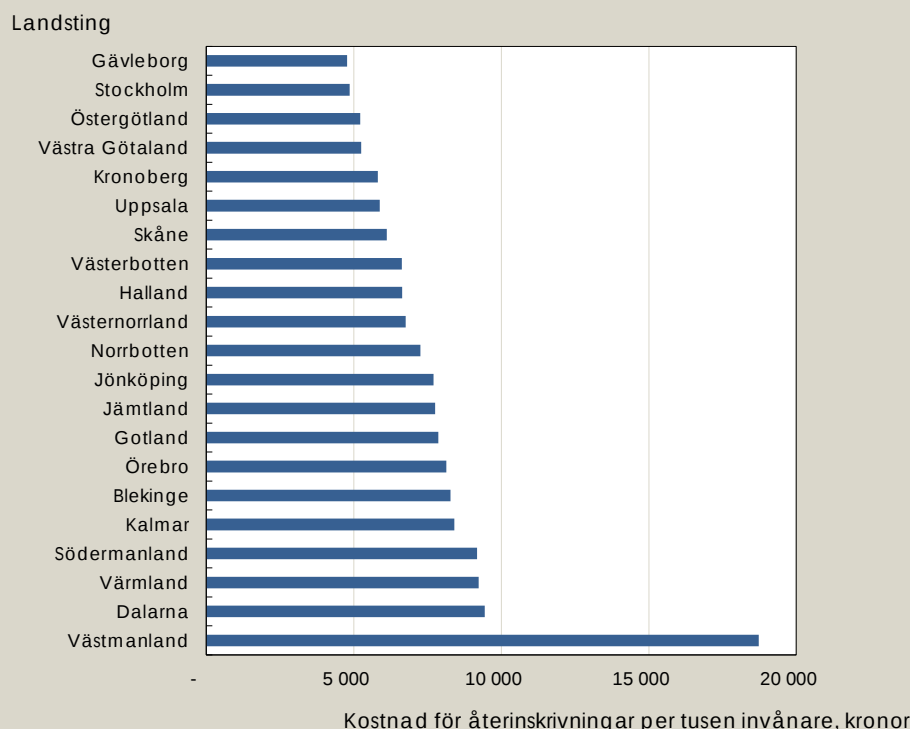
Indikatorområde Hälso- och sjukvård

Syfte Indikatorn ska mäta *ineffektivt resursutnyttjande* för knä- och höftoperationer och visa om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta ska göras genom att per tusen invånare beräkna landstingens kostnad för återinskrivningar av patienter med önskad effekter efter höft- och knäoperationer. Många av dessa återinskrivningar genererar kostnader som till viss del skulle kunna reduceras genom att b.la utreda patienten noggrannare innan operation.

Exempel

Även här är det stora skillnader mellan landstingen som tyder på att det finns förutsättningar för att förbättra effektiviteten. Även då dessa ingrepp är att betrakta som rutinkirurgi, så är de inte helt riskfria för patienten och därför kommer önskad händelser aldrig helt att kunna undvikas. Västmanland är det landsting som har största kostnader per tusen invånare för önskad händelser efter knä- och höftoperationer, medan Gävleborg har lägst kostnader, 18 724 kronor respektive 4 771 kronor per tusen invånare. Det skiljer 14 000 kronor per tusen invånare mellan dessa två landsting (figur 14). Om landstinget i Västmanland skulle ha samma kostnad per tusen invånare som medelvärdet i riket, som är 7 600 kr per tusen invånare, så skulle Västmanland spara cirka 2,8 miljoner kronor.

Figur 14. Önskade händelser efter knä- och höftoperationer



Källa: KPP- databas, Sveriges Kommuner och Landsting, PAR, Socialstyrelsen.

Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras i ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen som ”varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården”. Urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna [18].

Indikatorbeskrivning

Indikatornamn Vårdrelaterade infektioner

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

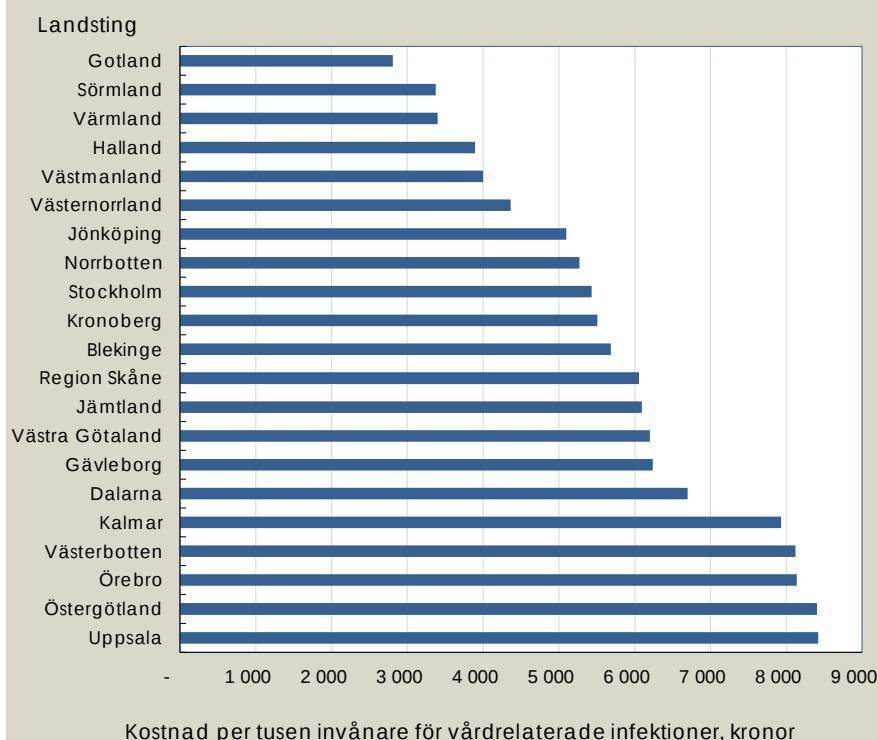
Indikatorområde Hälso- och sjukvård

Syfte Indikatorn ska mäta *ineffektivt resursutnyttjande* i hälso- och sjukvården och visa om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta ska göras genom att per landsting beräkna kostnad för behandling av personer med vårdrelaterade infektioner till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård. Återinläggningar skapar kostnader som till viss del skulle kunna undvikas genom till exempel noggrannare hygien.

Exempel

Andelen vårdrelaterade infektioner varierar mellan landstingen från drygt 4 till knappt 13 procent. Varje VRI beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt fyra extra vård dygn. Betydande resurser tas därmed i anspråk som skulle kunna användas till något annat bättre inom vården. Vid mätningen våren 2013 hade 1 765 patienter drabbats av en vårdrelaterad infektion. Detta innebär att vårdrelaterade infektioner gav en ökad kostnad totalt i riket med cirka 56 miljoner kronor [18]. Uppsala var det landsting som har högst kostnader per tusen invånare för vårdrelaterade infektioner, drygt 8 400 kronor per tusen invånare, medan Gotland endast har en kostnad på 2 800 kronor per tusen invånare (figur 15). Det skiljer 5 600 kronor per tusen invånare mellan dessa två landsting. Om Uppsala läns landsting skulle ha samma kostnad för vårdrelaterade infektioner som medelvärdet i riket, som är 5700 kr per tusen invånare, så skulle Uppsala spara cirka 1 miljon kronor.

Figur 15. Vårdrelaterade infektioner



Källa: öppna jämförelser 2013, Hälso- och sjukvård- jämförelse mellan landsting, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting

Referenser

1. Socialstyrelsen. Handbok för effektivitetsanalyser. För god hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
3. Socialstyrelsen. Förslag på nya uppgifter för vård och omsorg i RS. För insamling i Räkenskapssammandrag för kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
4. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregister. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
5. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om placerade barn. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
6. Socialstyrelsen. Alltjämt ojämnt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
7. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning 2013. Resultat och metoder. Socialstyrelsen; 2013.
8. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
9. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.
10. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård, Västerås: Socialstyrelsen; 2011.
11. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013. Resultat och metoder. Socialstyrelsen; 2013.
12. Socialstyrelsen. Brottsofferstatistik – förslag till statistikutveckling inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2013.
13. Socialstyrelsen. VÅLD. Handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

15. Socialstyrelsen. En fast punkt. Vägledning om beroendelösningar för hemlösa personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
16. <http://www.hemhyra.se/riks/utvardering-hemlosa-klarar-vanlig-bostad>. Hämtat: 140501.
17. Lag (1982:763) Hälso-och sjukvårdslagen.
18. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser, 2013 Hälso- och sjukvård, Jämförelser mellan landsting.
19. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- sjukvård och socialtjänst, Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen.

Bilagor

Indikatorbeskrivning

Indikator 1: Unga vuxna med aktivitet

Indikatornamn Unga vuxna med aktivitet

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Tillgänglig

Indikatorområde Barn- och ungdomsvård

Syfte Indikatorn ska visa *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att ge barn- och unga som varit placerade i barn- och ungdomsvården möjlighet till god ekonomi och social trygghet, jämlika levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder. Detta ska visas genom att i förhållande till kommunernas totala kostnader för barn och unga undersöka om individer som varit placerade i barn- och ungdomsvården och fyllt 25 år har haft någon aktivitet under de senaste två åren.

Mål/Referens Indikatorn utgår från SoL om att Socialnämnden ska verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden samt främja en allsidig personlighetsutveckling och gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom (5 kap. 1 § SoL).

Mått Indikatorn ska visa kostnad per lyckat utfall, det vill säga kostnad per ung vuxen med aktivitet någon gång under de senaste två åren, procent.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kostnad per lyckat fall beräknas på följande sätt:

Täljare: Kommunens kostnad för det egna åtagandet för förskola, skola, musik- och kulturskola och fritidsgårdar i genomsnitt för åren 1998–2003.

Nämnare: Antal 25 åringar år 2010 med aktivitet under de senaste två åren och som har varit placerade i barn- och ungdomsvården under åren 1998–2003.

Effektresultat: Andel personer 25 år med aktivitet under de senaste två åren.

Täljare: Antal personer 25 år 2010 med aktivitet under de senaste två åren och som har varit placerade i barn och ungdomsvården före 10 års ålder under åren 1998–2003.

Nämnare: Antal personer som har varit placerade i barn och ungdomsvården före 10 års ålder under åren 1998–2003

Med aktivitet innebär att individen:

- har haft studerandeinkomst, varit studiedeltagande eller varit registrerad på grund- eller forskarutbildning vid högskola eller universitet
- har haft inkomst av förvärvskälla, aktiv näringsverksamhet eller värnpliktsersättning som överstiger ett basbelopp
- arbetspendlar till Danmark eller Finland
- deltagit mer än 60 timmar i svenska för invandrare, SFI
- invandrat under de senaste två åren
- totalt under minst 7 månader:

- o deltagit i statliga arbetsmarknadsåtgärder (arbetslöshet, åtgärdsstudier, åtgärdssysselsättning eller nystartsjobb)
- o fått ekonomiskt bistånd
- o vårdat barn (fått havandeskapspenning, föräldrapenning vid barns födelse eller tillfällig föräldraskapspenning)
- o varit sjuk eller funktionsnedsatt (fått sjukpenning, arbets-skadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förebyggande sjukpenning, smittbärarsjukpenning, sjuk med aktivitetsstöd och sjukpenning vid utbildning, aktivitetsersättning, icke tidsbegränsad eller tidsbegränsad sjukersättning).

Kommun avser hemkommun den 31 december det år individen fyllde 25 år.

Datakälla Rikets totalbefolkning (RTB), longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) och kommunernas räkenskapsammandrag, Statistiska centralbyrån (SCB).

Felkällor Med aktivitet innebär att personen har haft någon aktivitet enligt de kriterier som ställts upp och som fångas i de register som studerats. Personer som arbetat, studerat (utan studiemedel) eller varit på resa utomlands fångas inte av befintliga register och räknas inte som lyckade fall. Till exempel fångas inte arbetspendling till Norge. Kostnaden per lyckat fall kan därför vara överskattad. Invandring till Sverige under de senaste två åren räknas som lyckat utfall trots att det inte behöver vara så i praktiken. Troligen underskattas kostnaden per lyckat fall på grund av detta.

Publicering Öppna jämförelser och utvärdering, Vård och omsorg om placerade barn, Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet, Socialstyrelsen.

Indikator 2: Unga vuxna med behörighet till gymnasieskolan

Indikatornamn Unga vuxna med behörighet till gymnasieskolan

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Tillgänglig

Indikatorområde Barn- och ungdomsvård

Syfte Indikatorn ska visa *effektivitet som jämförelse* av kommunernas insatser för barn och unga som är eller har varit placerade inom barn- och ungdomsvården före 10 års ålder. Detta ska visas genom att i förhållande till kommunernas kostnader för grundskolan undersöka om personer som har varit placerade i barn- och ungdomsvården före 10 års ålder har grundläggande behörighet till gymnasieskolan.

Mål/Referens Indikatorn utgår från SoL om att Socialnämnden ska verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden samt främja en allsidig personlighetsutveckling och gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom (5 kap. 1 § SoL).

Mått Kostnad per lyckat utfall, d.v.s. antal 17-åringar med grundläggande behörighet till gymnasieskolan och som placerades inom barn- och ungdomsvården före 10 års ålder.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kommunens kostnad för grundskola 1998–2009 och avser bruttokostnad minus interna intäkter minus försäljning av verksamhet.

Effektresultat: Antal personer 17 år med grundläggande behörighet till gymnasieskolan som placerades inom barn- och ungdomsvården före 10 års ålder. Grundläggande behörighet innebär godkända betyg i svenska, matematik och engelska.

Placerade inom barn- och ungdomsvården avser de som för första gången blev placerade i HVB eller i familjehem inom barn- och ungdomsvården före 10 års ålder.

Personer som varit placerade men som inte är folkbokförda i Sverige det år de fyller 17 år ingår inte. Med kommun avses hemkommun vid senaste placering inom barn- och ungdomsvården.

Datakälla Registret över grundskolans slutbetyg och kommunernas räkenskapssammandrag, Skolverket/Statistiska centralbyrån (SCB).

Felkälla I antalet personer 17 år med behörighet till gymnasieskolan ingår inte elever som deltagit i särskolan. Inte heller ingår kostnaderna för särskolan.

Publicering Öppna jämförelser och utvärdering, Vård och omsorg om placerade barn, Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet, Socialstyrelsen.

Indikator 3: Fullvärdigt boende

Indikatornamn Fullvärdigt boende

Typ av indikator Produktivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Stöd till personer med funktionsnedsättning

Syfte Syftet med indikatorn är att visa *produktivitet med hänsyn tagen till processkvalitet* i kommunernas arbete med att tillhandahålla ett fullvärdigt boende för personer med funktionsnedsättning. Detta ska göras genom att i förhållande till kommunernas kostnader för särskilt boende mäta kvaliteten i boendet. Med fullvärdigt boende avses bostäder som innehåller både kökmöjligheter och rum för personlig hygien.

Mål/Referens Enligt 5 kap. 8 § SoL ska kommunen planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. Socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen ska syfta till att påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen (3 kap. 2 § SoL).

Mått Kostnad per person med funktionsnedsättning med särskilt boende enligt SoL och andel med fullvärdigt boende.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kostnad per person med funktionsnedsättning med särskilt boende enligt SoL och beräknas enligt följande:

Täljare: Kommunens kostnad för det egna åtagandet för särskilt boende enligt SoL för personer med funktionsnedsättning

Nämnare: Totalt antal personer med särskilt boende enligt SoL för personer i åldrarna 0–64 år.

Processkvalitet: Andel personer med fullvärdigt boende vilket beräknas enligt följande:

Täljare: Antal personer med fullvärdigt boende.

Nämnare: Totalt antal med särskilt boende enligt SoL för personer i åldrarna 0–64 år.

Datakälla Kommunernas räkenskapssammandrag, SCB, samt Officiell statistik avseende vård och omsorgsinsatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) till äldre personer och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen. Mängduppgift 2013.

Felkälla Enligt lägesrapporten *Tillstånd och utvecklingen inom hälso-och sjukvård och socialtjänst 2012*, är medelvärdet för kostnad per brukare för ett boende i särskilda boendeformer enligt SoL, 650 000 kronor per år [19]. De kommuner som i vår statistik har redovisat en kostnad per brukare för särskilt boende enligt SoL, som överstiger 1,5 miljoner har därför inte tagits med i beräkningen. Därmed finns endast 151 av 290 kommuner redovisade i diagrammet nedan.

Indikator 4: Meningsfull sysselsättning

Indikatornamn Meningsfull sysselsättning

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Stöd till personer med funktionsnedsättning

Syfte Indikatorn visar *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att erbjuda sysselsättning till personer med funktionsnedsättning. Detta ska visas genom att i förhållande till kommunernas handläggningskostnader undersöka om personer med funktionsnedsättning har någon form av sysselsättning. Till sysselsättning kan följande aktiviteter räknas:

- o lönearbete
- o skyddat arbete
- o daglig verksamhet (LSS)
- o dagverksamhet (SoL)
- o arbetslivsinriktad rehabilitering
- o utbildning i någon form

Mål/Referens Enligt SoL ska socialtjänsten verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialtjänsten ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och ett boende som är anpassat efter den enskildes behov (5 kap 7 § SoL).

Mått Kostnad per person med funktionsnedsättning som har någon form av sysselsättning.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kommunens handläggningskostnad för personer med funktionsnedsättning. Förslag på sådana kostnader skulle kunna erhållas från Socialstyrelsens förslag till SCB om ny statistik.

Effektresultat: Andelen personer med funktionsnedsättning i åldrarna 21–64 som har någon insats enligt SoL eller LSS och som är sysselsatta får man fram genom att samköra Socialstyrelsens socialtjänstregister med SCB:s register över antal sysselsatta i landet.

Datakälla Kommunernas räkenskapssammandrag, SCB. Socialtjänstregister, Socialstyrelsen. Antal sysselsatta i landet, RAKS.

Indikator 5: Trygghet i äldreomsorgen

Indikatornamn Trygghet i äldreomsorgen

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Vård och omsorg om äldre

Syfte Indikatorn ska mäta *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att erbjuda de äldre en trygg äldreomsorg i förhållande till kommunernas kostnader för särskilt boende respektive i hemtjänsten. Indikatorn kan användas som jämförelse mellan kommuner eller över tid.

Mål/Referens Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Dessutom ska varje kommun bland annat verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Den äldre ska vidare kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (5 kap. 4–6 § SoL).

Mått Kostnad per person med särskilt boende respektive hemtjänst och andel som känner sig trygga med sin äldreomsorg.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kostnad per person med särskilt boende respektive hemtjänst som beräknas på följande sätt:

Täljare: Kommunens kostnad för det egna åtagandet för särskilt boende respektive hemtjänst, vilket avser bruttokostnad minus interna intäkter minus försäljning av verksamhet.

Nämnare: Antal personer med särskilt boende respektive hemtjänst.

Effektresultat: Andel äldre som svarat att de känner sig mycket eller ganska trygga och att de inte besväras av ångslan, oro eller ångest. Resultatet är hämtat från Socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*

Datakälla Kommunernas räkenskapssammandragning, SCB och *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen, *Äldre – vård och omsorg*, Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsen.

Indikator 6: ADL-oberoende 12 månader efter stroke

Indikatornamn ADL-oberoende 12 månader efter stroke

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Vård och omsorg om äldre

Syfte Indikatorn visar *effektivitet som jämförelse* i kommunernas rehabilitering av personer över 65 år med stroke. Detta visas genom att undersöka om personer över 65 år och som drabbats av stroke har oförändrad eller ökad rörlighet ett år efter insjuknandet i förhållande till kommunernas kostnader för rehabilitering av personer över 65 år med stroke.

Mål/Referens Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kommunen i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första till tredje stycket erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel (18 b § HSL). Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen ska avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare (20 § HSL).

Mått Kostnad per person över 65 år som har oförändrad eller ökad rörlighet efter stroke.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kommunens kostnader för rehabilitering av personer över 65 år som har haft stroke.

Kostnad per hemtjänststimme multiplicerat med förändringen av antalet hemtjänststimmar efter uppföljningen som görs tolv månader efter insjuknandet i stroke.

Effektresultat: Andel äldre över 65 år som har oförändrad eller ökad rörlighet efter sin stroke och beräknas på följande sätt:

Täljare: Äldre över 65 år som fått stroke och har oförändrad eller ökad rörlighet efter tolv månader efter insjuknandet

Nämnare: Totalt antal personer över 65 år som fått stroke.

Datakälla Socialtjänstregistret, Patientregistret, Socialstyrelsen, Riks-Stroke-registret, och Kostnad per hemtjänststimme, Sveriges Kommuner och Landsting.

Indikator 7: Tillgänglig handläggning av ekonomiskt bistånd

Indikatornamn Tillgänglig handläggning av ekonomiskt bistånd

Typ av indikator Produktivitetsindikator

Status Tillgänglig

Indikatorområde Ekonomiskt bistånd

Syftet Indikatorn ska visa *produktivitet* i kommunernas handläggning av ekonomiskt bistånd med hänsyn tagen till kvaliteten i processen. Detta ska visas genom att mäta tillgängligheten i handläggningen av ekonomiskt bistånd i förhållande till kommunernas kostnader per biståndsmånad för handläggning av ekonomiskt bistånd. Indikatorn mäter genomsnittlig väntetid för ett nybesök i tre intervall.

Mål/Referens Socialtjänsten ska vara lätt att få kontakt med vid behov. Det ska vara lätt att ta del av deras tjänster inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna ska vara fysiskt tillgängliga.

Målnivå Väntetid för ett första personligt besök bör inte överstiga 15 dagar.

Mått Kostnad per biståndsmånad för handläggning av EBK och väntetid vid nybesök.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kostnad per biståndsmånad för handläggning av EB, kronor. Måttet kostnad per biståndsmånad visar den genomsnittliga kostnaden för att handlägga ett ärende av ekonomiskt bistånd per utbetald biståndsmånad.

Processkvalitet: Väntetid för nytt besök uppdelat i tre intervall: 1–7 dagar, 8–14 dagar, 15 dagar eller mer, redovisat per kommun.

Datakälla Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013 – resultat och metoder, Socialstyrelsen.

Indikator 8: Rätt beslut från början i handläggningen av ekonomiskt bistånd

Indikatornamn Rätt beslut från början i handläggningen av ekonomiskt bistånd

Typ av indikator Produktivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Ekonomiskt bistånd

Syfte Indikatorn syftar till att visa *produktivitet* i kommunernas handläggning av ekonomiskt bistånd så att den utförs på ett rättssäkert sätt och med följsamhet till lagstiftningen. Detta visas genom andel beslut som överklagats och ändrats av förvaltningsrätten i förhållande till kommunernas handläggningskostnader.

Mål/Referens Inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras enligt 3 kap. 3 § SoL. Kunskapsunderlag har också hämtats från rapport: *Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012 – Resultat och metoder*, Socialstyrelsen.

Mått Handläggningskostnad i förhållande till andel ändrade domar

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kostnad per biståndsmånad för handläggning av EB per kommun, kr.

Processkvalitet: Andel överklagade beslut som ändrats av förvaltningsrätten per kommun.

Datakälla Öppna jämförelse av ekonomiskt bistånd 2013 – resultat och metoder, Socialstyrelsen.

Indikator 9: Tillgänglig handläggning för vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer

Indikatornamn Tillgänglig handläggning för vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Stöd till brottsoffer

Syfte Syftet med indikatorn är att visa *produktivitet* i socialtjänstens tillgänglighet i arbetet med vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer i förhållande till kommunernas handläggningskostnader.

Mål/Referens Enligt lag ska socialtjänsten vara lätt att få kontakt med vid behov. Det ska vara lätt att ta del av deras tjänster inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna ska vara fysiskt tillgängliga.

Mått Kommunens handläggningskostnad för personer som utsätts för våld i nära relationer och väntetid för nybesök.

Teknisk beskrivning

Förslag på kostnader och resultat skulle kunna erhållas från Socialstyrelsens förslag till ny brottsofferstatistik.

Resursanvändning: Kommunens handläggningskostnader för vuxna personer som utsätts för våld i nära relationer.

Processkvalitet: Väntetid för nybesök uppdelat i perioder.

Datakällor Räkenskapssammandrag RS, SCB. Ny uppgiftsinsamling Förslag till statistikutveckling, Socialstyrelsen.

Indikator 10: Vård för vuxna med missbruks- eller beroendeproblem

Indikatornamn Vård för vuxna med missbruks- eller beroendeproblem

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Missbruks- och beroendevård

Syfte Syftet med indikatorn är att mäta *effektivitet i jämförelse* i kommunernas missbruks- och beroendevård och att den enskilde får den vård i kommunen som behövs för att minska sitt missbruk. Det visas genom kommunernas kostnader per tusen invånare för vård av vuxna med missbruks- eller beroendeproblem i relation till antalet återinläggningar i hälso- och sjukvården av personer med alkohol- och narkotikadiagnos per hundra tusen invånare.

Mål/Referens Enligt 5 kap. 9 § SoL ska socialnämnden sörja för att den enskilda missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.

Mått Kommunernas totala kostnader för vård av vuxna med missbruks- eller beroendeproblem och antal vårdade vuxna personer med alkohol- och narkotikadiagnos som återvänder till hälso- och sjukvården inom en tre månaders period per hundra tusen invånare.

Teknisk beskrivning

Resursanvändningen: Kommunernas kostnad för det egna åtagandet för vård av vuxna med missbruk- eller beroendeproblem per tusen invånare och beräknas på följande sätt:

Täljare: Kommunernas kostnad för vård av vuxna med missbruk- eller beroendeproblem redovisat per län.

Nämnare: Per tusen invånare i länet.

Effektresultatet. Antal vårdade personer med missbruk- eller beroendediagnos per hundra tusen invånare och beräknas på följande sätt:

Täljare: Antal vårdade i länet

Nämnare: Antal invånare i länet

Täljare och nämnare multipliceras med 100 000 för att få antal vårdade med missbruksdiagnos redovisat per hundratusen invånare.

Datakälla Patientregistret (PAR), Socialstyrelsen samt KPP-databas, Sveriges Kommuner och Landsting, Kommunernas räkenskapssammandrag 2012 och övrig statistik, SCB.

Indikator 11: Dödlighet bland personer med alkohol- och narkotikadiagnos

Indikatornamn Dödlighet bland personer med alkohol- och narkotikadiagnos

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Missbruks- och beroendevård

Syfte Syftet med indikatorn är att mäta *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete med att ge vård och stöd till personer med alkohol- och narkotikadiagnos. Kommunernas arbete med att behandla missbruks- och beroendeproblem speglas i hur många personer som dör i en alkohol- och/eller narkotikarelaterad diagnos.

Mål/Referens Enligt 5 kap. 9 § SoL ska socialnämnden sörja för att den enskilda missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.

Mått Kommunens kostnad för vård av vuxna med missbruksproblem och dödligheten för personer med alkohol- och narkotikadiagnos under ett år.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Kommunernas kostnad för det egna åtagandet för vård för vuxna med missbruksproblem.

Effektresultat: Antal döda personer med alkohol- och narkotikadiagnos per tusen invånare.

Täljare: Andel döda med alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser under ett år.

Nämnare: Per tusen invånare i länet,

Datakälla Kommunernas räkenskapssammandrag, RS, SCB och Dödsorsaksregistret från 2012, Socialstyrelsen, övrig statistik, SCB.

Indikator 12: Bostad först

Indikatornamn Bostad först

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Syfte Syftet med indikatorn är att visa *effektivitet som jämförelse* i kommunernas arbete mot hemlöshet i förhållande till kommunernas kostnader för hemlöshet.

Mål/Referens Socialtjänsten ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet (1 kap. 1 § SoL).

Mått Kommunens kostnad för övriga insatser till vuxna och andel personer som erbjuds Bostad först och lyckas behålla sitt hyreskontrakt.

Teknisk beskrivning

Förslag på Resursanvändning och effektresultat för denna indikator:

Resursanvändning: Kommunens kostnader för det egna åtagandet för insatser till personer som lever i hemlöshet.

Effektresultat: Antal personer som lever i hemlöshet och som klarar av att behålla sitt hyreskontrakt.

Datakälla Socialstyrelsens förslag till nya uppgifter i Kommunernas räkenskapssammandrag, Socialstyrelsen, övriga uppgifter saknas.

Indikator 13: Undvikbar slutenvård

Indikatornamn Undvikbar slutenvård

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Hälso- och sjukvård

Syfte Indikatorn ska mäta *ineffektivt resursutnyttjande* i hälso- och sjukvården och visa om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta ska göras genom att beräkna kostnader för undvikbara inläggningar av patienter med utvalda sjukdomstillstånd per landsting. Dessa inläggningar bidrar till kostnader som till viss del skulle kunna undvikas genom att personer med de utvalda sjukdomstillstånden får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården så att undvikbara inläggningar på sjukhus kan förhindras.

Mål/Status Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Ledningen av hälso- och sjukvården ska vidare se till att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt och att den systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (HSL). Enligt Socialstyrelsen avses med god vård att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorunderlag har också hämtats från rapporten *Öppna jämförelser 2003, Hälso- och sjukvård – jämförelse mellan landsting, Socialstyrelsen*.

Mått Kostnader per landsting per tusen invånare för undvikbar slutenvård

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Landstingens kostnader för det egna åtagandet för undvikbar slutenvård.

Produktionsvolym:

Täljare: Riksgenomsnittlig vårdkostnad för ett vårdtillfälle per landsting (genomsnittskostnad från KPP-databasen 2012 är 32 126,22 kronor) multiplicerat med antal undvikbara vårdtillfällen per landsting för personer med kroniska och akuta sjukdomstillstånd/diagnoser.

Nämnare: Antal invånare i landsting, tusental

Datakälla KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting, Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikator 14: Önskade händelser efter knä- och höftoperationer

Indikatornamn Önskade händelser efter knä- och höftoperationer

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Hälso- och sjukvård

Syfte Indikatorn ska mäta *ineffektivt resursutnyttjande* för knä- och höftoperationer och visa om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta ska göras genom att beräkna landstingens kostnad för återinskrivningar av patienter med önskade effekter efter höft- och knäoperationer per tusen invånare. Många av dessa återinskrivningar genererar kostnader som till viss del skulle kunna reduceras genom att bl.a. utreda patienten noggrannare innan operation.

Mål/Status Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Ledningen av hälso- och sjukvården ska vidare se till att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt och att den systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (HSL). Enligt Socialstyrelsen avses med god vård att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorunderlag har också hämtats från rapporten *Öppna jämförelser 2003, Hälso- och sjukvård – jämförelse mellan landsting, Socialstyrelsen*.

Mått Landstingens kostnad per tusen invånare för återinskrivningar med oönskade effekter på sjukhus eller avlidna inom 30 dagar efter höft- och knäoperationer, per landsting. Till oönskade effekter räknas proteskomplikationer och vanliga hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Landstingens kostnader för det egna åtagandet för återinskrivningar.

Produktionsvolym:

Täljare: Genomsnittlig kostnad per landsting för ett vårdtillfälle eller riksgenomsnittlig kostnad per vårdtillfälle där kostnadsdata saknas multiplicerat med antal återinskrivningar per landsting med oönskade effekter efter höft- och knäoperationer 2012.

Nämnare: Antal invånare per landsting, tusental

Datakälla KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting, Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikator 15: Vårdrelaterade infektioner

Indikatornamn Vårdrelaterade infektioner

Typ av indikator Effektivitetsindikator

Status Under utveckling

Indikatorområde Hälso- och sjukvård

Syfte Indikatorn ska mäta *ineffektivt resursutnyttjande* i hälso- och sjukvården och visa om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta ska göras genom att beräkna kostnad per landsting för behandling av personer med vårdrelaterade infektioner till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård. Återinläggningar som skapar kostnader som till viss del skulle kunna undvikas genom till exempel noggrannare hygien.

Mål/Status Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska

främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Ledningen av hälso- och sjukvården ska vidare se till att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt och att den systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (HSL). Enligt Socialstyrelsen avses med god vård att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorunderlag har också hämtats från rapporten *Öppna jämförelser 2003, Hälso- och sjukvård- jämförelse mellan Landsting, Socialstyrelsen*.

Mått Indikatorn visar landstingens kostnad för inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård.

Teknisk beskrivning

Resursanvändning: Landstingens kostnader för det egna åtagandet för patienter som vårdas för vårdrelaterade infektioner i den somatiska slutenvården per 1000 invånare per landsting. Kostnaden för ett vårddygn har beräknats till 8 000 kronor. Varje vårdrelaterad infektion beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt 4 extra vårddygn. Kostnad per vårdtillfälle 8000 kronor multiplicerat med 4 extra vårddygn = 32000 kronor per vårdrelaterad slutenvårdstillfälle.

Produktionsvolym: Antal patienter/antal vårdtillfällen med vårdrelaterade infektioner i den somatiska slutenvården. Antal patienter med VRI hämtas från en punktprevalensmätning som sker två gånger per år vid samtliga sjukhus i Sverige. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.

Datakälla: KPP- databas, Sveriges Kommuner och Landsting.