

Nyckeltal för
produktivitet och effektivitet
i regioner i Kolada

2021-03-10

Innehåll

En vägledning för nyckeltal för produktivitet och effektivitet i regioner i Kolada.....	3
Den demografiska utvecklingen ställer stora krav på regionerna	4
Produktivitet och effektivitet.....	7
Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården	8
Koladas nyckeltal för produktivitet och effektivitet	12
Nyckeltal och index för hälso- och sjukvård.....	14
Användarguide för Kolada	20
Användning och funktionalitet.....	20
Visningens struktur	22
Slutord.....	24
BILAGA 1: Beskrivning av indexberäkningarna	25
Referenser.....	28

En vägledning för nyckeltal för produktivitet och effektivitet i regioner i Kolada

Hösten 2019 fick Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) i uppdrag att inleda arbetet med att ta fram och tillgängliggöra nyckeltal för produktivitet och effektivitet i kommuner och regioner i databasen Kolada (www.kolada.se). Uppdraget gavs och finansierades av Finansdepartementets kommunenhet¹. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) medverkar i projektet och bidrar med personella resurser.

Syftet med uppdraget är att synliggöra produktivitet och effektivitet i kommuner och regioner och ge underlag till beslut och lokala prioriteringar. I uppdraget ingår att RKA ska ta en aktiv roll i att utbilda företrädare för kommuner och regioner i hur nyckeltalspaketet kan användas i analyser samt bedriva en mer uppsökande verksamhet med detta som ändamål. En rapport med mer övergripande analyser utifrån nyckeltalspaketet för regioner kommer att publiceras senare under 2021.

I arbetet med att ta fram nyckeltal för produktivitet och effektivitet har vi utgått från befintlig statistik. Det har inte varit aktuellt att samla in nya uppgifter. Däremot har många nya nyckeltal publicerats i Kolada med data som kunnat hämtas från andra källor.

Av regionernas verksamheter ingår här hälso- och sjukvård. Möjligheterna att ha med kollektivtrafik har prövats men brister i datakvalitet och brister i jämförbarhet i data gör det olämpligt att ha med kollektivtrafik i nuläget. Inte heller regional utveckling ingår.

Nyckeltalen för regioner lanserades i mars 2021. Denna vägledning syftar till att skapa förståelse för begreppen produktivitet och effektivitet i ett regionalt sammanhang, och beskriva hur de nya nyckeltalen och visningen i Kolada kan tolkas.

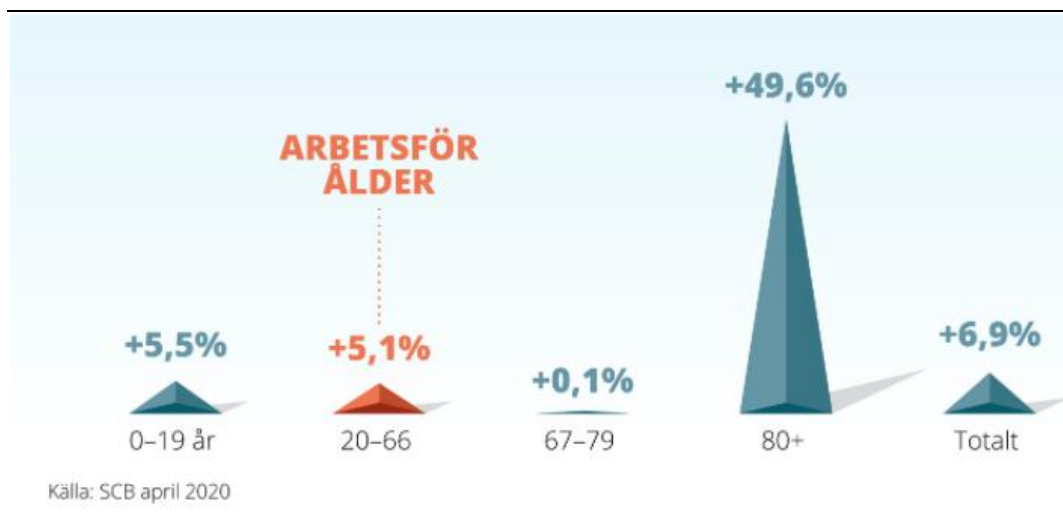
Förankringen av nyckeltalsurvalet hos regioner har varit en viktig del av processen. RKA har haft mycket god hjälp av regionernas ekonomidirektörsnätverk och en arbetsgrupp bestående av två representanter från varje region för att diskutera vilka dimensioner som ska ingå och hur det ska visualiseras och beräknas på bästa sätt. Ett tiotal representanter från SKR, Socialstyrelsen, Socialdepartementet och Finansdepartementet har stöttat RKA:s kansli under hela arbetsprocessen, och en styrgrupp från Finansdepartementet och SKR har fattat övergripande beslut om inriktning och utformning.

¹ Fi2019/03326/K; prop. 2019/20:1, Fi2019/01539/K och Fi2019/04276/K

Den demografiska utvecklingen ställer stora krav på regionerna

Effektivitet handlar om att skapa ett så stort värde som möjligt till en så låg kostnad som möjligt. En effektiv regional verksamhet gör att medborgarna får bästa möjliga hälso- och sjukvård till lägsta möjliga kostnad.

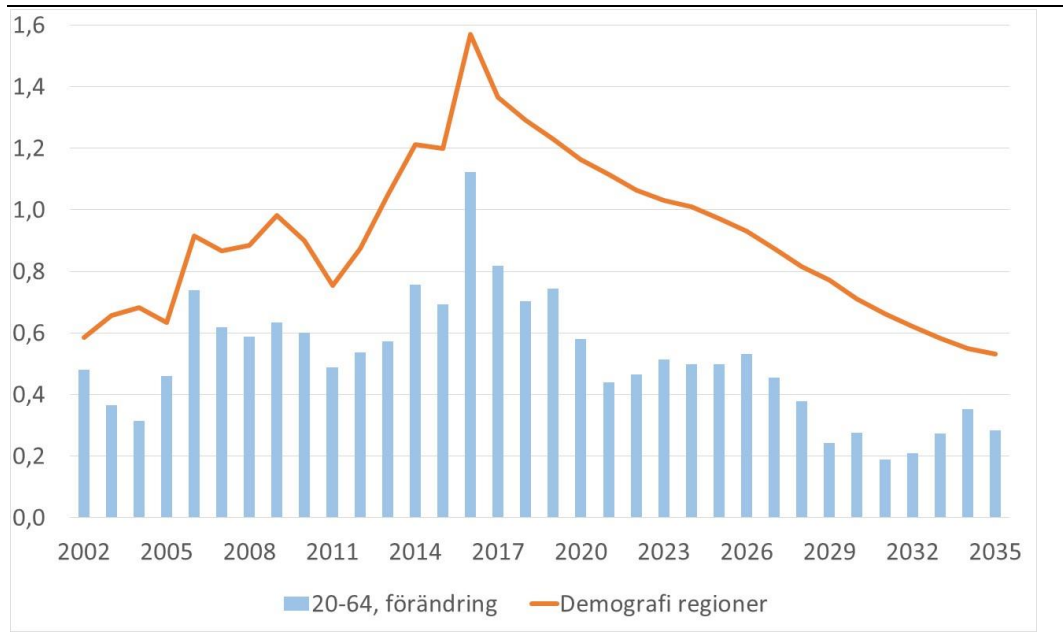
Figur 1 Befolkningsförändringar i olika åldersgrupper, år 2029 jämfört med 2019, (%)



Källa: SCB

De närmaste åren kommer Sverige att ha en snabb ökning av antalet personer över 80 år – en ökning på cirka 50 procent de närmaste tio åren. Den arbetsföra grupp som föranleder de lägsta kostnaderna och högsta intäkterna i form av inkomstskatt (åldersgruppen 20–66 år) kommer samtidigt att öka långsamt under samma tid (ca fem procent på tio år).

Figur 2 Arbetsför befolkning och demografiskt betingade behov för regionerna 2002-2035, årlig förändringstakt (%)



Källa: SKR

Figuren ovan pekar på att regionerna har särskilda skäl att arbeta med att åstadkomma en mer effektiv verksamhet. Under hela perioden 2002-2035 ökade och ökar de demografiskt betingade behoven av regionernas verksamhet i högre takt än den arbetsföra befolkningen i Sverige. Inte minst ser vi ett stort gap de närmaste åren. Med demografiskt betingade behov menas kostnadseffekten av befolkningsförändringar i allmänhet och förändringar av andel i arbetsför ålder och äldre i synnerhet. Den arbetsföra befolkningen är grund för regionernas viktigaste inkomstkälla, regionskatten. Regionernas förmåga att finansiera den verksamhet de ansvarar för kommer därmed att försämrats. Utvecklingen kan hanteras på olika sätt.

- Om vi varken tummar på servicen eller höjer skatten får sektorn låna upp pengar för verksamheten. Resultatet blir ökad skuldsättning, och mer av regionernas pengar måste användas för att betala räntor istället för att driva verksamhet.
- Ett andra alternativ är att sänka omfattning och kvalitet i den regionala servicen och behålla dagens skattenivå.
- Ett tredje alternativ är att ha lika omfattande och bra verksamhet som idag men höja skatten.
- Varken skuldsättning, sämre verksamhet eller höjda skatter kommer att vara populära, och där kommer effektivisering in som ett fjärde och mer lockande

alternativ. Om effektiviteten successivt ökar behöver regionerna varken försämra verksamheten eller höja skatten.

En viktig förutsättning för att ett effektiviseringsarbete ska genomföras är att det finns en probleminsikt. En region som är övertygad om att den egna verksamheten är effektiv, eller inte vet hur effektiv den är, är troligen mindre benägen att arbeta systematiskt med effektivisering än en region som är medveten om att verksamheten är ineffektiv. Att veta hur det ligger till är ett viktigt första steg.

Syftet med Koladas nyckeltal kopplat till effektivitet är att bidra till sådana insikter, genom att peka ut utmaningar och förebilder inom hälso- och sjukvården i regionerna. Att veta var insatser gör mest nytta och vilka goda exempel som vi kan inspireras av förbättrar möjligheten att medborgarna får bästa möjliga hälso- och sjukvård till lägsta möjliga kostnad i landets alla regioner.

Produktivitet och effektivitet

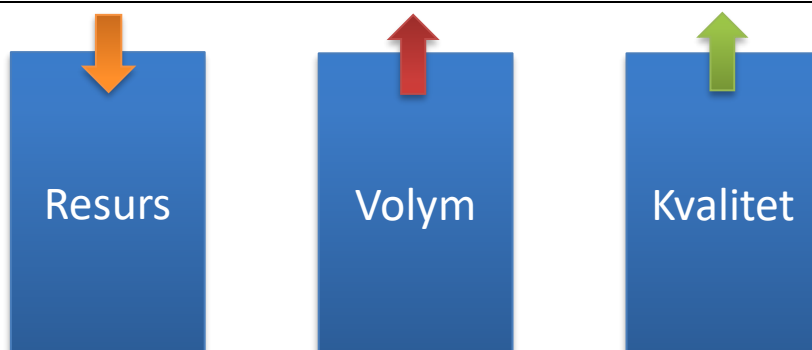
Begrepp som produktivitet och effektivitet används på olika sätt i olika sammanhang och av olika personer, därför vill vi redogöra för vad vi menar med de två orden. Men först, vad vi *inte* menar.

Effektivisering är *inte* lika med besparing eller nedskärning, även om det ofta används så. En besparing som medför försämrad verksamhet är ingen effektivisering, utan bara just en besparing. En besparing *kan* innebära effektivisering, om verksamhetens kvalitet och omfattning inte påverkas. Likaså behöver effektivisering *inte* innebära en besparing. Om verksamhetens omfattning eller kvalitet ökar, och kostnaden är oförändrad, så är det en effektivisering men ingen besparing. Besparingar handlar helt enkelt om en enda sak, nämligen minskad resursförbrukning.

*Effektivitet handlar alltid om **relationen mellan resursförbrukning och det värde som verksamheten skapar**, och är därför ett flerdimensionellt begrepp.*

Värdet av en regions verksamhet kan delas in i två delar, dels en viss volym, dels en viss kvalitetsnivå. Nedanstående figur kan användas för att belysa effektivitetsbegreppets flerdimensionella karaktär.

Figur 3 Produktivitet och effektivitet har flera dimensioner



Pilarna i figuren visar hur effektiviteten kan öka. Lägre resurser, ökade volymer och höjd kvalitet innebär alla att effektiviteten höjs – om *inte de andra två förändras åt "fel" håll*.

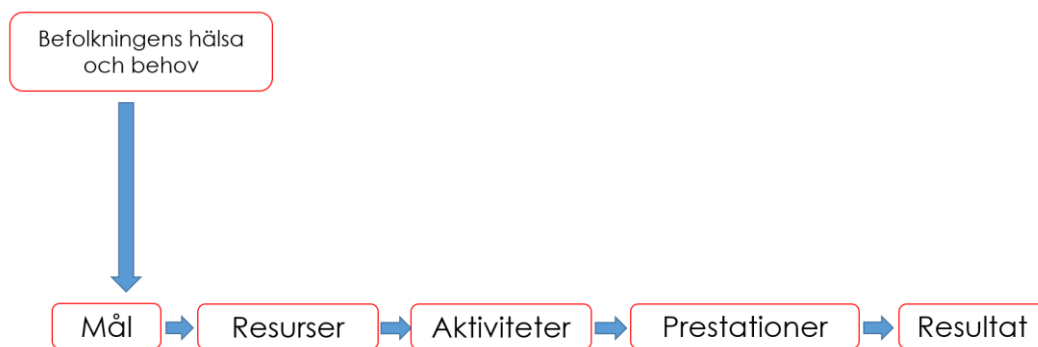
- Höjd kvalitet innebär alltid en effektivisering, *om resurserna inte ökar och volymen inte minskar.*
- Mindre resurser innebär alltid en effektivisering *om inte kvalitet och volym minskar.*
- En ökad volym innebär alltid en effektivisering *om inte kvaliteten sjunker eller resurserna ökar.*

Men vad händer om kvaliteten ökar, resursförbrukningen ökar och volymen är oförändrad? Ja, det beror helt enkelt på hur mycket kvaliteten och resursförbrukningen ökar. Ökar kvaliteten mer än resurserna kommer effektiviteten att öka, och det motsatta gäller om kvaliteten ökar mindre än resurserna.

Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården

Vi har i arbetet med att ta fram relevanta nyckeltal bland annat använt oss av de arbeten som Vårdanalys² har publicerat med inriktning på ramverk och teoretiska modeller. Med stöd därav har vi kunnat sätta samman nyckeltalen i ett flöde som börjar med befolkningens hälsa och behov och slutar med det uppnådda resultatet för den enskilda individen.

Figur 4 Ramverk för flödet från befolkningens hälsa och behov till resultat



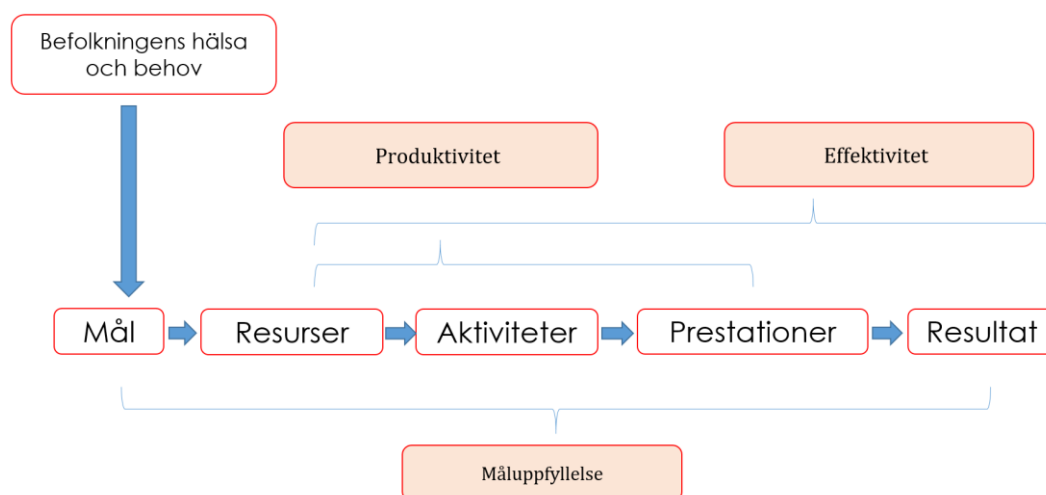
² Vårdanalys (2014), *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft – Förslag om utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Rapport 2014:10*

Vårdanalys (2019), *Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Rapport 2019:2*

När resultatet överensstämmer med de uppsatta målen har det önskade värdet uppnåtts och vi beskriver det som måluppfyllelse. När denna måluppfyllelse (resultatet) sätts i relation till resursåtgången talar vi om effektivitet. Dock har vi inte alltid den datatillgång vi önskar och då kan det istället handla om att beskriva utfall i termer av aktiviteter och prestationer. När aktiviteter och prestationer sätts i relation till resursåtgång talar vi normalt om produktivitet. De nyckeltal som har publicerats i Kolada erbjuder flera möjligheter att säga något om produktivitet och effektivitet i regionen, men det finns inte ett specifikt "effektivitetsmått" utan det är en nyckeltalsvisning där nyckeltalen tillsammans kan säga något om graden av produktivitet och effektivitet i relation till andra regioner och i vissa fall i relation till nationella målnivåer.

Observera att det med vår distinktion mellan begreppen är möjligt att ha en hög produktivitet men samtidigt låg effektivitet. Det inträffar om vi åstadkommer prestationer med liten relevans för måluppfyllelse till en låg kostnad. Ibland är det också relevant att särskilja mellan produktivitet i sina egna verksamheter och hur resursåtgången och resultatet ser ut för alla regionens invånare, oavsett var de har sökt vård. Detta kan framför allt få betydelse för regioner som saknar regionsjukhus och köper mycket vård från andra regioner, eller det motsatta fallet när en region har en högspecialiserad vård som även säljs till andra regioner. Det är i dessa fall möjligt att ha en hög produktivitet i de egna verksamheterna, samtidigt som effektiviteten med utgångspunkt från befolkningsperspektivet är låg, och vice versa.

Figur 5 Ramverk för produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård



Det kan vara värt att nämna att "kvalitet" och "resultat" ofta används som synonymer, det vill säga den som talar eller skriver menar exakt samma sak med de två orden. I Socialstyrelsens författningssamling anges att kvalitet är "att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter..."³ Socialstyrelsens definition knyter an till Donabedians klassiska beskrivning av kvalitetsaspekterna *struktur*, *process* och *resultat*.⁴ Donabedian lyfter fram att en verksamhets kvalitet kan och ofta bör avse olika aspekter av en verksamhet. Med struktur menas grundläggande "yttre" förutsättningar som olika typer av resurser: personal, kompetens, utrustning. God strukturkvalitet innebär goda förutsättningar för att bedriva en välfungerande verksamhet. Processer, som här kan jämföras med aktiviteter och prestationer, avser t.ex. arbetssätt, metoder och förhållningssätt och god processkvalitet är att arbeta på ett sätt som är kunskapsbaserat och väl utformat för att verksamheten ska ge bästa möjliga resultat. Resultat slutligen är det utfall som verksamheten leder till, och god resultat kvalitet innebär att utfallet av verksamheten blir det avsedda och de uppsatta målen nås.

Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns det gott om nationellt beslutade målnivåer och evidensbaserade aktiviteter och prestationer som gör att de tangerar begreppet resultat och måluppfyllelse, och som i detta sammanhang kan kopplas till effektivitet. Samtidigt finns dimensioner såsom tillgänglighet och upplevd kvalitet från patientens sida som kanske inte säger något om det slutliga resultatet eller om patienten blev frisk, men likväl är viktiga dimensioner av kvalitet. Frågan om vad som är kvalitet, resultat och måluppfyllelse inom hälso- och sjukvården är med andra ord ytterst komplex.

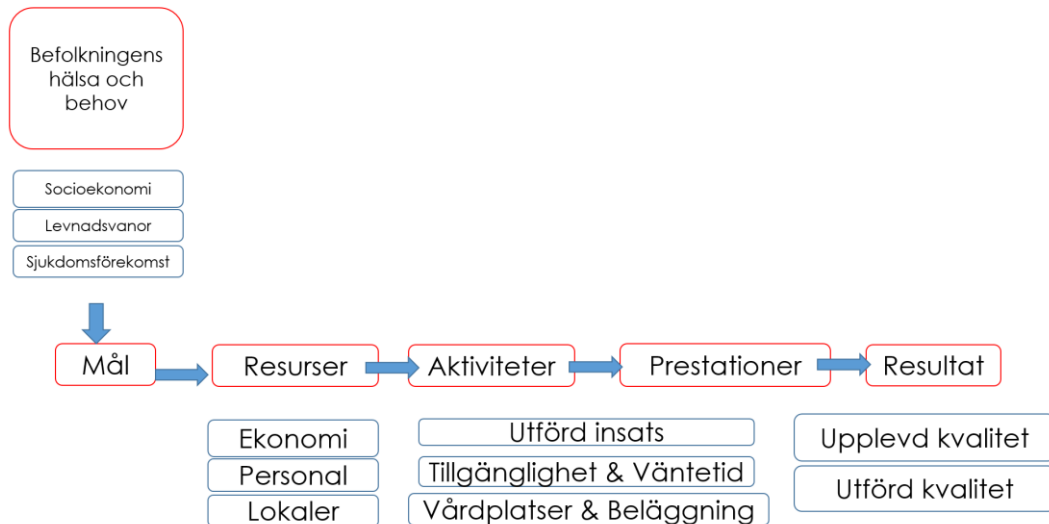
Dessutom kan effektivitet delas in i yttre och inre effektivitet där båda är viktiga och där yttre effektivitet handlar om att *göra rätt saker* (resultatkvalitet för den enskilda kopplat till resursåtgång) och där inre effektivitet handlar om att *göra saker rätt* (vårdens produktion och prestationer kopplat till resursåtgång). Yttre och inre effektivitet är med andra ord närliggande den distinktion som vi använder mellan produktivitet och effektivitet.

Efterföljande bild beskriver de olika dimensioner som tagits med i nyckeltalsvisningen i Kolada för de olika delarna befolkning, resurser, prestationer och resultat.

³ SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2 kap. 1 §

⁴ Donabedian, A. (1966)

Figur 6 Ramverk och dimensioner för produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård



Skillnader i struktur

En väsentlig fråga vid jämförelser av produktivitet och effektivitet är skillnaden i strukturella förutsättningar. I en region med större socioekonomiska utmaningar, sämre levnadsvanor och högre sjukdomsförekomst i befolkningen kommer det också att krävas mer för att nå samma resultat som i en region med goda förutsättningar. För att inte nyckeltalen för produktivitet och effektivitet ska spegla dessa strukturer utan just fungera som stöd för jämförelser avseende produktivitet och effektivitet har vi därför justerat måtten för struktur, när så varit möjligt.

Det kan gälla vilka behov som finns lokalt, t.ex. en befolkning med sämre hälsa. Det kan också gälla produktionsförutsättningar, t.ex. kan lokalt löneläge och geografisk belägenhet/struktur påverka kostnader. Om två regioner åstadkommer lika bra verksamhet med samma volym och till samma kostnad, är den som har de svåraste förutsättningarna mest produktiv.

När så är möjligt bör mått på resurser och kvalitet justeras för skillnader i förutsättningar. Risken är annars att en region pekats ut som effektiv (eller ineffektiv) bara för att den har jämförelsevis gynnsamma (eller ogynnsamma) förutsättningar för verksamheten. Om kostnader, volymer och kvalitet är desamma i två regioner är den region med de tuffaste förutsättningarna mest effektiv.

Koladas nyckeltal för produktivitet och effektivitet

Det finns olika sätt att mäta produktivitet och effektivitet, som alla har sina för- och nackdelar och vi har undersökt olika metoder. I en rapport som Deloitte skrev på uppdrag av den statliga sjukvården i Storbritannien (NHS, National Health Service) nämns bland annat frontanalyser, såsom Data Envelopment Analysis, eller produktivitetsindex av typen totalfaktorproduktivitet, men också enkla jämförelser. Med enkla jämförelser menas att använda sig av ett eller flera mått på resursförbrukning och/eller skapat värde. Det kan vara enklare mått som till exempel vårdtillfällen i relation till invånare, eller sammansatta mått där ingående data har vägts samman, t.ex. ett index. Det är den sistnämnda metoden som vi har valt att använda. Det främsta skälet till vårt val av metod är att den är relativt enkel och transparent, och att det är möjligt att se vad som ligger bakom ett resultat.

Den ansats som Koladas indikatorer för produktivitet och effektivitet bygger på är att välja ut nyckeltal som beskriver befolkningens hälsa, resurser, vårdutnyttjande och kvalitet där uppdelning i allt väsentligt görs på produktion och konsumtion. I några fall har index skapats för att summera, t.ex. inom befolkningens hälsa med index för socioekonomi, levnadsvanor respektive förekomst av folksjukdomar. Visningen av nyckeltalen ses i ett gemensamt sammanhang där användaren t.ex. kan jämföra utfallet för resursnyckeltal med utfallet för kvalitetsnyckeltal.

I nyckeltalssammanställningen i Kolada görs jämförelser mot andra regioner och i vissa fall nationella målnivåer. Regionerna har satt egna mål för sina verksamheter, vilka vi inte har kännedom om. Det betyder att om Koladas nyckeltal visar på goda värden innebär det inte med automatik att graden av måluppfyllelse i förhållande till regionens egna mål är hög.

Aggregering av uppgifter ger en översiktlig bild

I nyckeltalssamlingen i Kolada har vi valt att inte skapa några övergripande effektivitetsmått. Istället visas flera nyckeltal som tillsammans kan säga något om produktivitet och effektivitet. Likväl har det funnits ett behov av att räkna samman en mängd olika mått till en mer greppbar mängd mått, för att ge en översiktlig bild. I nyckeltalssamlingen hanteras flera olika typer av mått. Vi har exempelvis uppgifter om

resurser, mått på process- och strukturkvalitet för olika patientgrupper, breda utfallsmått för stora patientgrupper och tillgänglighetsmätningar.

Som nämnts tidigare är det ofta möjligt och till och med att föredra att mäta resurser med ett enda nyckeltal, den totala kostnaden. När det gäller kvalitet och resultat är det annorlunda, och ett skäl är att målbilden för regioners olika verksamheter ofta är komplex. Det går då inte att belysa resultat (måluppfyllelse) med ett enda nyckeltal, utan det behövs flera för att fånga de olika målen. Dessutom är det ofta så att resultat inte går att mäta alls, och då behöver vi istället använda mått för struktur- och processkvalitet.

Vi har använt två olika metoder för att räkna ihop nyckeltal beroende på om det finns nationella målnivåer eller inte. För flera patientgrupper har Socialstyrelsen satt upp målnivåer för ett antal indikatorer. De flesta av dem är kopplade till verksamheternas arbetssätt, men några också patientutfall. För dessa mått har vi redovisat hur stor andel av målnivåerna som har uppnåtts för respektive patientgrupp. En fördel med denna metod är enkelheten att jämföra över tid. Det framgår också om många regioner uppfyller målen eller om ett fåtal gör det. En nackdel är att det inte visar hur nära regionen är att uppnå målen. Det är därför viktigt att kunna se det faktiska värdet på alla målsatta indikatorer, intill det sammanräknade måttet. Det är också möjligt att göra i Kolada.

I de fall där det inte finns målnivåer har vi istället använt index. Även här finns det många valmöjligheter och olika typer av index. Det som är gemensamt för de flesta är att värdet visar resultatet *i förhållande till andra*. Vi har valt en indexmetod där regionen får ett värde mellan 0 och 100, där 100 ges till regionen med bäst värde och 0 till regionen med lägst värde. En utförligare beskrivning av hur indexberäkningen går till finns i bilaga X. I nyckeltalssamlingen finns det totalt fem indexvärden: Socioekonomiska förutsättningar, levnadsvanor, folksjukdomar, tillgänglighet och patientupplevd kvalitet. I de första tre fallen är det svårt att prata om "bäst" och "sämst". Indexvärdet finns istället med för att ge en indikation om regionens förutsättningar. 100 kan i dessa fall tolkas som att regionen, relativt sett, har de mest gynnsamma förutsättningarna.

Nyckeltal och index för hälso- och sjukvård

I detta avsnitt redogörs för vilka nyckeltal och index (inkl. nyckeltalsid i Kolada) som har använts för effektivitetsvisningen av hälso- och sjukvård. Visningen har följande indelning och inom parentes anges om uppdelning finns på produktion och/eller konsumtion:

- Befolkningens hälsa
- Resursförbrukning (produktion och konsumtion)
- Vårdutnyttjande och produktion (produktion och konsumtion)
- Uppnådda målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer (produktion)
- Resultat för stora sjukdomsgrupper (konsumtion)
- Tillgänglighet och patientcentrering

För befolkningens hälsa och för tillgänglighet enligt vårdgarantin samt patientcentrering har det skapats index där metodbeskrivning finns i bilaga 1. Det har inte gjorts några index för att exempelvis summera kvalitet och resurser. Det har helt enkelt inte varit metodologiskt lämpligt eller möjligt för att behålla robusthet och begriplighet. Det innebär att visningen innehåller en samling av nyckeltal för vardera kvalitet, resurser och volymer och att användningen ska ses i ljuset av dessa samlingar av nyckeltal kopplat till produktivitet och effektivitet

Många av nyckeltalen i visningen är aggregerade till en total där de olika delnyckeltalen finns att tillgå under totalen (i Koladavisningen fälls delarna ut genom att klicka på pilen till vänster om nyckeltalsnamnet för totalen). Denna "fälla ut" funktion bidrar till transparens och är en viktig del i visningen för att analysera och förstå avvikelser och skillnader.

Befolkningens hälsa

Visningen för befolkningens hälsa avser att belysa hur hälsoläget ser ut i befolkningen i olika perspektiv. Det är en viktig utgångspunkt och viktigt att ha kunskap om vid analys av hälso- och sjukvården i ett effektivitetsperspektiv. Ett gott hälsoläge i befolkningen skulle kunna avspeglas i ett mer begränsat vårdbehov medan ett sämre hälsoläge skulle kunna innebära ett större vårdbehov. I visningen har index skapats för vardera delområde socioekonomi, levnadsvanor och förekomst av folksjukdomar och i efterföljande tabell visas vilka nyckeltal som ingår i respektive index. Socioekonomi fångar arbetsmarknads-, inkomst- och utbildningsnivå samt sjukdagar. Levnadsvanor

fångar vanor kopplat till fysiska hälsoindikatorer. Förekomst av sjukdomar fångar förekomst av hjärtinfarkt, stroke, diabetes och olika typer av cancer.

Den metod vi har använt vid beräkning av index är att först normalisera där värdena för respektive nyckeltal sätts till en skala där 0 är sämst och 100 är bäst. För alla nyckeltal som representerar "värde" beräknas sedan ett genomsnitt av de normaliserade nyckeltalsvärdena, där varje nyckeltal väger lika mycket. Dessa genomsnitt utgör index för respektive delområde.

Tabell 1 Nyckeltal, index och nyckeltals-id inom Befolkningens hälsa

Index –Socioekonomiska förutsättningar, U61900
Arbetslöshet 18-64 år, årsmedelvärde, andel (%) av bef, N03920
Mediannettoinkomst, kr/inv 20+, N00905
Förvärvsarbetande invånare 20-64 år, andel (%), N00914
Ohälsotal, dagar, N00957
Invånare 25-64 år med eftergymnasial utbildning, andel (%), N01982
Index –Levnadsvanor i befolkningen, U61901
Invånare med fetma, andel (%), U01411
Invånare med riskabla alkoholvanor, andel (%), U01404
Invånare 16-84 år som är stillasittande mer än 7 timmar per dag, andel (%), U01425
Invånare 16-84 år som är fysiskt aktiva minst 150 min/vecka, andel (%), U01429
Invånare 16-84 år som äter frukt och grönt mer än 3 ggr/dag, andel (%), U01423
Index – Låg förekomst av folksjukdomar, U61902
Förekomst av akut hjärtinfarkt, antal/100 000 invånare, N70341
Förekomst av diabetes typ 1 och typ 2, antal/100 000 invånare, N70340
Förekomst av lungcancer, kvinnor, antal/100 000 invånare, N70342
Förekomst av lungcancer, män, antal/100 000 invånare, N70343
Förekomst av prostatacancer, antal/100 000 invånare, N70344
Förekomst av bröstcancer, antal/100 000 invånare, N70345
Förekomst av tjocktarmscancer, kvinnor, antal/100 000 invånare, N70347
Förekomst av tjocktarmscancer, män, antal/100 000 invånare, N70348
Förekomst av ändtarmscancer, kvinnor, antal/100 000 invånare, N70349
Förekomst av ändtarmscancer, män, antal/100 000 invånare, N70350
Förekomst av stroke, antal/100 000 invånare, N70346

Resursförbrukning

Resursförbrukningen är uppdelad på produktion respektive konsumtion. Produktionsperspektivet fångar insatta resurser oavsett vem som är mottagare av vården, medan konsumtionsperspektivet visar kostnaderna för hälso- och sjukvård för regionens befolkning. Båda perspektiven är relevanta och syftet med analysen styr vilket perspektiv som är det "rätta". Eftersom patientsammansättningen påverkar kostnaderna vill vi för jämförelser ha mått justerade för case-mix. Genom att ställa kostnaderna mot producerad DRG-poäng (se faktaruta) får vi mer rättvisande jämförelser. I Kolada finns nyckeltal för kostnad per producerad DRG-poäng för öppen- och slutenvård uppdelad på regionsjukhus, länssjukhus och länsdelssjukhus, samt för psykiatri.

Fakta – DRG

DRG (Diagnosrelaterade grupper) är ett system för sekundär patientklassificering. Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. DRG är således ett sätt att beskriva patientsammansättning (case mix), mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och åtgärds-koder.

För att ge så rättvis bild som möjligt vid jämförelser av kostnader för hälso- och sjukvård ur ett konsumtionsperspektiv mellan regioner, justeras kostnaderna för olika strukturfaktorer. Exempel på strukturfaktorer är befolkningens ålderssammansättning och hälsa. Därmed möjliggörs jämförelser mellan regionernas kostnader för hälso- och sjukvård oberoende av förutsättningar som regionen inte kan påverka.

Tabell 2 Nyckeltal och nyckeltals-id inom Resursförbrukning

Produktionsperspektiv
Kostnad per producerad DRG-poäng, spec. somatisk vård, öppen- och slutenvård, totalt, kr/DRG-poäng, U79339
Kostnad per producerad DRG-poäng, spec. somatisk vård, öppen- och slutenvård, regionsjukhus, kr/DRG-poäng, U79250
Kostnad per producerad DRG-poäng, spec. somatisk vård, öppen- och slutenvård, länssjukhus total, kr/DRG-poäng, U79254
Kostnad per producerad DRG-poäng, spec. somatisk vård, öppen- och slutenvård, länsdelssjukhus total, kr/DRG-poäng, U79255
Kostnad per producerad DRG-poäng, psykiatrisk öppenvård exkl. rättspsykiatri, kr/DRG-poäng, U79343
Kostnad per producerad DRG-poäng, psykiatrisk slutenvård exkl. rättspsykiatri, kr/DRG-poäng, U79340
Konsumtionsperspektiv
Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kr/inv, N70020

Vårdutnyttjande och produktion

Volymer avseende vårdutnyttjande och produktion är en av grundpelarna för analys och jämförelser av hälso- och sjukvården där uppdelning görs på produktion respektive konsumtion. Produktionsperspektivet fångar volymer för vårdtillfällen och läkarbesök oavsett vem som är mottagare av vården, medan konsumtionsperspektivet visar volymer för vårdtillfällen och läkarbesök för regionens befolkning. Båda perspektiven är relevanta och syftet med användningen styr vilket perspektiv som är det "rätta". Volymmåtten är bland annat till stöd för produktivetsjämförelser där volym ställs mot resursförbrukning. Som vi tidigare nämnt är volymer avseende vårdutnyttjande intressant att jämföra med befolkningens hälsa. Ett gott hälsoläge i befolkningen skulle kunna avspeglas i ett mer begränsat vårdbehov medan ett sämre hälsoläge skulle kunna innebära ett större vårdbehov men även motsatta mönster förekommer som kan vara av särskilt intresse att analysera vidare. Underindelningar i ett produktionsperspektiv finns för primärvård och specialiserad vård (somatisk vård och psykiatrisk vård). Vårdtillfällen i ett konsumtionsperspektiv finns fördelat på somatisk och psykiatrisk slutenvård samt för olika åldersgrupper.

Tabell 3 Nyckeltal och nyckeltals-id inom Vårdutnyttjande och produktion

Produktionsperspektiv
Andra besök än läkarbesök hälso- och sjukvård totalt, produktionsperspektiv, antal/1000 inv, N70843
Läkarbesök hälso- och sjukvård totalt, produktionsperspektiv, antal/1000 inv, N70842
Läkarbesök i primärvården, produktionsperspektiv, andel (%) av totalt antal läkarbesök, U61904
Läkarbesök i specialiserad vård, produktionsperspektiv, antal/1000 inv, N70701
Vårdtillfällen, produktionsperspektiv, antal/100 000 inv, N70706
Konsumtionsperspektiv
Läkarbesök i specialiserad vård, konsumtionsperspektiv, antal/1000 inv, N70700
Vårdtillfällen, konsumtionsperspektiv, antal/100 000 inv, N70808

Uppnådda målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer

Uppnådda målnivåer beskriver kvalitet och resultat för tio centrala sjukdomsgrupper i ett produktionsperspektiv. Målnivåerna är satta på nationell nivå för olika insatser inom respektive sjukdomsgrupp som finns redovisade i underliggande nyckeltal för respektive sjukdomsgrupp. Den summerade nivån för varje sjukdomsgrupp anger hur stor andel av målnivåerna som uppfyllts för de olika insatserna. De nationella målnivåerna är generellt högt satta vilket gör det utmanande för regionerna att nå målnivåerna och därför är de summerade nivåerna ofta låga för respektive sjukdomsgrupp.

För vissa sjukdomsgrupper finns ett fåtal underliggande nyckeltal medan andra har ett

totalt underliggande nyckeltal. Underliggande nyckeltal är verksamhetsnära och innehåller bl.a. behandlingar och insatser av olika slag kopplat till den specifika sjukdomen.

Tabell 4 Nyckeltal och nyckeltals-id inom Uppnådda målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer

Produktionsperspektiv
Uppnådda målnivåer - Astma och KOL, andel (%), U70454
Uppnådda målnivåer - Bröstcancer, andel (%), U70455
Uppnådda målnivåer - Diabetes, andel (%), U70459
Uppnådda målnivåer - Hjärtsjukvård, andel (%), U70460
Uppnådda målnivåer - Lungcancer, andel (%), U70456
Uppnådda målnivåer - MS, andel (%), U70461
Uppnådda målnivåer - Palliativ vård, andel (%), U70462
Uppnådda målnivåer - Prostatacancer, andel (%), U70457
Uppnådda målnivåer - Stroke, andel (%), U70463
Uppnådda målnivåer - Tarmcancer, andel (%), U70458

Resultat för stora sjukdomsgrupper

Resultat för stora sjukdomsgrupper avser ett konsumtionsperspektiv där framförallt dödlighet mäts kopplat till olika sjukdomar. Konsumtionsperspektivet innebär att vi utgår från regionernas folkbokförda invånare där hälso- och sjukvård för dessa inte nödvändigtvis har utförts i den egna regionen. I ett effektivitetssammanhang kan resultat för stora sjukdomsgrupper kopplas till kvalitet som i sin tur kan jämföras med resursförbrukning i ett konsumtionsperspektiv som tillsammans säger något om effektivitet. Det är också intressant att jämföra kvalitet och resultat i ett produktions- respektive konsumtionsperspektiv och se eventuella samband och skillnader. I likhet med volymnyckeltalen är det även här viktigt att göra jämförelser mellan resultat och befolkningens hälsa. Det finns inga underliggande nyckeltal inom detta område. Vi har tidigare nämnt aktualitet i data som ett dilemma för effektivitetsvisningen och den längsta fördröjningen i publicering av data avser i nuläget dessa resultat för stora sjukdomsgrupper.

Tabell 5 Nyckeltal och nyckeltals-id inom Resultat för stora sjukdomsgrupper

Konsumtionsperspektiv
Dödlighet 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, andel (%), U79038
Dödlighet efter höftfraktur, andel (%), U79040
Patienter som får ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar efter hjärtinfarkt, andel (%), U79183
Suicid i befolkningen, antal/100 000 inv, U79118
Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom, antal/100 000 inv, U79133
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT/OECD, antal/100 000 invånare, U79190
Återfraktur inom 3 år efter fragilitetsfraktur, antal/100000 levnadsår, U79145
Överdödlighet vid bipolär sjukdom, kvot, U79186
Överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdom vid diabetes, kvotvärde, U79151

Tillgänglighet och patientcentrering

Tillgänglighet i visningen avser tillgänglighet enligt vårdgarantin med fyra underliggande nyckeltal som avser de delar som ingår i vårdgarantin. Samtliga fyra nyckeltal mäter olika typ av väntetid. Patientupplevelse avser helhetsintryck i primärvården med sex underliggande nyckeltal som fångar olika delar i den patientupplevda kvaliteten. Därutöver ingår helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus respektive besökt en öppenvårdsmottagning på sjukhus. Tillgänglighet och patientupplevelse är viktiga delar av kvaliteten inom hälso- och sjukvård för regionens invånare som kan ställas i relation till resursförbrukning och som tillsammans säger något om effektivitet. Tillgänglighet och patientupplevelse är viktiga kvalitetsperspektiv att ha med i denna visning och som även är intressant att ställa i relation andra typer av kvalitet, i denna visning i jämförelse med uppnådda målnivåer och resultat för stora sjukdomsgrupper.

Tabell 6 Nyckeltal, index och nyckeltals-id inom Tillgänglighet och patientcentrering

Tillgänglighet enligt vårdgarantin, index, U79142
Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, andel (%), U79173
Väntat högst 90 dagar på första besök i specialiserad vård, andel (%), U72549
Väntat högst 90 dagar på operation/åtgärd i specialiserad vård, andel (%), U72474
Telefonsamtal till primärvården som besvarats samma dag, andel (%), U79179
Patientupplevelse, index, U79170
Patientupplevd kvalitet avseende helhetsintryck i primärvården, andel (%), U71451
Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagd på sjukhus, andel (%), U79177
Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en öppenvårdsmottagning på sjukhus, andel (%), N79174

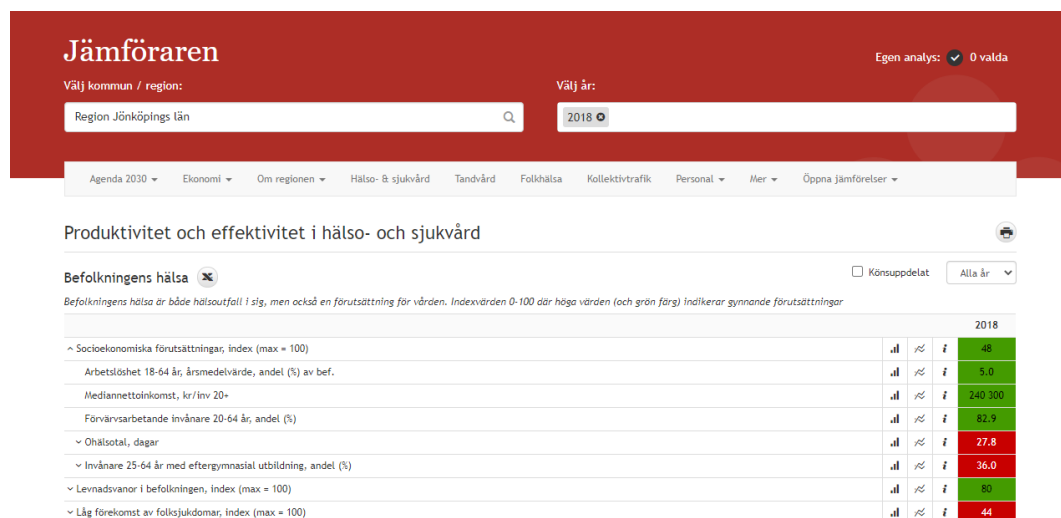
Användarguide för Kolada

Syftet med denna guide är att visa hur produktivets- och effektivitetsvisningen i Kolada används med fokus på funktionalitet och struktur.

Användning och funktionalitet


Det första steget är att från Koladas startsida på www.kolada.se välja *Jämföraren*, se nedanstående bild, som är ett av Koladas två nyckeltalsverktyg. I *Jämföraren* väljer du region i det vänstra vita fältet under rubriken *Välj kommun/region*, och de år du vill ha med väljs i det högra vita fältet under rubrik *Välj år*. I *Jämföraren* väljer du fliken *Effektivitet*, [se länk](#), och får då upp regionens nyckeltal för hälso- och sjukvård uppdelat på befolkningens hälsa, resursförbrukning, vårdutnyttjande och produktion, uppnådda målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer, resultat för stora sjukdomsgrupper samt tillgänglighet och patientcentrering.

Figur 7 Effektivitetsvisningen i Koladas Jämförarverktyg



Figur 7 visar hur effektivitetsvisningen ser ut i den övre delen av visningen där det bl.a. finns rubriker högst upp med information om verktygen i Kolada, kontaktuppgifter m.m. till oss på RKA och nyheter i Kolada. Längst upp till höger finns en *hjälpknapp* med förklaringar för de olika funktionerna i verktyget.

Till höger ovanför nyckeltalen finns en *skriv ut* knapp och i anslutning till respektive delområde, t.ex. *Befolkningens hälsa*, finns en *Excel*-knapp för export av data till Excel. Ovanför nyckeltalen längst till höger finns möjlighet att välja enskilt år och en ruta för könssuppdelat. Genom att klicka i könssuppdelat rutan görs uppdelning på män och kvinnor för de nyckeltal där det är möjligt.

I nyckeltalstabellen finns information om namn på nyckeltalet/indexet som ligger först på respektive nyckeltalsrad. I många fall finns det en pil till vänster om namnet, . Pilen indikerar att det finns underliggande nyckeltal och genom att klicka på pilen (fälla ut) så visas de underliggande nyckeltalen. Detta är en särskilt viktig funktion i effektivitetsvisningen eftersom det är många nyckeltal som går att fälla ut med många underliggande nyckeltal som ger ytterligare information till stöd för analys. I föregående bild har underliggande nyckeltal för indexet *Socioekonomi* fällts ut för att visa vilka nyckeltal som ingår i detta index, dess värden och hur regionen ligger till för respektive underliggande nyckeltal.

Efter namnet på nyckeltalet/indexet i nyckeltalsraden följer tre ikoner som innehåller:



Stapeldiagram (varje stapel avser värdet för en region)



Linjediagram



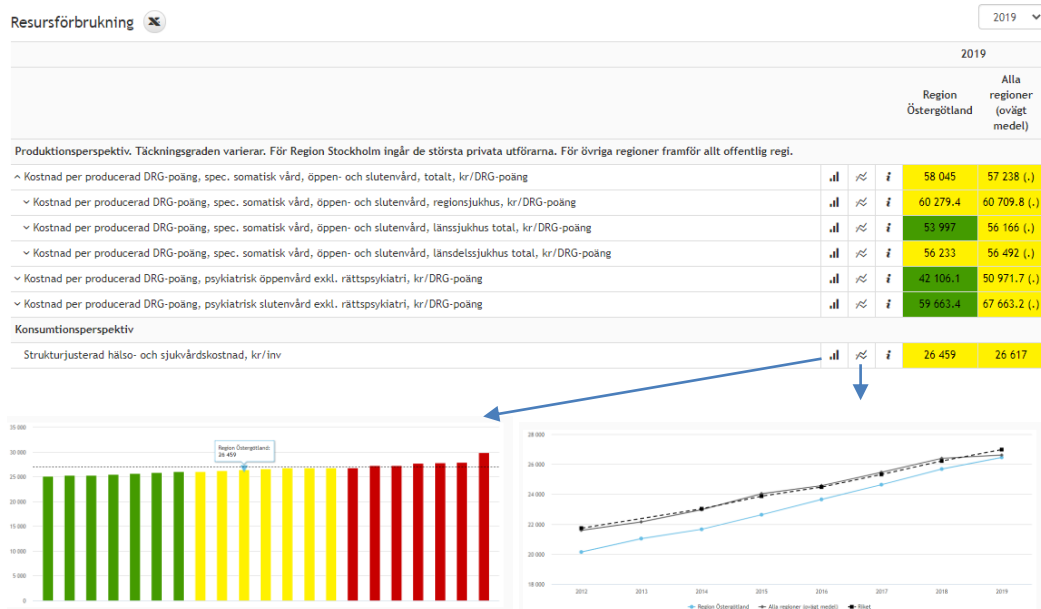
Information om nyckeltalet/indexet (definition och källa)

Sist på raden finns värden för de år som valts. Är värdet i en grön ruta innebär det att värdet tillhör de 33 procent "bästa" av regionerna. Är det en gul ruta är värdet bland de 33 procent i mitten och är det en röd ruta är värdet bland de 33 procent "sämsta". För nyckeltal avseende resurser, volymer och kvalitet/resultat jämförs även regionens värde med ovägt medel för alla regioner. Det är vanligt förekommande att ett utfällt nyckeltal består av underliggande nyckeltal i olika färger.

Det är viktigt att titta på underliggande siffror och inte nöja sig med aggregerade värden och index.

Efterföljande figur visar stapeldiagram och linjediagram, där bl.a. färgsättningen i grönt, gult och rött framgår i stapeldiagrammet. Genom att ställa markören i någon av staplarna framgår vilken region stapeln avser. Linjediagrammet visar blå linje för vald region, grå linje för ovägt medel för alla regioner och svart linje för Riket (vägt medel för alla regioner).

Figur 8 Jämförardiagram och trenddiagram i Koladas Jämförare



Visningens struktur

Indelningen i visningen utgår från resurser, volym och kvalitet/resultat, som vi skrivit om tidigare, där resurser i relation till volym kan säga något om produktivitet och resurser i relation kvalitet/resultat kan säga något om effektivitet.

Vår förhoppning är att strukturen på visningen bidrar till att se och jämföra data i ett produktivitets- och effektivitetsperspektiv. En ytterligare viktig indelning är att resurser, volym och kvalitet/resultat delas in i ett produktions- respektive konsumtionsperspektiv. För att analysera produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvård är det nödvändigt med denna uppdelning och strukturen i visningen är anpassad till att se produktion och konsumtion i ett gemensamt sammanhang för de olika områdena.

I efterföljande avsnitt ges några korta kommentarer om indelningen inom respektive område, till stöd för användningen:

Befolkningens hälsa – Visar på förutsättningar och struktur kopplat till hälsa där index skapats för socioekonomi, levnadsvanor respektive förekomst av folksjukdomar.

Resursförbrukning – Visar strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad i ett konsumtionsperspektiv. Eftersom regionen har ett kostnadsansvar för sina invånare, avser denna kostnad ett konsumtionsperspektiv, där kostnaden för invånarna ingår oavsett var vården har bedrivits. Kostnad per producerad DRG-poäng (diagnosrelaterade

grupper) avser kostnad i ett produktionsperspektiv. Kostnad per producerad DRG-poäng för öppen- och slutenvård är uppdelat på regionsjukhus, länessjukhus och länsdelssjukhus. När användaren fäller ut dessa nyckeltal finns ett 20-tal underliggande nyckeltal som utgår från MDC (Major Diagnostic Groups). Kostnad per producerad DRG-poäng för psykiatri är uppdelat på öppenvård och slutenvård.

Vårdutnyttjande och produktion – Visar främst volymer för vårdtillfällen och läkarbesök i ett produktions- och konsumtionsperspektiv. Underindelningar i ett produktionsperspektiv finns för primärvård och specialiserad vård (somatisk vård och psykiatrisk vård). Vårdtillfällen i ett konsumtionsperspektiv finns fördelat på somatisk och psykiatrisk slutenvård samt för olika åldersgrupper.

Uppnådda målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer – Visar kvalitet och resultat för tio centrala sjukdomsgrupper i ett produktionsperspektiv. Målnivåerna är satta på nationell nivå för olika insatser inom respektive sjukdomsgrupp. Den summerade nivån för varje sjukdomsgrupp anger hur stor andel av målnivåerna som uppfyllts för de olika insatserna. I effektivitetsvisningen i Kolada finns dessa insatser som underliggande nyckeltal för respektive sjukdomsgrupp.

Resultat för stora sjukdomsgrupper – Visar resultat för stora sjukdomsgrupper i ett konsumtionsperspektiv där framförallt dödligheten mäts kopplat till olika sjukdomar. Det finns inga underliggande nyckeltal för detta område.

Tillgänglighet och patientcentrering - Visar tillgänglighet enligt vårdgarantin med underliggande nyckeltal för de delar som ingår i vårdgarantin. Patientupplevelse avser helhetsintryck i primärvården med underliggande nyckeltal som fångar olika delar i den patientupplevda kvaliteten. Därutöver ingår helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus respektive besökt en öppenvårdsmottagning på sjukhus.

Slutord

RKA:s förhoppning med de nya nyckeltalen i Kolada är att kunna bidra till diskussioner om effektivitet och ge underlag till sådana lokala prioriteringar och beslut som kommer att behövas för att öka effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Det är uppenbart att datatillgången fortfarande är begränsad inom regionernas ansvarsområden, vilket har påverkat vad som har varit möjligt att belysa i denna första publicering. Vi kommer att fortsätta arbetet med att utveckla nyckeltalen och om möjligt utvidga urvalet. Det gäller så väl primärvården där det finns anmärkningsvärda databrister som verksamheter utöver hälso- och sjukvård.

Vi ser fram emot att få återkoppling från regioner och andra som använder nyckeltalen och vi kommer att använda synpunkterna i det fortsatta arbetet.

RKA kommer att erbjuda utbildningsinsatser och stöd till analys till de regioner som efterfrågar det. Varmt välkomna att kontakta RKA!

BILAGA 1: Beskrivning av indexberäkningarna

Index är ett bra sätt att väga ihop flera olika nyckeltal till ett, mer övergripande, mått. Men det kräver några metodval. Det första steget för att beräkna index är att normalisera.

De olika nyckeltalen kan vara av olika storleksordning. Kanske finns det ett nyckeltal som är ett procenttal och därför inte kan vara högre än 100. Ett annat nyckeltal kan vara inkomst som räknas i kronor. För varje nyckeltal går det att säga hur regionen ligger till. Men för att säga något om hur regionen sammantaget ligger till på de två nyckeltalen är det nödvändigt att väga samman dem på något sätt. Att beräkna ett medelvärde för en mediannettoinkomst på 280 000 kronor och ett andelstal om 80 % blir naturligtvis inte begripligt, och resultatet kommer att nästan helt och hållet bestämmas av det största talet – det vill säga i detta fall mediannettoinkomst. För att det ska bli meningsfullt att redovisa ett sammanvägt tal är det nödvändigt att räkna om så att alla nyckeltal får värden som är ungefär lika stora. Det finns olika metoder för att göra detta och de går under olika namn, till exempel normalisera, standardisera eller skala om.⁵

En vanlig metod som vi har valt att använda är denna:

$$xn = 100 * \frac{(x^i - \min_x)}{(\max_x - \min_x)}$$

Det normaliserade värdet är xn , x är den variabel som ska normaliseras, och x^i är värdet för region "i" på variabeln. \min_x och \max_x står för det lägsta respektive högsta värdet som någon region har på variabeln. Om vi räknar på detta sätt får den region som har högst värde 100 och den region som har lägst värde får 0. En fördel med att räkna på detta sätt är att spridningen blir likvärdig för alla nyckeltal som ingår i indexet. Om vi inte korrigerar för olika spridning finns det annars en risk att det nyckeltal som har mest spridning kommer att påverka indexet mest, utan att vi vill det.

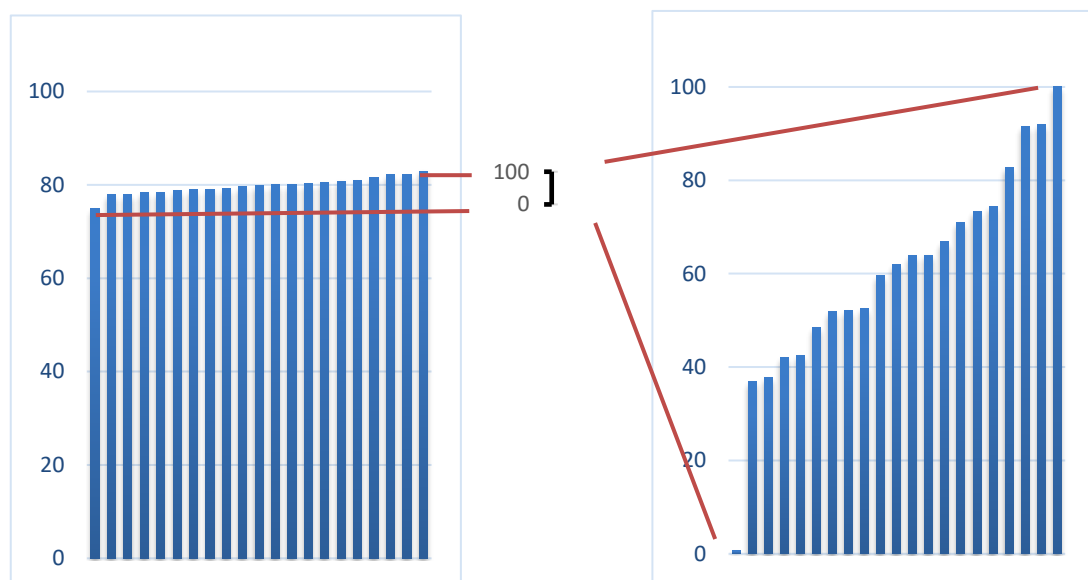
När vi skapar ett index behöver vi ibland väga ihop normaliserade nyckeltal som har olika "riktning" - ibland är det önskvärt med ett lågt värde och ibland med ett högt. För att det

⁵ Normalisera och standardisera är två uttryck som ibland används synonymt. Ibland gör man distinktionen mellan normalisera å ena sidan, och standardisera å andra sidan. Skillnaden är då att normalisering innebär att se till att alla variabler får samma spridning, till exempel mellan 0 och 100. Standardisering innebär istället att se till att alla variabler får samma medelvärde och samma standardavvikelse, till exempel medelvärde 0 och standardavvikelse 1.

ska fungera behöver vi "vända på det" när vi normaliserar värden där det önskvärda är låga värden. Resultatet blir att den region som har lägst värde istället kommer att få 100 i normaliserat värde, och regionen med högst värde får 0.

Lättast är nog att titta på efterföljande figur. Till vänster i figuren är staplar för förvärvsarbetande per invånare 2019 för alla regioner. Andelen förvärvsarbetande varierar mellan 74,9 procent i Region Skåne och 82,9 procent i Region Stockholm. Det lägsta värdet, 74,9, sätts till 0 och det högsta, 82,9, till 100. Alla andra regioner får ett värde mellan 0 och 100 beroende hur nära de ligger den region med lägst respektive högst värden.

Figur 9 Normalisering 0-100



När vi har normaliserat alla värden som ska ingå i indexet kan vi räkna ut ett medelvärde. Alla nyckeltal som ingår i indexet väger alltså lika mycket. Detta medelvärde är redan i sig ett index, men ett medelvärde av normaliserade nyckeltal kan vara svårt att tolka. Det är ett medelvärde av flera mått, där regionen för varje enskilt mått får ett värde mellan 0 och 100. För att förenkla tolkningen, och för att bättre kunna jämföra olika index med varandra, normaliserar vi det färdiga indexet så samma sätt som ovan. Nu har regionen med högst medelvärde också indexvärdet 100. Eftersom värdet på indexet bestäms av hur regionens värde i förhållande till andra blir indexvärdet per definition ett relativt mått.

För några indexberäkningar kan vi inte prata om "bästa" och "sämsta" värde på samma sätt. Det gäller framför allt de tre indexmått som finns under rubriken "Befolkningens

hälsa” och som visar socioekonomiska förutsättningar, levnadsvanor och förekomst av folksjukdomar. Dessa värden finns framför allt med för att visa regionens förutsättningar, inte prestation. För dessa tre indexvärden kan 100 istället tolkas som ”mest gynnsamma förutsättningar”.

Referenser

Deloitte (2014), *Methodology for efficiency factor estimation*, rapport skriven för NHS

Donabedian, A. (1966), *Evaluating the Quality of Medical Care*, The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Part 2

SKR (2020), *Ekonomirapport oktober 2020*

Vårdanalys (2014), *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft – Förslag om utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Rapport 2014:10*

Vårdanalys (2019) *Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Rapport 2019:2*