

# Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



# Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Upplysningar om innehållet:  
Lena Bäckström, lena.backstrom@skl.se  
Siv-Marie Lindquist, siv-marie.lindquist@skl.se  
Katarina Wiberg Hedman, katarina.wiberghedman@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011  
ISBN/Bestnr: 978-91-7164-672-9  
Text: Kerstin Petrén, kerstin.petren@lul.se  
Foto: Johnér  
Produktion: ETC Kommunikation  
Tryck: Modins tryckoffset, Stockholm 2011

## Förord

Det har skett en snabb utveckling av tillgänglig statistik och data som belyser olika dimensioner av hälso- och sjukvården de senaste åren. Inte minst publiceringen av den årliga rapporten Öppna jämförelser från SKL och Socialstyrelsen har bidragit till detta. I takt med mer tillgänglig data och jämförelser ökar landstingens möjligheter att utnyttja denna typ av information för uppföljning, analys och styrning.

Syftet med denna rapport är att visa hur analyser och jämförelser utifrån redan insamlad statistik kan bli en del av de styrverktyg som behövs för att möta utmaningarna i hälso- och sjukvården. Utifrån statistiken kan landstingens produktivitet effektivitet beräknas med vissa antaganden och förenklingar.

Landsting som uppvisar de bästa resultaten har i kortfattade kommentarer gett exempel på möjliga framgångsfaktorer.

Flera medarbetare på SKL har varit involverade i rapporten. Kerstin Petrén från Landstinget i Uppsala län har varit huvudansvarig. Lena Bäckström, Jonas Eriksson, Martin Lindblom, Siv-Marie Lindquist och Katarina Wiberg Hedman har medverkat. Berlith Persson och Harald Grönqvist (tillgänglighet) och Agneta Andersson (patientsäkerhet) har bidragit med värdefulla synpunkter.

Stockholm i juni 2011

Peter Fitger  
*Statistiksektionen*  
*Avdelningen för ekonomi och styrning*



# Innehåll

- 7 Sammanfattning
- 10 Inledning
- 10 Bakgrund
- 10 Syfte
- 11 Målgrupp
- 11 Rapportens innehåll
- 12 Definitioner
- 12 *Produktivitet och effektivitet*
- 13 *Resultat och effektivitet*
- 14 *Prestationer och vårdkontakter*
- 15 *Kostnader*
- 15 Datakällor
  
- 17 Vilka landsting har bra tillgänglighet?
  
- 28 Vilka landsting har hög patientsäkerhet?
  
- 38 Vilka landsting har hög produktivitet?
  
- 50 Vilka landsting är mest effektiva?
  
- 58 Grundfakta om hälso- och sjukvården
- 59 Hur mycket vård konsumerar invånarna?
- 70 Hur mycket kostar vården?
- 77 Hur finansierar landstingen hälso- och sjukvården?
  
- 80 Tabell- och diagramförteckning
  
- 82 Bilaga
- 82 Indikatorer som ingår i övergripande resultatindex
- 82 Indikatorer som ingår i resultatindex för tillgänglighet
- 82 Indikatorer som ingår i resultatindex för primärvård
- 83 Indikatorer som ingår i resultatindex för specialiserad somatisk vård





# Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att visa hur analyser och jämförelser utifrån redan insamlad statistik kan bli en del av de verktyg som behövs för att möta utmaningarna i hälso- och sjukvården.

**Rapporten beskriver landstingen utifrån ett antal grundfakta som hjälper oss att besvara några centrala frågeställningar:**

- › Vilka landsting har bra tillgänglighet?
- › Vilka landsting har hög patientsäkerhet?
- › Vilka landsting har hög produktivitet?
- › Vilka landsting är mest effektiva?

Hälso- och sjukvården är ett stort, brett och komplext område att beskriva, analysera och jämföra. Det går inte att med ett enda jämförelsetal beskriva landstingens inbördes ordning och rangordna dem för att besvara frågeställningarna. Vi måste beskriva vården utifrån flera aspekter och vara försiktiga när vi gör sammanvägningar av olika mått. Samtidigt måste vi våga visa att vissa landsting sticker ut.

För att kunna besvara frågorna ovan, och om möjligt förklara landstingens inbördes ordning, har landstingen jämförts utifrån sammanlagt ett 30-tal jämförelsetal. De flesta finns tillgängliga i officiella datakällor och på SKL:s hemsida, men några av måtten bygger på beräkningar särskilt framtagna för denna rapport.

För att ge underlag till analyserna presenteras i rapporten grunduppgifter om kostnader och prestationer samt finansiering.

Vi har också ställt frågan till landsting med goda resultat i jämförelserna, vad de själva ser som förklaring till att man har lyckats bättre än andra. Svaren har sammanställts av respektive landstings representant i det nationella kontrollernätverket och redovisas i anslutning till jämförelserna under tillgänglighet, patientsäkerhet, produktivitet respektive effektivitet.

## **Kostnader, prestationer och finansiering**

Kostnader och prestationer redovisas för hälso- och sjukvården totalt och fördelat på primärvård, specialiserad psykiatrisk vård och specialiserad somatisk vård. Uppgifterna redovisas ur ett invånarperspektiv. Den vård befolkningen får och den kostnad som därmed uppstår redovisas, oavsett om det egna landstinget har producerat vården eller köpt den i andra landsting eller hos offentligt finansierade privata vårdgivare.

Det så kallade kostnadsutjämningsystemet berörs i rapporten. Syftet med utjämningsystemet är att utifrån en förväntad kostnad utjämna för kostnader som landstingen inte själva kan påverka, till exempel befolkningsstrukturen. Utjämningsystemets konsekvenser för finansieringen av hälso- och sjukvården behandlas i rapportens sista avsnitt.

### **Ur rapporten framgår bland annat att:**

- › Östergötland och Uppsala har lägst kostnad per invånare för hälso- och sjukvård (diagram 34)
- › Gotland och Stockholm konsumerar mest vård per invånare (diagram 24)

## **Jämförelser av tillgänglighet, patientsäkerhet, produktivitet och effektivitet**

Vårdens tillgänglighet och patientsäkerhet är viktiga kvalitetsfrågor som har varit i fokus de senaste åren. Med hjälp av ett antal olika jämförelsetal har vi jämfört landstingen inom dessa områden.

Tillgänglighet har vi jämfört med hjälp av sex jämförelsetal. Vi har även beräknat ett sammanvägt index av ett tjugotal indikatorer hämtade från rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*.

I dagsläget finns det inte så många vedertagna mått på patientsäkerhet. I denna rapport har vi valt tre jämförelsetal för att spegla området. Något sammanfattande mått på patientsäkerhet har vi inte kunnat ta fram.

Det är alltid vårdens resultat som är det centrala; inte att vården gör så mycket som möjligt. Det finns ändå starka skäl att ställa prestationerna mot kostnaderna. Ur ett ledningsperspektiv är det nödvändigt att följa vad som görs, både sett till kvantitet/volym och hur mycket det kostar.

I rapporten har vi jämfört kostnad per prestation. För att beräkna ett korrekt produktivetsmått ska man ta hänsyn till kvaliteten i prestationerna, men statistiken tillåter inte denna justering. Det innebär att prestationernas kvalitet i denna rapport antas vara densamma i alla landsting.

För att belysa effektiviteten har vi jämfört landstingens resultat och kostnad, men något sammanfattande mått på effektivitet har vi inte sett några möjligheter att ta fram.

Resultatet har vi fått fram genom att väga samman ett hundratal indikatorer hämtade från rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Såväl faktiska kostnader som strukturjusterade kostnader ställs mot resultatindexet.

#### **Några resultat från jämförelserna:**

- › Halland och Kalmar har bäst tillgänglighet i hälso- och sjukvården (diagram 1)
- › Kalmar, Jämtland, Halland och Dalarna har bra resultat i jämförelserna patientsäkerhet (Diagram 8–10).
- › Kalmar och Stockholm har högst produktivitet (diagram 11)
- › Halland och Östergötland har bäst resultat i det sammanvägda resultatindexet (diagram 19)
- › Östergötland, Halland, Kalmar och Kronoberg har utan inbördes ordning bra resultat i kombination med låga kostnader (diagram 21)

Vissa landsting framstår som goda exempel som andra landsting bör studera närmare. Vi har försökt ge svar på vad som utmärker dessa landsting genom att studera statistik och jämförelsetal.

För att komma längre i analysen och för att stimulera landstingen att använda jämförelserna för verksamhetsutveckling har de landsting som enligt ovan uppvisar de bästa resultaten ombetts att kortfattat kommentera och om möjligt ge förklaringar till de goda resultaten. Vad finns det som andra landsting kan ta efter för att förbättra resultaten inom tillgänglighet, patientsäkerhet, produktivitet och effektivitet?

Kommentarerna har sammanställts av respektive landstings representant i det nationella kontrollernätverket. Kommentarerna finns sist under respektive avsnitt (tillgänglighet, patientsäkerhet, produktivitet respektive effektivitet) eller i anslutning till respektive indikator under avsnittet.

# KAPITEL 2

## Inledning

### Bakgrund

Den medicinska utvecklingen mot allt effektivare vårdformer och behandlingsmetoder leder till att vi kan bota allt fler sjukdomar och att vi lever längre. Denna i grunden positiva utveckling medför dock att vårdkonsumtionen och kostnaderna för hälso- och sjukvård snarare ökar än minskar. Vårdens resurser ökar inte med automatik när behovet och konsumtionen av vård ökar. Detta är en utmaning för landstingen. (Med landsting avses i denna rapport landsting och regioner.)

I syfte att förbättra och effektivisera verksamheten genomgår hälso- och sjukvårdssektorn ständiga strukturförändringar. Allt fler behandlingar utförs i öppen vård. Det sjukdomsförebyggande arbete, bland annat kring motion, rök- och alkoholvanor, har under senare tid fått ett ökat fokus.

Befolkningsunderlag, vårdkonsumtion, kostnader, sjukvårdsstruktur, etcetera varierar mellan landstingen.

### Syfte

Syftet med denna rapport är att visa hur analyser och jämförelser utifrån redan insamlad statistik kan bli en del av de styrverktyg som behövs för att möta utmaningarna i hälso- och sjukvården.

Landstingens produktivitet och effektivitet kan beräknas om än med vissa antaganden och förenklingar.

Rapporten ska visa att relativt enkla jämförelsetal räcker för att få en grov indikation på hur det egna landstinget ligger till i förhållande till andra. Med

hjälp av grundfakta som löpande rapporteras på nationell nivå, rangordnas landstingen så att de som har goda resultat lyfts fram som förebilder för andra.

Rapportens syfte är inte bara att jämföra landstingen utifrån de presenterade diagrammen utan även att den ska fungera som underlag och användas för djupare analyser i landstingen.

Avsikten är också att rapportens resultat ska kommenteras av landstingen själva. Därmed kan vi öka förståelsen av och kunskapen om varför landstingens kostnader, prestationer och resultat skiljer sig åt. Landstingens kommentarer ska biläggas denna rapport i ett senare skede.

Rapporten kan förhoppningsvis även bidra till utveckling och kvalitetsförbättring av inrapporterad statistik. Ju mer som publiceras av inrapporterad data och ju mer statistiken används för analyser, desto angelägnare blir det för landstingen att ha en god kvalitet på sin rapportering.

## Målgrupp

Rapporten vänder sig främst till tjänstemän och politiker som arbetar med planering, uppföljning, analys och styrning av hälso- och sjukvården i landstingen.

## Rapportens innehåll

I rapporten har vi jämfört landstingen med avseende på tillgänglighet, patient-säkerhet, produktivitet och effektivitet. Inom respektive område har vi valt ut de jämförelsetal som kan tas fram ur de datakällor som årligen uppdateras och som alla landsting har tillgång till. För några områden är tillgången till bra jämförelsetal begränsad. I några fall har vi kombinerat olika datakällor och gjort statistiska beräkningar för att skapa ett jämförelsetal.

Sist finns ett avsnitt med de grundfakta som är utgångspunkt för många av jämförelsetalen på produktivitet och effektivitet.

Rapporten avgränsas till sammanställningar på övergripande nivå och jämförelser på landstingsnivå.

Landstingen jämförs ur ett konsumtionsperspektiv, det vill säga vi jämför den offentligt finansierade hälso- och sjukvård som befolkningen får oavsett om vården har producerats av det egna landstinget eller har köpts från offentligt finansierade externa vårdgivare eller av andra landsting.

Merparten av invånarnas vård fås i det egna länet. Att en patient vårdas utanför sitt eget län kan ha flera orsaker. Den högspecialiserade vården i landet är uppdelad på ett antal universitetssjukhus som har fler än det egna landstinget som sitt upptagningsområde. Flera landsting har så kallade gränsavtal med sina grannlän som ska underlätta för medborgarna att söka vård där det bäst passar mot bakgrund av arbete och fritid och inte bara bostadsort. Det så kallade Riksavtalet reglerar möjligheterna att i princip söka vård var som helst i landet om det finns en remiss från hemlandstinget. Vårdgarantin, som förklaras i avsnittet om tillgänglighet, innebär dessutom att många åker över länsgränser för att få besök eller åtgärd inom uppsatta tidsgränser.

Landstingens inbördes ordning jämförs i olika stapeldiagram i rapporten. När det har varit intressant att jämföra landstingen ur två perspektiv har så kallade fyrfältsdiagram använts. I dessa diagram framgår också om det finns ett samband mellan två jämförelsetal.

När landstingen jämförs visas även ett genomsnitt. Genomsnittet är ett så kallat ovägt genomsnitt vilket innebär att alla landsting väger lika mycket oavsett storlek.

De placeringar som landstingen får i diagrammen sammanfattas efter varje avsnitt i en tabell.

Kortfattade kommentarer görs i anslutning till diagrammen. Ibland kommenteras resultaten utifrån om landstingen har universitetssjukhus eller inte. Landsting med universitetssjukhus är: Västerbotten, Uppsala, Örebro, Stockholm, Östergötland, Västra Götaland och Skåne.

## Definitioner

### Produktivitet och effektivitet

Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården kan beskrivas på många sätt. Det är inte alltid tydligt vad som avses med att sjukvården i ett landsting är mer effektiv än i ett annat landsting. Och det är inte entydigt vad som menas med att effektiviteten ökar eller minskar.

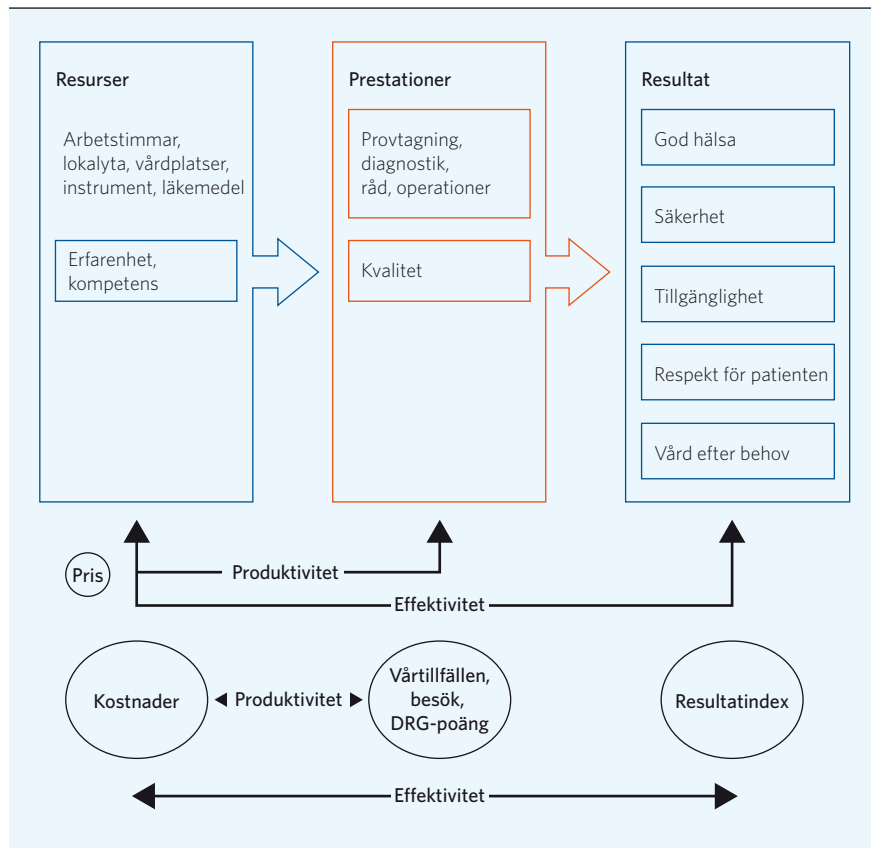
Med produktivitet avses i denna rapport hur mycket som utförs, antal prestationer, i förhållande till de resurser, kostnader, som åtgår. Vid beräkningen av prestationer ska hänsyn tas till kvaliteten i prestationerna, men statistiken tillåter inte denna justering. Det innebär att prestationernas kvalitet antas vara densamma i alla landsting.

Prestationerna mäts i rapporten i antalet vårdkontakter, bland annat vårdtillfällen och besök. Det samlade måttet på resurser är de kostnader som krävs för att åstadkomma prestationerna. Det är det enda måttet som kan sammanfatta insatsen av olika slags resurser. Kostnaderna bestäms både av mängden resurser och av priset på dessa.

Effektivitet kompletterar produktivetsbegreppet. Produktivitet är lika med att *göra saker rätt* medan effektivitet är att *göra rätt saker*. Ett landsting med hög produktivitet kan ha låg effektivitet. Vården kan produceras med låg resursförbrukning, men inte med önskvärt resultat. Landstingets verksamhet uppvisar i så fall hög produktivitet men låg effektivitet. Det är därför viktigt att, så långt det är möjligt, mäta och följa upp både effektivitet och produktivitet i landstingen.

Effektivitet är ett mått på graden av måluppfyllelse eller resultat i relation till insatta resurser. Resultatet för verksamheten är en god hälsa, säker och tillgänglig vård samt att vården ges efter behov och med respekt för patienten. Dessa resultat eller mål är till stor del angivna i Hälso- och sjukvårdslagen.

FIGUR 1. Sambanden mellan resurser, prestationer och resultat



Effektiviteten handlar bland annat om hur resurserna fördelas mellan olika verksamheter. Förebyggande vård, primärvård, akutsjukvård med mera bidrar till måluppfyllelsen på olika sätt och i olika grad. Styrning handlar om att fördela resurser på ett sätt som ger största möjliga bidrag till att goda resultat uppnås. Inom varje verksamhet utförs prestationer som kan betraktas som aktiviteter som syftar till att nå detta.

### Resultat och effektivitet

Vi saknar sammanfattande mått på resultat, men vi har jämförelsetal som beskriver resultat ur en viss aspekt. I rapporten har vi jämfört landstingens tillgänglighet och patientsäkerhet med ett antal jämförelsetal. Inom området tillgänglighet har vi beräknat ett sammanvägt resultatindex av ett tjugotal tillgänglighetsindikatorer i Öppna jämförelser. För området patientsäkerhet finns det i dagsläget endast ett begränsat antal vedertagna mått. I denna rapport har vi jämfört landstingen med tre jämförelsetal. Något sammanfattande mått på patientsäkerhet har vi inte kunnat ta fram.

Vi har däremot tagit fram ett sammanvägt resultatindex för ett hundratal indikatorer i Öppna jämförelser som beskriver olika aspekter av medicinskt resultat, tillgänglighet och patientsäkerhet.

För att belysa effektiviteten har vi jämfört landstingen efter resultat och efter kostnad, men något sammanfattande mått på effektivitet har vi inte sett några möjligheter att ta fram. Såväl faktiska kostnader som strukturjusterade kostnader ställs mot resultatindexet.

De indikatorer som ingår i de sammanvägda indexen presenteras i bilaga.

### **Prestationer och vårdkontakter**

Hälso- och sjukvårdens prestationer omfattar alla de insatser som krävs för att uppnå goda resultat för befolkningen. Ett mått på prestationer ska således innefatta rådgivning, undersökningar, diagnostik, kirurgiska ingrepp, medicinering, sjukgymnastik med mera.

Vårdens prestationer ser mycket olika ut för olika vårdformer och det är svårt att ta fram mått på en övergripande nivå. För att kunna summera prestationerna måste de mått som finns viktas så att hänsyn tas till att de resursmässigt skiljer sig åt. Prestationerna har olika innehåll beroende på om de utförs i slutet eller i öppen vård och beroende av patienternas sjukdomar med mera.

Prestationen i öppen vård bygger på besök och prestationen i slutet vård på vårdtillfälle. Precisionen i prestationen beror bland annat på vilken information vi har om patienten bakom besöket/vårdtillfället.

För vissa prestationer i öppen vård saknas ett exakt konsumtionsbegrepp i den nationella statistiken. Uppgifterna har då beräknats med hjälp av produktionsdata och uppgifter om köpt vård samt med kostnadsdata om köp och försäljning mellan landsting.

Inom specialiserad somatisk vård har vi bäst förutsättningar att mäta prestationer på ett rättvisande sätt. Vårdtillfällen och läkarbesök kan viktas med avseende på resurstyngd med hjälp av uppgifter från patientregistret och DRG-/KPP-data. Specialiserad öppen vård hos annan personalkategori än läkare kan också beräknas med relativt god säkerhet. Prestationen utgörs av de summerade viktade vårdtillfällena och besöken och uttrycks i så kallade DRG-poäng.

I patientregistret vid Socialstyrelsen registreras samliga vårdtillfällen och läkarbesök inom den specialiserade vården. Uppgifter om patientens diagnos och ålder samt de åtgärder som vidtagits registreras. Med hjälp av kostnadsdata från KPP-systemen kan varje vårdtillfälle och läkarbesök inom specialiserad somatisk vård tilldelas en vikt som baseras på den relativa resursåtgången.

DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter (vårdtillfällen eller besök) till större grupper, baserat på deras medicinska innehåll och resursförbrukning. KPP står för kostnad per patient. Sveriges Kommuner och Landsting samlar varje år in kostnadsdata från sjukhus med KPP-system. Dessa kostnader utgör underlag för de relativa vikterna i DRG-systemet.

För primärvård och specialiserad psykiatrisk vård saknar vi information om patienten. Prestationerna inom dessa områden måste istället viktas efter genomsnittlig resursåtgång med hänsyn till typen av vårdkontakt, vilken personalkategori som är involverad och i vilken verksamhet kontakten sker.

I denna rapport har vi beräknat ett prestationsmått för hälso- och sjukvården totalt med hjälp av kostnadsvikter. Prestationer inom primärvård, specialiserad somatisk respektive psykiatrisk vård, tandvård samt övrig



hälso- och sjukvård har vägts ihop med vikter enligt den kostnadsandel områdena motsvarar.

I rapporten används vårdkontakt synonymt med prestation.

### **Kostnader**

Det kostnadsbegrepp som svarar mot konsumtionsperspektivet inkluderar kostnader för verksamhet som landstinget har köpt från andra vårdgivare medan kostnader för verksamhet som landstinget har producerat till invånare i andra landsting är frändragna. Mindre intäkter som redovisas direkt i verksamheten, såsom patientavgifter (motsvarar 3 procent av intäkterna) och specialdestinerade statsbidrag (motsvarar 2 procent av intäkterna) är också frändragna. Den kostnad, ”verksamhetens nettokostnad”, som har beräknats på detta sätt uttrycker den kostnad som landstinget ska finansiera med skatter, generella statsbidrag och finansnetto.

I rapporten finns också jämförelser av landstingens strukturjusterade kostnader. Den faktiska kostnaden är justerad med hjälp av beräknade standardkostnader för landstingens hälso- och sjukvård. Standardkostnaden beräknas årligen inom ramen för utjämningsystemets hälso- och sjukvårdsmodell. De faktorer som man tar hänsyn till är kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet, förekomst av så kallade vårdtunga grupper samt glesbygd. Skillnader i standardkostnad mellan landstingen ska spegla den kostnadsskillnad, som enligt utjämningsmodellen, förklaras av strukturella skillnader som landstingen inte kan påverka.

Den strukturjusterade kostnaden inkluderar även strukturbidraget och justeringen för skillnader i läkemedelskostnader. Strukturbidraget ska bland annat täcka extra kostnader till följd av litet befolkningsunderlag. Bidraget är betydande för ett fåtal landsting. I Jämtlands fall uppgår bidraget till 979 kronor per invånare och Norrbotten får 869 kronor per invånare. För justering av läkemedelskostnader finns en modell som ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel som ska avspegla strukturella skillnader i läkemedelskostnader.

Utjämningsystemets konsekvenser för finansieringen av hälso- och sjukvården behandlas i rapportens sista avsnitt.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård avser hälso- och sjukvård exklusive tandvård, hemsjukvård och omstruktureringskostnader om inget annat anges.

### **Datakällor**

Statistik från patientregistret vid Socialstyrelsen, verksamhetsstatistik från SKL och ekonomistatistik från Statistiska Centralbyrån är de dominerande datakällorna.

Flera av diagrammen bygger på materialet i *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010*. Källan benämns i fortsättningen Öppna jämförelser. Några av de mått som presenteras är beräkningar grundade på indikatorerna i Öppna jämförelser.

Vårdbarometern är en rullande intervjuundersökning om svenskarnas kunskaper om, erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården. Undersökningen genomförs fyra gånger om året av SKL.

Sedan 2009 finns en nationell patientenkät som skickas ut till patienter som besökt vården. Patientenkäten sammanfattar patienternas svar med ett så kallat PUK-värde som står för Patient Upplevd Kvalitet. Patientenkätens syfte är att visa patienternas tillfredsställelse med den vård de fått. Svarsfrekvensen är fortfarande relativt låg och slutsatser från enkäten bör behandlas med försiktighet, men vi har ändå valt använda denna källa för ett av måtten på tillgänglighet.

Landstingens tillgänglighet visas bland annat genom de löpande väntetidsmätningarna som SKL gör och som omfattar uppgifter om väntetidsläget i primärvården och väntetidsläget för ett antal diagnoser/åtgärder inom den specialiserade vården. Dessutom mäts två gånger om året telefontillgängligheten hos de vårdcentraler eller liknande som har datoriserade telefonsystem.

SKL genomför två gånger om året så kallade punktprevalensmätningar av andelen vårdrelaterade infektioner. Mätningarna avser samtliga patienter i den somatiska vården. Verksamheterna i hälso- och sjukvården rapporterar det totala antalet patienter och antalet patienter med vårdrelaterade infektioner för en speciell period.

## Vilka landsting har bra tillgänglighet?

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvård ges till befolkningen efter behov och på lika villkor. Ett grundläggande krav är att vården är tillgänglig. Ändå är just tillgängligheten det som medborgarna och patienterna ofta är mest missnöjda med.

Väntetiderna till vården har varit en kvalitetsfråga som dominerat den hälso-politiska debatten sedan slutet av 1980-talet. År 2004 ingick dåvarande Landstingsförbundet och regeringen en överenskommelse, om att införa en vårdgaranti som innebar att beslutade besök och behandlingar ska erbjudas inom tre månader och omfatta all planerad vård inom den specialiserade vården.

De första mätningarna av vårdgarantins effekter genomfördes under 2006. De första mätningarna visade en positiv utveckling. Under 2008 bröts den positiva trenden och bara cirka 70 procent av de väntande patienterna i landet fanns på "rätt sida" om vårdgarantins tidsgräns. Positivt var dock att svarsfrekvensen från samtliga landsting förbättrats, vilket betydde att data började bli mer tillförlitliga och jämförbara.

Regeringen har tillsammans med SKL infört ekonomiska incitament som syftar till att nå en fungerande vårdgaranti, den så kallade Kömiljarden. Den innebär att en miljard kronor årligen fördelas mellan de landsting som lyckas väl med att korta sina köer.

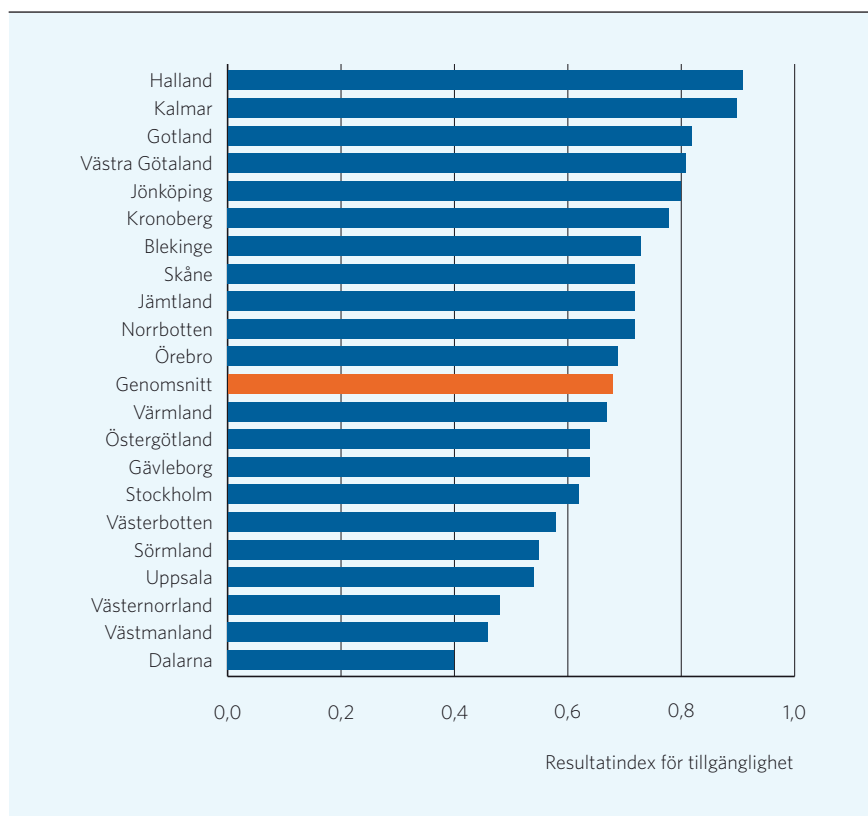
Vårdgarantin regleras sedan 1 juli 2010 i Hälso- och sjukvårdslagen. Målen brukar uttryckas med sifferserien 0 – 7 – 90 – 90, vilket anger den nationella vårdgarantins tidsgränser i antal dagar för olika steg i vårdkedjan.

- 0 = kontakt med primärvården samma dag som man söker hjälp (tillgänglighetsgaranti)
- 7 = besöka läkare inom primärvården inom högst sju dagar (besöksgaranti)
- 90 = beslut om ett förstabesök i den specialiserade vården inom högst 90 dagar (besöksgaranti)
- 90 = beslut om operation/åtgärd inom högst 90 dagar i den specialiserade vården (behandlingsgaranti)

#### **Rapportens jämförelsetal för tillgänglighet**

- Diagram 1: Resultatindex för tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2009
- Diagram 2: Andel patienter som ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen per telefon 2008 och 2009
- Diagram 3: Kontakt med vårdcentral eller liknande samma dag, oktober 2010
- Diagram 4: Läkarbesök i primärvården inom högst 7 dagar, oktober 2010
- Diagram 5: Patientupplevd kvalitet i primärvården: Vad anser du om tiden du fick vänta? September 2009
- Diagram 6: Beslut om ett förstabesök inom högst 90 dagar i den specialiserade vården, exkl. patientvald väntan, december 2010
- Diagram 7: Beslut om operation/åtgärd inom högst 90 dagar i den specialiserade vården, exkl. patientvald väntan, december 2010

DIAGRAM 1. Resultatindex för tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2009



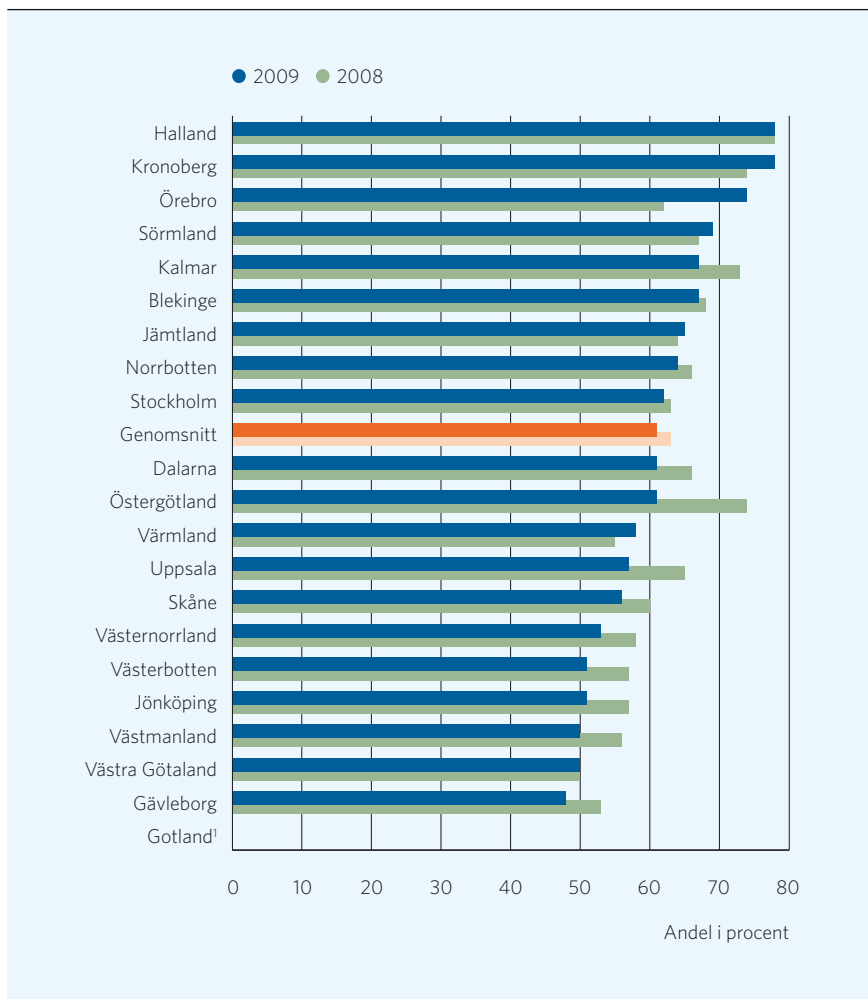
Källa: SKL (bearbetning av grunduppgifter i Öppna jämförelser)

En del av diagrammen i denna rapport bygger på ett sammanvägt index av indikatorerna i Öppna jämförelser 2010. Det sammanvägda indexet för tillgänglighet i diagram 1 är en sammanvägning av 17 indikatorer från Öppna jämförelser, bland andra jämförelsetalen i diagram 2–7. Vilka indikatorerna är i övrigt framgår av bilagan. Ett högt värde tyder på god tillgänglighet.

Halland och Kalmar är de landsting som har de bästa resultaten för resultatindexet för tillgänglighet. Spridningen i landet är stor och det finns inget entydigt mönster i form av att stora eller små landsting, tät befolkning eller glesbygd eller att några andra generella beskrivningsfaktorer skulle vara avgörande för en god tillgänglighet.

Av de kommande diagrammen framgår att det möjligtvis finns en tendens att landsting med universitetssjukhus har bättre resultat för den specialiserade vården.

DIAGRAM 2. Andel patienter som ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen per telefon 2008 och 2009



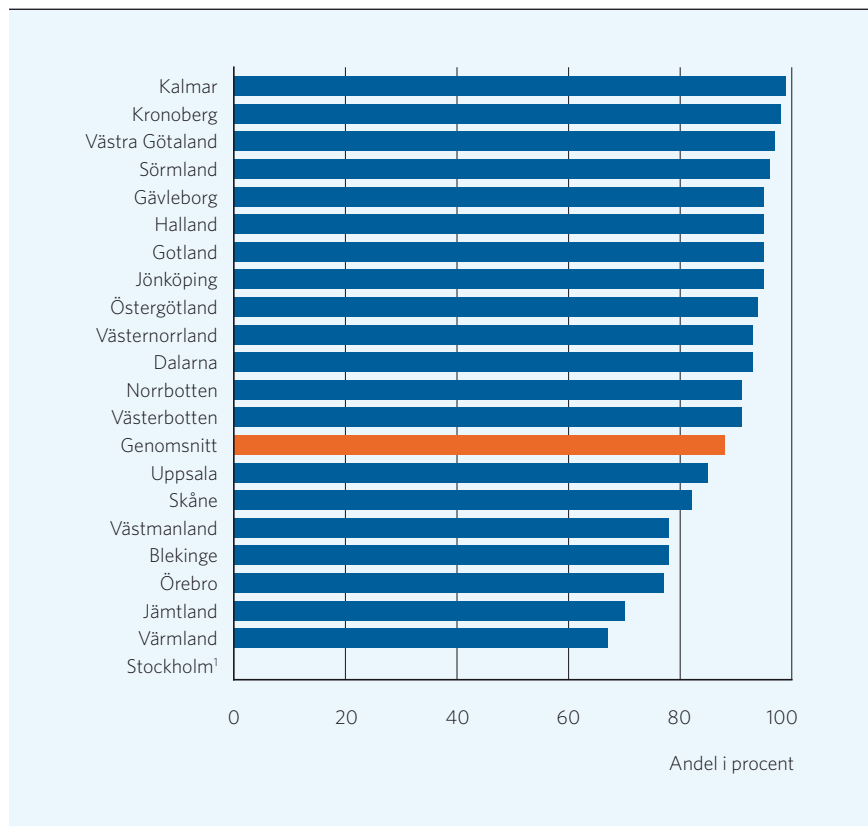
Not. 1.  
 Gotland ingick inte i Vårdbarometern 2009.  
 Källa: Vårdbarometern, SKL

Cirka 22 procent av befolkningen har enligt Vårdbarometern ringt sjukvårdsrådgivningen, 1177 eller motsvarande, under 2009. Av diagrammet framgår att i genomsnitt ansåg 61 procent att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon. Andelen var något högre 2008 jämfört med 2009.

Resultaten och rangordningen skiljer sig åt mellan de visade åren. För flera landsting med sämre resultat 2009 har det skett en försämring mellan åren. De fyra landsting som har bäst resultat 2008 har förbättrat sin tillgänglighet under 2009.

Det är stora skillnader mellan landstingen. Under 2009 tyckte 48 procent att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen i Gävleborg medan motsvarande andel var 78 procent i Halland och Kronoberg. Halland, som hade bäst resultat för tillgänglighetsindexet, har även bäst resultat i denna mätning.

DIAGRAM 3. Kontakt med vårdcentral eller liknande samma dag, oktober 2010



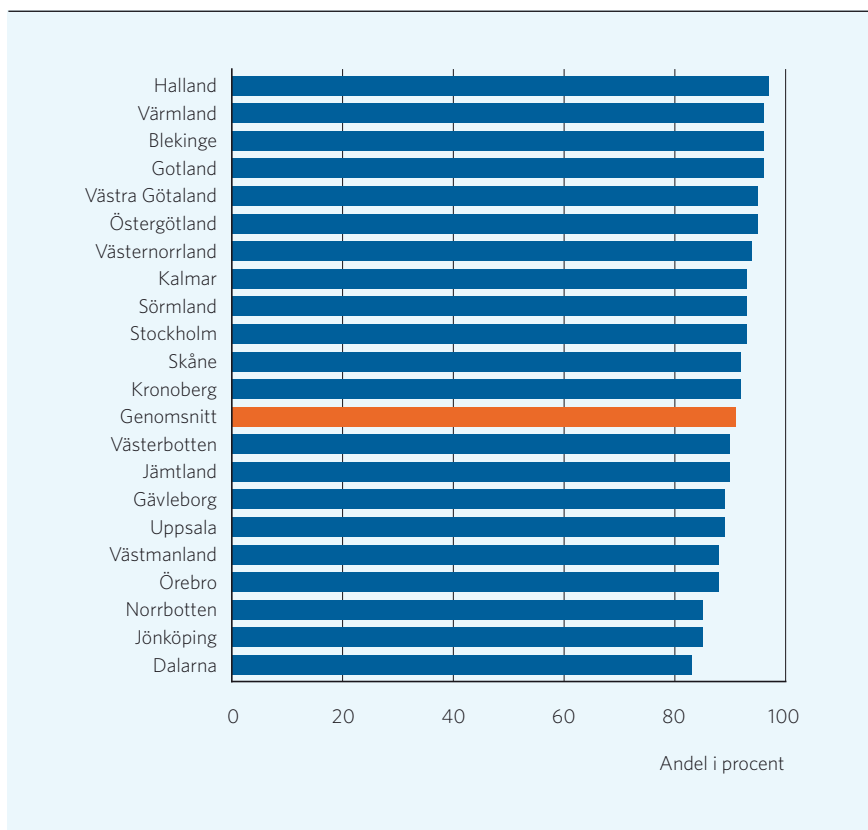
Not. 1.  
Deltog ej

Källa: Väntetider i vården, SKL

SKL:s väntetidsmätningar följer även upp hur lätt eller svårt det är att per telefon få kontakt med sin vårdcentral eller liknande. Mätningarna görs hos de vårdcentraler som har tekniska system för att följa upp inkommande samtal.

Av samtal för rådgivning eller bokning av läkarbesök besvarades i genomsnitt 88 procent vid mätningen i oktober 2010. Bästa landsting var Kalmar med 99 procents svarsfrekvens. De flesta landstingen har en svarsfrekvens på över 90 procent, men Värmlands och Jämtlands sämre resultat drar ner genomsnittet.

DIAGRAM 4. Läkarbesök i primärvården inom högst 7 dagar, oktober 2010



Källa: Väntetider i vården, SKL

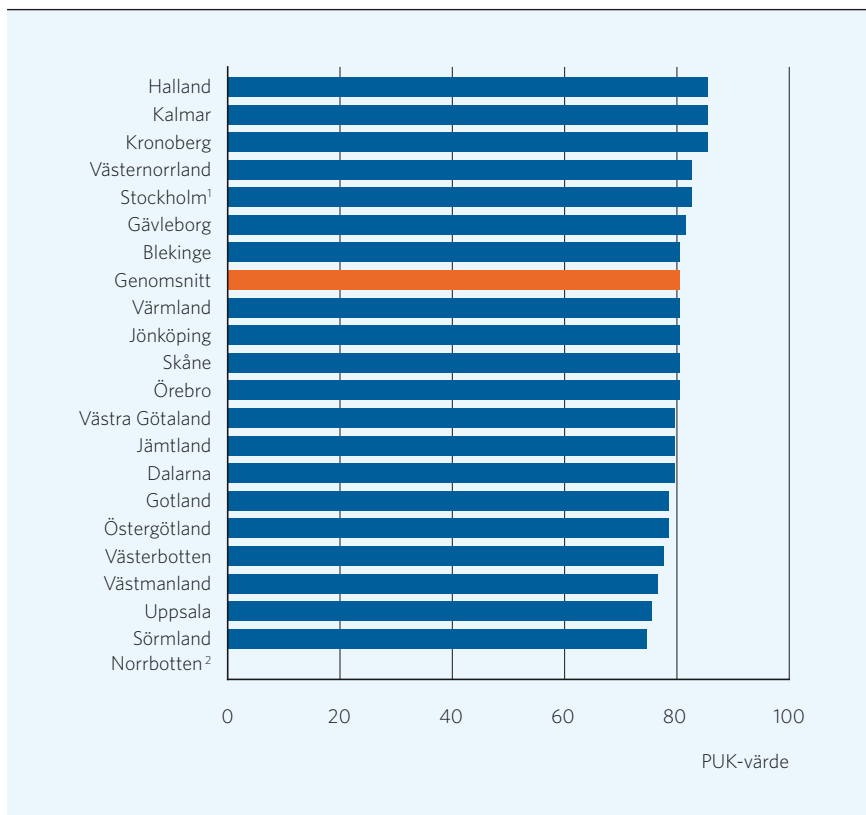
Vårdgarantin anger att patienter med behov att träffa en läkare i primärvården ska få göra det inom 7 dagar. Vid mätningen i oktober 2010 fick i genomsnitt 91 procent av patienterna ett läkarbesök inom 7 dagar. I Halland var det 97 procent av patienterna som fick sitt läkarbesök i tid.

Spridningen i landet är mindre i detta diagram, som visar andelen läkarbesöket inom vårdgarantins tider, än de tillgänglighetsmått i diagram 2 och 3 som visade möjligheterna att komma i kontakt med vården.

Halland ligger högst både när det gäller resultatindex för tillgänglighet (diagram 1) och när det gäller patienter som fått ett läkarbesök i primärvården inom 7 dagar. Dalarna har sämst resultat i båda diagrammen.



DIAGRAM 5. Patientupplevd kvalité i primärvården: Vad anser du om tiden du fick vänta?  
September 2009



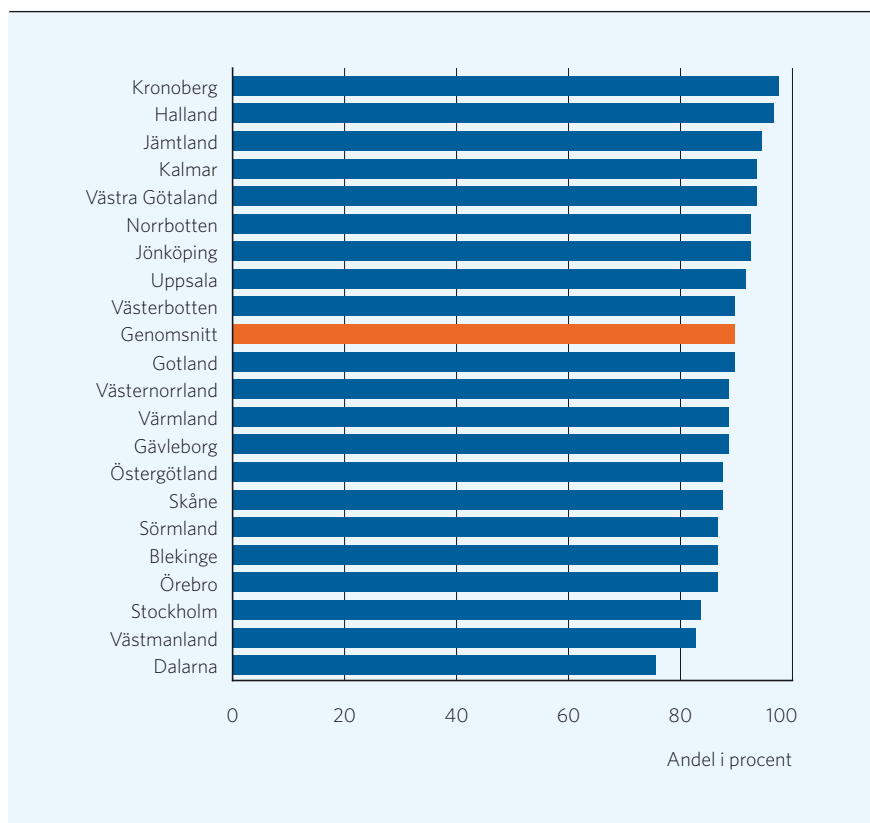
Not. 1.  
Separat insamling  
Not. 2.  
Deltog ej

Källa: Nationell Patientenkät, SKL

Resultatet på frågan ”Vad anser du om tiden du fick vänta?” från den nationella patientenkäten visas som ett värde för så kallad patientupplevd kvalitet (PUK). Det genomsnittliga PUK-värdet var 81. Halland, Kalmar och Kronoberg ligger högst men variationen mellan landstingen är liten.

Det finns en viss överensstämmelse i landstingens placering f r patientupplevd kvalitet i primärvården och övriga tillgänglighetsmått. Halland, Kalmar och Kronoberg ligger alla tre högt upp i diagram 5 och de ligger över det ovägda genomsnittet i alla andra diagram avseende tillgänglighet.

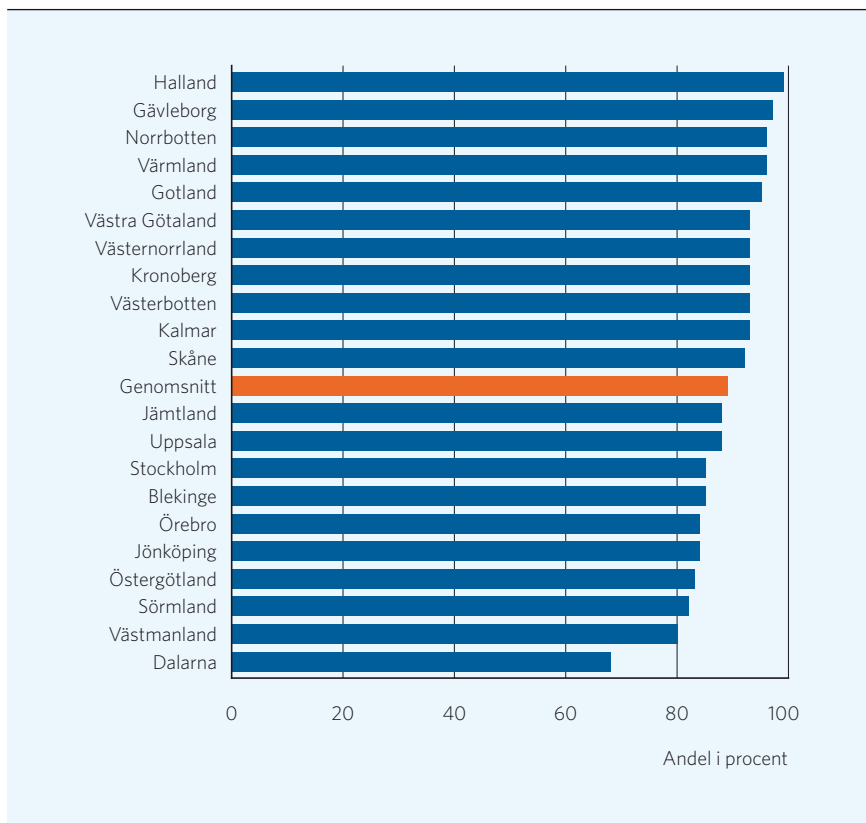
DIAGRAM 6. Beslut om ett förstabesök inom högst 90 dagar i den specialiserade vården, exkl. patientvald väntan, december 2010



Källa: Väntetider i vården, SKL

Patienter som fått beslut om besök inom den specialiserade vården vid sjukhus eller speciella öppenvårdsmottagningar ska få sitt besök inom 90 dagar. Vid mätningen i december 2010 hade i genomsnitt 90 procent av patienterna en väntetid på mindre än 90 dagar. Hälften av landstingen ligger på 90 procent eller mer, men genomsnittet dras ned av Dalarna där endast 76 procent av patienterna fick vård i tid.

DIAGRAM 7. Beslut om operation/åtgärd inom högst 90 dagar i den specialiserade vården, exkl. patientvald väntan, december 2010



Källa: Väntetider i vården, SKL

Väntan till operation/åtgärd mäts för 42 specifika åtgärder inom specialiserad vård. Efter beslut om åtgärd ska patientens väntan vara högst 90 dagar. Vid mätningen i december 2010 var det i genomsnitt 89 procent av patienterna som fick sin beslutade åtgärd inom den tiden. Liksom i jämförelsen i diagram 6 ligger Dalarna lägst.

TABELL 1. Sammanfattning av landstingens placeringar i diagram rörande tillgänglighet

Tillgänglighet	Diagramnummer						
	1 Index övergrip	2 Kontakt rådgivning	3 Kontakt vc	4 Läkare < 7 dagar	5 PUK väntetid	6 Besök < 90 dagar	7 Åtgärd < 90 dagar
Stockholm	15	9	us	8	5	19	14
Uppsala	18	13	14	15	19	8	13
Sörmland	17	4	4	8	20	16	19
Östergötland	14	11	9	5	16	14	18
Jönköping	5	17	5	19	9	7	17
Kronoberg	6	2	2	11	3	1	8
Kalmar	2	5	1	8	2	4	10
Blekinge	7	6	15	2	7	17	15
Skåne	10	14	15	11	10	15	11
Halland	1	1	5	1	1	2	1
Västra Götaland	4	19	3	5	12	5	6
Värmland	12	12	20	2	8	12	4
Örebro	11	3	18	17	11	18	16
Västmanland	20	18	16	17	18	20	20
Dalarna	21	10	10	21	14	21	21
Gävleborg	13	20	5	15	6	13	2
Västernorrland	19	15	10	7	4	11	7
Jämtland	9	7	19	13	13	3	12
Västerbotten	16	16	12	13	17	9	9
Norrbottn	8	8	12	19	Us	6	3
Gotland	3	us	5	2	15	10	5

us = deltog inte i undersökningen

I tabellen ovan ges en översiktlig bild av respektive landstings placering i de jämförelser som har gjorts i avsnittet. Syftet är enbart att ge landsting en snabb och översiktlig bild. För att göra jämförelser bör värden i respektive diagram studeras, inte placeringen.

Halland och Kalmar hade bäst resultat vad avser det sammanvägda resultatindexet och dessa landstingen ligger även i topp för flera av de enskilda jämförelsetalen. I produktivitets- och effektivitetsavsnitten längre fram kommer Hallands och Kalmars resultat att uppmärksammas. Finns det till exempel något samband mellan god tillgänglighet och produktivitet? Halland och Kalmar kommenterar nedan sina goda resultat.

## Halland

Ett politiskt beslut finns om att tillgänglighetsarbetet ska ges högsta prioritet. Vi ska inte bara sträva efter att uppnå nationellt uppsatta mål om tillgänglighet på 80 eller 90 procent utan 100 procent. Patienterna har rätt att få vård inom utlovad tid (vårdgarantins gränser). Punkt slut.

För att uppnå målet om en köfri sjukvård har vi beslutat att ta tillvara alla tillgängliga resurser både våra egna och privata. Det har inneburit att tusentals patienter fått sin vård eller behandling av andra vårdgivare än det egna landstinget, för att därigenom slippa vänta på vård. Inom bristområden som ögon och ortopedi har vi upphandlat avropsavtal för att underlätta hanteringen.

Mycket kraft har lagts på att skapa ett gemensamt fokus på tillgänglighetsarbetet på alla ledningsnivåer – politisk, tjänstemanna- och verksamhetsnivå. Medarbetarna har känt engagemang och försökt hitta lösningar bortom organisatoriska gränser. Detta har varit en avgörande framgångsfaktor. Vi har lärt oss att se landstinget som en helhet och att alltid ha patienten i fokus.

Arbetet med att öka tillgängligheten har följts upp noga och ofta. Varje vecka har avstämningsmöten hållits med dialog om läget med ansvariga. Inom de områden där det har visat sig finnas behov av extra åtgärder har dessa satts in.

Vårdgarantin lämnar öppning för tolkningar och vårdpersonalen ställs dagligen inför olika frågeställningar. För att kvalitetssäkra tillämpningen av vårdgarantin har vi tagit fram länsgemensamma anvisningar.

## Kalmar

Tydlig prioritering ifrån politiken genom ledningen och ut mot verksamheten. Uppföljningar görs månadsvis och resultaten kommuniceras ut i alla led. Resultaten visas publikt och i de områden där resultaten inte är tillfredsställande agerar vi snabbt genom att till exempel sätta in extra resurser vid behov för att lösa det medan arbetet inleds med att hitta en långsiktig lösning på problemet som att titta igenom den aktuella klinikens arbetssätt. Viktigt att påpeka att arbetet med tillgängligheten aldrig får innebära en försämring när det gäller kvalitet och patientsäkerhet.

## Vilka landsting har hög patientsäkerhet?

Många patienter skadas eller blir sjuka i samband med att de får vård. Ofta är patientskador orsakade av brister i organisationen till exempel dåliga rutiner, bristande hygien med mera. Exempel på vårdskador är vårdrelaterade infektioner (infektioner som drabbar patienter i samband med vård) och problem relaterade till läkemedelskonsumtion.

Under 2000-talet har brister i patientsäkerhet uppmärksammats allt mer och arbetet för att höja säkerheten har intensifierats. Att förebygga, tidigt upptäcka risker och att mildra konsekvenserna av inträffade vårdskador är en del av vårdens samlade kvalitetsarbete. Arbetet är inriktat på att minska mänskligt lidande, men en viktig del är också att begränsa vårdens kostnadsutveckling.

Den 1 januari 2011 trädde den nya lagen om patientsäkerhet i kraft. Där tydliggörs ansvaret för patientsäkerheten och vården stimuleras till att arbeta mer förebyggande för att minska vårdskadorna.

Sedan 2008 driver SKL en satsning för att minska vårdskadorna. Satsningen inriktar sig mot förebyggande arbete, att öka medvetenheten om risker i vården och att förbättra säkerhetskulturen.

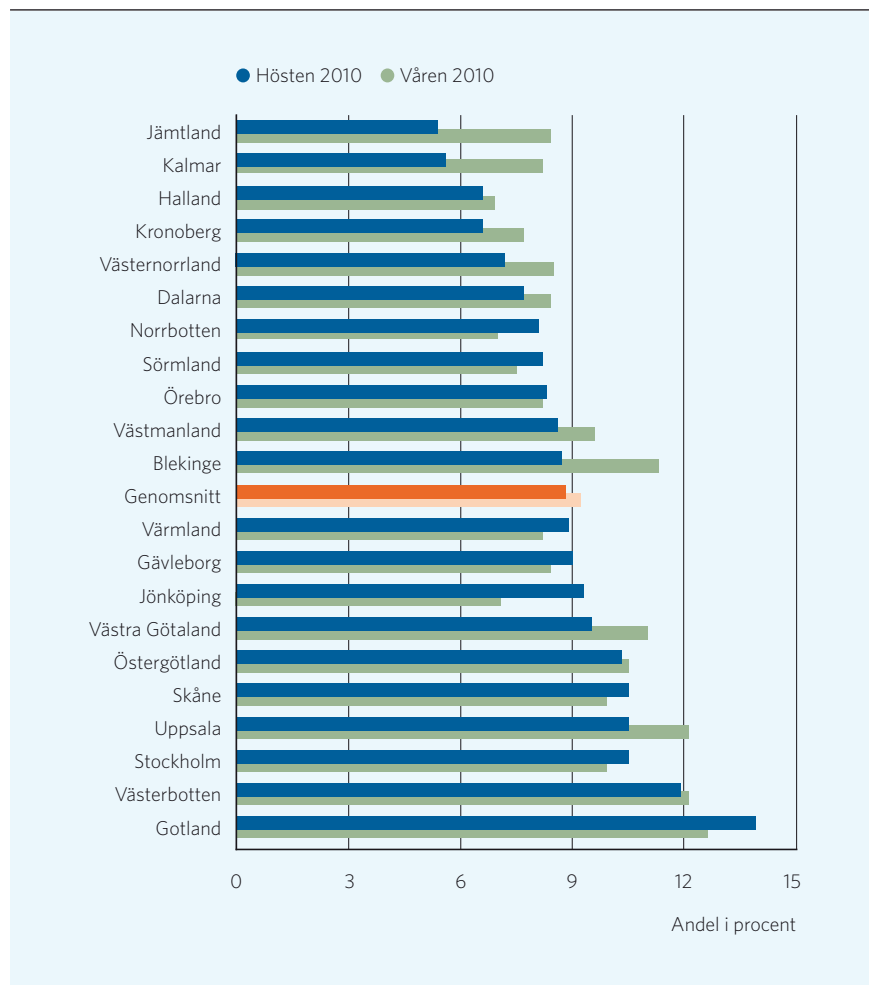
Nationella mätningar, så kallade punktprevalensmätningar, av vårdrelaterade infektioner är en del i det arbetet. Mätningarna ska i första hand användas för att följa den egna verksamheten mellan olika mätpunkter, men resultaten av mätningarna är offentliga, vilket gör att patienterna är bättre informerade om hur säker vården är.

Från och med 2011 finns en överenskommelse mellan staten och SKL som syftar till att, genom ekonomiska incitament, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet i landstingen.

## Rapportens jämförelsetal för patientsäkerhet:

- › Diagram 8: Andel patienter med vårdrelaterad infektion i specialiserad somatisk slutenvård, vår och höst 2010
- › Diagram 9: Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner), 31 december 2009, avser personer 80 år och äldre
- › Diagram 10: Antal anmälningar i specialiserad vård per 1 000 vårdkontakter till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2009

DIAGRAM 8. Andel patienter med vårdrelaterad infektion i specialiserad somatisk slutenvård, vår och höst 2010



Källa: Mätningar av vårdrelaterade infektioner, SKL

Mätresultaten i diagram 8 bygger på landstingens rapporteringar vid två mätperioder 2010. Resultaten varierar stort mellan landstingen och varierar även över tid för ett och samma landsting. Av diagrammet framgår att det kan ske stora förändringar under året och mellan mätperioderna framför allt i mindre landsting. Detta kan delvis förklaras av att mindre landsting har få fall vilket kan leda till stor variation mellan tidpunkterna. Detta talar för vikten att mäta och följa upp sina resultat ofta.

Landsting med universitetssjukhus (förutom Örebro) har högre andel infektioner än genomsnittet.

Jämtland, Kalmar och Halland har lägst andel vårdrelaterade infektioner. Dalarna har näst Jämtland och Halland det bästa resultatet sammantaget för vårdrelaterade infektioner och andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (diagram 9). Alla fyra landsting har förbättrat sina resultat mellan mätpunkterna.

Landstingen försöker själva i anslutning till respektive indikator nedan ge förklaringar till sina goda resultat. Kalmars kommentar redovisas enbart för patientsäkerhet totalt sist under avsnittet.

## Jämtland

Landstinget har gjort punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner varje månad under 2010. Verksamhetsområdescheferna har i månadsuppföljningar och bokslut fått analysera sina resultat. Vårdhygienavdelningen ansvarar för information till sjuksköterskor och läkare som varit ansvariga för mätningarna på respektive avdelning. På uppdrag av landstingsdirektör har analys gjorts av resultat under hösten 2010. En handlingsplan är skriven, som bland annat innehåller starkare krav om introduktion till nyanställda oavsett yrkeskategori samt landstingsövergripande rutiner för desinfektionsrum, vårdhygienrund med mera.

## Halland

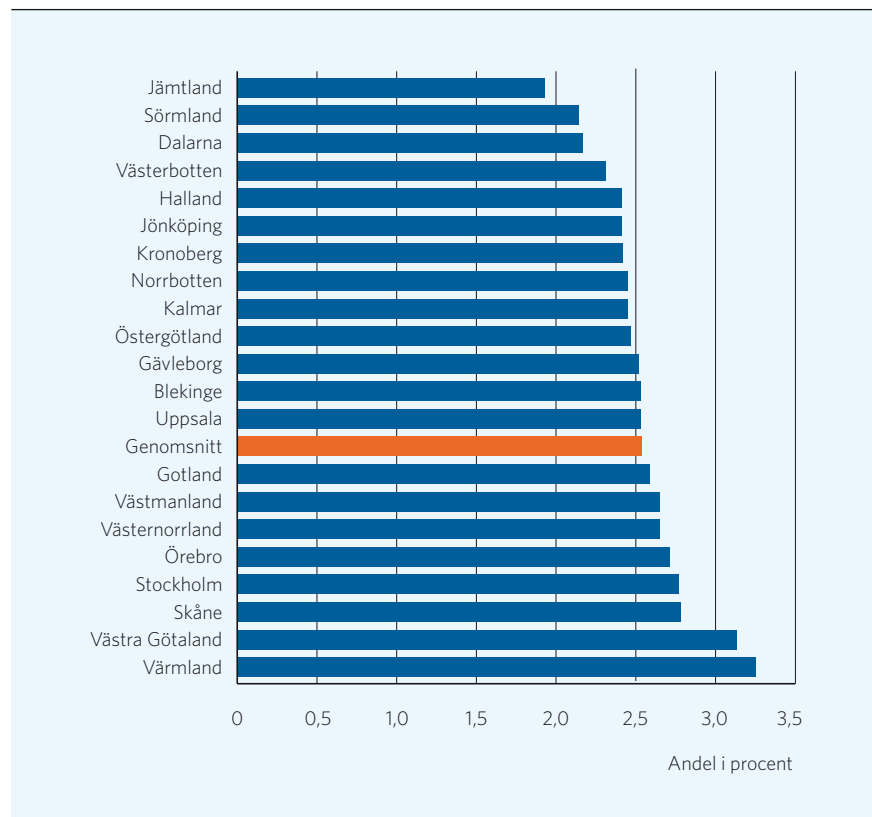
Nedan beskrivs aktiviteter som startats och i vissa fall avslutats inom landstingets sjukhus, där vi ser kopplingar till arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner.

- › Sedan ett par år har interna punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner genomförts tre gånger per år utöver de nationella mätningarna två gånger per år.
- › TILDA (interaktivt utbildningsprogram) har införts vid sjukhuset i Halmstad. Utveckling av diverse kursmaterial pågår omfattande bland annat området vårdhygien, till exempel ett utbildningsprogram för följsamhet till basala hygienrutiner. Det har även tagits fram olika former av informationsmaterial.
- › Från den 1 januari 2011 mäts postoperativa infektioner vid alla ingrepp vid sjukhuset i Halmstad.
- › Förbrukningen av handsprit följs på årsbasis samt redovisas i säkerhetsbokslut och i årsuppföljning.
- › Sjukhuset i Halmstad har infört WHO's checklista i samband med operation.





DIAGRAM 9. Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner), 31 december 2009, avser personer 80 år och äldre



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Andelen äldre (över 80 år) som har kombinationer av läkemedel med risk för så kallade D-interaktioner är ett annat mått som illustrerar patientsäkerheten. Med D-interaktioner menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. Kombinationer mellan dessa preparat bör därför undvikas.

Andelen äldre med dessa läkemedelskombinationer var i genomsnitt 2,5 procent. Jämtlands andel var lägst i landet medan Värmland och Västra Götaland ligger högre än övriga landsting. Variationen mellan landstingen är i övrigt liten.

Jämtland, Dalarna och Halland, som tillsammans med Kalmar uppvisar de bästa resultaten sammantaget för de två indikatorerna i diagram 8 och 9, försöker nedan ge förklaringar till sina goda resultat.

## Jämtland

Inom länet har ett stort antal läkemedelsgenomgångar gjorts. Apodosystemet signalerar om läkaren försöker ordinera läkemedel som interagerar. Gott arbete över lång tid av läkemedelskommittén med återredovisning till hälsocentralernas läkare. Utbildningsinsatser till olika läkargrupper såväl specialister som läkare under AT- och ST-utbildning.

## Dalarna

Ett revideringsarbete pågår för att säkra upp den övergripande rutinen för läkemedelshantering som ska gälla för Landstinget Dalarna och den Kommunala hälso- och sjukvården. Det pågår också ett Genombrottsarbete på två vårdcentraler för att säkra upp förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel.

Under 2010 har Landstinget Dalarna anställt 7 stycken klinikapotekare, deras uppdrag omfattar både slutenvård och primärvård. De ska bland annat utföra multiprofessionella läkemedelsgenomgångar och läkemedelsavstämningar. Uppdraget innefattar även att skapa rutiner för hur läkemedelsgenomgångarna kan gå till samt att genomföra utbildningar för att öka kunskapen om läkemedel och äldre.

Det pågår även ett arbete sedan 2010 med att införa läkemedelsbehandlingar på en enhet inom slutenvården i landstinget.

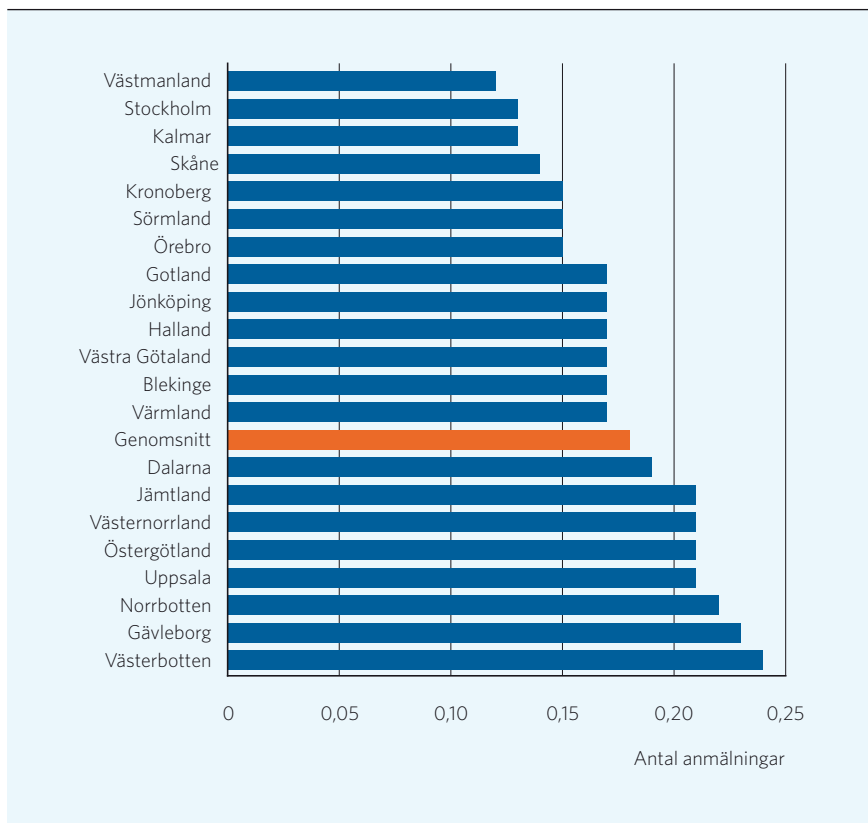
## Halland

Andelen äldre (över 80 år) med kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktion var något lägre (2,41 %) än rikssnittet (2,54 %). Möjliga förklaringar till den lägre andelen i Halland än i de flesta andra landstingen kan vara flera.

De senaste åren har systematiska läkemedelsavstämningar genomförts enligt Modell Halland för äldre, framför allt på särskilda boenden. Även om bara en del av den äldre befolkningen omfattas så kan man förvänta sig att just denna grupp har fler läkemedel och därmed större risk för interaktioner och att insatsen därigenom också gör stor nytta.

Vid förskrivning på dosrecept används e-dos i relativt hög utsträckning, ca 65 %. Systemet signalerar för interaktioner, så även om det inte är optimalt så är det troligt att det bidrar till ökad uppmärksamhet på interaktionsrisker.

DIAGRAM 10. Antal anmälningar i specialiserad vård per 1 000 vårdkontakter till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2009



Källa: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

Anmälningar till patientförsäkringen hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag görs av patienter eller anhöriga. Cirka 44 procent av samtliga anmälningar leder till ersättning.

I diagram 10 jämförs antalet anmälningar i specialiserad vård. I snitt sker 0,18 anmälningar på 1 000 vårdkontakter. Det finns en viss osäkerhet i tolkningarna av resultaten eftersom landsting och vårdinrättningar kan vara bättre eller sämre på att informera patienterna om möjligheten till anmälan och rätt till eventuell ersättning. Publiceringen av anmälningsantalen är främst till för att medvetandegöra landstingen om sin egen situation och för att de därmed ska kunna förebygga eventuella brister i de egna systemen.

Västmanland, Stockholm och Kalmar är de landsting som har minst andel anmälningar per vårdkontakter i specialiserad vård. Gävleborg och Västerbotten har flest. Det är svårt att se något mönster i resultatet. Landsting med universitetssjukhus finns både under och över genomsnittet. Jämtland, Halland och Dalarna, som tillsammans med Kalmar har det bästa resultatet för vårdrelaterade infektioner och andel riskfyllda läkemedelskombinationer kommenterar nedan sitt resultat i jämförelsen av anmälningar till LÖF.

## **Jämtland**

Inom landstinget tror man att det relativt dåliga resultatet i diagram 10 beror på att patienterna är väl upplysta om sina möjligheter att kunna anmäla till LÖF och eventuellt kunna få ersättning via dem. Läkare, framförallt inom opererande specialiteter, ger ofta information till patienterna. Patientnämnden är också aktiva med hjälp och stöd att göra anmälan till LÖF.

## **Dalarna**

Landstinget har sämre resultat än genomsnittligt för anmälningar till LÖF. Arbetet har pågått under flera år med att få en bra säkerhetskultur där bl.a. rapportering av avvikelser och risker lyfts fram. Vi har också påtalat att det är viktigt att patienterna får vetskap om sina rättigheter. Detta arbete ser vi har gjort att antalet rapporterade avvikelser/risker har ökat markant sedan 2007. I rapporten redogörs endast antalet anmälningar och inte hur många som beviljats ersättning. Dalarna ligger i nivå med riket och vi vet att i dessa siffror också kan finnas anmälningar som härrör till ett upplevt dåligt bemötande. Patientnämnden arbetar idag nära både patientsäkerhetsavdelningen och chefläkargruppen och vi hoppas att vi kommer att få ned denna siffra.

## **Halland**

Halland har färre anmälningar till LÖF än genomsnittligt för landstingen, men är inte bland de landsting som har lägst antal. Det faktiska antalet anmälningar till LÖF 2009 var 308 enligt egen statistik (motsvarande antal 2008 var 278). Patientnämnden informerar patienter om möjligheten att anmäla vårdskador till försäkringen. Av patientnämndens ärenden under 2009 informerades/skickades information om försäkringen till patienter och anhöriga i 274 fall. Fler har informerats men uppgift om hur många saknas eftersom vi endast registrerar våra ärenden och inte andra allmänna kontakter där det inte riktas kritik mot någon enhet. Fler informerades om försäkringen 2009 jämfört med 2008.

TABELL 2. Sammanfattning av landstingens placeringar i diagram rörande patientsäkerhet

Patientsäkerhet	Diagramnummer		
	8 Vårdrelaterad infektion	9 D-interaktioner	10 Anmälningar till LÖF
Stockholm	19	18	2
Uppsala	18	13	18
Sörmland	8	2	6
Östergötland	16	10	17
Jönköping	14	6	9
Kronoberg	4	7	5
Kalmar	2	9	3
Blekinge	11	12	12
Skåne	17	19	4
Halland	3	5	10
Västra Götaland	15	20	11
Värmland	12	21	13
Örebro	9	17	7
Västmanland	10	15	1
Dalarna	6	3	14
Gävleborg	13	11	20
Västernorrland	5	16	16
Jämtland	1	1	15
Västerbotten	20	4	21
Norrbottn	7	8	19
Gotland	21	14	8

I tabellen ovan ges en översiktlig bild av respektive landstings placering i de jämförelser som har gjorts i avsnittet. Syftet är enbart att ge landsting en snabb och översiktlig bild. För att göra jämförelser bör värden i respektive diagram studeras, inte placeringen.

Vid tolkning av resultatet bör man vara medveten om att måtten på patientsäkerhet är få och att något samlat mått inte kan tas fram.

Jämtland har det bästa sammanlagda resultatet för vårdrelaterade infektioner och D-interaktioner. Därefter följer Halland och Dalarna. Om vi även tar med anmälningar till LÖF i jämförelsen har Kalmar bäst resultat. Kalmar hade även det näst bästa resultatet på tillgänglighet (diagram 1).

Jämtland, Halland och Dalarna har kommenterat sina goda resultat i anslutning till respektive indikator. Kalmar och Dalarna försöker ge en samlad förklaring till sina goda resultat i patientsäkerhetsarbetet nedan.

## **Kalmar**

Vi har haft flerårig satsning på patientsäkerhet, vi har ett uttalat mål att vara Sveriges säkraste sjukvårdssystem till år 2014. Det finns flera goda exempel som redovisas, publiceras och prisas internt vilket tryggar fram fler idéer som lyfts fram och som får utrymme att arbetas med. Ett annat sätt som det arbetas med är skapande av en så kallad ersättningsmodell som har fokus mot just patientsäkerhet, vi har en klar inställning att morot är bättre än piska för att uppnå mål.

## **Dalarna**

För att lyckas med ett systematiskt patientsäkerhetsarbete krävs en ledning som stödjer patientsäkerhetsarbetet, en aktiv och kontinuerlig medverkan från alla anställda samt ett samarbete mellan olika aktörer. I Dalarna har man arbetat aktivt med att få till en god säkerhetskultur bland annat genom att synliggöra, rapportera, åtgärda och följa upp på ett systematiskt sätt.

Vad gäller de parametrar som fokuseras på i rapporten har samarbetet med Vårdhygien och Läkemedelsavdelningen varit mycket viktigt. Dessa avdelningar har tillsammans med Patientsäkerhetsavdelningen samt chefläkargruppen fungerat som stödorganisation på såväl landstingslednings som förvaltningsnivå samt basenhetsnivå. Alla verksamheter har också en utsedd patientsäkerhetssamordnare/motsvarande och dessa personer stödjer verksamhetschefer och första linjens chefer i patientsäkerhetsfrågor. Linjeorganisationens engagemang i patientsäkerhetsfrågorna är lovvärt då de operativa cheferna måste driva arbetet framåt på sina respektive enheter. På alla enheter finns också hygienombud utsedda som har en nära koppling till vårdhygien.

# KAPITEL 5

## Vilka landsting har hög produktivitet?

En god tillgänglighet och hög patientsäkerhet är eftersträvansvärda tillstånd, men det är inte säkert att höga – eller låga – kostnader är positivt. Det beror på hur pengarna används. Kostnaderna måste relateras till vad som görs för pengarna = produktivitet eller ännu hellre vad som blir resultatet av de insatta resurserna = effektivitet.

Det är alltid vårdens resultat som är det centrala; inte att vården gör så mycket som möjligt. Det finns ändå starka skäl att ställa prestationerna mot kostnaderna. Ur ett ledningsperspektiv är det nödvändigt att följa upp vad som görs, både sett till kvantitet/volym och hur mycket det kostar.

Produktivitet definieras i denna rapport som relationen mellan prestationer och insatta resurser (kostnader). Under de senaste åren har registrering och presentation av vårdens prestationer och kostnader förbättrats. I denna rapport tar vi även fram ett mått för att uppskatta det totala antalet prestationer och vi kan därmed beräkna ett produktivetsmått för hela hälso- och sjukvården. Vid beräkningen borde hänsyn tas till kvaliteten i prestationerna, men statistiken tillåter inte denna justering. Det innebär att prestationernas kvalitet antas vara densamma i alla landsting.

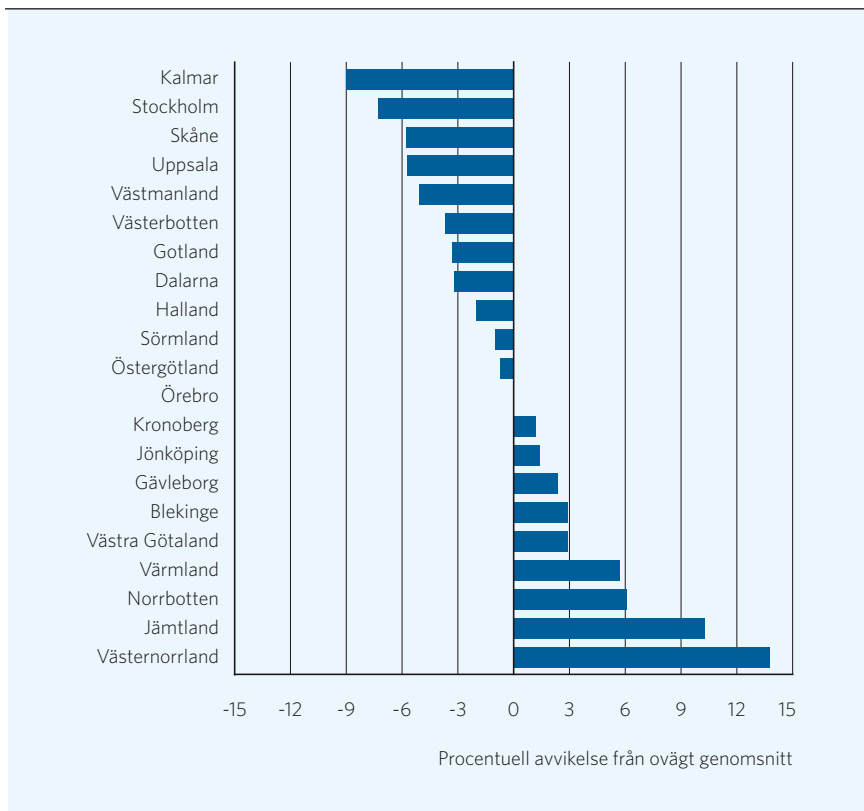
### Rapportens produktivetsdiagram:

- › Diagram 11: Kostnad per vårdkontakt i hälso- och sjukvård 2009, procentuell avvikelse från ovägt genomsnitt
- › Diagram 12: Kostnad per vårdkontakt i primärvård 2009



- Diagram 13: Kostnad per vårdkontakt (DRG-poäng) inom specialiserad somatisk vård 2009
- Diagram 14: Kostnad per vårdkontakt i psykiatrisk vård 2009
- Diagram 15: Kostnad per vårdkontakt och vårdkontakt per invånare i hälso- och sjukvård totalt 2009, procentuell avvikelse från ovägt genomsnitt
- Diagram 16: Kostnad per vårdkontakt (DRG-poäng) i specialiserad somatisk vård och kostnad per vårdkontakt i primärvård 2009
- Diagram 17: Kostnad per vårdkontakt i specialiserad psykiatrisk vård och kostnad per vårdkontakt i primärvård 2009
- Diagram 18: Kostnad per vårdkontakt (DRG-poäng) i specialiserad somatisk vård och vårdkontakter (DRG-poäng) per invånare i specialiserad somatisk vård 2009

DIAGRAM 11. Kostnad per vårdkontakt i hälso- och sjukvård, 2009



Källa: Egna beräkningar SKL, SCB och Socialstyrelsen

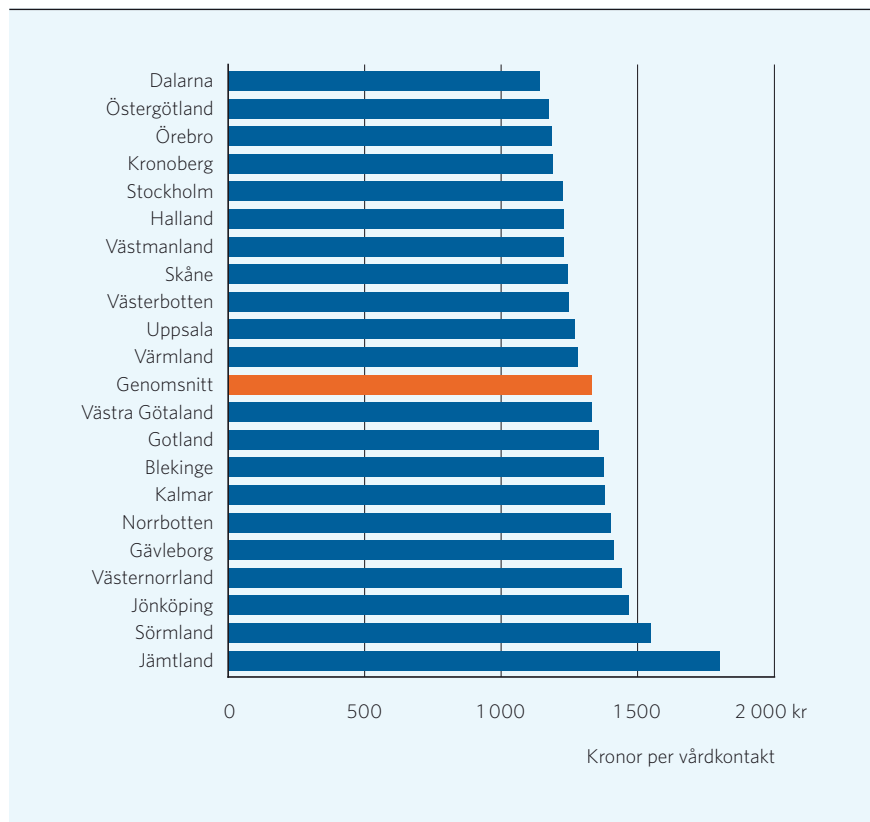
I diagram 11 har alla vårdkontakter inom primärvård, specialiserad somatisk och psykiatrisk vård, tandvård samt övrig hälso- och sjukvård vägts samman till ett mått. Det totala antalet vårdkontakter har sedan relaterats till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Landstingen inbördes ordning visas som procentuell avvikelse från ovägt genomsnitt.

Observera att en negativ avvikelse betyder att man har lägre kostnader per vårdkontakt än genomsnittet, det vill säga hög produktivitet.

Västernorrland och Jämtland uppvisar de största positiva avvikelserna för kostnad per vårdkontakt. De landstingen har alltså relativt sett de högsta kostnaderna för hälso- och sjukvård per vårdkontakt, det vill säga enligt vår definition låg produktivitet.

Kalmar, Stockholm och Skåne har de största negativa avvikelserna vilket visar på hög produktivitet för hälso- och sjukvården totalt. Längre fram i detta avsnitt ska vi studera produktiviteten inom vårdens olika områden.

DIAGRAM 12. Kostnad per vårdkontakt i primärvård, 2009



Källa: SKL och SCB

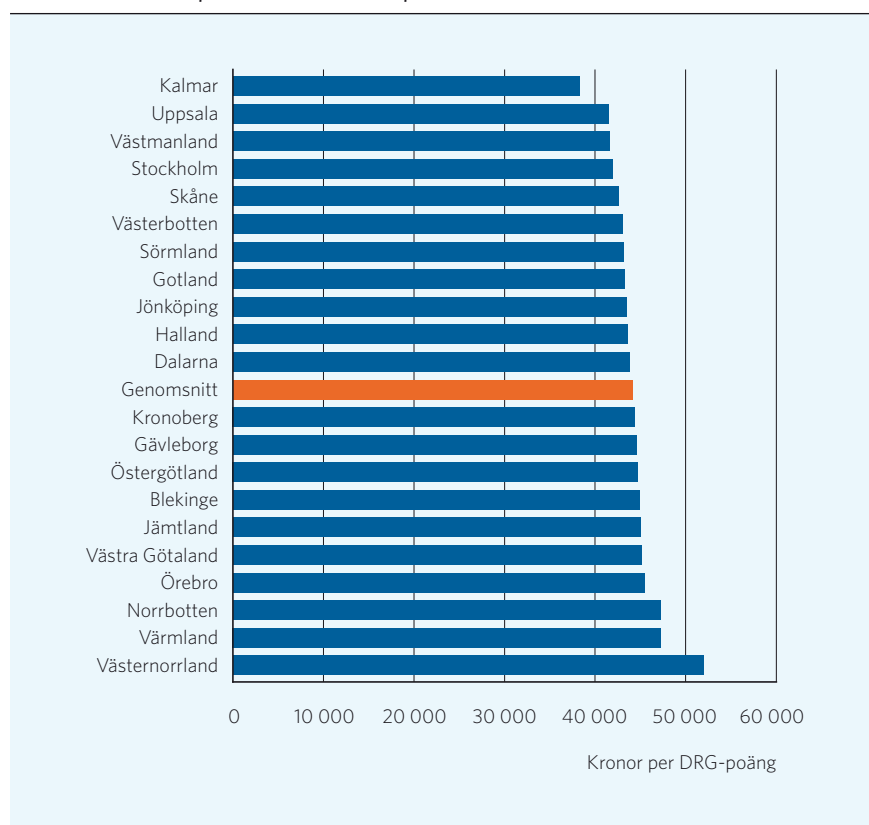
Produktivitet för primärvården visas genom kostnad per vårdkontakt. Kostnaden varierar mellan 1 140 kronor och 1 801 kronor. Jämtland har 471 kronor högre kostnad per vårdkontakt än genomsnittet. Dalarna, Östergötland och Örebro har, med vårt beräknings sätt, den högsta produktiviteten inom primärvården. Dessa landsting låg ganska nära genomsnittet vad avser den totala produktiviteten. (diagram 11).

Kalmar, vars position i diagram 11 visade på en hög total produktivitet, ligger över snittet för kostnad per vårdkontakt inom primärvården, vilket ger en bild av en lägre produktivitet i primärvården än genomsnittet. Låg total hälso- och sjukvårdskostnad per vårdkontakt, men relativt hög kostnad per vårdkontakt för primärvård innebär att kostnaden per vårdkontakt inom den specialiserade vården är relativt låg. Det förhållandet visas i diagram 13.

Jämtland har haft en negativ befolkningsutveckling under 2000-talet, andelen äldre är hög och befolkningstätheten är bland de lägsta i landet. Detta kan vara några av förklaringarna till Jämtlands höga kostnad för vårdkontakter inom primärvården och inom hälso- och sjukvård totalt (diagram 11). Negativ befolkningsutveckling ställer krav på att hälso- och sjukvården bör krympa samtidigt som behoven och resursåtgången blir stora för en äldre befolkning som är spridd över en stor yta.

Västernorrland har ungefär samma strukturella problem som Jämtland och även de uppvisar höga kostnader för de totala vårdkontakterna och hög kostnad per vårdkontakt inom primärvården.

DIAGRAM 13. Kostnad per vårdkontakt inom specialiserad somatisk vård 2009



Källa: SKL, SCB och Socialstyrelsen

Den specialiserade somatiska vården motsvarar i princip vården på landets sjukhus och svarar för 50 procent eller mer av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i landstingen. Kostnaderna per DRG-poäng varierar mellan 38 320 och 51 941 kronor.

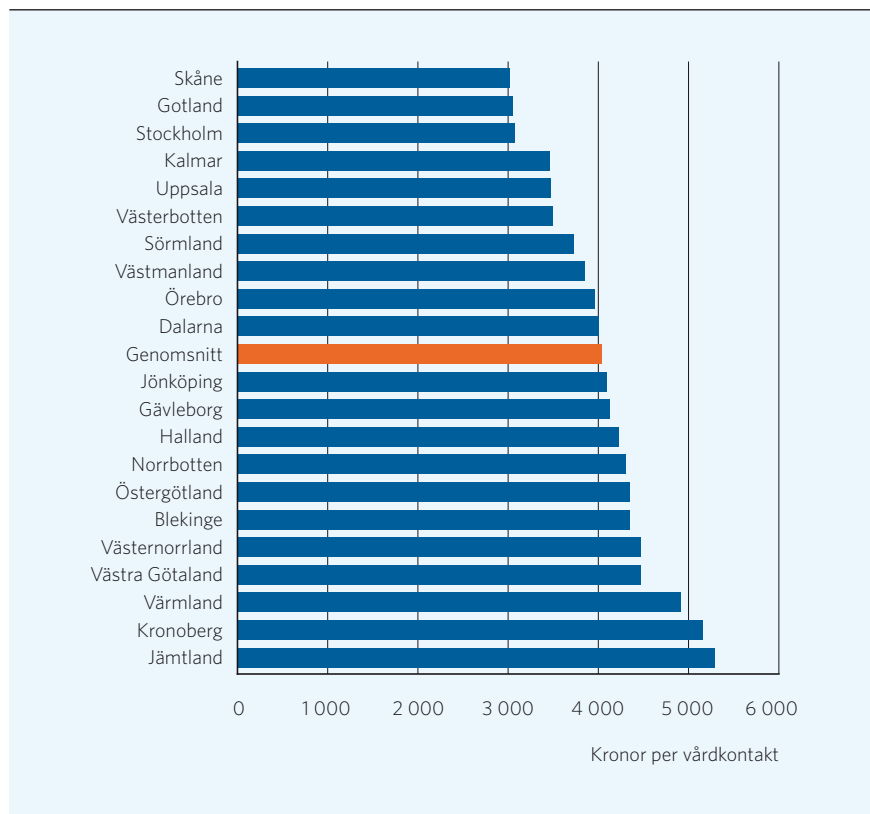
Kalmar har den lägsta kostnaden per vårdkontakt, 13 procent lägre än genomsnittet. Även Uppsala har låga kostnader. Den höga produktiviteten i Kalmar kan möjligtvis bero på den höga konsumtionen; antalet vårdkontakter per invånare var näst flest i landet, vilket framgår av diagram 26 i avsnittet med grundfakta. Av det diagrammet framgår att Uppsalas konsum-

tion däremot ligger under genomsnittet, så där finns ingen samvariation mellan produktivitet och konsumtion av specialiserad somatisk vård.

Kalmar hade även den största negativa avvikelsen, det vill säga den högsta produktiviteten för hälso- och sjukvården totalt (diagram 11). En hög produktivitet för somatisk vård, som svarar för ungefär 50 procent av vårdkostnaderna, påverkar i hög grad den totala produktiviteten.

Västernorrlands kostnad per vårdkontakt är högst i landet och längre fram i rapporten kommer det att framgå att en förhållandevis hög andel av sjukvårdskostnaderna finns inom specialiserad somatisk vård. Västernorrland hade även den lägsta produktiviteten för hälso- och sjukvård totalt enligt diagram 11.

DIAGRAM 14. Kostnad per vårdkontakt i psykiatrisk vård, 2009



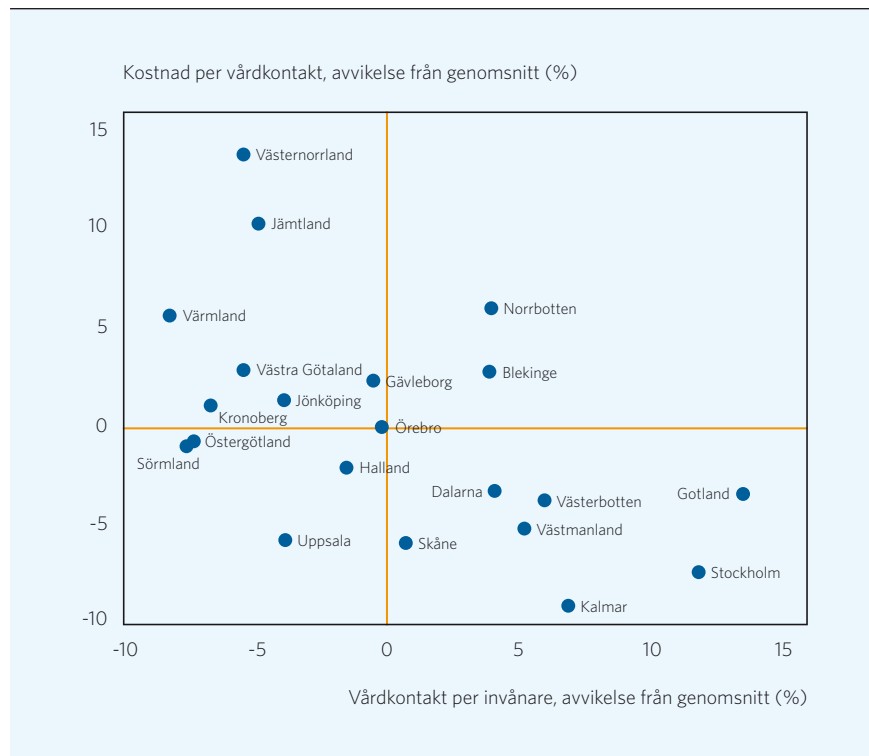
Källa: SKL och SCB

Produktiviteten inom den psykiatriska vården varierar mer mellan landstingen än produktiviteten för den somatiska vården. Kostnaden per vårdkontakt ligger mellan 3 020 kronor i Skåne och 5 293 kronor i Jämtland. Det är viktigt att komma ihåg att kostnaden kan variera både på grund av dåligt resursutnyttjande och på grund av att den psykiska ohälsan kanske kräver mer av varje vårdkontakt. Inom psykiatrin saknar vi möjlighet att ta hänsyn till respektive patients sjukdom eller vilka medicinska åtgärder som satts in när vårdkontakten beräknas. På grund av detta kan vi inte fånga skillnader i vårdtyngd i statistik.

Stockholm har en relativt låg kostnad per vårdkontakt. Den specialiserade psykiatriska vårdens andel av de totala vårdkostnaderna är hög, vilket framgår av kostnadsavsnittet längre fram. En förklaring kan vara att den psykiska ohälsan är högre i storstadsmiljön. Stockholm har dessutom en ung befolkning. Inom psykiatrisk vård konsumerar inte de äldsta mest vilket är fallet för somatisk vård. Som framgår av kommentaren ovan vet vi inte hur komplicerade vårdkontaktarna är.

Jämtland, som har högst kostnad per vårdkontakt inom psykiatrin, har även högst kostnad per vårdkontakt i primärvården. Det finns skäl att tro att vårdkontakter i landsting med gles befolkning och långt mellan olika vårdinrättningar är mer omfattande än i de landsting där det är lättare att ta sig till vården. Det skulle i så fall kunna förklara en del av Jämtlands till synes låga produktivitet inom primärvård och psykiatrisk vård.

DIAGRAM 15. Kostnad per vårdkontakt och vårdkontakt per invånare i hälso- och sjukvård totalt, 2009



Källa: Egna beräkningar, SKL, SCB och Socialstyrelsen

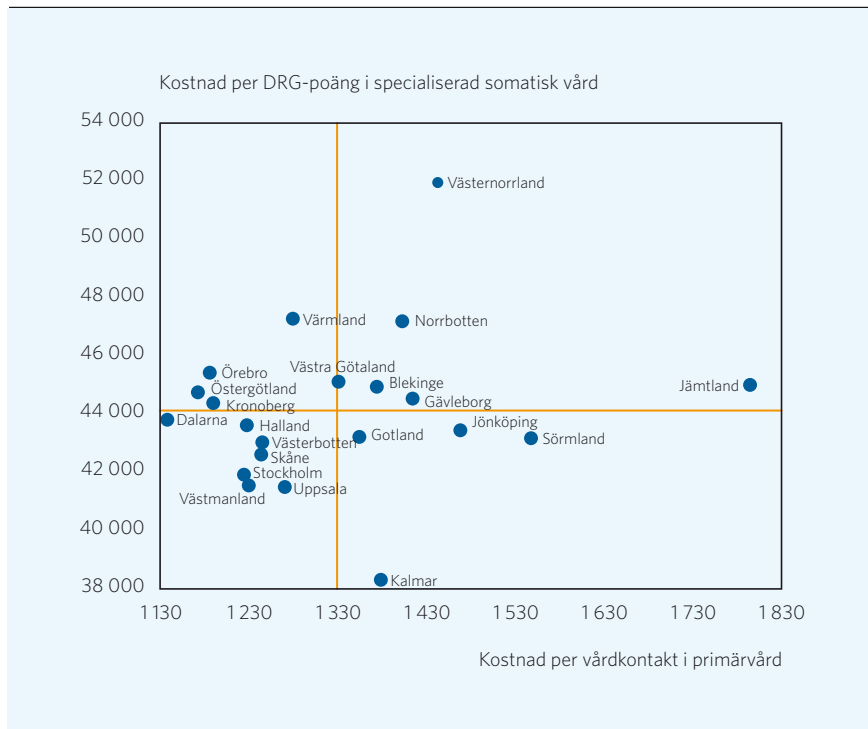
Finns det ett samband mellan kostnad per vårdkontakt och antalet vårdkontakter?

Diagram 15 kombinerar kostnaden per vårdkontakt i hälso- och sjukvården (från diagram 11) med konsumtionen av vårdkontakter per invånare. Beloppen anges i procentuell avvikelse från ovägt genomsnitt.

Landstingen jämförs ur ett konsumtionsperspektiv. Det innebär att låg kostnad per vårdkontakt kan bero på hög produktivitet och/eller att den köpta vården kan ske till fördelaktiga priser.

Flest landsting (15 av 21) är placerade i övre vänstra kvadranten eller högre lägre kvadranten. Ett visst samband mellan stor konsumtion och hög produktivitet och vice versa finns därmed. Låg produktivitet och stor konsumtion har endast Blekinge och Norrbotten.

DIAGRAM 16. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad somatisk vård och kostnad per vårdkontakt i primärvård 2009



Källa: SKL, SCB och Socialstyrelsen

De två stora verksamhetsområdena inom hälso- och sjukvården är primärvård och specialiserad somatisk vård. Diagram 16 är en kombination av kostnader per prestation i dessa områden (diagram 12 och 13). I diagrammet jämförs alltså primärvårdens och den specialiserade somatiska vårdens produktivitet.

Kan vi se något mönster? Har landsting med låg kostnad per vårdkontakt i primärvården även låg kostnad för specialiserad somatisk vård? Eller är det så, att låga kostnader för det ena området vårdkontakter också innebär höga kostnader inom det andra området?

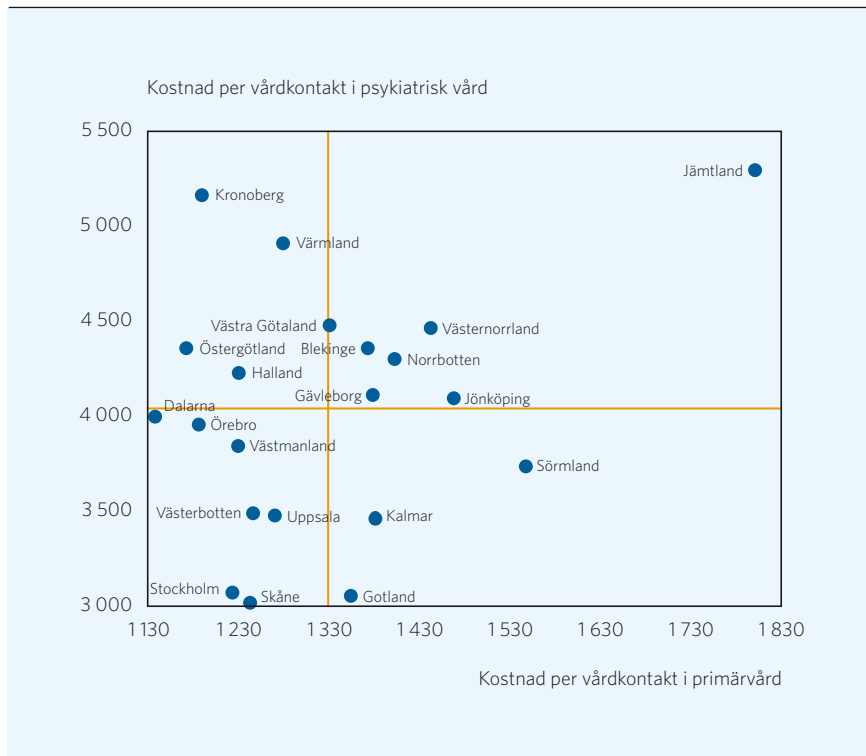
Många landsting ligger centrerade kring genomsnittet för båda jämförelsetalen, men det finns några landsting som utmärker sig. Jämtland har relativt andra landsting en låg produktivitet i primärvården. Kostnaden per prestation i specialiserad somatisk vård ligger däremot på en genomsnittlig nivå. Västernorrland utmärker sig med höga kostnader per vårdkontakt framför allt i den somatiska vården, men kostnaden är även relativt hög inom primärvård.

Finns det något gemensamt för landsting som har hög produktivitet i form av låga kostnader per prestation? Bland de landsting som både har lägre kostnad per vårdkontakt i primärvård och i specialiserad somatisk

vård jämfört med genomsnittet, finns flera av landstingen med universitetssjukhus: Uppsala, Stockholm, Skåne och Västerbotten.

Kalmar och Halland, som båda hade bra resultat för tillgänglighet och patientsäkerhet, har olika positioner i diagram 16. Halland har en ”bra” position för båda produktivetsmått, medan Kalmar ligger extremt lågt för kostnad per konsumerad DRG-poäng och strax över snittet för kostnad per kontakt i primärvård. Trots låg kostnad per konsumerad DRG-poäng uppvisar Kalmar en god tillgänglighet för den specialiserade somatiska vården, vilket framgick av diagram 6 och 7.

DIAGRAM 17. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad psykiatrisk vård och kostnad per vårdkontakt i primärvård 2009



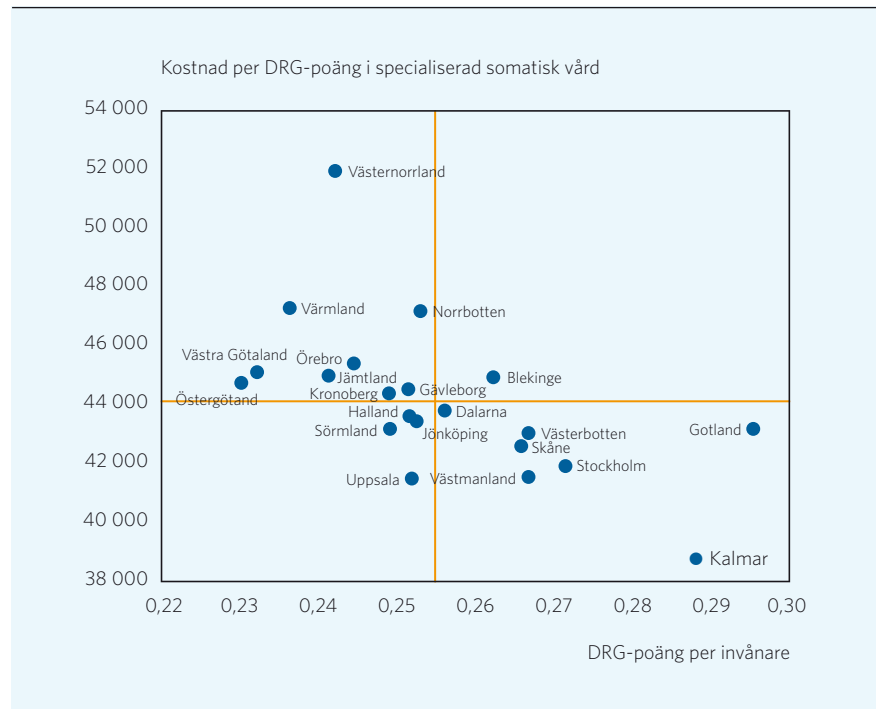
Källa: SKL och SCB

Diagram 17 är en kombination av kostnad per prestation i specialiserad psykiatrisk vård och primärvård (diagram 12 och 14). Psykosocial vård bedrivs i varierande omfattning inom primärvårdens organisation. Många vårdcentraler har till exempel egna psykologer och terapeuter. Kostnaden för en vårdkontakt inom psykiatrin är mer än tre gånger så hög som inom primärvården. Har landsting med hög/låg produktivitet inom det ena sjukvårdsområdet hög/låg produktivitet inom det andra?

Jämtland har betydligt högre kostnad per vårdkontakt inom både psykiatrin och primärvården. I kommentarer till diagram 14 berörde vi tänkbara förklaringar till Jämtlands höga kostnader per vårdkontakter inom dessa områden.

Skåne och Stockholm, som båda är storstadslän med universitetssjukhus och många vårdinrättningar, har istället låga kostnader per vårdkontakt inom båda områdena.

DIAGRAM 18. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad somatisk vård och vårdkontakter per invånare i specialiserad somatisk vård 2009



Källa: SKL, SCB och Socialstyrelsen

Diagram 18 visar produktivitet inom specialiserad somatisk vård (diagram 13) kombinerad med konsumtionen av vårdkontakter (DRG-poäng) per invånare. Finns det något samband mellan volymen vård och produktiviteten för specialiserad somatisk vård? Om det var så att en hög vårdkonsumtion alltid ledde till en låg kostnad per vårdkontakt (hög produktivitet) skulle landstingen samlas i den övre vänstra delen eller nedre högra delen av diagrammet ovan. Ett sådant samband verkar gälla.

I kvadranten med värden över genomsnittet för både vårdkonsumtion och kostnad per DRG-poäng finns endast Blekinge.

Halland, Sörmland, Jönköping och Uppsala ligger i kvadranten med både låg konsumtion och hög produktivitet för den specialiserade somatiska vården. Östergötland och Västra Götaland har lägst konsumtion och kostnad per DRG-poäng nära genomsnittet.

Som vi kommer se längre fram, har låga kostnader per kontakt i den somatiska vården stor betydelse för landstingens ekonomi. Somatisk vård är det kostnadsmässigt största området och kostnaden per vårdkontakt är betydligt högre än i primärvårdens och psykiatriska vårdens vårdkontakter.

Vårdens kostnader avser inte bara kostnader för egen producerad vård utan även kostnaderna för köpt vård för länets befolkning. Att Kalmar har låg kostnad grundar sig inte bara på kostnader för den egna produktionen utan även på priserna på den vård som Kalmar köper från andra landsting

Liknande resonemang fördes i samband med diagram 15 som kombinerade den totala vårdkonsumtionen med den totala kostnaden per vårdkontakt.



TABELL 3. Sammanfattning av landstingens placeringar i diagram rörande produktivitet

Produktivitet	Diagramnummer			
	11 Kostnad vård- kontakt i H&S	12 Kostnad vård- kontakt i PV	13 Kostnad DRG- poäng, somatik	14 Kostnad vård- kontakt i psyk
Stockholm	2	5	4	3
Uppsala	4	10	2	5
Sörmland	10	20	7	7
Östergötland	11	2	14	15
Jönköping	14	19	9	11
Kronoberg	13	4	12	20
Kalmar	1	15	1	4
Blekinge	16	14	15	16
Skåne	3	8	5	1
Halland	9	6	10	13
Västra Götaland	17	12	17	18
Värmland	18	11	20	19
Örebro	12	3	18	9
Västmanland	5	7	3	8
Dalarna	8	1	11	10
Gävleborg	15	17	13	12
Västernorrland	21	18	21	17
Jämtland	20	21	16	21
Västerbotten	6	9	6	6
Norrbottn	19	16	19	14
Gotland	7	13	8	2

Syftet med sammanfattningstabellen ovan är enbart att ge respektive landsting. I tabellen ovan ges en översiktlig bild av respektive landstings placering i de jämförelser som har gjorts i avsnittet. Syftet är enbart att ge landsting en snabb och översiktlig bild. För att göra jämförelser bör värden i respektive diagram studeras, inte placeringen.

Stockholm, Skåne, Kalmar och Uppsala har genomgående ”bra” placeringar i de diagram där vi visar hälso- och sjukvårdens produktivitet. Det finns inget entydigt mönster för de enskilda jämförelsetalen och landstingens placeringar. Landsting med hög produktivitet för primärvård kan ha sämre placeringar för somatisk vård och vice versa.

Av landsting med hög produktivitet är två storstadsregioner med universitetssjukhus och en omfattande försäljning av vård. Kalmar är till strukturen och befolkningsmässigt en annan typ av landsting. Halland, som förutom Kalmar hade så goda resultat för tillgänglighet ligger ungefär på genomsnittet i diagram 11.

För Uppsala som också har relativt hög produktivitet är det tvärtom. De goda resultaten för produktivitet matchar inte goda resultat vad gäller tillgänglighet och patientsäkerhet.

De fyra landsting som visar det bästa resultatet för produktiviteten totalt för hälso- och sjukvård försöker själva ge förklaringar till resultatet nedan.

### **Kalmar**

Det finns ett utarbetat sätt att arbeta inom landstinget där stor fokus läggs på kontinuerliga träffar och verksamhetsdialoger mellan landstingsdirektören och ledningen, ledningen och verksamheten, alltså från högsta ledningen ner på klinik nivå. Det görs bench-marking mot andra landsting i de områden där vi har behov av förbättringar och fortsatt fokus på att behålla nivån i de områden där vi har uppnått goda resultat.

### **Stockholm**

2008 infördes vårdval inom husläkarverksamheten. Ett av målen med införandet av vårdvalet var att öka tillgängligheten. I den uppföljning av vårdvalet som genomfördes av Karolinska Institutets folkhälsoakademi konstaterades att antalet besök ökade kraftigt de första åren. Kostnaden per invånare minskade också enligt utvärderingen, vilket totalt visade på en ökande produktivitet inom primärvården. Införandet av Vårdval Stockholm – och det förändrade ersättningssystem som det innebär – har genomgående varit incitament för vårdgivarna att öka tillgängligheten.

Inom den specialiserade somatiska vården har vårdval införts inom vissa verksamheter för att öka tillgängligheten. Men också andra förändringar i styrningen av vården har genomförts för att öka tillgängligheten. Treårsavtal infördes med en tydligare mål- och resultatstyrning på tillgänglighet och kvalitet, vilket innebär att sjukhusledningarna fick ett utökat ansvar för produktionsstyrning och resultat.

Även inom psykiatri har tillgängligheten och antalet vårdkontakter ökat. En stor faktor är även här förändrade ersättningssystem, där det rörliga ersättningssystemet har stimulerat till ett ökat antal besök.

Sammanfattningsvis pågår ständigt arbete inom landstinget för att förbättra tillgängligheten, vilket kan visa sig i de goda produktivitetensresultaten i rapporten. Genom nya eller förändrade ersättningssystem och avtal har det delvis varit möjligt att genomföra detta med kostnadskontroll.

## Skåne

Det kan finnas flera förklaringsfaktorer till regionens relativt höga produktivitet. En av dem kan vara ingångsläget för regionen som har och har haft låga kostnader per invånare genom åren.

En annan orsak kan vara den ersättningsmodell som de senaste åren tillämpats inom sjukvården. Från år 2006 har en ersättningsmodell baserad på prestation tillämpats vilken tillsammans med satsningar på tillgängligheten ökat vårdvolymerna kraftigt.

En tredje faktor kan vara regionens fokus på produktionsplanering och effektivisering av vårdprocesser under senare år.

## Uppsala

- › Få och ett mycket stort sjukhus gör att vi får stordriftsfördelar i vår vårdproduktion.
- › Vi säljer riks- och regionvård på en konkurrensutsatt marknad och har under lång tid varit tvungna att vara kundorienterade och aktivt arbeta med och kunna påvisa att vi har låga kostnader.
- › Den stora riks- och regionvården inom landstinget gör att nettokostnaden påverkas av utomlänstäckernas fluktuationer.
- › Vi jobbar aktivt med att poliklinisera vården och öppenvård kostar mindre än slutenvård.
- › Vi satsar medvetet på LEAN, Bättre Flyt och andra verktyg för att skapa bättre processer och effektivare vårdkedjor.
- › Vi har sedan 2003 haft en ersättnings- och styrmodell med 20 eller 30 procents rörlig ersättning för den stigande sjukhusproduktionen för Uppsala. Sjukhusen, framför allt Akademiska sjukhuset, har under flera år producerat mycket vård på marginalen.
- › Ersättningsmodellen för Vårdval primärvård har sedan 2009 haft fokus på besök vilket sannolikt lett till både bättre registrering och fler faktiska besök inom primärvården.
- › Landstinget har under 2009 haft särskilda rutiner för både anställnings- och investeringsprövning som en åtgärd att minska verksamhetens kostnader.
- › Landstinget har många privata specialister inom områden där nationella taxan ger ”mycket vård för pengarna”.

## Vilka landsting är mest effektiva?

Effektiviteten ska mäta landstingens måluppfyllelse/resultat i relation till kostnaderna. De resultat som de insatta resurserna ska leda till återfinns bland annat i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens riktlinjer för God Vård. Lagen anger att det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor.

En god hälsa på lika villkor kan bland annat visas genom vårdens tillgänglighet och hur bra patientsäkerheten är. Det är emellertid inte säkert att landstingen är effektiva även om de uppvisar goda resultat inom dessa områden. För att vara effektiva ska landstingen nå de uppsatta målen med så liten resursåtgång som möjligt. En effektiv hälso- och sjukvård använder befintliga resurser för att i största möjliga utsträckning bidra till att nå målen om en god hälsa för befolkningen.

I Öppna jämförelser finns ett urval av mått på resultat inom områdena medicinsk kvalitet, patienterfarenheter och tillgänglighet. Indikatorerna bör helst tolkas var för sig eller möjligen tillsammans inom ett specifikt sjukdomsområde, trots det har vi här tagit fram ett övergripande resultatindex genom att väga samman ett hundratal indikatorer. Läsaren bör vara medveten om att detta endast är ett grovt förenklat mått på resultat.

De indikatorer som ingår i resultatindexet presenteras i bilaga.

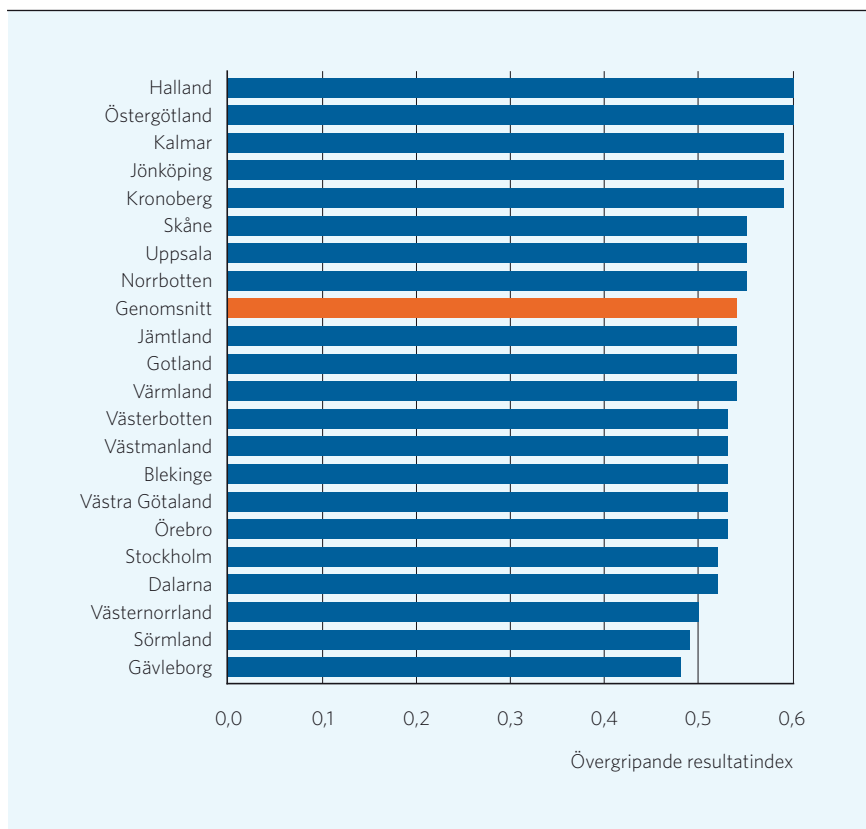
Det sammanvägda indexet har vi ställt mot kostnader och därmed kan vi få en uppfattning om effektiviteten i de olika landstingen.

Det har betydelse om låg effektivitet, det vill säga dåliga resultat i förhållande till resursinsats, beror på dåligt resursutnyttjande och höga kostnader eller om låg effektivitet ska sökas i låg kvalitet i vården.

### Rapportens effektivitetsdiagram:

- › Diagram 19: Övergripande resultatindex för hälso- och sjukvården 2009
- › Diagram 20: Strukturjusterad kostnad per invånare och övergripande resultatindex 2009
- › Diagram 21: Kostnad per invånare och övergripande resultatindex 2009
- › Diagram 22: Kostnad per invånare och resultatindex för primärvård 2009
- › Diagram 23: Kostnad per invånare och resultatindex för specialiserad somatisk vård 2009

DIAGRAM 19. Övergripande resultatindex för hälso- och sjukvården 2009



Källa: SKL (bearbetning av grunduppgifter i Öppna jämförelser)

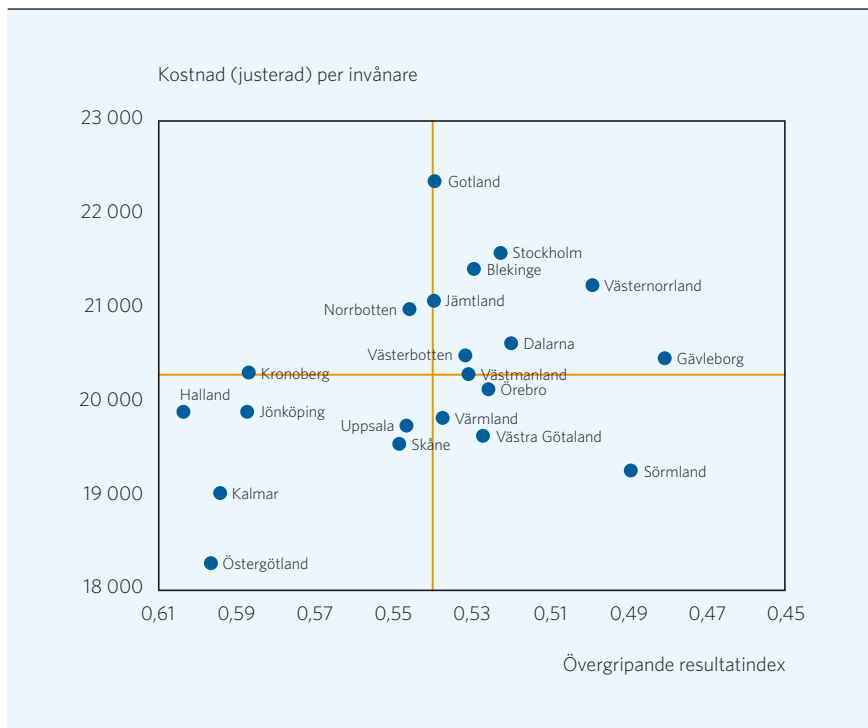
I avsnittet om tillgänglighet visades en sammanfattning av de 17 indikatorer som avsåg just tillgänglighet i Öppna jämförelser. I diagram 19 visas en sammanvägning av ett hundratals indikatorer hämtade från Öppna jämförelser.

Resultatindexet visar kvalitet och resultat inom flera områden och täcker flera aspekter av hälso- och sjukvården. Ett högt indexvärde är en indikation på jämförelsevis goda resultat i Öppna jämförelser.

De tre landsting som har de bästa resultaten är Halland, Östergötland och Kalmar. Halland och Kalmar uppvisade även de bästa resultaten för tillgänglighet. Kalmar hade även högst produktivitet (diagram 11) och bra resultat för patientsäkerhet. Produktiviteten i Halland och Östergötland låg på en genomsnittlig nivå.

Gävleborg har det lägsta värdet i diagram 19. Landstinget hade ett relativt lågt resultat i det sammanvägda produktivetsmåttet.

DIAGRAM 20. Strukturjusterad kostnad per invånare och övergripande resultatindex 2009



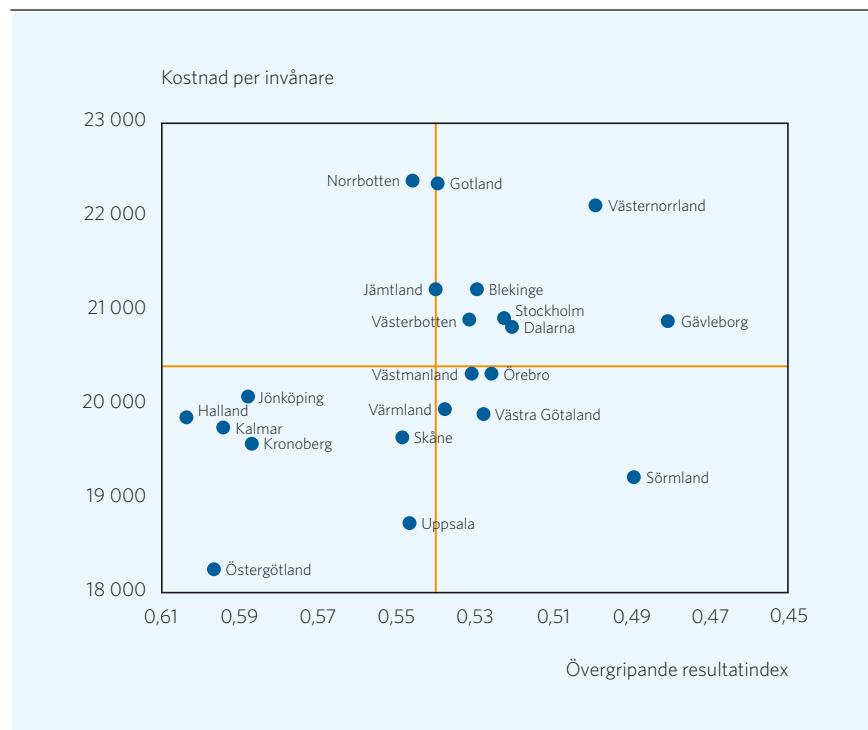
Källa: SKL (bearbetning av grunduppgifter i Öppna jämförelser) och SCB

I diagram 20 visas värdet på det övergripande resultatindexet för hälso- och sjukvården från diagram 19 tillsammans med kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare. I detta diagram redovisar vi den strukturjusterade kostnaden medan vi i diagram 21 visar den faktiska kostnaden.

Den strukturjusterade kostnaden tar hänsyn till skillnader i kön, ålder, socioekonomisk tillhörighet, förekomst av så kallade vårdtunga grupper, glesbygd samt läkemedelskonsumtion. De nackdelar som bland annat Norrbotten har till följd av sin befolkning, geografi med mera är därmed eliminerade i diagram 20. På samma sätt är kostnaden för Uppsala och Kronoberg justerade för de relativt gynnsamma strukturer som dessa landsting har.

Positioner långt ner i vänstra hörnet ska representera de mest effektiva landstingen, men vi kan inte avgöra om ett sämre resultat uppvägs av en lägre kostnad. Diagrammet ger däremot en bild av hur landstingens placerar sig i båda dimensionerna.

DIAGRAM 21. Kostnad per invånare och övergripande resultatindex 2009



Källa: SKL (bearbetning av grunduppgifter i Öppna jämförelser) och SCB

I diagram 21 visas resultatindexet från diagram 19 och 20 tillsammans med landstingens faktiska kostnader.

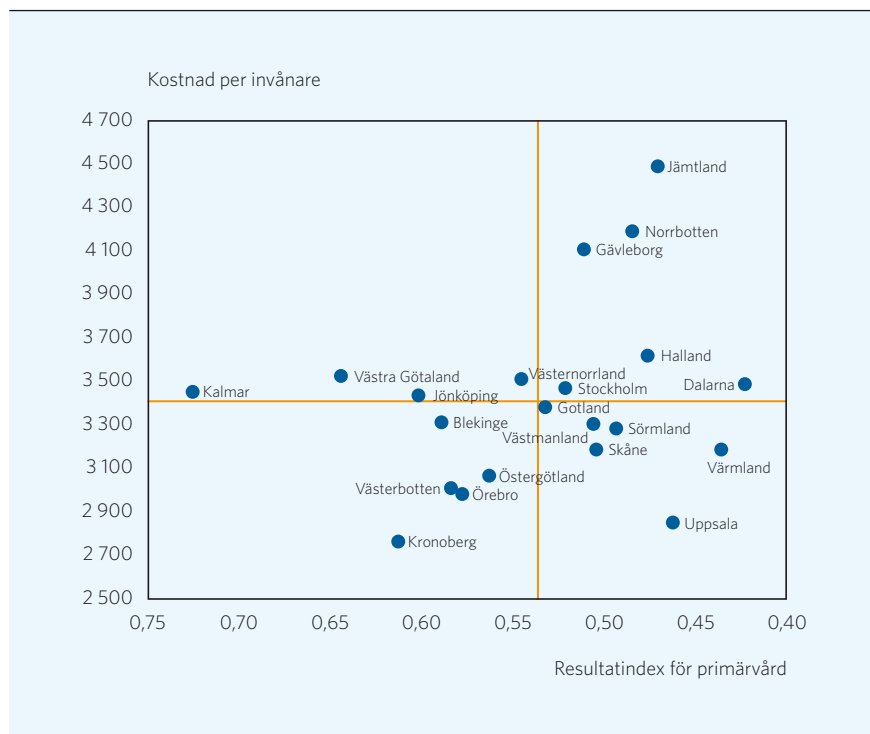
Som vi konstaterade i anslutning till diagram 20 ska positioner långt ner i vänstra hörnet representera de mest effektiva landstingen, men vi kan inte avgöra om ett sämre resultat uppvägs av en lägre kostnad. Diagrammet ger endast en bild av hur landstingens placeras sig i de båda dimensionerna resultat och kostnad.

Det är ungefär samma landsting som placerar sig i den ”bästa” kvadranten längst ner till vänster. De landsting som förändras mest när vi visar faktisk kostnad i stället för strukturjusterad kostnad är Norrbotten, som får en högre kostnad och Kronoberg och Uppsala som får en lägre kostnad.

Vi kan konstatera att inget landsting har både bäst resultat och lägst kostnad. Utan inbördes ordning visar Östergötland, Halland, Kalmar, Kronoberg och Jönköping förhållandevis bra resultat i kombination med förhållandevis låga kostnader.

Det övergripande resultatindexet från diagram 19, som använts i både diagram 20 och 21, kan även delas upp på primärvård och specialiserad somatisk vård.

DIAGRAM 22. Kostnad per invånare och resultatindex för primärvård 2009



Källa: SKL (bearbetning av grunduppgifter i Öppna jämförelser) och SCB

Diagram 22 kombinerar det övergripande resultatindexet för primärvård med kostnad per invånare för primärvården. De bakomliggande indikatorerna för resultatindexet från Öppna jämförelser framgår av bilagan.

Som tidigare beskrivits är indikatorerna i Öppna jämförelser ett urval av mått på medicinsk kvalitet, patienterfarenheter och tillgänglighet. När vi skapar ett sammanvägt resultatindex för primärvård ökar osäkerheten i tolkningarna ytterligare. Av samtliga indikatorer i Öppna jämförelser är det endast 18 (främst inom läkemedelsbehandling, patienterfarenheter och tillgänglighet) som speglar primärvården. Få indikatorer om medicinska resultat ingår. Diagram 22 ska med andra ord tolkas med försiktighet.

Jämtland, Dalarna, Halland och Norrbotten har utan inbördes ordning höga kostnader per invånare i kombination med ett lågt resultatindex.

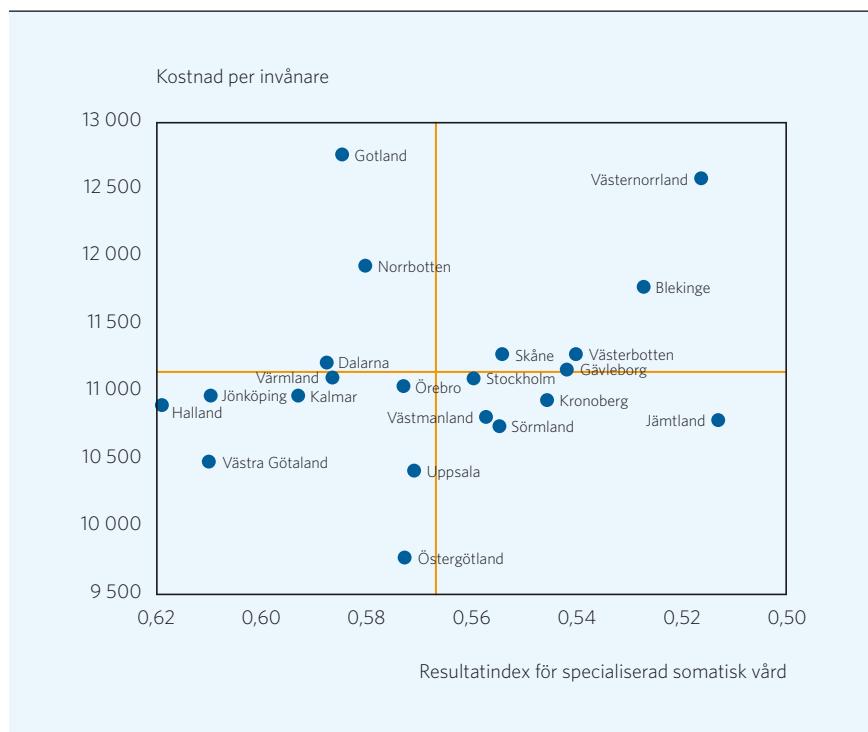
I diagram 12 framgick att Dalarna har lägst kostnad per vårdkontakt i primärvården i landet det vill säga en hög produktivitet. I diagrammet ovan visar Dalarnas position att det sammantagna resultatet inom primärvården är lågt vilket tyder på låg effektiviteten.

Kalmar, Västra Götaland, Jönköping och Kronoberg har utan inbördes ordning bra placeringar.

I diagram 23 får vi en översiktlig bild av effektiviteten inom den specialiserade somatiska vården. Resultatindexet är framtaget på samma sätt som för primärvården men de bakomliggande indikatorerna från Öppna jämförelser är flera. Indikatorerna framgår av bilagan.



DIAGRAM 23. Kostnad per invånare och resultatindex för specialiserad somatisk vård 2009



Källa: SKL (bearbetning av grunduppgifter i Öppna jämförelser) och SCB

Halland, Jönköping och Västra Götaland visar de bästa resultaten. Västra Götaland har även den lägsta kostnaden och därmed visar regionen en hög effektivitet relativt övriga landsting. Halland och Jönköping har relativt låga kostnader och därmed ligger även dessa landsting bland de som synes ha hög effektivitet.

Gotland och Västernorrland har likartade kostnader per invånare för den specialiserade vården men har olika höga indexvärden; Gotland har betydligt bättre värde än snittet medan Västernorrland har det näst lägsta indexvärdet av alla landsting.

Som tidigare uppmanas till försiktighet vid tolkning av resultatindex. Detta resultatindex är inte ett sammantaget resultat för hela den specialiserade somatiska vården, utan är sammanvägt av de indikatorer som visas i Öppna jämförelser.

## Avslutande kommentar om effektivitet

För effektivitet presenteras ingen sammanfattande tabell som gjorts för tidigare avsnitt. Anledningen är att effektivitet i denna rapport inte beskrivs med ett eller fler enskilda jämförelsemått, utan genom att kombinera mått på kostnader och resultat i hälso- och sjukvården. Hur mycket högre kostnad ett visst förbättrat resultat motsvarar kan vi inte säga.

För hälso- och sjukvård totalt (diagram 21) framstår Halland, Östergötland, Kalmar, Kronoberg och Jönköping utan inbördes ordning ha bra resultat i kombination med låga kostnader.

Vad är det som gör dessa landsting framgångsrika? Hur kan man lyckas med kombination goda resultat och låga kostnader? Landstingen försöker själva besvara detta nedan.

### **Halland**

Vi räknar med att Hallands generellt sett goda resultat i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i kombination med historiskt låga kostnader är det som ger utslag i effektivitetsjämförelserna. Den höga kostnadsutvecklingstakten under andra halvan av 2000-talet är dock ett orosmoment som kan komma att påverka kostnadsläget och därmed effektiviteten i framtiden.

### **Östergötland**

Inom landstinget har det under lång tid funnits/finns en stor kontinuitet i den politiska styrningen och det även över parti-gränser. Det finns också en tydlig ansvarsfördelning mellan politik och tjänstemannaledning. Ett decentraliserat verksamhetsansvar med kopplat ekonomiskt ansvar där det inte finns några fria nyttigheter har varit styrmodell under lång tid. Organisatoriskt är varje centrum egna balansräkningsenheter. Allt detta stödjer god ekonomisk hushållning. För att möta behov av medicinsk utveckling, demografi med mera har landstinget över tid arbetat med att frigöra resurser genom strukturella förändringar och verksamhetsnära effektiviseringar. Den överordnande ekonomiska strategin har varit att hantera nya resursbehov inom ramen för givna/beslutade ekonomiska förutsättningar istället för utökad finansiering.

De goda medicinska resultaten är svårare att förklara. Exempel på möjliga faktorer är fokus på kvalitetsarbete, kliniska resultat och patientsäkerhetsarbete.

### **Kalmar**

Kontinuerligt arbete med att mäta, följa upp på olika nivåer samt jobba med att korrigera avvikelser för att komma närmare de uppsatta målen. Vi arbetar systematiskt med att göra saker och ting publika och så försöker vi att arbeta med en helhetssyn genom att organisera kring de olika frågorna centralt och kommunicera målsättningen ut mot verksamheterna. En cirkel där uppsatta mål, fokus på frågor och kommunikation ska gå in i varandra.

## Kronoberg

Det goda resultatet beror sannolikt dels på att man har ett tydligt fokus på fastställda mål utifrån God vård och dels på att vi har en tydlig uppföljning.

Landstingsdirektören, hans stab och chefscontrollern träffar varje månad, efter det att månadsrapporten är klar, varje centrumchef och hans/hennes stab för genomgång av läget utifrån verksamhetsplanen, utvecklingen och aktuella frågor. Landstinget har låga nettokostnader och hög produktion.

## Jönköping

Landstinget har under många år haft ”Kvalitet som strategi” och arbetet med systematisk kvalitetsutveckling startade redan i mitten av 90-talet. Målsättningen var att såväl serviceverksamheter som kärnverksamheter skulle utvärderas enligt något lämpligt kvalitetsystem. Under åren har också flera kvalitetsutmärkelser erhållits. Samtidigt startade ett utvecklingsarbete för att kvalitetssäkra styrprocessen/ledningssystem. Detta arbete resulterade i att Landstinget började använda Balanced ScoreCard som metod/hjälpmiddel för att styra verksamheten ur ett helhetsperspektiv med flera perspektiv.

Med stöd av en stark ekonomi och en samsyn kring att de finansiella målen är förutsättningar för att uppnå en långsiktigt uthållig verksamhet goda. Vi utgår från hur mycket medel som finns att disponera efter att de finansiella målen uppnås. Utifrån de medel som sedan finns att disponera för verksamheten handlar det om att skapa så stor nytta som möjligt sett ur ett helhetsperspektiv där kunden står i fokus.

Utifrån vision, strategiska mål och framgångsfaktorer skapas konkreta mätetal och mål (i alla perspektiv) som sedan omsätts i konkreta aktiviteter och handlingsplaner för att stödja en hög måluppfyllelse. Resultat följs kontinuerligt bland annat via månadsuppföljning, delårsrapporter och årsredovisning. Resultaten följs på alla nivåer och på olika sätt. På avdelningsnivå är ett vanligt sätt olika resultattavlor. Alla medarbetare har ”två jobb”, dels att göra sitt vanliga jobb, dels att utveckla och förbättra.

Att landstinget under flera år hamnar i en topplacering när det gäller effektivitet är enligt vår uppfattning ett resultat av ovan beskrivna arbete. Att mäta effektivitet är dock komplext och samband är inte helt enkla att förstå.

Under de senaste åren har landstinget i förhållande till övriga haft en hög nettokostnadsutveckling vilket innebär att nettokostnaden per invånare för hälso- och sjukvård nu ligger runt genomsnittet för riket. Samtidigt gör vi som alla landsting stora insatser för att höja kvaliteten med utgångspunkt från kriterierna inom *God vård*.

## Grundfakta om hälso- och sjukvården

I detta avsnitt ska vi presentera ett antal prestations- och kostnadsmått som till vissa delar utgör underlag för de jämförelsetal vi använt för att visa och analysera produktivitet och effektivitet.

Antalet vårdkontakter varierar mellan landstingen bland annat beroende på att befolkningens sjuklighet skiljer sig åt. Vårdkontakterna kan dessutom ske inom olika delar av hälso- och sjukvårdens organisation.

Den dominerande delen av vården utförs av landstingsdrivna vårdinrättningar eller av landstingsägda bolag. Knappt en tiondel av vården köps av offentligt finansierade privata vårdgivare. Även dessa vårdgivares prestationer och kostnader inkluderas i vår redovisning.

Som tidigare nämnts finns inget generellt prestationsmått för all vård, men för de olika delarna av vården finns olika viktade vårdkontakter. DRG-poäng är det sammanvägda måttet för öppen och sluten specialiserad somatisk vård. DRG bygger bland annat på diagnoser och relativ resursåtgång för utförda åtgärder och omvårdnad. För primärvård och specialiserad psykiatrisk vård saknar vi information om patienten. Prestationerna inom dessa områden har i stället viktas efter genomsnittlig resursåtgång med hänsyn till typen av vårdkontakt, vilken personalkategori som är involverad och i vilken verksamhet kontakten sker. Begreppet vårdkontakt används generell som benämning på prestation.

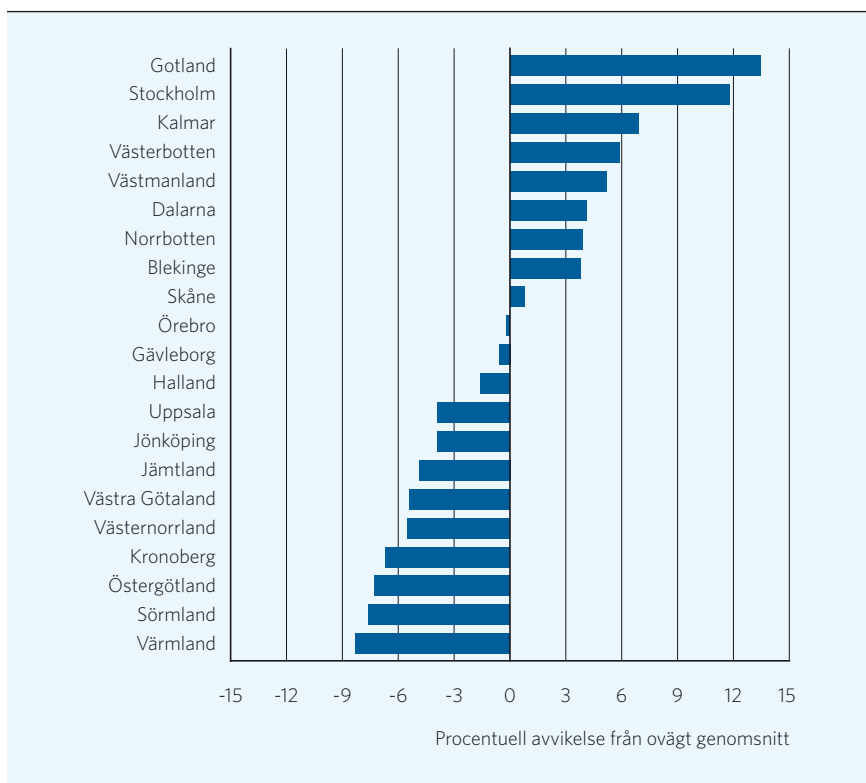
Resursåtgången för vård registreras på ett enhetligt sätt och det finns därför goda möjligheter att ta del av landstingens dokumenterade och rapporterade kostnader inom hälso- och sjukvården. Jämförelser försvåras dock av att landstingen är olika organiserade. Det kan också skilja sig åt hur ansvarsfördelningen för till exempel hemsjukvården ser ut mellan kommun och landsting.

## Hur mycket vård konsumerar invånarna?

### Rapportens prestationsmått:

- › Diagram 24: Vårdkontakter per invånare inom hälso- och sjukvård år 2009, procentuell avvikelse från ovägt genomsnitt
- › Diagram 25: Vårdkontakter per invånare i primärvården 2009
- › Diagram 26: Vårdkontakter (DRG-poäng) per 1 000 invånare i specialiserad somatisk vård 2009
- › Diagram 27: Vårdkontakter per invånare i specialiserad psykiatrisk vård 2009
- › Diagram 28: Vårdkontakter (DRG-poäng) per invånare i specialiserad somatisk vård och vårdkontakter i primärvård 2009
- › Diagram 29: Vårdkontakter per invånare i primärvård och vårdkontakter per invånare i specialiserad psykiatrisk vård 2009
- › Diagram 30: Vårdkontakter per invånare i öppen specialiserad vård (somatic och psykiatrisk vård) 2009
- › Diagram 31: Vårdtillfällen per 1 000 invånare i specialiserad slutenvård 2009
- › Diagram 32: DRG-poäng per vårdtillfälle i specialiserad somatisk vård 2009
- › Diagram 33: Vårdkontakter per invånare i specialiserad öppen vård och vårdtillfällen per invånare i specialiserad vård 2009

DIAGRAM 24. Vårdkontakter per invånare inom hälso- och sjukvård år 2009



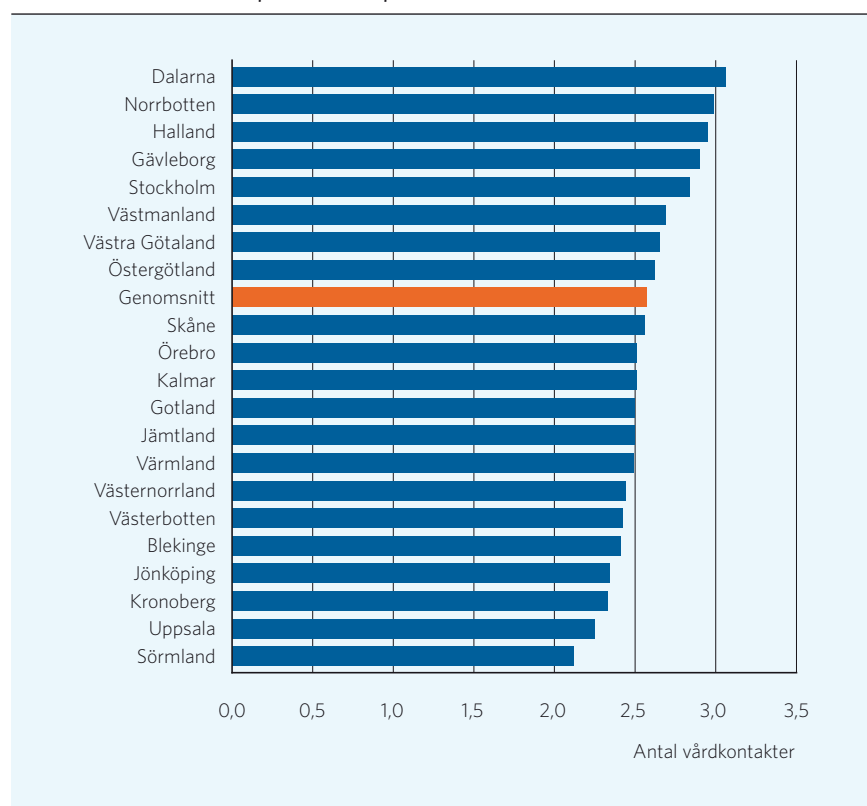
Källa: Egna beräkningar SKL, SCB och Socialstyrelsen

Vårdkontaktarna i ovanstående diagram avser alla vårdkontakter i hälso- och sjukvården och visas som varje landstings procentuella avvikelse från ovägt genomsnitt. Hur beräkningen av vårdkontakter har gjorts beskrivs i inledningen av rapporten.

Gotland har en vårdkonsumtion som är 13,5 procent högre än genomsnittet i landet. Även Stockholm konsumerar mycket vård. Varför får invånarna i dessa landsting mer vård än andra? Beror det på förhållanden som landstingen själva kontrollerar och som är ett led i en medveten politik eller strategi? Eller är befolkningen i Stockholm och på Gotland sjukare än i andra delar av landet, vilket skulle kunna motivera den höga vårdkonsumtionen?

Och varför får invånarna i Värmland, Sörmland, Östergötland och Kronoberg märkbart mindre vård än genomsnittet? Är det en medveten prioritering och besparing av landstingsledning eller är konsumtionsmönstret ett resultat av

DIAGRAM 25. Vårdkontakter per invånare i primärvården 2009



Källa: SKL

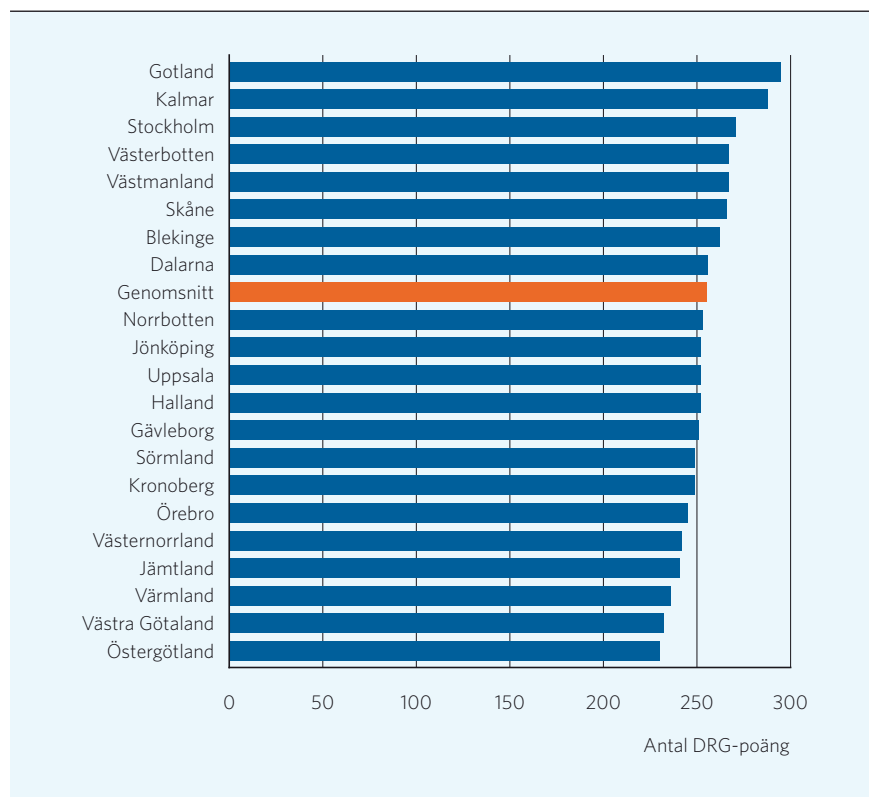
befolkningens efterfrågan?

Vården i primärvården utgörs av olika vårdkontakter, mest besök, hos olika yrkeskategorier. Läkarbesöken är inte flest till antalet men tar en stor del av primärvårdens resurser.

I genomsnitt hade landets invånare 2,57 vårdkontakter med primärvården 2009. Dalarna, Norrbotten och Halland har olika förutsättningar att bedriva

vård, men har alla högt antal vårdkontakter. Halland uppvisade goda resultat för vårdens tillgänglighet i primärvården medan Dalarna hade sämre resultat för de jämförelsetalen. Ändå har Dalarna högst antal vårdkontakter per invå-

DIAGRAM 26. Vårdkontakter per 1000 invånare i specialiserad somatisk vård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

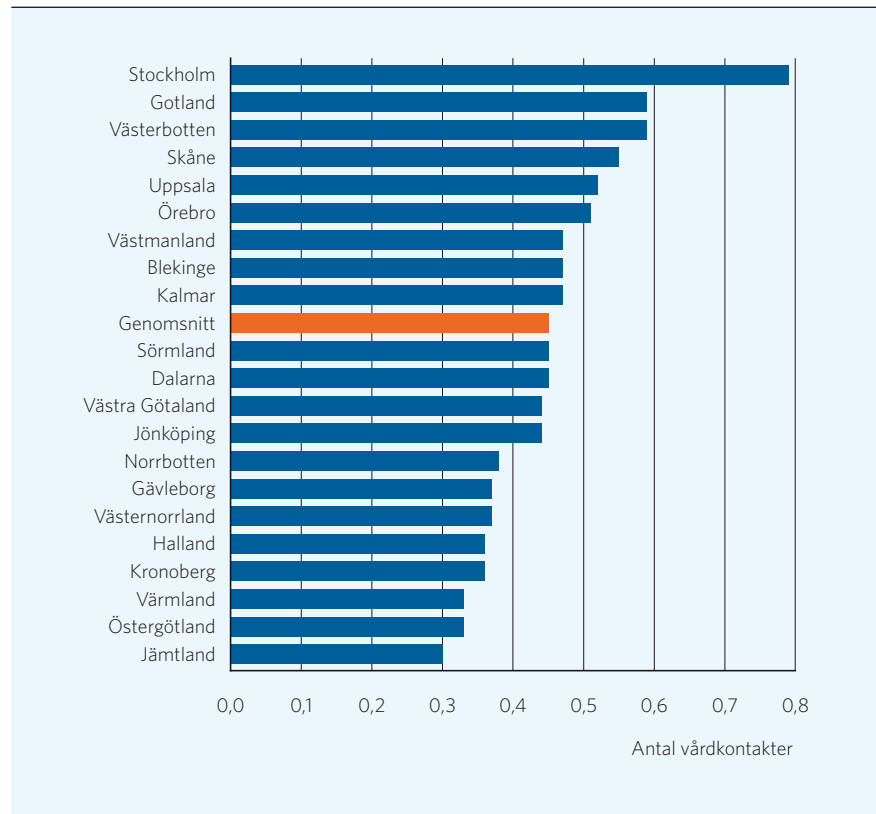
nare; alltså en hög konsumtion inom primärvården.

Nästan hälften av hälso- och sjukvårdens totalkostnader går till specialiserad somatisk vård som därmed har stor betydelse för landstingens produktivitet och effektivitet.

Gotland och Kalmars invånare konsumerar mest somatisk vård i landet mätt som DRG-poäng. I övrigt är konsumtionens spridning liten. Diagram 25 visade att Gotland och Kalmar låg något under genomsnittet för konsumtion av vårdkontakter i primärvården. Vårdkonsumtionen i dessa landsting utgörs i högre grad inom somatisk vård än inom primärvård när vi jämför med andra landsting.

Östergötland och Västra Götaland är landsting med universitetssjukhus och båda landstingen har låg konsumtion inom den specialiserade somatiska vården, men däremot en konsumtion strax över genomsnittet för primärvård (diagram 25). Övriga landsting med universitetssjukhus följer inte samma

DIAGRAM 27. Vårdkontakter per invånare i specialiserad psykiatrisk vård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

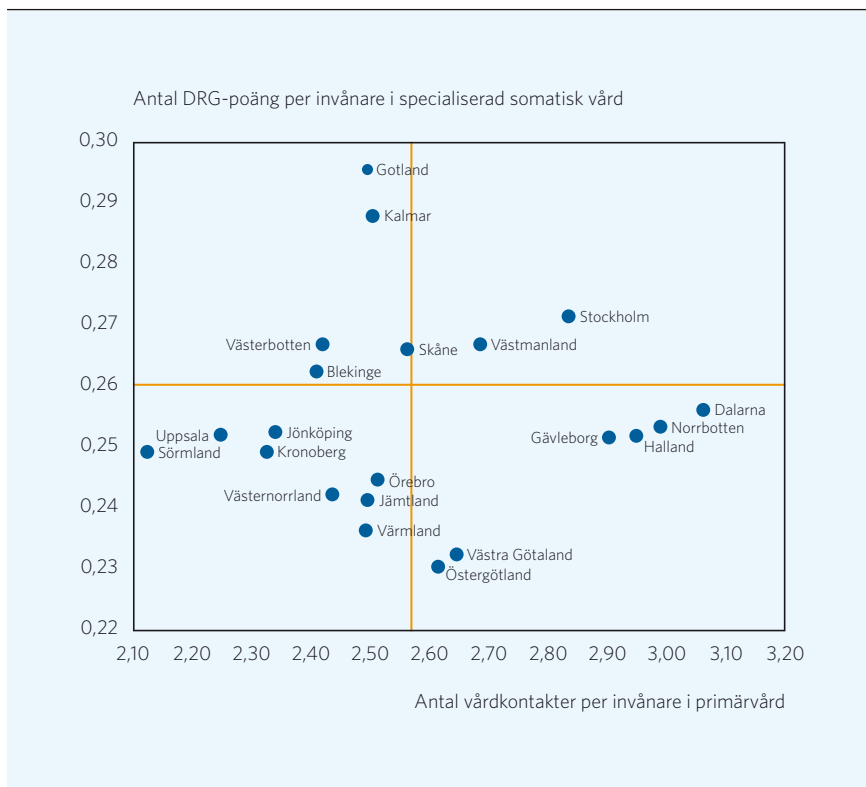
#### mönster.

Konsumtionen av psykiatrisk vård per invånare har en större spridning än konsumtionen av primärvård och somatisk vård. Stockholms invånare konsumerar nästan dubbelt så många vårdkontakter inom psykiatrin än genomsnittet. I diagram 14 i produktivetsavsnittet framgick att kostnaden för Stockholms vårdkontakter inom psykiatrisk vård var bland de lägsta i landet.

I Jämtland är det långt till vården för många invånare och det är rimligt att tro att vårdkontakterna är mer omfattande än om patienterna har nära till vårdenheterna. Det kan vara en förklaring till den låga konsumtionen av psykiatrisk vård per invånare i Jämtland.



DIAGRAM 28. Vårdkontakter per invånare i specialiserad somatisk vård och vårdkontakter i primärvård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

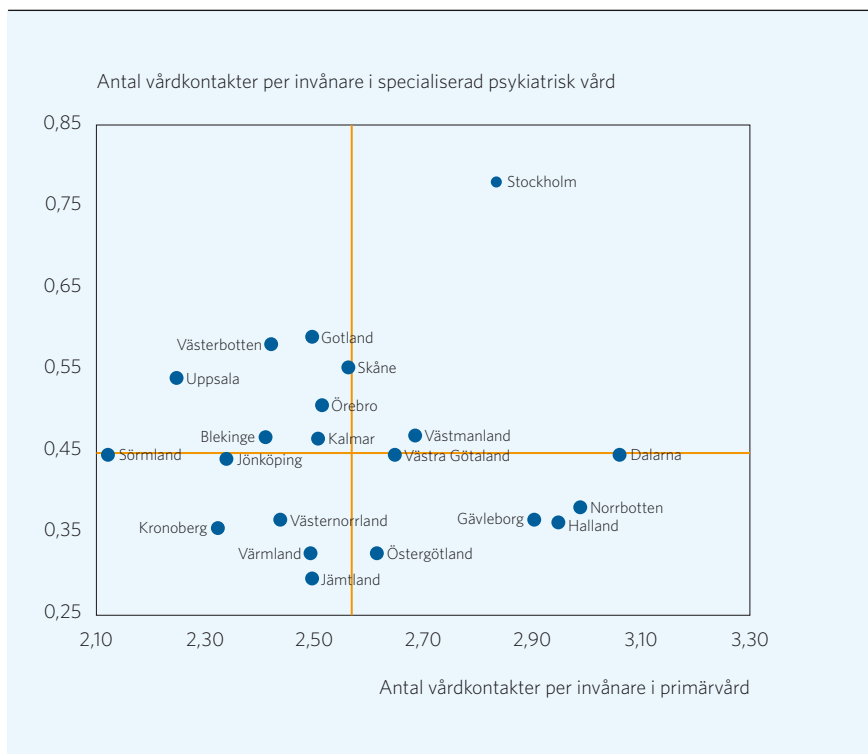
Östergötland uppvisar åter en låg vårdkonsumtion per invånare.

Diagram 28 visar vårdkontakter i somatisk vård jämfört med vårdkontakter i primärvård (diagram 25 och 26 tillsammans). Det går inte entydigt att säga att en högre konsumtion av vårdkontakter i primärvården leder till lägre konsumtion av somatisk vård eller vice versa.

Finns det landsting som är storkonsumenter inom båda verksamheterna? Invånarna i Stockholm har hög konsumtion av både somatisk vård och primärvård. På Gotland och i Kalmar har invånarna mycket hög konsumtion av somatisk vård och en genomsnittlig nivå för primärvårdskontakter. Den totala konsumtionen av hälso- och sjukvård som visades i diagram 24 var högst i dessa landsting.

Sörmland, Västernorrland och Värmland ligger längst ner till vänster i diagrammet, vilket illustrerar att dessa landstings invånare konsumerar lite primärvård och lite specialiserad somatisk vård i förhållande till andra landsting. Det finns inget entydigt mönster för dessa landsting vad gäller placeringen i diagram 22 och 23 som visar de övergripande resultatindexen för primärvård respektive specialiserad somatisk vård. Betyder det att vårdkonsumtionens

DIAGRAM 29. Vårdkontakter per invånare i primärvård och vårdkontakter per invånare i specialiserad psykiatrisk vård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

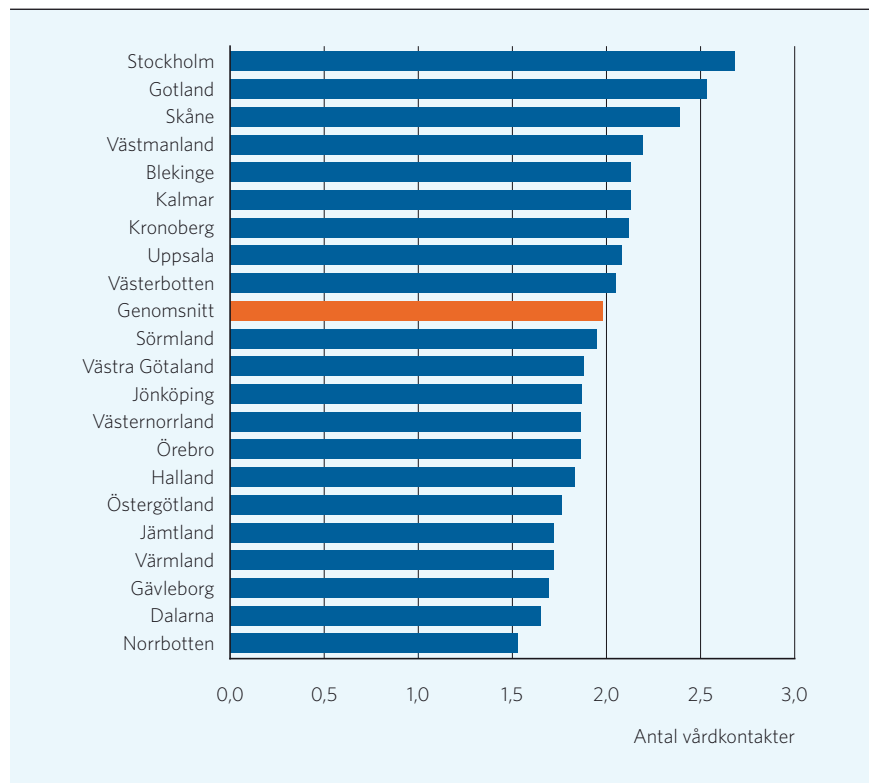
storlek inte har någon betydelse för vårdens resultat?

Diagram 29 visar vårdkontakter i psykiatri jämfört med vårdkontakter i primärvården (diagram 25 och 27 tillsammans). Stockholm utmärker sig i diagrammet. Konsumtionen av vårdkontakter inom både primärvård och psykiatri är höga. Beror den höga konsumtionen på en större sjuklighet eller är en förklaring till Stockholms position att landstinget har många vårdgivare väl spridda i regionen, vilket gör att vårderna är lätt att nå fysiskt vilket kan gynna flera besök?

Invånarna i Jämtland, Värmland och Kronoberg tillhör de som konsumerar minst primärvård och psykiatrisk vård i landet. Inte heller konsumtionen av DRG-poäng i den specialiserade somatiska vården ligger över genomsnittet för dessa landsting.

Dalarna, Norrbotten och Halland, som har många vårdkontakter inom primärvården men få inom psykiatrisk vård, kan ha en struktur som gör att man fångar

DIAGRAM 30. Vårdkontakter per invånare i öppen specialiserad vård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

upp de psykiatriska problemen inom primärvården.

Tidigare diagram i detta avsnitt har visat vårdkontakter inom vårdens olika delområden; primärvård, specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Diagram 30 visar öppen vård (i motsats till slutna vård då patienten läggs in på sjukhus) för den somatiska och psykiatriska vården. Diagrammet visar konsumerade besök/vårdkontakter, vanligtvis på sjukhus, för dessa områden.

Få vårdkontakter betyder inte nödvändigtvis att invånarna får mindre öppen specialistvård. En förklaring till få vårdkontakter kan vara att besöken är omfattande och att fler frågor, som kanske i ett annat landsting hanteras genom flera besök, hanteras vid ett och samma besök.

Kostnaden i öppen vård är lägre än i slutna vård och öppen vård kan vara mer positiv för patienten som inte behöver stanna på sjukhus. För sjukhusen innebär mer öppenvård att vårdplatser frigörs för mer komplicerade fall. I många landsting pågår en medveten så kallad poliklinisering som innebär att fler åtgärder utförs i öppen vård än tidigare.

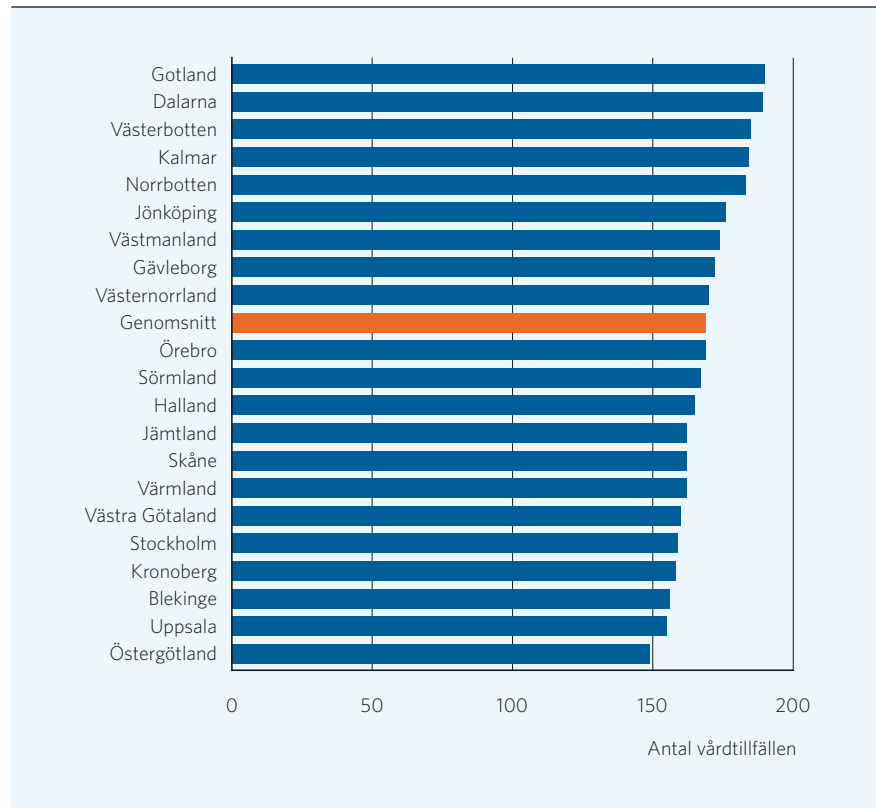
Ibland kan ett läkarbesök i primärvården ersättas av ett läkarbesök i den öppna specialiserade vården och vice versa. De tre landsting som har flest vårdkontakter per invånare inom primärvården i diagram 25 (Dalarna, Norrbotten och Halland) ligger under genomsnittet i diagram 30.

Stockholms invånare har totalt flest vårdkontakter per invånare i specialiserad vård. Utbudet av vårdgivare är stort i Stockholm vilket kan påverka

antalet besök positivt.

Norrbottnen och Jämtland har en geografisk struktur som förmodligen innebär att många fler kontakter med vården sker som slutenvård (med över-

DIAGRAM 31. Vårdtillfällen per 1000 invånare i specialiserad slutenvård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

nattning) än vad som är fallet i landsting med en högre befolkningstäthet. Konsumtion av slutenvård i specialiserad vård visas som antal vårdtillfällen i diagram 31. Tidigare har vi visat konsumtion av specialiserad somatisk vård som DRG-poäng.

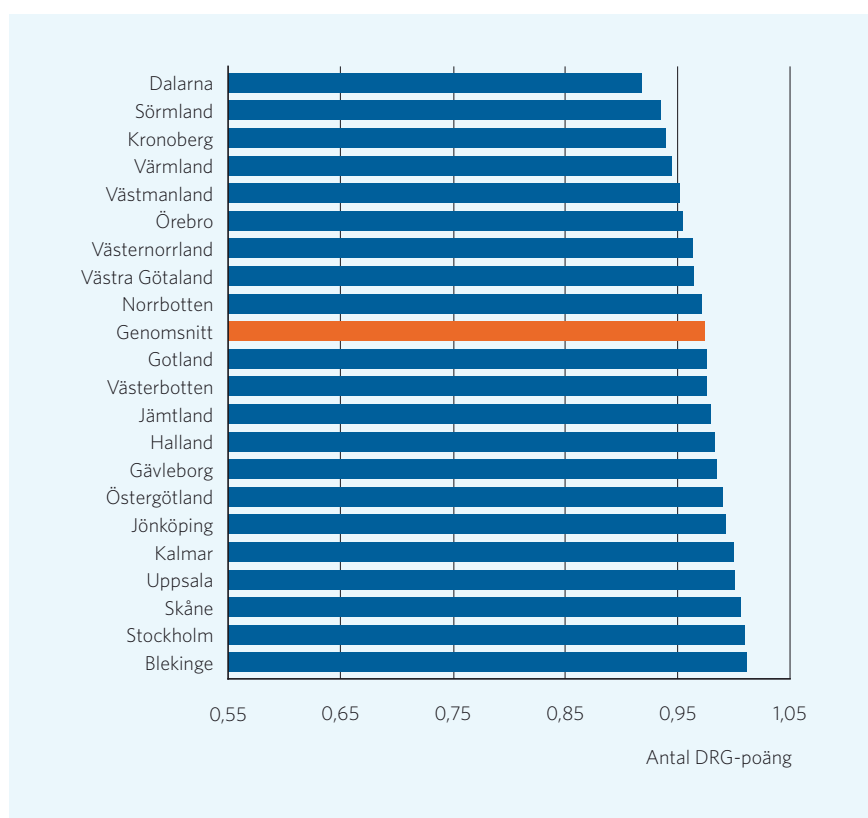
Gotland och Dalarna konsumerar flest vårdtillfällen inom den specialiserade vården. Vårdtillfällen tar inte hänsyn till vårdtyngden som DRG-poäng gör.

Av diagram 26, som visade just DRG-poängen inom specialiserad somatisk vård, framgick att Gotland även har den högsta DRG-poängen per invånare.

Östergötland har låg konsumtion av slutenvård i specialiserad somatisk vård och en förhållandevis låg konsumtion av öppen specialiserad somatisk vård.

Diagram 30 visade den öppna vården inom specialiserad somatisk och psykiatrisk vård medan diagrammet ovan visar den slutna vården. Det finns inget entydigt mönster, att de landsting som satsar på öppenvård har mindre slutenvård. Dock konsumerar Norrbottens invånare, som hade klart lägsta antal vårdkontakter i öppen specialiserad vård, bland det högsta antalet vård-

DIAGRAM 32. DRG-poäng per vårdtillfälle i specialiserad somatisk vård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

tillfällen per invånare i landet.

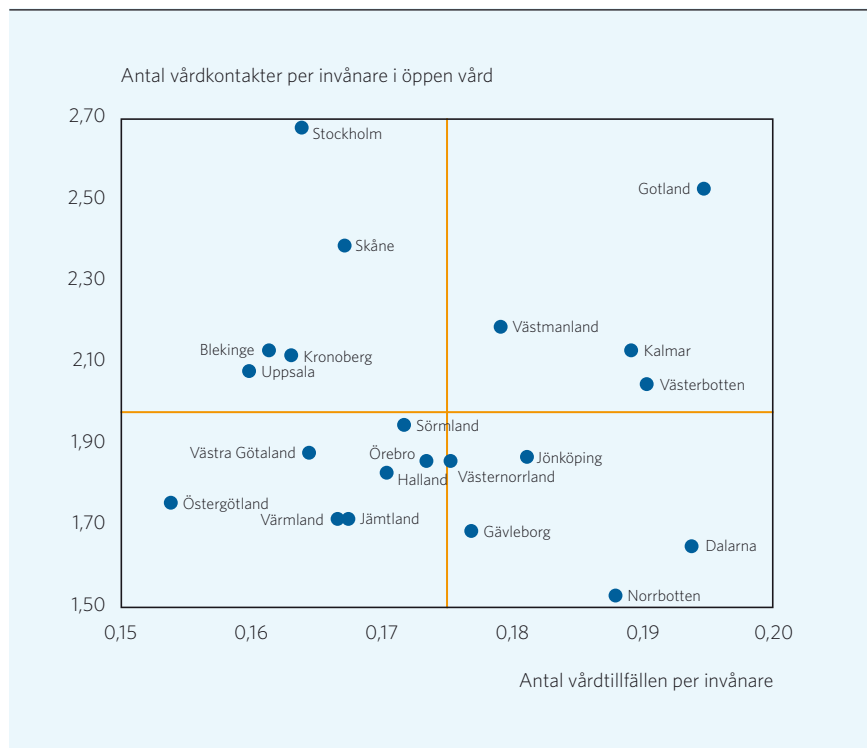
Ett vårdtillfälle kan vara kort eller långt och innehålla en mängd olika medicinska åtgärder och olika omvårdnad. Ett sätt att mäta vårdtyngd är att visa vården i form av DRG-poäng istället för i antalet vårdtillfällen. Vårdtillfällen med högre poäng tyder på en högre vårdtyngd – och resursåtgång – medan vårdtillfällen med lägre vikt eller poäng tyder på en lägre vårdtyngd.

Vårdtyngden inom specialiserad somatisk vård är relativt jämn i landet. Spridningen i diagram 32 är liten. Norrbotten, vars vårdtillfällen kommenterades i anslutning till diagram 31, har en vårdtyngd precis under genomsnittet.

Förutom Blekinge är det landsting med universitetssjukhus som har hög vårdtyngd. Diagram 32 ger en bild av att invånare i landsting med universitetssjukhus konsumerar ”tyngre” vård än andra.

Dalarna utmärker sig med låg vårdtyngd. Av kostnadsavsnittet längre fram, framgår att Dalarnas kostnadsandel för specialiserad somatisk vård ligger

DIAGRAM 33. Vårdkontakter per invånare i specialiserad öppen vård och vårdtillfällen per invånare i specialiserad vård 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

under genomsnittet.

Diagram 33 visar konsumtion av öppen vård jämfört med konsumtion av slutenvård (diagram 30 och 31 tillsammans). Gotland har hög konsumtion inom både öppen och sluten vård. Landstingen i nedre vänstra hörnet har låg konsumtion inom både öppen och sluten vård.

Landstingen i övre vänstra kvadranten har mer öppen vård och mindre sluten vård (vårdtillfällen). Av de fem landstingen där har Stockholm, Uppsala och Skåne universitetssjukhus och relativt ung befolkning, medan Blekinge och Kronoberg har en annan vårdstruktur och en äldre befolkning. Ändå har

TABELL 4. Sammanfattning av landstingens placeringar i diagram rörande vårdkontakter

Vårdkontakter	Diagramnummer						
	24 Vård- kont. H&S	25 Vård- kont. PV	26 DRG Somatik	27 Vård- kont. Psyk	30 Vård- kontakt Spec. ÖV	31 Vårdtill- fällen spec. vård	32 DRG/ vårdtill- fälle
Stockholm	2	5	3	1	1	17	20
Uppsala	13	20	11	5	8	20	18
Sörmland	20	21	14	10	10	11	2
Östergötland	19	8	21	20	16	21	15
Jönköping	14	18	10	13	12	6	16
Kronoberg	18	19	15	18	7	18	3
Kalmar	3	11	2	9	6	4	17
Blekinge	8	17	7	8	5	19	21
Skåne	9	9	6	4	3	14	19
Halland	12	3	12	17	15	12	13
Västra Götaland	16	7	20	12	11	16	8
Värmland	21	14	19	19	18	15	4
Örebro	10	10	16	6	14	10	6
Västmanland	5	6	5	7	4	7	5
Dalarna	6	1	8	11	20	2	1
Gävleborg	11	4	13	15	19	8	14
Västernorrland	17	15	17	16	13	9	7
Jämtland	15	13	18	21	17	13	12
Västerbotten	4	16	4	3	9	3	11
Norrbotten	7	2	9	14	21	5	9
Gotland	1	12	1	2	2	1	10

dessa landsting ungefär samma förhållanden mellan öppen och sluten vård. Syftet med sammanfattningstabellen på nästa sida är enbart att ge respektive landsting en översiktlig bild av placeringen i diagrammen som har visats under avsnittet. Plats 1 innebär här att landstinget har det högsta värdet.

Stockholm, Gotland och Kalmar har en hög vårdkonsumtion per invånare. Kalmar var bland de bästa landstingen när vi jämförde tillgänglighet och patientsäkerhet och hade även en hög produktivitet och är effektiva enligt vårt sätt att mäta (se diagram 11 och 19). Stockholm har hög produktivitet och hög konsumtion, men verkar inte ha så hög effektivitet. Hög vårdkonsumtion leder inte alltid till hög produktivitet och hög effektivitet.

Även Dalarna har hög vårdkonsumtion per invånare av primärvårdskontakter och vårdtillfällen. Produktiviteten i primärvården är god, men för övrigt är inte Dalarnas produktivets- och effektivitetsresultat anmärkningsvärt goda.

## Hur mycket kostar vården?

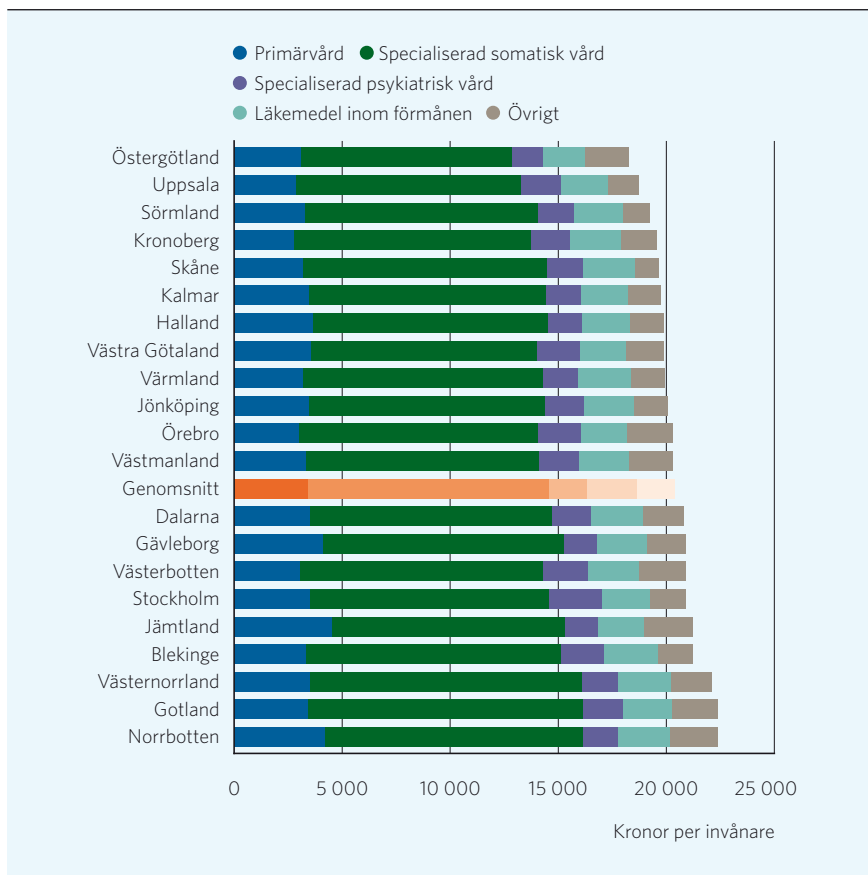
Landstingens totala kostnad för hälso- och sjukvård uppgick till 197,1 miljarder kronor 2009 vilket motsvarar 21 101 kronor per invånare.

Att kostnaderna per invånare skiljer sig åt mellan landstingen kan bero på att vårdkonsumtionen varierar, det vill säga att invånarna i vissa landsting konsumerar mer vård än i övriga. Det kan också vara strukturella skillnader mellan landstingen som påverkar kostnaderna.

### Rapportens kostnadsmått:

- › Diagram 34: Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren 2009
- › Diagram 35: Kostnader per invånare 2009 och kostnadsutveckling 2006–2009
- › Diagram 36: Kostnaden för primärvård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009, procentuell andel
- › Diagram 37: Kostnaden för specialiserad somatisk vård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009, procentuell andel
- › Diagram 38: Nettoköp av vårdtillfällen i specialiserad somatisk vård, procentuell andel av antal producerade vårdtillfällen 2009
- › Diagram 39: Kostnaden för psykiatrisk vård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009, andelar i procent

DIAGRAM 34. Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren 2009



Källa: SKL och SCB



Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård för den egna befolkningen utgörs av kostnaderna för den egna produktionen exklusive såld vård till andra landsting och kostnader för köpt vård i andra landsting och hos offentligt finansierade privata utförare i det egna landstinget. Kostnaden justeras för intäkter för såld vård.

Kostnaderna i diagram 34 avses hälso- och sjukvård exklusive tandvård, hemsjukvård och omstruktureringskostnader.

Kostnaden per invånare varierar från 18 252 kronor till 22 380 kronor. De flesta landsting ligger mellan 19 200 och 21 200 kronor.

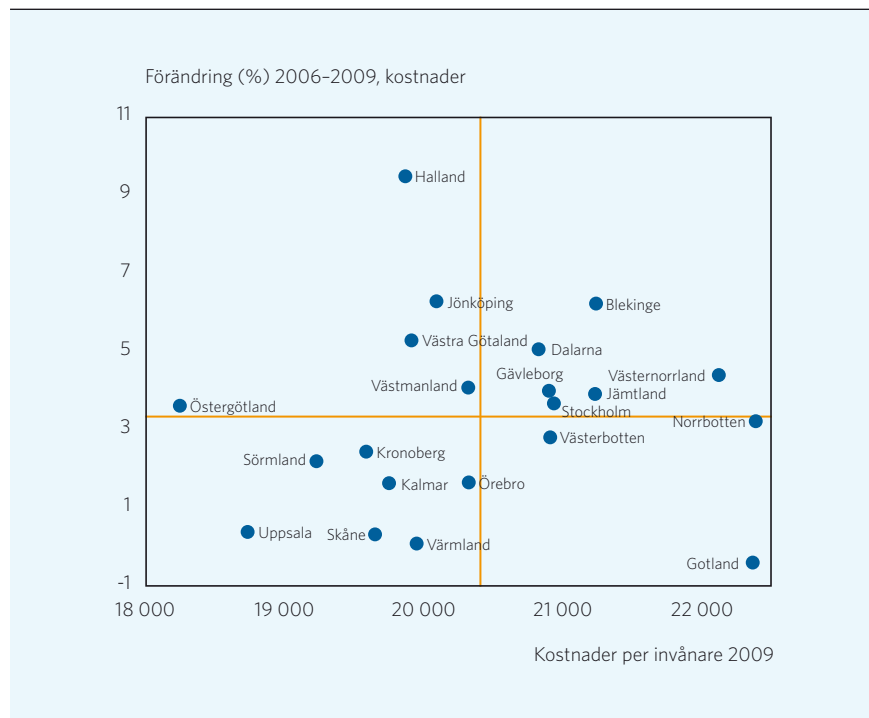
Diagram 34 visar den faktiska kostnaden och tar inte hänsyn till de strukturella skillnaderna mellan landstingen.

Av diagrammet framgår att glesbygdslänen Norrbotten, Gotland och Väster-norrland har de högsta totala kostnaderna i landet. Östergötland, Uppsala och Sörmland har låga kostnader per invånare.

Vi kan också se att fördelningen mellan primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och läkemedel skiljer sig åt mellan landstingen.

Produktivitetsavsnittet berörde dessa skillnader och ytterligare kommentarer återfinns längre fram i detta avsnitt om kostnader.

DIAGRAM 35. Kostnader per invånare 2009 och kostnadsutveckling 2006-2009



Källa: SKL och SCB

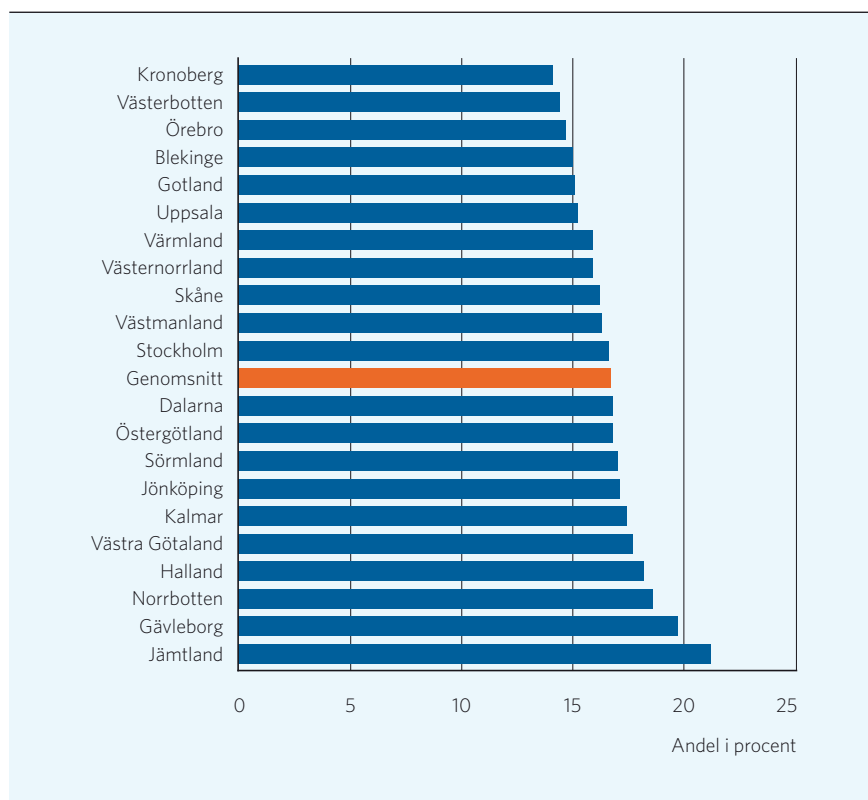
Diagram 35 visar hälso- och sjukvårdskostnaden 2009 och dess utveckling sedan 2006. Att kostnaden sjunker kan bero på både lägre kostnader i den egna produktionen, lägre priser för köpt vård eller högre intäkter för såld vård.

Halland, Jönköping och Blekinge har haft den högsta kostnadsutvecklingen 2006–2009. Kostnaden per invånare i relation till dess kostnadsutveckling visar att landsting med hög kostnadsutveckling ofta har höga kostnader. Blekinge, Västernorrland och Norrbotten är exempel på sådana landsting.

Men det finns landsting med andra resultat. Gotland hade låg kostnadsutveckling mellan 2006 och 2009, men har ändå en hög kostnad i relation till andra landsting. Halland å sin sida hade en hög kostnadsutveckling men har 2009 en relativt låg kostnad per invånare.

Uppsala har låg kostnadsutveckling och låga kostnader. Östergötlands kostnadsutveckling motsvarar ungefär genomsnittet men kostnaden per invånare är klart lägst i landet.

DIAGRAM 36. Kostnaden för primärvård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009



Källa: SKL och SCB

Primärvård är första ledets vård och drivs av många olika aktörer. I SKL:s verksamhetsstatistik definieras primärvård som den vård som svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.

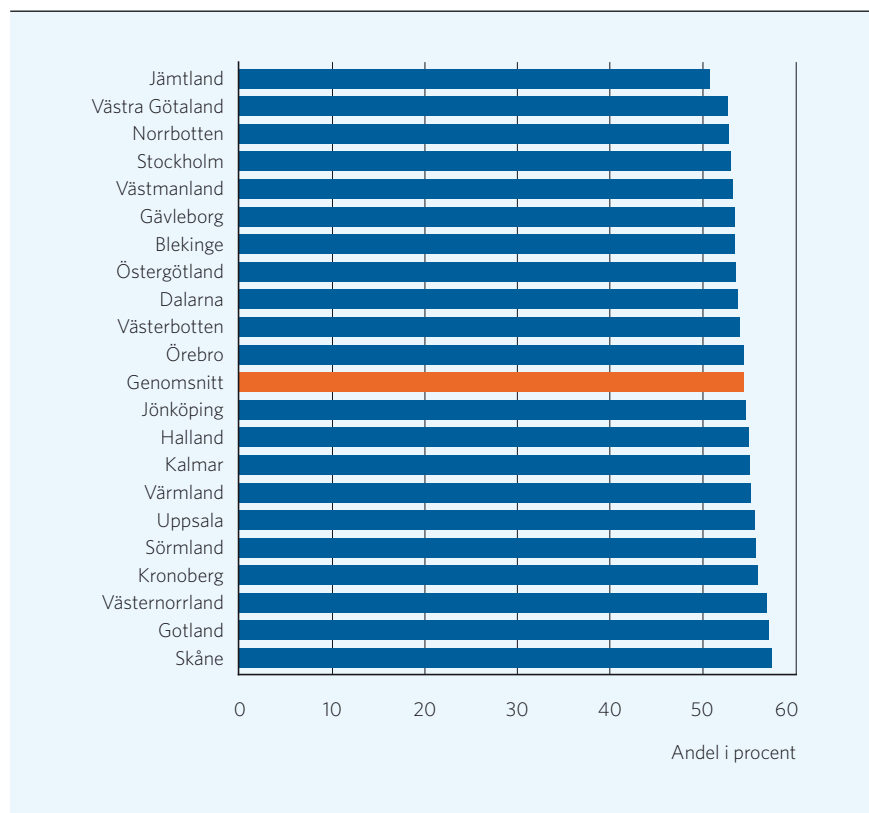
Primärvården svarar för mellan 14,1 och 21,2 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård. Den genomsnittliga kostnaden för primärvård uppgick till 3 400 kronor per invånare 2009.

Jämtland, Gävleborg och Norrbotten har höga kostnadsandelar för primärvård, vilket kan bero på att dessa landsting har sluten primärvård. Kronoberg, Västerbotten och Örebro har de lägsta kostnadsandelarna för primärvård.

Att landstingen har höga kostnader för primärvården kan både innebära att invånarnas konsumtion av vård är hög inom området eller att kostnaderna per vårdkontakt är höga. Hur produktiviteten, kostnad per vårdkontakt, ser ut inom primärvården framgick i produktivitetssnittet. Jämtland är det landsting som hade den högsta kostnaden per vårdkontakt i primärvården, alltså en låg produktivitet, och är även det landsting som har högst kostnad per invånare i primärvården. Jämtlands slutna primärvård kan även förklara deras höga kostnader i primärvård.

Dalarna och Östergötland som hade den högsta produktiviteten i primärvård (se diagram 12) har en kostnadsandel för primärvård som ligger precis över genomsnittet. Dalarna är också det landsting som hade den högsta konsumtionen av vårdkontakter per invånare inom primärvård.

DIAGRAM 37. Kostnaden för specialiserad somatisk vård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009



Källa: SKL och SCB

Specialiserad somatisk vård definieras som hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård. Under området redovisas verksamhet som i princip bedrivs vid sjukhus men tar även med viss verksamhet på specialistmottagningar och vårdcentraler.

All verksamhet vid sjukhus ingår inte heller, exempelvis redovisas basal mödra- och barnhälsovård som primärvård.

Av den somatiska vårdens kostnader 2009 avser 59 procent sluten vård. Resten är dagsjukvård, hemsjukvård och mottagningsverksamhet.

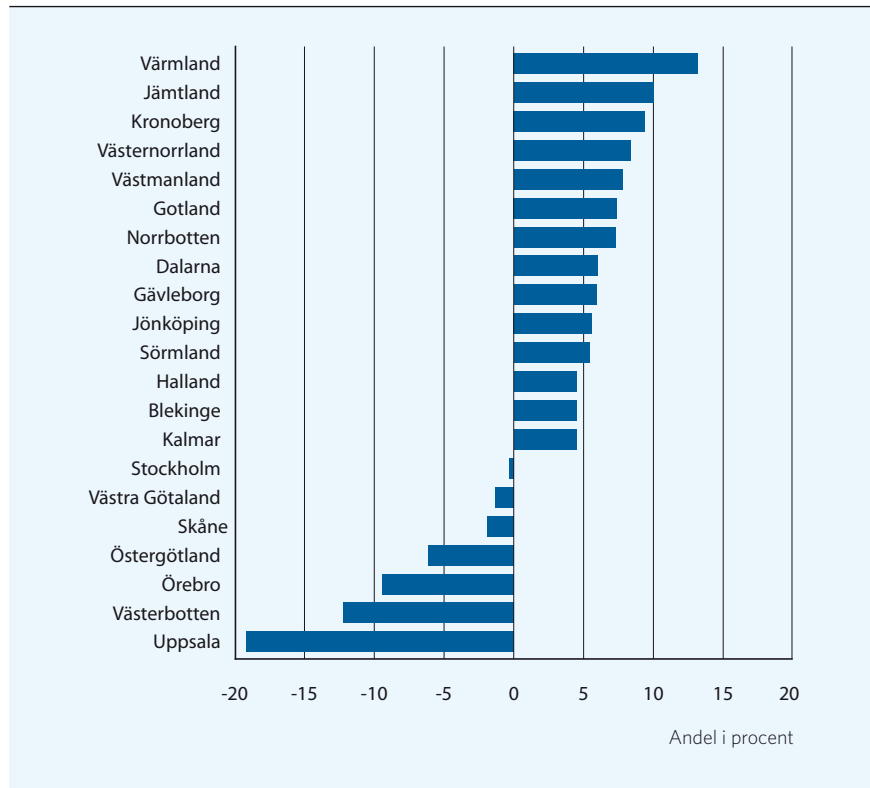
Den specialiserade somatiska vården svarar för cirka hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader. Andelen varierar mellan 50,8 och 57,4 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Genomsnittlig kostnad per invånare för somatisk specialistvård var 11 100 kronor år 2009.

Somatisk vård är kostnadskrävande vård. Östergötland, som i diagram 34 hade de lägsta totalkostnaderna per invånare, har i diagrammet ovan en kostnadsandel för den somatiska vården som ligger under genomsnittet.

Jämtland och Gotland som har vissa geografiska och befolkningsmässiga likheter har olika kostnadsandelar för hälso- och sjukvårdens olika områden. Jämtland har en låg andel somatisk vård och en hög andel för primärvården. Gotland har en låg andel för primärvården och en hög för somatisk vård.

Likaså finns vissa likheter mellan Gävleborg och Kronoberg (till exempel närhet till sjukhus), men de landstingen uppvisar olika kostnadsandelar för de olika delområdena inom hälso- och sjukvården. Kronoberg har hög andel specialiserad somatisk vård medan Gävleborg har en hög andel primärvård. Som tidigare nämnts har Gävleborg sluten primärvård vilket kan förklara deras höga kostnader i primärvård.

DIAGRAM 38. Nettoköp av vårdtillfällen i specialiserad somatisk vård, procentuell andel av antal producerade vårdtillfällen 2009



Källa: SKL och Socialstyrelsen

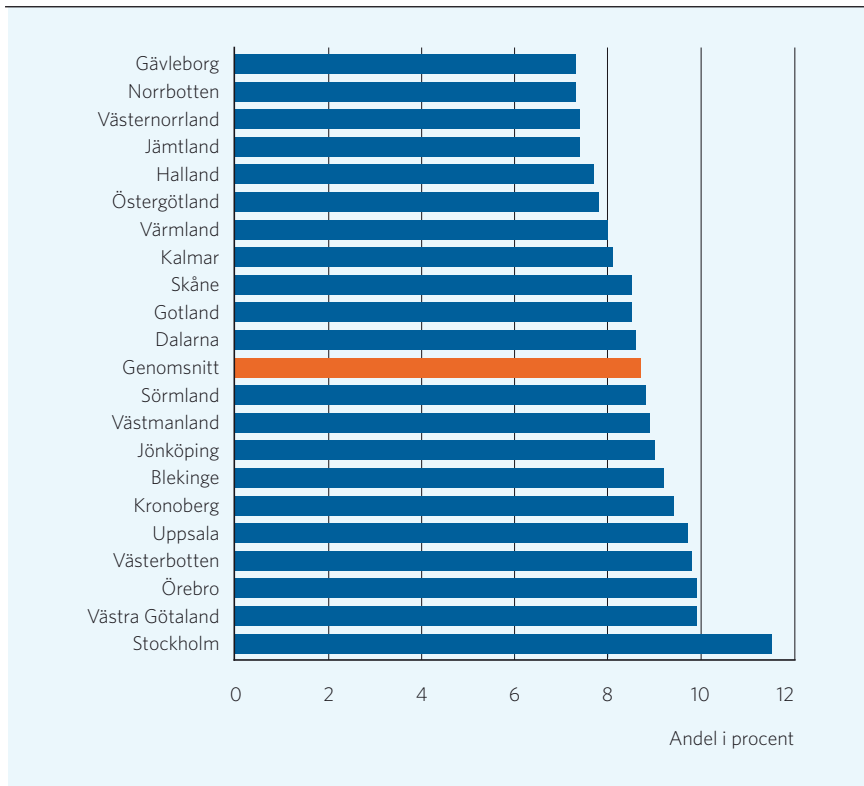
Kostnaderna för hälso- och sjukvården avser egen produktion exklusive såld vård till andra landsting och köp av vård från andra landsting. Den största delen av den köpta och sålda vården finns inom den specialiserade somatiska vården. En stor del av landets högspecialiserade vård är uppdelad mellan ett antal universitetssjukhus. Kostnaderna för köpt vård är medräknade i kostnaden för hälso- och sjukvården och intäkterna för såld vård är frångårna.

Diagram 38 visar om landstingen är nettoköpare eller nettosäljare av vårdtillfällen inom specialiserad somatisk vård.

Bland vårdens "storköpare", höga andelar nettoköp av vårdtillfällen, utmärker sig, förutom Värmland som ligger klart högst upp i diagrammet, Kronoberg och Jämtland som även har relativt låg DRG-poäng per invånare (diagram 26). Invånarna i dessa landsting konsumerar en förhållandevis liten del slutenvård samtidigt som cirka 10 procent sker i andra landsting än i hemlandstinget.

Av landsting med negativt nettoköp, det vill säga de som säljer mer vård än de köper, så har Uppsala och Skåne högre kostnadsandel för specialiserad somatisk vård än genomsnittet. Betyder det att befolkningen i dessa landsting är sjukare än andra eller finns det en risk att landsting som har en stor högspecialiserad produktionsapparat (universitetssjukhus) "övervårdar" sin befolkning?

DIAGRAM 39. Kostnaden för psykiatrisk vård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009



Källa: SKL och SCB

Den psykiatriska vården (öppen och sluten) svarar för mellan 7,3 och 11,5 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård. Den genomsnittliga kostnaden för psykiatrisk vård uppgick i genomsnitt till 1 800 kronor per invånare 2009.

För den psykiatriska vården har Stockholm påtagligt högre kostnader än vad övriga landsting har. En förklaring kan vara att den psykiska ohälsan är högre i stadsmiljön. Även en åldersfaktor kan spela in. Stockholm har en ung befolkning, vilket tenderar att samvariera med ett högre utnyttjande av psykiatrisk vård. Dock är detta inte entydigt. Uppsala har också en ung befolkning, men kostnaden för psykiatri avviker inte lika markant där som i Stockholm.

TABELL 5. Sammanfattning av landstingens placeringar i diagram rörande kostnader för hälso- och sjukvård

Kostnader	34 Kostnad H&S	35 Förändring 2006-2009	36 Andel PV	37 Andel somatik	38 Nettoköp	39 Andel psykiatri
Stockholm	16	12	11	4	7	21
Uppsala	2	4	6	16	1	17
Sörmland	3	7	14	17	11	12
Östergötland	1	11	13	8	4	6
Jönköping	10	20	15	12	12	14
Kronoberg	4	8	1	18	19	16
Kalmar	6	5	16	14	8	8
Blekinge	18	19	4	7	9	15
Skåne	5	3	9	21	5	9
Halland	7	21	18	13	10	5
Västra Götaland	8	18	17	2	6	20
Värmland	9	2	7	15	21	7
Örebro	11	6	3	11	3	19
Västmanland	12	15	10	5	17	13
Dalarna	13	17	12	9	14	11
Gävleborg	14	14	20	6	13	1
Västernorrland	19	16	8	19	18	3
Jämtland	17	13	21	1	20	4
Västerbotten	15	9	2	10	2	18
Norrbottn	21	10	19	3	15	2
Gotland	20	1	5	20	16	10

Syftet med sammanfattningstabellen ovan är enbart att ge respektive landsting en översiktlig bild av placeringen i diagrammen som har visats under avsnittet. Plats 1 innebär här att landstinget har det lägsta värdet.

## Hur finansierar landstingen hälso- och sjukvården?

I detta avsnitt förklarar vi hur landstingen finansierar kostnaderna för hälso- och sjukvård. Analysen genomförs i två steg. I första steget tittar vi närmare på kostnaderna. I andra steget jämför vi finansieringen.

Liksom tidigare i rapporten jämför vi kostnader ur ett befolkningsperspektiv. Kostnader för verksamhet som landstinget köper ingår medan kostnader för verksamhet som säljs till andra landsting är fråndragna. Mindre intäkter som redovisas direkt i verksamheten, såsom patientavgifter (motsvarar 3 procent av intäkterna) och specialdestinerade statsbidrag (motsvarar 2 procent av intäkterna) är också fråndragna. Den kostnad som har beräknats på detta sätt uttrycker den kostnad som landstinget ska finansiera med skatter, generella statsbidrag och finansnetto.

Kostnaden har justerats för effekter av strukturella faktorer genom att bidraget/avgiften<sup>1</sup> enligt det kommunala utjämningsystemet för hälso- och sjukvård har här hanterats som en kostnad i hälso- och sjukvården.

Landstingen bestämmer själva hur skatter, generella statsbidrag och finansnetto ska fördelas mellan hälso- och sjukvård respektive regional utveckling (trafik med mera). Intäkterna till sjukvård är därmed beroende av hur landstinget väljer att satsa på regional utveckling. För att jämföra hur kostnaderna för hälso- och sjukvården har finansierats har vi därför i detta avsnitt tagit hänsyn till vilka kostnader landstingen har för regional utveckling.

I tabell 6 redovisas kostnaderna per invånare som avvikelse från medelvärdet (ovägt, det vill säga alla landsting väger lika tungt oavsett storlek). I kolumn A visas den faktiska kostnaden för hälso- och sjukvård och i kolumn B visas avgiften till eller bidraget från det kommunala utjämningsystemet för hälso- och sjukvård inklusive läkemedels-, struktur- och införandebidrag. Den faktiska kostnaden och bidraget/avgiften summeras i kolumn C.

I kolumn D visas kostnaden för regional utveckling och i kolumn E visas den totala kostnaden för landstinget.

Av fotnötterna i anslutning till tabellen framgår mer i detalj vad som ingår i respektive kolumn.

Not. 1.  
Bidraget/avgiften motsvarar skillnaden mellan landstingets standardkostnad och standardkostnaden för riket. Standardkostnaden är beräknad utifrån uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen indelad efter kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet samt kostnaden för behandling av vissa diagnoser så kallade vårdtunga grupper.

TABELL 6. Kostnader per invånare för landstingens verksamhet totalt 2009. Avvikelse mot medelvärdet för alla landsting (ovägt)

	Hälso- och sjukvård (A) <sup>1</sup>	Kostnadsutjämnings (B) <sup>2</sup>	Summa HoS A-B=C (C) <sup>3</sup>	Regional utveckling (D) <sup>4</sup>	Totalt (E)
Stockholm	1 028	-733	1 762	-611	1 151
Blekinge	1 485	4	1 481	-62	1 419
Västernorrland	1 553	642	911	231	1 142
Dalarna	323	-127	450	172	623
Västmanland	138	-206	344	-54	290
Gävleborg	381	97	285	56	341
Örebro	-116	-112	-4	99	95
Kronoberg	-824	-807	-17	-30	-47
Norrbottnen	1 925	1 957	-32	140	109
Västerbotten	628	672	-44	253	209
Halland	-416	-308	-108	-397	-505
Värmland	-339	-230	-109	360	251
Jämtland	691	921	-230	540	309
Uppsala	-1 475	-1 221	-255	-623	-877
Jönköping	-407	-113	-294	-120	-414
Skåne	-543	-164	-379	-177	-556
Västra Götaland	-479	-8	-472	399	-73
Kalmar	-574	436	-1 010	-100	-1 110
Sörmland	-1 483	-371	-1 111	-57	-1 169
Östergötland	-1 496	-328	-1 168	-19	-1 188
<b>Summa</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Not. 1.

(A) kostnaderna för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, har justerats för skillnader avseende hemsjukvård. Hänsyn har inte tagits till att landstingen valt att hantera omstruktureringar på olika sätt.

Not. 2.

(B) I kostnadsutjämnings ingår kostnadsutjämnings-, läkemedels-, struktur- och införande-bidrag. Däremot inte kostnadsutjämnings för kollektivtrafik.

Not. 3.

(C) Tabellen är sorterad efter summa kostnader för hälso- och sjukvård inklusive kostnadsutjämnings avgifter/bidrag.

Not. 4.

(D) Regional utveckling har justerats för skillnader avseende färdtjänst, gymnasieskola och kollektivtrafik samt kollektivtrafikens del av kostnadsutjämningsbidraget.

Källa: SKL och SCB

I Stockholm var kostnaderna för hälso- och sjukvård 1 028 kronor högre per invånare än i riket (kolumn A). Samtidigt var standardkostnaden enligt kostnadsutjämnings 733 kronor lägre än genomsnittet. Stockholm får därför betala till kostnadsutjämnings (kolumn B). Det innebär att den totala kostnaden för hälso- och sjukvården inklusive kostnadsutjämnings är 1 762 kronor högre per invånare i Stockholm än i riket (kolumn C).

Däremot är kostnaderna för regional utveckling 611 kronor lägre per invånare i Stockholm än i riket (kolumn D). Hänsyn har tagits till att Stockholm har ett större ansvar för kollektivtrafiken än genomsnittet. Sammantaget är Stockholms kostnader 1 151 kronor högre per invånare riket än i genomsnitt.

Hur finansierar landstingen de kostnader vi identifierat i tabell 6? Högre kostnader än genomsnittet kan under en kortare period hanteras genom ett sämre resultat jämfört med andra landsting, men det är ingen långsiktigt hållbar lösning. Högre skatteintäkter (inklusive inkomstutjämnings) och/eller ett högre finansnetto (inklusive övriga generella statsbidrag) än genomsnittet är de finansieringsalternativ som kvarstår på längre sikt.



TABELL 7. Finansiering av landstingens verksamhet 2009. Kronor per invånare, avvikelse mot riket, ovägt medelvärde

	Kostnader (tabell 6) (A) <sup>1</sup>	Skatt (B) <sup>2</sup>	Finans- netto mm (C) <sup>3</sup>	Totalt intäkter B+C=D (D)	Årets resultat D-A=E (E) <sup>4</sup>
Stockholm	1 151	1 663	-441	1 222	71
Blekinge	1 419	-71	-11	-83	-1 502
Västernorrland	1 142	-68	-42	-110	-1 252
Dalarna	623	223	-310	-87	-710
Västmanland	290	188	110	298	8
Gävleborg	341	452	92	544	204
Örebro	95	637	-381	256	161
Kronoberg	-47	251	86	337	384
Norrbottnen	109	161	392	553	444
Västerbotten	209	-224	176	-47	-257
Halland	-505	-985	177	-807	-302
Värmland	251	323	-147	176	-76
Jämtland	309	42	-213	-171	-480
Uppsala	-877	24	-359	-335	543
Jönköping	-414	-79	524	445	859
Skåne	-556	-286	-301	-586	-30
Västra Götaland	-73	-67	-221	-288	-215
Kalmar	-1 110	-948	89	-859	251
Sörmland	-1 169	-411	-54	-465	704
Östergötland	-1 188	-826	834	7	1 195
<b>Summa</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ovägt medelvärde<sup>5</sup></b>	<b>20 546</b>	<b>20 359</b>	<b>456</b>	<b>20 815</b>	<b>268</b>

Not. 1.

(A) I kostnad ingår verksamhetens nettokostnader, avskrivningar, kostnadsutjämnings-, läkemedels-, struktur- och införandebidrag. Justerat för skillnader avseende hemsjukvård, färdtjänst, gymnasieskola och kollektivtrafik.

Not. 2.

(B) Skatt består av skatteintäkter och inkomstutjämningsbidrag. Justerat för skillnader avseende hemsjukvård, färdtjänst, gymnasieskola och kollektivtrafik.

Not. 3.

(C) Finansnetto och övriga generella statsbidrag.

Not. 4.

(E) Årets resultat före extra ordinära poster.

Not. 5.

Det ovägd medelvärdet är beräknat med ovanstående definitioner. Observera att dessa skiljer sig från hur en traditionell resultaträkning är uppställd.

Källa: SKL och SCB.

Tabellen är sorterad på samma sätt som tabell 6.

Årets resultat före extra ordinära poster varierar stort mellan landstingen. Finansnetto och övriga statsbidrag förklarar en stor del av skillnaderna för de enskilda landstingen.

Stockholms siffror används åter för att förklara tabellen. Stockholm hade landets NÄST högsta kostnad, 1 151 kronor högre per invånare än riket (tabell 6). Hur finansieras detta?

I Stockholm var intäkterna från skatt och inkomstutjämningsbidrag 1 663 kronor högre än medelvärdet för alla landsting. Det höga beloppet beror i huvudsak på att Stockholm har en högre landstingsskatt än andra landsting även sedan hänsyn tagits till att landstinget i Stockholm har ett större ansvar än andra landsting. Samtidigt är finansnettot 441 kronor lägre per invånare än genomsnittet. Detta innebär att intäkterna sammantaget är 1 222 kronor högre än genomsnittet för samtliga landsting. Högre intäkter än kostnader innebär att resultatet är bättre, 71 kronor per invånare över medelvärdet för alla landsting.

# Tabell- och diagramförteckning

- 26 Tabell 1. Sammanfattning av placeringar i diagram rörande tillgänglighet  
31 Tabell 2. Sammanfattning av placeringar i diagram rörande patientsäkerhet  
41 Tabell 3. Sammanfattning av placeringar i diagram rörande produktivitet  
60 Tabell 4. Sammanfattning av placeringar i diagram rörande vårdkontakter  
68 Tabell 5. Sammanfattning av placeringar i diagram rörande kostnader  
70 Tabell 6. Kostnader per invånare för landstingens verksamhet totalt 2009.  
71 Tabell 7. Finansiering av landstingens verksamhet 2009.
- 19 Diagram 1. Resultatindex för tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2009  
20 Diagram 2. Andel patienter som ansåg att det var lätt eller mycket lätt  
att komma fram till sjukvårdsrådgivningen per telefon 2008 och 2009  
21 Diagram 3. Kontakt med vårdcentral eller liknande samma dag, oktober 2010  
22 Diagram 4. Läkarbesök i primärvården inom högst 7 dagar, oktober 2010  
23 Diagram 5. Patientupplevd kvalitet i primärvården: Vad anser du om tiden du  
fick vänta?  
24 Diagram 6. Beslut om ett förstasök inom högst 90 dagar i den  
specialiserade vården  
25 Diagram 7. Beslut om operation/åtgärd inom högst 90 dagar i den  
specialiserade vården  
28 Diagram 8. Andel patienter med vårdrelaterad infektion i spec. somatisk  
sluten vård  
29 Diagram 9. Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer  
30 Diagram 10. Antal anmälningar i specialiserad vård per 1 000 vårdkontakter till  
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2009  
33 Diagram 11. Kostnad per vårdkontakt i hälso- och sjukvård 2009  
34 Diagram 12. Kostnad per vårdkontakt i primärvård 2009  
35 Diagram 13. Kostnad per vårdkontakt inom specialiserad somatisk vård 2009  
36 Diagram 14. Kostnad per vårdkontakt i psykiatrisk vård 2009  
37 Diagram 15. Kostnad per vårdkontakt och vårdkontakt per invånare i hälso-  
och sjukvård totalt 2009  
38 Diagram 16. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad somatisk vård och kostnad  
per vårdkontakt i primärvård 2009  
39 Diagram 17. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad psykiatrisk vård och kostnad  
per vårdkontakt i primärvård 2009  
40 Diagram 18. Kostnad per vårdkontakt i specialiserad somatisk vård och  
vårdkontakter per invånare i specialiserad somatisk vård 2009  
43 Diagram 19. Övergripande resultatindex för hälso- och sjukvården 2009  
44 Diagram 20. Strukturjusterad kostnad per invånare och övergripande  
resultatindex 2009  
45 Diagram 21. Kostnad per invånare och övergripande resultatindex 2009  
46 Diagram 22. Kostnad per invånare och resultatindex för primärvård 2009  
47 Diagram 23. Kostnad per invånare och resultatindex för specialiserad  
somatic vård 2009

- 50 Diagram 24. Vårdkontakter per invånare inom hälso- och sjukvård år 2009
- 51 Diagram 25. Vårdkontakter per invånare i primärvården 2009
- 52 Diagram 26. Vårdkontakter per 1 000 invånare i specialiserad somatisk vård 2009
- 53 Diagram 27. Vårdkontakter per invånare i specialiserad psykiatrisk vård 2009
- 54 Diagram 28. Vårdkontakter per invånare i specialiserad somatisk vård och vårdkontakter i primärvård 2009
- 55 Diagram 29. Vårdkontakter per invånare i primärvård och vårdkontakter per invånare i specialiserad psykiatrisk vård 2009
- 56 Diagram 30. Vårdkontakter per invånare i öppen specialiserad vård 2009<sup>42</sup>
- 57 Diagram 31. Vårdtillfällen per 1 000 invånare i specialiserad slutenvård 2009
- 58 Diagram 32. DRG-poäng per vårdtillfälle i specialiserad somatisk vård 2009
- 59 Diagram 33. Vårdkontakter per invånare i specialiserad öppen vård och vårdtillfällen per invånare i specialiserad vård 2009
- 62 Diagram 34. Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren 2009
- 63 Diagram 35. Kostnader per invånare 2009 och kostnadsutveckling 2006–2009
- 64 Diagram 36. Kostnaden för primärvård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009
- 65 Diagram 37. Kostnaden för specialiserad somatisk vård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009
- 66 Diagram 38. Nettoköp av vårdtillfällen i specialiserad somatisk vård, procentuell andel av antal producerade vårdtillfällen 2009
- 67 Diagram 39. Kostnaden för psykiatrisk vård i förhållande till totala kostnaden för hälso- och sjukvård 2009

# Bilaga

## Indikatorer som ingår i övergripande resultatindex (Diagram 19.)

I det övergripande resultatindexet ingår samtliga indikatorer i Öppna jämförelser med undantag av kostnadsindikatorerna.

För information om vilka indikatorer som ingår i Öppna jämförelser se *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010.*

## Indikatorer som ingår i resultatindex för tillgänglighet (Diagram 1.)

Indikatornr	Indikator
17	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård
18	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård
19	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon
20	Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon
21	Tillgänglighet - besök i specialiserad vård
22	Tillgänglighet - behandling i specialiserad vård
39	Tillgänglighet - gynekologisk operation
40	Tillgänglighet - gynekologisk mottagning
53	Tillgänglighet - besök ortopedisk mottagning
54	Tillgänglighet - knä- och total höftprotesoperation
73	Väntat längre än 90 dagar - besök inom kardiologi
103	Tillgänglighet - Högst 30 dagar till besök barn- och ungdomspsykiatri
104	Tillgänglighet - besök vuxenpsykiatri
116	Tillgänglighet - besök allmänkirurgi
117	Tillgänglighet - ljumskbräcksoperation
118	Tillgänglighet - galloperation
119	Tillgänglighet - operation för grå starr

## Indikatorer som ingår i resultatindex för primärvård (Diagram 22.)

Indikatornr	Indikator
10	Vaccination av barn - MPR
12	Förtroende för vårdcentraler
14	Bemötande vid besök i primärvård
15	Information vid besök i primärvård
16	Deltakighet vid besök i primärvård
17	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård
18	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård
19	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon
26	Tobaksvanor under graviditet
57	Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes
58	Högt systoliskt blodtryck
59	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol
96	Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel

Indikatornr	Indikator
97	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre
98	Användning av lämpliga sömnmedel till äldre
125	Förekomst av antibiotikabehandling
126	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika
127	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

### Indikatorer som ingår i resultatindex för specialiserad somatisk vård (Diagram 23.)

Indikatornr	Indikator
9	Vårdrelaterade infektioner
13	Förtroende för sjukhus
21	Tillgänglighet - besök i specialiserad vård
22	Tillgänglighet - behandling i specialiserad vård
27	Tidiga aborter
28	Dödfödda
29	Neonatal dödlighet
30	Låg Apgar-poäng hos nyfödda
31	Bristningar vid förlossning
32	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet
34	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder
35	Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder
36	Patientrapporterade komplikationer efter framfallsop
39	Tillgänglighet - gynekologisk operation
40	Tillgänglighet - gynekologisk mottagning
41	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation
42	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation
43	Omoperation efter total höftprotesoperation
44	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation
45	Oönskade händelser efter knä- och total höftprotesoperation
46	Väntetid inför höftfrakturoperation
47	Protesoperation vid höftfraktur
48	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur
49	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada
50	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit
51	Patientrapporterad hälsa - behandlingsstart med biologiska läkemedel
52	Patientrapporterad hälsa - initial vård av reumatoid artrit
53	Tillgänglighet - besök ortopedisk mottagning
54	Tillgänglighet - knä- och total höftprotesoperation
62	Insulinpump vid typ 1-diabetes
65	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt
66	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom
67	Reperfusionbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Indikatornr	Indikator
68	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt
69	Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt
70	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling
71	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt
72	Väntetid till kranskärlsoperation
73	Väntat längre än 90 dagar - besök inom kardiologi
76	Dödlighet efter förstagångsstroke - sjukhusvårdade
77	Vård vid strokeenhet
78	Trombolysbehandling vid stroke
79	Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer
80	Återinsjuknande efter stroke
81	Funktionsförmåga efter stroke
82	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke
83	Femårsöverlevnad i aktiv uremivård
84	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys
85	Kärlaccess vid dialys
86	Njurtransplanterade i aktiv uremivård
88	Överlevnad vid tjocktarmscancer
89	Överlevnad vid ändtarmscancer
90	Överlevnad vid bröstcancer
91	Överlevnad vid lungcancer
92	Reoperation vid ändtarmscancer
93	Kurativ behandling vid prostatacancer
94	Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör
106	Omoperation vid ljumskbräck
107	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck
108	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa
109	Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa
111	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder
112	Döda eller amputerade efter operation av kärlförträngning i ben
114	Patientrapporterat resultat av septumplastik
115	Synfel vid kataraktoperation
116	Tillgänglighet - besök allmänkirurgi
117	Tillgänglighet - ljumskbräcksoperation
118	Tillgänglighet - galloperation
119	Tillgänglighet - operation för grå starr
120	Dödlighet efter vård på IVA
121	Utskrivning från IVA nattetid
122	Oplanerad återinskrivning på IVA
130	God viruskontroll vid HIV
131	Smärtskattning i livets slutskede
132	Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede
133	Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS
134	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS



# Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård

---

## Jämförelse mellan landsting

Det har skett en snabb utveckling av tillgänglig statistik och data som belyser olika dimensioner av hälso- och sjukvården de senaste åren. Inte minst publiceringen av den årliga rapporten Öppna jämförelser från SKL och Socialstyrelsen har bidragit till detta. I takt med mer tillgänglig data och jämförelser ökar landstingens möjligheter att utnyttja denna typ av information för uppföljning, analys och styrning.

Syftet med denna rapport är att visa hur analyser och jämförelser utifrån redan insamlad statistik kan bli en del av de styrverktyg som behövs för att möta utmaningarna i hälso- och sjukvården. Utifrån statistiken kan landstingens produktivitet och, med vissa antaganden och grovt förenklat, effektivitet beräknas.

Beställ eller ladda ner på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer).

ISBN 978-91-7164-672-9