

Rapport 2013:10

# Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen

Variationer, förklaringsfaktorer  
och utvecklingsbehov



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.varदानalys.se](http://www.varदानalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Thinkstockphotos

**Tryck:** TMG Sthlm, Stockholm 2013

ISBN 978-91-87213-19-9

# Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen

Variationer, förklaringsfaktorer och  
utvecklingsbehov



Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Hälsoekonom Nils Janlöv har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2013-10-09  
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström  
*Styrelseordförande*

Anders Anell  
*Vice ordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Mef Nilbert  
*Styrelseledamot*

Mårten Schultz  
*Styrelseledamot*

Karin Tengvald  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Myndighetschef*

Nils Janlöv  
*Föredragande*





## Förord

Vård och omsorg av äldre är en central del av den svenska välfärden. En stor andel resurser går till äldreomsorgen och den förväntas dessutom öka markant de kommande decennierna när befolkningen åldras. Samtidigt är uppföljningen och rapporteringen av vad som idag utförs inom omsorgen begränsad, vilket försvårar inblicken i verksamheten och påverkar kunskapsläget.

Sveriges 290 kommuner har det samlade ansvaret för äldreomsorgen. Det finns dock tecken på att förhållandena varierar mycket mellan de olika huvudmännen. Exempelvis visar uppgifter att kostnaden för äldreomsorgen per invånare 65 år och äldre i vissa kommuner är mer än dubbelt så hög som i andra kommuner.

För att omsorgen ska möta de samlade behoven hos äldre är det viktigt att resurserna används på ett effektivt sätt. Vårdanalys har därför genomfört en studie av skillnader i produktivitet inom äldreomsorgen mellan kommunerna. Studien belyser också vilka faktorer som kan påverka produktiviteten.

Studien är en av få som belyser ämnet på en nationell nivå, då rapporteringen av äldreomsorgens insatser och utfallsmått generellt sett är begränsad. Studien är utforskande till sin karaktär och relaterar till pågående utvecklingsarbeten kring rapportering och uppföljning.

Nils Janlöv har varit projektledare och Håkan Lenhoff har varit projektmedarbetare. Marianne Svensson och Joakim Ramsberg från Vårdanalys har bidragit med värdefulla kommentarer. Projektgruppen vill också rikta ett stort tack till Peter Nilsson, Sveriges Kommuner och Landsting, och Per Hjärtstrand, Institutet för Näringslivsforskning, som har varit särskilt behjälpliga med kunskap och synpunkter på innehållet i denna studie.

Vår förhoppning är att rapporten ska bidra till att utveckla och förbättra uppföljningen av, och kunskapsläget inom, den svenska äldreomsorgen.

Stockholm i oktober 2013

Fredrik Lennartsson, Myndighetschef









# Sammanfattning

## BAKGRUND

Tidigare studier av resursutnyttjandet inom svensk äldreomsorg visar att det mellan kommunerna funnits stora kostnads- och produktivitetsvariationer inom äldreomsorgen. Resultaten är dock osäkra, dels på grund av att de främst är baserade på information som omfattar ett visst år, dels för att beskrivningen och inrapporteringen av olika insatser inom äldreomsorgen har varit bristfälliga.

Kostnadsvariationerna, och okunskapen om deras ursprung, är bekymmersamma, särskilt med tanke på de omfattande samhällsinsatserna för äldreomsorgen i Sverige. De totala kostnaderna uppgår årligen till cirka fyra procent av BNP och resursandelen är hög vid en internationell jämförelse. Även sett till antalet brukare och antalet anställda så är det en omfattande sektor. 2013 fanns det runt 250 000 personer med hemtjänst eller med omsorg i särskilt boende. Antalet brukare förväntas därtill öka markant de närmaste decennierna. För att säkerställa en fortsatt god äldreomsorg är det viktigt att verksamheten både uppvisar god produktivitet och håller hög kvalitet.

## SYFTE

Det huvudsakliga syftet med studien är att, utifrån aktuell data, undersöka hur produktiviteten i äldreomsorgen skiljer sig mellan kommunerna samt hur den förhåller sig till en rad förklaringsvariabler som kan tänkas påverka utfallet, däribland indikatorer som avspeglar äldreomsorgens kvalitet. Målet är att nå kunskap om förutsättningarna att beskriva äldreomsorgens resultat och resursanvändning på kommunnivå.



## METOD

I ett första steg undersöks produktivetsutvecklingen för år 2010-2011 med hjälp av så kallad frontanalys. Analysens syfte är att utifrån observationer av resursfaktorer och producerade insatser mellan kommunerna definiera det relativt sett mest effektiva produktionssättet, den så kallade produktionsfronten, och mäta avvikelser från denna front uttryckt som ett index. De producerade insatserna utgörs av

- antal personer med hemtjänst
- antal beviljade hemtjänsttimmar
- antal tillhandahållna korttidsdygn
- antal personer boende i särskilt boende

Dessa insatser fångar verksamheten inom hemtjänst, korttidsvård och särskilt boende.

Vid produktivetsanalysen sätts sedan insatserna i relation till kommunernas totala kostnader för dessa verksamheter. Kostnaderna har korrigerats för att i största möjliga utsträckning inte avspeglar skillnader i kommuners förutsättningar att bedriva äldreomsorg eller de äldres omsorgsbehov.

I ett andra steg undersöks om eventuella skillnader i produktivitet kan förklaras av variationer i vårdbehov och geografiska förutsättningar, organisation och strukturkvalitet (till exempel antalet anställda per brukare och personalomsättning), kommunernas kostnadsläge för personal och lokaler samt brukarnas kvalitetsomdömen.

## RESULTAT OCH SLUTSATSER

### ► **Det finns betydande skillnader i äldreomsorgens produktivitet mellan kommunerna**

Resultaten av analysen visar betydande skillnader i kommunernas produktivitet vid tillhandahållandet av äldreomsorg. Det är ett fåtal kommuner som utmärker sig i produktivitetshänseende. Potentialen tycks vara stor för att på bred front kunna öka produktiviteten inom sektorn. För mer exakta bedömningar och beräkningar av produktiviteten krävs dock fördjupade studier och mer robusta prestationsmått inom omsorgen.

Analysen visar också en viss försämring av produktiviteten mellan 2010 och 2011. En tänkbar förklaring är ett ökat omsorgsbehov bland de äldre, som inte avspeglas i de prestationsmått som används i studien.

### ► **En del av skillnaderna kan spåras till strukturella bakgrundsfaktorer**

Resultaten indikerar även att en del av skillnaderna har samband med olika strukturella bakgrundsfaktorer som kommunerna inte själva kan påverka, exempelvis skilda geografiska förutsättningar och skillnader i omsorgsbehov. Eftersom det statliga kostnadsutjämningsystemet har till uppgift att utjämna för dessa skillnader är det viktigt att kontinuerligt utvärdera systemets funktionalitet. Till viss del samvarierar produktivitetsavvikelsena även med skillnader i organisation och strukturkvalitet, exempelvis andel resurser avsatta till särskilt boende i relation till ordinärt boende och antalet årsarbetare per brukare.

### ► **Det går inte att finna ett samband mellan produktivitet och brukarnas nöjdhet**

Resultaten visar också att det saknas ett tydligt samband mellan produktivitet och brukarnöjdhet. Indexet för brukarnöjdheten är dock övergripande och ett relativt grovt mått. Det kan därmed inte uteslutas att det ändå finns ett samband mellan produktivitet och kvalitet, men detta samband behöver undersökas vidare.

### ► **Beskrivande data av äldreomsorgens prestationer är bristfällig**

I studien pekar vi på en rad brister i beskrivningen av insatserna inom äldreomsorgen. Dessa brister gör det generellt svårare att jämföra och mäta svensk äldreomsorg. Det är därför viktigt att resultaten tolkas med försiktighet.

Till att börja med består uppgifterna om olika prestationsmått endast av övergripande beskrivningar av alla de insatser som utförs inom äldreomsorgen. Måtten utgörs i flera fall endast av uppgifter om antalet mottagare av olika insatser. Uppgifter saknas också för flera kommuner.

De två huvudsakliga problemen är att beskrivningarna över insatser inom äldreomsorgen inte tar hänsyn till skillnader i brukarnas omsorgsbehov – den faktiska resursinsatsen bland kommunerna kan skilja väsentligt. Dessutom saknas i stort heltäckande mått på äldreomsorgens kvalitet. Det finns exempelvis brister i hur väl dagens utformning av brukarenkäten fångar brukarnas verkliga omdömen. I studien identifieras några väsentliga utvecklingsbehov som syftar till att främja ökad kunskap om äldreomsorgens resursutnyttjande och resultat. Vi finner det viktigt att:

- Ytterligare arbeta med att ta fram en sammanhållen och långsiktig strategi för att möjliggöra systematiska jämförelser inom äldreomsorgen.

- Utveckla förfinade beskrivningar av äldreomsorgens insatser och kostnadsmått, exempelvis enligt de metoder som tillämpas vid kostnad per brukare (KPB). Ett viktigt steg är att uppgifter om antalet producerade insatser från och med 2013 baseras på månatliga uppgifter, istället för som tidigare på två mättillfällen per år.
- Utveckla mått som gör det möjligt att vikta insatserna efter skillnader i brukarnas vårdbehov. Det är viktigt att finna en enhetlig nationell standard som möjliggör jämförelser.
- Öka tillförlitligheten i mätningarna av brukarnas uppfattning av äldreomsorgens kvalitet ur olika dimensioner.
- Övervaka löpande hur väl det statliga utjämningsystemet inom äldreomsorgen fungerar.
- Generellt sett öka möjligheten till jämförelser på enhetsnivå, över tid och internationellt vid utvecklingen av indikatorer för att följa upp och beskriva äldreomsorgens innehåll.

## AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Observera att analysen i studien endast ser till äldreomsorgens produktivitet. Skillnader i kvalitet inkluderas i begränsad omfattning. Infriandet av äldreomsorgens övergripande mål om en god omsorg som främjar en värdig, hälsosam och trygg ålderdom låter sig inte enkelt mätas via antalet producerade insatser. För att möjliggöra en mer samlad bedömning av äldreomsorgens resultat måste även dessa kvalitetsaspekter inkluderas i modellen. Detta ger också bättre möjligheter att studera sambanden mellan olika mått på omsorgens strukturkvalitet och omsorgens resultat. Sambanden mellan kvalitet och bakgrundsfaktorer kan i denna form av analys exempelvis visa sig vara annorlunda än de som visas i den här studien.

De genomförda jämförelserna är dock viktiga på flera sätt. För det första visar övergripande jämförelser på vikten av att bedöma äldreomsorgens utfall som helhet. För det andra kan jämförelser stimulera till diskussion och utveckling av befintlig data och existerande undersökningar. För det tredje syftar de till att ge medborgare och andra intressenter insyn i verksamheten och därmed transparens kring hur skattemedlen används. Slutligen är också ambitionen att de ska stimulera till lärande mellan kommunerna att på bästa sätt använda tillgängliga resurser. Förhoppningen är att den här studien är en del i att främja dessa långsiktiga ambitioner.







# Innehåll

<b>1. Inledning.....</b>	<b>19</b>
1.1 Syfte .....	20
<b>2. Metod och data .....</b>	<b>23</b>
2.1 DEA fångar flera faktorer samtidigt – men inte slumpens påverkan.....	23
2.2 Regressionsanalys för att förklara skillnader i produktivitet .....	25
2.3 Datakällor till inkluderade variabler.....	26
<b>3. Produktionsmodeller .....</b>	<b>29</b>
3.1 Insatsmätt - korrigerad kostnad för hemtjänst, korttidsvård och särskilt boende.....	29
3.2 Prestationsmätt .....	30
<b>4. Resultat från produktionsmodellerna .....</b>	<b>37</b>
<b>5. Förklaringsmodell produktivitet.....</b>	<b>43</b>
5.1 Bakgrundsvariabler över vårdbehov och geografiska förutsättningar....	43
5.2 Organisation .....	44
5.3 Strukturkvalitet.....	45
5.4 Kostnadsläge för insatsfaktorer .....	46
5.5 Kvalitetsomdömen .....	46
5.6 Tid .....	47
5.7 Samlad bild av förklaringsfaktorer .....	47
<b>6. Resultat från förklaringsmodellen.....</b>	<b>51</b>
6.1 Relation mellan produktivitet och kvalitet .....	53

<b>7. Diskussion .....</b>	<b>57</b>
7.1 Behov av utveckling av prestationsmått inom äldreomsorgen.....	57
7.2 Förfinade beskrivningar av skillnader i omsorgsbehov är centralt vid jämförelser .....	58
7.3 Brukarnas åsikter är viktiga att ta tillvara .....	59
7.4 Behov av sammanhållen strategi för att följa utvecklingen inom äldreomsorgen .....	60
<b>8. Slutsatser .....</b>	<b>63</b>
<b>9. Referenser .....</b>	<b>67</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>71</b>





## Inledning

I tidigare studier av resursutnyttjandet inom svensk äldreomsorg framkommer att det historiskt sett funnits stora kostnads- och produktivetsvariationer inom äldreomsorgen mellan kommunerna (9, 23). Det är extra problematiskt att variationerna inte kunnat förklaras av skillnader i förutsättningar, organisatoriska vägval eller uppnådda resultat. Det beror dels på att analyserna baserats på information som omfattade ett år, och dels på brister i beskrivningen och inrapporteringen av olika insatser inom äldreomsorgen. Dessutom har jämförelserna främst bestått av uppgifter om övergripande kostnader och insatser inom olika områden, och det har varit svårt att ge en bild av olika aspekter av äldreomsorgens kvalitet. Möjligheterna till kvalitetsjämförelser har dock förbättrats på senare tid. Det synliggörs bland annat i det ökande antal indikatorer inom detta område som presenteras i arbetet med Öppna jämförelser av vård och omsorg av äldre (31).

Kostnadsvariationerna och okunskap kring deras ursprung är bekymmersamt, särskilt med tanke på de omfattande samhällsinsatserna för äldreomsorg i Sverige. De totala kostnaderna för äldreomsorg i Sverige uppgick 2008 till 3,6 procent av BNP, vilket var den högsta andelen i OECD-länderna. Det enda OECD-land med en BNP-andel av motsvarande storlek som Sverige var Nederländerna med 3,5 procent. I de övriga skandinaviska länderna var andelen mellan 2,0 och 2,2 procent, vilket också var högre än genomsnittet för samtliga OECD-länder på 1,5 procent. En rad studier pekar dessutom på att kostnaderna kommer att öka under kommande decennier till följd av en åldrande befolkning, både i Sverige och i andra länder. Den förbättrade hälsan hos de äldre är renodlat positiv, men utvecklingen innebär samtidigt utmaningar för samhället. Skattningar har pekat på att kostnaderna för äldreomsorgen kan komma att öka med 45 procent fram till år 2030 (15, 20).



Sammantaget finns det behov av fördjupade studier av variationer i kommunernas resursutnyttjande och kvalitetsresultat inom svensk äldreomsorg. Det är därför angeläget att – utifrån senast tillgängliga uppgifter på kommunnivå – söka belysa produktivitetens utveckling och hur den förhåller sig till mått på omsorgskvaliteten. Det är i detta avseende möjligt att omsorgsproducenter kan uppnå en större insatsvolym genom att minska på kvaliteten. Men det är också möjligt att vissa producenter är generellt mer effektiva än andra och har såväl högre volym som bättre kvalitet till samma kostnad (13). Vi undersöker därför även om en hög volym omsorgsinsatser samvarierar med hög kvalitet i form av brukarnöjdhet mellan kommuner. Eftersom landets kommuner har olika sätt att styra och organisera verksamheten har vi förhållandevis goda möjligheter att jämföra kostnader, produktion och kvalitetsutfall inom äldreomsorgen.

## 1.1 SYFTE

Det huvudsakliga syftet med studien är att undersöka hur produktiviteten i äldreomsorgen skiljer sig mellan kommunerna samt hur produktiviteten förhåller sig till en rad förklaringsfaktorer som kan tänkas påverka utfallet, däribland indikatorer som avspeglar äldreomsorgens kvalitet.

I ett första steg undersöks produktivitetens utveckling för år 2010-2011 med hjälp av så kallad frontanalys. I ett andra steg undersöks om eventuella skillnader i produktivitet kan förklaras av faktorer som antas påverka kommunernas produktivitet. Förklaringsvariablerna fångar följande områden:

- vårdbehov och geografiska förutsättningar
- organisation och strukturkvalitet (till exempel antalet anställda per brukare och personalomsättning)
- kommunernas kostnader för personal och lokaler
- brukarnas kvalitetsomdömen

Målet är att via tillämpad analys få kunskap om förutsättningarna för att spegla äldreomsorgens resultat och resursanvändning på kommunnivå. Ansatsen är utforskande. Ambitionen är att identifiera eventuella områden som kan utvecklas för att ge bättre möjligheter för att jämföra olika aspekter av äldreomsorgens resultat.







## Metod och data

De flesta moderna analyser av produktivitet i offentlig tjänsteproduktion baseras på någon form av så kallad frontanalys. Syftet är att utifrån tillgängliga observationer av exempelvis insatsfaktorer och producerade tjänster mellan olika producenter definiera det relativt sett mest effektiva produktions sättet, den så kallade produktionsfronten, och mäta hur mycket producenternas produktions sätt avviker. Avvikelserna från fronten uttrycks som ett index mellan 0 och 1. Värdet 1 innebär att producenten ligger på den observerade fronten, det vill säga har högsta produktivitet. Genom att studera hur långt ifrån fronten olika producenter ligger kan man undersöka vilka egenskaper hos producenterna som förklarar skillnaderna i produktivitet.

### 2.1 DEA FÅNGAR FLERA FAKTORER SAMTIDIGT – MEN INTE SLUMPENS PÅVERKAN

Den vanligaste metoden för att analysera produktivitet via frontmetodik är så kallad Data Envelopment Analysis (DEA) (6). Det centrala analysbegreppet vid DEA-analys utgörs av teknisk effektivitet. Den tekniska effektiviteten mäter förmågan att producera en maximal mängd prestationer (hälsoresultat, vård- och omsorgstjänster) från en given mängd insatser (resurser) (8).

DEA-modellen kan sedan antingen specificeras som en produktivitets- eller effektivitetsmodell. Oavsett modellutformning är metodens styrka att den samtidigt kan hantera flera olika insats- och prestationsmått.

I DEA-metoden identifieras och placeras de observationer med högst relation mellan insatser och prestationer i en produktionsfront som uttrycker den relativt sett mest effektiva produktionen bland producenterna, i vårt fall kommunerna. För att jämföra effektiviteten mellan kommunerna ges sedan alla kommuner ett resultat mellan 0 och 1 utifrån avståndet till produktionsfronten.

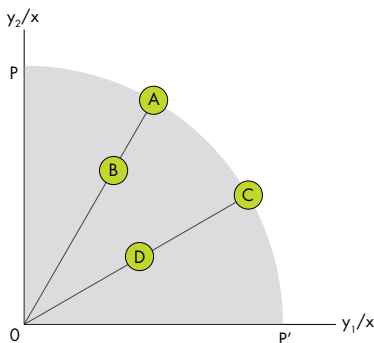


- Ett resultat på 1 innebär att kommunen i fråga producerar på fronten och att den, relativt sett, uppvisar den mest tekniskt effektiva produktionen.
- Ett resultat som är mindre än 1 innebär att kommunen har en förbättringspotential jämfört med den eller de kommuner som uppvisar den mest tekniskt effektiva produktionen.

Ett resultat på 1 innebär inte att kommunen saknar förbättringspotential, utan att det vid tidpunkten för analysen inte finns någon annan kommun med ett effektivare produktions sätt.

Metoden kan illustreras med ett exempel. Anta att kommunerna producerar två olika prestationer, bestående av hemtjänsttimmar,  $y_1$ , och antalet dygn i korttidsboende,  $y_2$ , genom att nyttja en insatsfaktor,  $x_1$ , totala kostnader. I figur 1 presenteras produktionsfronten,  $PP'$ , som en kurva (produktionsmöjlighetskurvan) som anger den övre nivån för alla tekniskt möjliga produktionskombinationer som ges av kommunernas resultat. I figur 1 illustreras även produktionsutfallet för fyra olika kommuner (A, B, C och D).

Figur 1. Illustration av DEA-metodiken



Kommunerna A och C är i jämförelsen med andra kommuner mest tekniskt effektiva (i dagsläget), eftersom det inte är tekniskt möjligt att expandera produktionen givet oförändrade kostnader. Kommun B och D kan däremot expandera produktionen av både hemtjänsttimmar och antalet korttidsdygn givet oförändrade kostnader – de är tekniskt mindre effektiva än de effektivaste kommunerna. Kommun D har även en lägre grad av teknisk effektivitet eftersom avståndet till fronten är större än för kommun B. Graden av teknisk effektivitet (TE) för kommun B ges vidare av:  $TE = OB/OA$ , där O är nollpunkten. Resultaten kan därmed tolkas som en kommuns förbättringspotential med

avseende på teknisk effektivitet, utifrån nuvarande ”best practice”.

Vid en analys över flera års tid är det även möjligt att studera förändringar av frontens position.

- Om fronten flyttas utåt över tid innebär det att det för någon eller några kommuner varit möjligt att producera mer i relation till kostnaderna än vad någon kommun förmått tidigare. Det har skett en positiv teknisk förändring av produktionsmöjligheterna inom sektorn.
- Om fronten istället flyttats inåt innebär det en teknisk försämring av produktionsmöjligheterna. Det finns exempelvis inte någon kommun som producerat samma mängd prestationer som under den första perioden utan att kostnaderna samtidigt ökat.

Produkten av förändringen av frontens position (teknisk förändring) och det genomsnittliga avståndet till fronten (teknisk effektivitetsförändring) ger sedan den sammantagna produktivitetens utvecklingen inom sektorn över tid.<sup>1</sup>

Nackdelen med DEA-metoden är att den inte tar hänsyn till att slumpmässiga faktorer även kan påverka resultatet och att den kan vara känslig för extremvärden då dessa påverkar frontens position. Metoden har dock visat sig vara lämplig för tjänsteproducerande företag och organisationer med flera prestationer och resultatindikatorer.

## 2.2 REGRESSIONSANALYS FÖR ATT FÖRKLARA SKILLNADER I PRODUKTIVITET

En frontanalys visar på skillnader i produktivitet utifrån specifikationen av kommunernas prestationer och insatser. Men metoden förklarar inte vad som faktiskt orsakar variationen. Istället används regressionsanalys för att undersöka vilka faktorer som ligger till grund för produktivitetens utfallen. Med regressionsanalys går det att studera vilka faktorer som påverkar resultaten, och dessutom i vilken riktning och grad de påverkar. Då studien använder data för flera år för varje kommun genomförs regressionsanalysen på så kallad paneldata. Valet att dela upp analysen i två steg, dvs. att i ett första steg skatta kommunernas produktivitet och i ett andra steg undersöka skillnader i produktivitet med regressionsanalys, är en del av studiens explorativa ansats.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Beräkningen sker med hjälp av Malmquists produktivitetsindex. Vi antar här konstant skalavkastning över tid. För mer information om metodiken hänvisas till Färe m. fl. 1994 (5).

<sup>2</sup> Det finns metodmässiga brister med att studera produktivitet och förklaringar till produktivitet i två olika steg (17). Vi väljer ändå att tillämpa denna metodik till följd av studiens utforskande syfte.



## 2.3 DATAKÄLLOR TILL INKLUDERADE VARIABLER

Studien baseras på produktions- och kostnadsdata från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och SCB för samtliga 290 kommuner år 2010-2011.

- Produktionsdata över insatser inom äldreomsorgen har hämtats från Socialstyrelsens verksamhetsstatistik.
- Uppgifter om kostnader och kostnadsutjämningsystemet (statens system för att utjämna resurssituationen mellan kommuner) har hämtats från SKL respektive SCB (32).
- Brukarundersökningen hos Socialstyrelsen ligger till grund för uppgifterna om brukarnas kvalitetsomdömen (24).
- Information om olika bakgrundsvariabler har hämtats från SCB och enhetsundersökningen på Socialstyrelsen (27).





## Produktionsmodeller

Ambitionen vid modellutformningen är att fånga största möjliga omfång av verksamheten inom äldreomsorgen samtidigt som uppgifter om både kostnader och produktion med god grund kan antas vara relaterade till varandra. Vi väljer därför att inrikta oss på äldreomsorgens tre huvudsakliga verksamheter, som svarar för i genomsnitt 95 procent av kostnaderna för äldreomsorgen:

- hemtjänst
- korttidsvård
- särskilt boende

Vid analysen av produktiviteten vid tillhandahållandet av insatser inom de tre verksamheterna används två kompletterande modeller. Anledningen till det är att det existerar två prestationsmått för hemtjänsten: hemtjänsttimmar och antalet personer med hemtjänst.

### 3.1 INSATSMÅTT – KORRIGERAD KOSTNAD FÖR HEMTJÄNST, KORTTIDSVÅRD OCH SÄRSKILT BOENDE

Insatsmättet i de båda modellerna utgörs av kommunernas bruttokostnad för äldreomsorg åren 2010-2011, uttryckt i 2011 års fasta priser. De motsvarar kommunens samlade kostnader för att tillhandahålla äldreomsorg, vilka finansieras via kommunalskatt, avgifter och statsbidrag.

Bruttokostnaden reduceras sedan för de delområden där vi inte har tillgång till jämförbara uppgifter om producerade prestationer. Kostnader för insatser i ordinärt boende och som inte omfattar hemtjänst tas bort. Även kostnader för övrig äldreomsorg exkluderas, liksom medel från interna intäkter och försälj-



ningar. Det slutgiltiga kostnadsmåttet avser således verksamhetskostnader för hemtjänst, korttidsvård och särskilt boende samt totala lokalkostnader.

I nästa steg korrigeras kostnaden för strukturella skillnader, till exempel geografiska förutsättningar, samt skillnader i förväntat äldreomsorgsbehov, eftersom förutsättningarna för att erbjuda en likvärdig äldreomsorg skiljer sig åt mellan kommunerna. Därför ökas den redovisade kostnaden proportionellt mot förutsättningarna för kommuner som har bättre förutsättningar än andra kommuner att erbjuda likvärdig äldreomsorg. För kommuner med sämre strukturella förutsättningar reduceras den redovisade kostnaden.

Kostnadskorrigeringen baseras på kostnadsutjämningsystemets beräkningar av skillnader i geografiska förutsättningar mellan kommuner samt skillnader i äldreomsorgsbehov beroende på olikheter vad gäller kön, ålderssammansättning och yrkesbakgrund inom gruppen 65 år och äldre. Korrigeringen tar inte hänsyn till skillnader i antalet äldre i kommunen utan baseras istället på den förväntade kostnaden som ges av andelen äldre i olika åldersintervall. Om vi även korrigerat för antalet äldre hade kommuner med många äldre uppvisat en mer gynnsam kostnadsstruktur, vilket skulle leda till missvisande jämförelser. I vår metodik avspeglas istället skillnader i faktiskt omsorgsbehov bland de äldre i kommunerna i antalet producerade insatser inom äldreomsorgen. Men vi tar samtidigt hänsyn till om de äldre har ett större förväntat omsorgsbehov som påverkar kostnadsbilden, det vill säga om de äldre i en kommun har en högre genomsnittsålder än i andra kommuner samt om de har en svårare socioekonomisk bakgrund.

Korrigeringen för de i vår studie ingående kostnaderna står också i proportion till hur stor kostnadsandel dessa utgör av de totala äldreomsorgskostnaderna i riket. De kvarvarande kostnadsskillnaderna mellan kommunerna ska, enligt ambitionen med utjämningsystemet, inte avspegla skillnader i förutsättningar utan endast eventuella skillnader i ambitionsnivå och effektivitet.

### 3.2 PRESTATIONSMAÅT

De totala korrigerade kostnaderna för att erbjuda insatser inom hemtjänst, korttidsvård och särskilt boende relateras till totalt antal producerade insatser/totalt antal brukare inom dessa områden. I studien ingår följande prestationsmått:

- antal personer med hemtjänst
- antal beviljade/beräknade hemtjänsttimmar
- antal tillhandahållna korttidsdygn
- antal boende i särskilt boende



Dessa prestationer används för att spegla produktionen inom såväl ordinärt som särskilt boende och korttidsvård.

De två första måtten fångar produktionen inom hemtjänst. Måttet över antalet beviljade/beräknade hemtjänsttimmar är bristfälligt: tidigare studier har visat på att det avviker från faktiskt utförda timmar (22). Andra brister är att måtten baseras på mätningar under en månad för respektive år samt att måttet inte fångar insatserna bland vissa brukare.<sup>3</sup> Å andra sidan är antalet beviljade/beräknade hemtjänsttimmar ett ändamålsenligare och mer detaljerat mått jämfört med antalet brukare. Därför skapar vi två olika modeller:

- I den första modellen ingår antal personer med hemtjänst, antal tillhandahållna korttidsdygn samt antal boende i särskilt boende.
- I den andra modellen byter vi ut antalet personer med hemtjänst mot måttet om antal beviljade timmar (se tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av ingående delar i de båda DEA-modellerna

	DEA-modell 1	DEA-modell 2
Insatsmätt 1	Korrigerad kostnad äldreomsorg	Korrigerad kostnad äldreomsorg
Prestationsmätt 1	Antal brukare i hemtjänst	Antal beviljade/beräknade hemtjänsttimmar
Prestationsmätt 2	Antal tillhandahållna korttidsdygn	Antal tillhandahållna korttidsdygn
Prestationsmätt 3	Antal brukare inom särskilt boende	Antal brukare inom särskilt boende

Observera att dessa mått är av övergripande karaktär. Vid sidan av antalet timmar och korttidsdygn ges en begränsad bild av de faktiska insatserna i äldreomsorgen. I dagsläget saknas dock mer detaljerade indikatorer/mått på kommunnivå. Tydliga exempel på brister är att måtten inte tar hänsyn till skillnader i brukarnas omsorgsbehov och att de inte fångar innehållet i insatserna. Dessutom saknas uppgifter för en del kommuner, och därför omfattar DEA-analysen av relationen mellan produktion och korrigerade kostnader endast de 272 kommuner med uppgifter om samtliga kostnads- och prestationsmätt för åren 2010-2011.<sup>4</sup>

I tabell 2 presenteras beskrivande statistik över variablerna som ingår i produktionsmodellerna. Alla variabler har en stor spridning mellan min- och

<sup>3</sup> Antalet hemtjänsttimmar för brukare med enbart beviljade insatser för matdistribution, trygghetslarm och/eller snöröjning ingår ej.

<sup>4</sup> Arjeplog, Enköpings, Jokkmokk, Karlskoga, Klippan, Lomma, Malmö, Malå, Mullsjö, Pajala, Sorsele, Svalöv, Tyresö, Vellinge, Värmdö, Åsele, Örkelljunga och Överkalix ingår inte i analysen eftersom uppgifter om ett eller flera utfallsmått saknas.

maxvärden. Ett sätt att jämföra storleken på spridningen av mått som mäts i olika skalor är att beräkna variationskoefficienten, dvs. standardavvikelsen som procentandel av medelvärdet. Den visar att spridningen (bortsett från de demografiska variablerna) mellan kommunerna är störst för prestationsmättet antal korttidsdygn per invånare 65 år och äldre. Därefter följer antalet hemtjänsttimmar per invånare år och äldre. Skillnaderna i antalet insatser per äldre (65+) i kommunerna är därför större vid de mer detaljerade insatsmåtten än vid uppgifterna om antalet brukare med olika insatser.

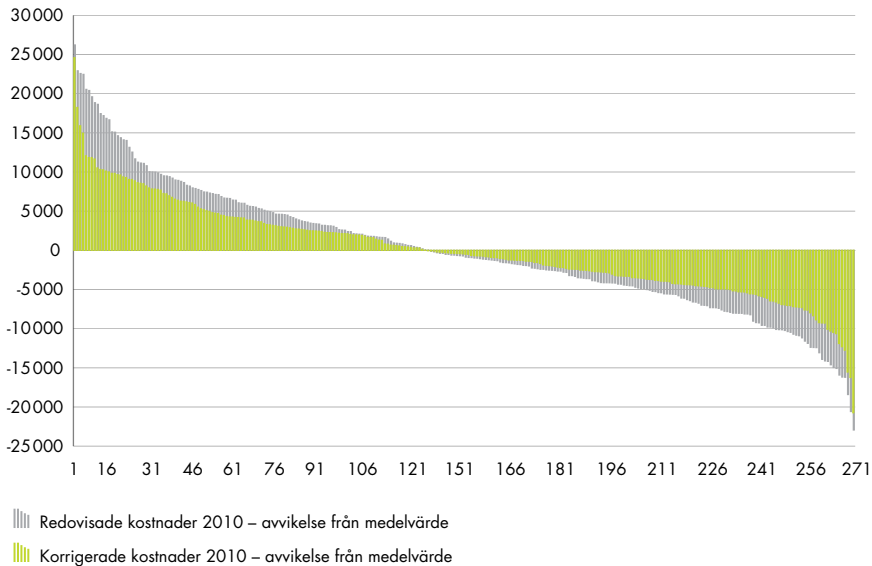
Antalet brukare i hemtjänst och antalet hemtjänsttimmar är stabilt över tid. Mest utmärkande är att andelen boendedygn i korttidsvård per invånare 65+ minskat med i snitt nio procent mellan 2010 och 2011. I relation till antalet invånare 65+ har även antalet brukare i särskilt boende minskat med cirka fyra procent under 2011. Kostnadsutvecklingen är relativt stabil över tid och har ökat mindre än en procent under 2011.

Tabell 2. Beskrivande statistik av variabler inkluderade i produktionsmodellerna

	2010					2011				
	Medelvärd	Standardavvikelse	Variationskoefficient	Min	Max	Medelvärd	Standardavvikelse	Variationskoefficient	Min	Max
Antal brukare i hemtjänst per inv. 65+	0,11	0,03	24%	0,04	0,20	0,12	0,03	22%	0,04	0,21
Antal boendedygn per mån. i korttidsvård per inv. 65+	1,79	0,77	43%	0,02	4,73	1,63	0,71	43%	0,06	4,32
Antal brukare i särskilt boende per inv. 65+	0,05	0,01	22%	0,03	0,09	0,05	0,01	21%	0,03	0,09
Antal hemtjänsttimmar per mån. och per inv. 65+	2,44	1,31	53%	0,04	18,53	2,49	0,85	34%	0,20	5,40
Totala (exkl. övrigt) redovisade bruttokostnader per inv. 65+	52 451	8 323	16%	29 523	78 663	52 944	8 272	16%	30 547	76 350
Totala (exkl. övrigt) korrigerade bruttokostnader per inv. 65+	52 793	5 875	11%	32 071	77 372	53 054	5 893	11%	32 839	81 910
Befolkning	32 490	64 827	200%	2 460	847 073	32 717	65 946	202%	2 431	864 324
Antal 65+	6 017	9 537	159%	723	119 731	6 183	9 769	158%	736	122 487

Skillnaderna i kostnad per invånare 65 år och äldre minskar betydligt genom korrigeringen av kommunernas kostnader beroende på strukturella skillnader (till exempel geografiska förutsättningar) och skillnader i förväntat äldreomsorgsbehov som kommunerna själva inte kan påverka. De olika spridningsmått visar att variationen minskar med cirka 30 procent. I figur 2 visas kostnadsavvikelse per invånare 65 år och äldre per kommun i relation till rikssnittet (ovägt medelvärde) för såväl okorrigerade som korrigerade kostnader. När kostnaderna korrigeras (de gröna staplarna) är det en betydligt större andel av avvikelserna som ryms inom  $\pm 10\,000$  kr per invånare 65 år och äldre jämfört med om kostnaderna är okorrigerade. För det korrigerade kostnads-måttet ryms 92 procent av kommunerna inom kostnadsavvikelser på  $\pm 10\,000$  kr. Med okorrigerade kostnader ryms bara 80 procent.

Figur 2. Avvikelse per kommun från genomsnittlig kostnad för äldreomsorg per invånare 65 år och äldre





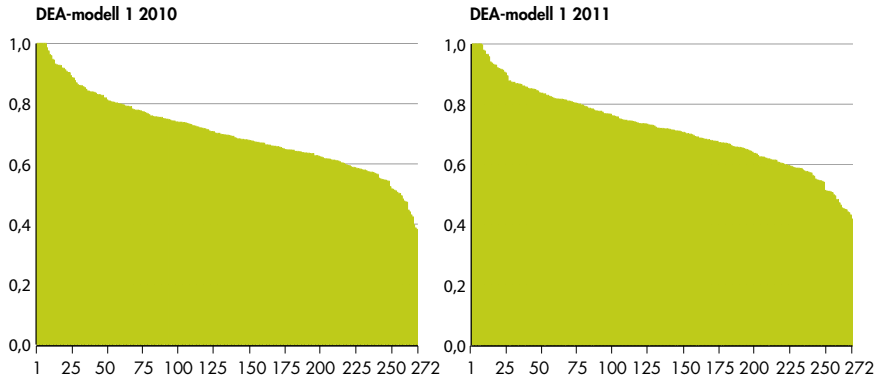


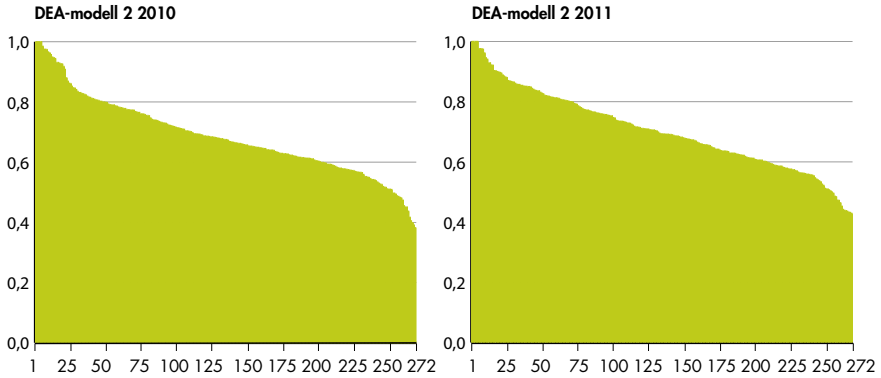


## Resultat från produktionsmodellerna

I detta kapitel presenteras resultaten av de båda DEA-modellerna över den tekniska effektiviteten i tillhandahållandet av äldreomsorgstjänster för åren 2010 och 2011.

Figur 3. Resultat avseende teknisk effektivitet för 2010 och 2011 i de båda modellerna





Resultaten visar relativt stora skillnader mellan kommunerna (figur 3). Utmärkande är att det är ett fåtal kommuner som sticker ut i produktivitetshänseende, vilket styr frontens position. Den genomsnittliga tekniska effektiviteten är något högre i modell 1, vilket är förväntat eftersom variationen mellan kommunerna borde vara mindre avseende antal brukare i hemtjänst jämfört med antalet beviljade/beräknade hemtjänsttimmar (se tabell 3).

Korrelationen mellan modellerna är 0,84. Samstämmigheten är därmed relativt hög, men skillnaderna är ändå tillräckligt stora för att understryka vikten av att utveckla precisare mått som beskriver utfallet inom äldreomsorgen.

Tabell 3. DEA-resultat för de båda produktionsmodellerna

	DEA-modell 1					DEA-modell 2				
	Medelvärde	Standardavvikelse	Variationskoefficient	Min	Max	Medelvärde	Standardavvikelse	Variationskoefficient	Min	Max
<b>2010</b>	0,705	0,127	18%	0,382	1,000	0,687	0,129	19%	0,382	1,000
<b>2011</b>	0,721	0,129	18%	0,418	1,000	0,704	0,130	18%	0,429	1,000

Båda modellerna visar att samtliga kommuner närmade sig fronten och därmed att variationen mellan kommunerna minskat över tid. Men samtidigt har frontens position flyttats inåt för hela sektorn. Den totala produktivitetstvecklingen som ges av produkten av dessa två faktorer visar därmed på en försämring över tid på 4-5 procent för de båda modellerna (tabell 4). Siffran måste dock tolkas varsamt eftersom prestationsmåttarna är osäkra. Detta gäller särskilt för antalet hemtjänsttimmar och korttidsdygn. Det är inte heller



något av prestationsmått som till fullo fångar skillnader i vård- och omsorgsbehov. En tänkbar delförklaring till utvecklingen är därför ett ökat omsorgsbehov bland de äldre som inte avspeglas i de prestationsmått som används i studien.

Tabell 4. Produktivitetens utveckling enligt de båda produktionsmodellerna

	Effektivitetsförändring	Teknisk förändring	Total produktivitetens utveckling
DEA-modell 1	1,023	0,936	0,957
DEA-modell 2	1,025	0,927	0,950

Studiens resultat, påvisande en genomsnittlig teknisk effektivitet kring 0,7 (jämför medelvärden i tabell 3) i de båda modellerna, ger en fingervisning om utvecklingspotentialen i förhållande till fronten. Potentialen tycks vara stor för att på bred front kunna öka produktiviteten inom sektorn. För ett mer precist uttalande i detta avseende krävs dock fördjupade studier och tillgång till mer robusta prestationsmått inom äldreomsorgen.







## Förklaringsmodell produktivitet

Som ett led i studiens utforskande ansats undersöker vi i det här kapitlet eventuella samband mellan avvikelser från produktivetsfronten enligt DEA-analysen och skillnader i kommunernas förutsättningar för att tillhandahålla äldreomsorg. Vi studerar också om utfallet påverkas av variationer i bland annat organisation och personalresurser.

Utifrån upplägget i tidigare studier används 17 förklaringsvariabler i analysen. Dessa ligger i linje med de förklaringsvariabler bakom hälsans bestämningsfaktorer som lyfts fram i olika ramverk, bland annat folkhälsobaserade modeller (1, 3, 16). Förklaringsvariablerna grupperas i sex kategorier:

- bakgrundsvariabler över vårdbehov och geografiska förutsättningar
- äldreomsorgens organisation
- kostnadsläge för insatsfaktorer
- omsorgens strukturkvalitet
- brukarnas kvalitetsomdömen
- tid

### 5.1 BAKGRUNDSVARIABLER ÖVER VÅRDBEHOV OCH GEOGRAFISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

- Förväntad kostnad (standardkostnadsindex) per invånare 65 år och äldre enligt kostnadsutjämningsystemet mellan kommuner
- Medianinkomst per invånare 65 år och äldre
- Andelen brukare inom hemtjänst som uppger att hälsotillståndet är gott eller mycket gott



- Andelen brukare inom särskilt boende som uppger att hälsotillståndet är gott eller mycket gott
- Kommunens tätortsgrad

Bakgrundsvariablerna är inte direkt påverkbara av respektive kommun och bör i sig inte vara förknippade med produktivitet utfallet. Eftersom justeringen för omsorgsbehov endast gjorts i begränsad omfattning i produktionsmodellerna (här avses kostnadskorrigeringen) är det av stor vikt att testa för dessa variabler i förklaringsmodellen. Den förväntade kostnaden är beräknad utifrån de äldres ålder, kön, civilstånd, etnicitet, yrkesbakgrund och antalet boende i glesbygd. Måttet används i det statliga systemet för kostnadsutjämning mellan kommuner (30). Ambitionen med systemet är att skapa jämbördiga förutsättningar för samtliga kommuner att erbjuda en likvärdig äldreomsorg över hela landet. Skillnader i kvalitet, effektivitet eller produktivitet ska därför inte bero på de äldres ålder eller socioekonomiska bakgrund eller på kommunens geografiska förutsättningar.

Utöver den förväntade kostnaden inkluderas de äldres medianinkomst och brukarnas självs kattade hälsa som kompletterande mått på omsorgsbehov. Självs kattad hälsa är ett ofta använt mått på vårdbehov och anses vara en god indikator på (det framtida) behovet av vård och omsorg (7). Inkomst är också en indikator på behov, men speglar främst de ekonomiska möjligheterna bland kommunens invånare och till viss del även kommunens kostnadsläge. Kommunens tätortsgrad kompletterar den geografiska komponenten som endast till viss del ingår i indexet för den förväntade kostnaden. Måttet avser att fånga kostnadsvariationer för att erbjuda äldreomsorg i glesbebyggda relativt tätbebyggda områden.

## 5.2 ORGANISATION

- Andelen av kostnaderna för äldre- och handikappomsorg som köpts från privata/alternativa utförare
- Om kommunen infört ett valfrihetssystem enligt LOV inom äldreomsorgen under 2010 eller 2011
- Kostnadsrelation mellan avsatta resurser till särskilt boende och ordinärt boende
- Om kommunen ansvarar för hemsjukvården

Variablerna över organisation speglar de faktorer som är möjliga för kommunerna att själva mer direkt påverka. Det finns stora variationer i hur äldre-

omsorgen är utformad med avseende på exempelvis andelen privata utförare och om kommunen infört ett valfrihetssystem, så att de äldre kan välja mellan olika utförare. Av de 272 kommuner som ingår i undersökningen så köps i genomsnitt cirka 10 procent av vården från privata/alternativa utförare, men variationen bland kommunerna är stor. Fler kommuner har också gradvis infört ett valfrihetssystem inom äldreomsorgen. 2010 hade 15 procent av kommunerna ett valfrihetssystem. 2011 var samma siffra 31 procent.

Kostnadsfördelningen mellan särskilt boende och ordinärt boende speglar också till stor del hur omsorgen bedrivs i kommunen, och måttet kan fånga olika strategier. Efter ädelreformen 1992 har ungefär hälften av kommunerna tagit över ansvaret för hemsjukvården från landstingen. Uppdraget som kommunen ansvarar för varierar därför stort. I tidigare studier baserade på svenska data framkom ett positivt samband mellan andelen köpt äldreomsorg från privata vårdgivare och högre produktivitet, men inget motsvarande samband vad gäller introduktion av valfrihetssystem eller kostnadsfördelningen mellan särskilt boende och hemtjänst (9).

### 5.3 STRUKTURKVALITET

- Andelen omsorgspersonal med adekvat utbildning
- Antalet årsarbetare per brukare i hemtjänst och särskilt boende
- Personalrörlighet mellan 2010 och 2011

Omsorgens strukturkvalitet fångas med tre olika mått för kompetensnivå, kontinuitet och personalbemanning. Personalrörligheten definieras som andelen omsorgspersonal som slutat under ett kalenderår. Andelen omsorgspersonal med adekvat utbildning ser till andelen av personalstyrkan med fullgjord gymnasial omsorgsutbildning. Uppgifterna om antalet årsarbetare per brukare inkluderar även handikappomsorg och omfattar därtill enbart offentlig regi. Enligt uppgifter om personaltäthet som presenterats av Socialstyrelsen (25) antas dock personaltätheten vara cirka 10 procent lägre inom privat regi. Variabeln över det samlade antalet årsarbetare per brukare (dvs. för både kommunal och privat regi) i vår studie korrigeras därför utifrån den kostnadsandel av äldre- och handikappomsorgen som köps av privata vårdgivare.

I en renodlad produktivitetsmodell, likt den som modelleras i vår studie, bör en förbättrad strukturkvalitet främst verka kostnadsdrivande. Det gäller särskilt när prestationsmått brister i detaljeringsnivå som i vårt fall. Såväl resultat från USA som Sverige tyder exempelvis på ett starkt samband mellan kostnader och personaltäthet (23, 34). Samtidigt tyder resultat på ett



positivt samband mellan högre personaltäthet och bättre kvalitet (2). I en produktivitetsmodell likt vår är det rimligt att anta att en högre utbildningsnivå har liknande effekter som högre personaltäthet, dvs. att den främst verkar kostnadsdrivande.

#### 5.4 KOSTNADSLÄGE FÖR INSATSAKTORER

- Lokalkostnad
- Genomsnittslön per månad för personal inom äldre- och handikappomsorg

Lönenivå och kostnader för lokaler är ytterligare strukturella variabler som kan påverka kostnadsnivån för den äldreomsorg som bedrivs i respektive kommun. Samtliga variabler är uttryckta i 2011 års prisnivå. Såväl högre lönenivå som lokalkostnader bör sammantaget verka för att det är svårare att uppnå jämförelsevis hög produktivitet.

#### 5.5 KVALITETSOMDÖMEN

- Andel brukare i hemtjänst med gott eller mycket gott helhetsintryck av vården
- Andel brukare i särskilt boende med ett gott eller mycket gott helhetsintryck av vården

En nationell brukarundersökning genomförs numera årligen både inom hemtjänst och särskilt boende. För att bedöma i vilken utsträckning som brukarnas helhetsintryck är i linje med svaren på de andra kvalitetsdimensionerna i brukarundersökningen testas samstämmigheten i resultaten på kommunnivå. Vi exkluderar här de frågor som inte har ställts till samtliga respondenter.

Vi fann en betydande positiv korrelation mellan i princip samtliga kvalitetsaspekter. Den uppskattade interna samstämmigheten i resultaten av den nationella brukarundersökningen inom hemtjänsten 2011 redovisas närmare i bilaga 1. Motsvarande analyser har även gjorts för år 2010 och för särskilt boende. Utifrån den höga korrelationen mellan variablerna analyseras endast måtten på helhetsintryck i förklaringsmodellen.

Det är väsentligt att undersöka samvariationen mellan den producerade volymen av omsorgsinsatser och uppnådda kvalitetsresultat (här mätt enligt brukarnas helhetsintryck av omsorgen) eftersom det är möjligt att omsorgsproducenter kan uppnå en större vårdvolym genom att minska kvaliteten. Men det



är också möjligt att vissa producenter är generellt mer effektiva än andra och erbjuder både högre volym och bättre kvalitet till samma kostnad (13).

## 5.6 TID

- Om produktivitetens resultat avser 2010 eller 2011

Kategorin beskriver vilket år variabelns värde åsyftar och möjliggör en analys av produktivitetens utvecklingen.

## 5.7 SAMLAD BILD AV FÖRKLARINGSFAKTORER

I tabell 5 redovisas de inkluderande förklaringsvariablerna för åren 2010 och 2011. För flertalet variabler är likheterna stora över tid, både vad gäller nivå och variationer mellan kommunerna. För några faktorer ses dock skillnader. Andelen kommuner som infört valfrihetssystem har ökat från 15 till 31 procent. Personalrörligheten har istället minskat - en lägre andel av omsorgspersonalen slutade under år 2011 jämfört med 2010. Det genomsnittliga antalet nöjda brukare inom både hemtjänst och särskilt boende har dessutom minskat något över tid. Andelen resurser som går till särskilt boende jämfört med andelen som går till hemtjänst har också minskat.

Tabell 5. Beskrivande statistik över inkluderade variabler i förklaringsmodellen

	2010					2011				
	Medel- värde	Stan- dard- avvikelse	Vari- ations- koeff- ficient	Min	Max	Medel- värde	Stan- dard- avvikelse	Vari- ations- koeff- ficient	Min	Max
Valfrihetssystem (LOV)	0,15	0,36	234%	0	1	0,31	0,46	151%	0	1
Personälrlighet (%)	10,3	10,1	98%	0	89,0	7,6	5,3	70%	0	38,0
Utbildning (%)	79,1	10,8	14%	35,0	100	81,3	10,0	12%	51,0	100
Tätortsgrad	73,9	14,6	20%	29,5	100	73,9	14,6	20%	29,5	100
Andel köpt privat vård (inkl. hand.oms.) (%)	10,1	11,9	118%	0	85,0	9,9	12,2	124%	0	83,0
Ansvar för hemsjukvård	0,54	0,50	92%	0	1	0,54	0,50	92%	0	1
Särskilt boende/hemtjänst	2,24	0,80	36%	0,53	5,43	2,13	0,77	36%	0,87	4,76
Årsarbetare per brukare (inkl. hand.oms.)	0,78	0,18	22%	0,24	1,35	0,77	0,17	22%	0,22	1,29
Andel med god hälsa hemtjänst (%)	18,6	4,1	22%	3,9	30,6	19,2	3,9	20%	3,0	32,0
Andel med god hälsa särskilt boende (%)	15,0	5,6	37%	0	45,0	16,4	4,9	30%	5,0	37,0
Andel nöjda inom hemtjänst (%)	72,4	6,9	9%	51,0	92,9	68,8	6,9	10%	46,7	85,0
Andel nöjda inom särskilt boende (%)	66,0	8,4	13%	39,7	88,9	61,9	8,6	14%	24,1	84,4
Förväntad kostnadskvot	99,3	12,5	13%	56,8	149,9	99,4	12,5	13%	58,6	148,5
Lokalkostnad per inv. 65+	3 572	1 342	38%	770	10 026	3 446	1 325	38%	220	7 846
Månadslön anställda äldre och hand.oms. tkr	24,3	0,6	3%	22,3	27,1	24,8	0,7	3%	22,7	27,7
Medianinkomst 65+ tkr	170,5	15,3	9%	145,6	246,1	169,7	15,0	9%	146,3	244,8





## 6

## Resultat från förklaringsmodellen

Nedan presenteras resultaten från skattningar av förklaringsvariabler till de båda modellerna. Skattningarna har utförts via regressionsanalys av paneldata, där valet av slutlig modell baserats på statistiska test.<sup>5</sup> En fördel med den valda modelleringen är att det är möjligt att använda förklaringsvariabler som är konstanta över tid, exempelvis tätortsgrad och eventuellt ansvar för hemsjukvård. Nedan presenteras de modeller som sammantaget ger det högsta justerade förklaringsvärdet vid de båda modellerna.

Tabell 6. Resultat av panelskattning vid en s.k. random-effectsmodell för DEA-modell 1 och DEA-modell 2. Beroende variabel: teknisk effektivitet för DEA-modell 1 och DEA-modell 2

DEA-modell 1			DEA-modell 2		
	Koefficient	P>z		Koefficient	P>z
Tätortsgrad	0,001	0,052	Andel köpt privat vård	0,001	0,100
Särskilt boende/hemtjänst	0,019	0,001	Särskilt boende/hemtjänst	0,021	0,002
Årsarbetare per brukare	-0,288	0,000	Årsarbetare per brukare	-0,073	0,023
Förväntad kostnad	0,005	0,000	Förväntad kostnad	0,006	0,000
Månadslön	0,000	0,000	Tid	0,018	0,008
Konstant	1,121	0,000	Konstant	0,120	0,057
<b>R2-värde totalt:</b>	<b>0,48</b>		<b>R2-värde totalt:</b>	<b>0,32</b>	

Anm: Ett p-värde som understiger 0,01 anger att sambandet är signifikant på 1-procentsnivån, ett p-värde som understiger 0,05 anger att sambandet är signifikant på 5-procentsnivån och ett p-värde som understiger 0,1 anger att sambandet är signifikant på 10-procentsnivån. Vid tolkning av skattningsresultaten innebär en positiv koefficient att förklaringsvariabeln uppvisar ett positivt samband med högre teknisk effektivitet medan omvänd tolkning gäller vid en negativ koefficient. Koefficienten visar även hur en marginell förändring av förklaringsvariabeln, allt annat lika, påverkar kommunernas tekniska effektivitet.

<sup>5</sup> Skattningarna har utförts via GLS-skattning (Generalized least squares) av en random-effectsmodell för paneldata. Vi har valt en random-effectsmodell för paneldata baserat på ett Hausman-test som finner att den valda modelleringen är att föredra framför en så kallad fixed-effectsmodell (dvs. testet förkastar inte noll-hypotesen).

Resultaten visar att det endast är ett fåtal förklaringsfaktorer som sammantaget medverkar till att förklara skillnader i produktivitet mellan kommunerna. Det är främst mått över bakgrundsvariabler och strukturkvalitet som bidrar till att förklara skillnaderna. Även vissa organisationsvariabler samvarierar med resultaten. Mönstren är också desamma i de båda modellerna.

Vid tolkning av skattningsresultaten innebär en positiv koefficient att förklaringsvariabeln uppvisar ett positivt samband med högre teknisk effektivitet. En negativ koefficient innebär ett negativt samband. God strukturkvalitet i form av högre personaltäthet slår igenom som kostnadsdrivande utan att det avspeglas i ökat antal producerade insatser/flu brukare. Det är dock väsentligt att påpeka att vi inte modellerar skillnader i äldreomsorgens kvalitet, där bör personaltätheten ha väsentlig betydelse.

Intressant är även att kommuner med högre förväntade kostnader fortfarande faller ut som mer produktiva, trots att vi har försökt kompensera för dessa skillnader på kostnadssidan. Det visar att utjämningsystemets funktion, vid tidpunkten 2010/11, var viktig både för att utjämna för skillnader och för att genomföra korrekta jämförelser av produktivitet och effektivitet.

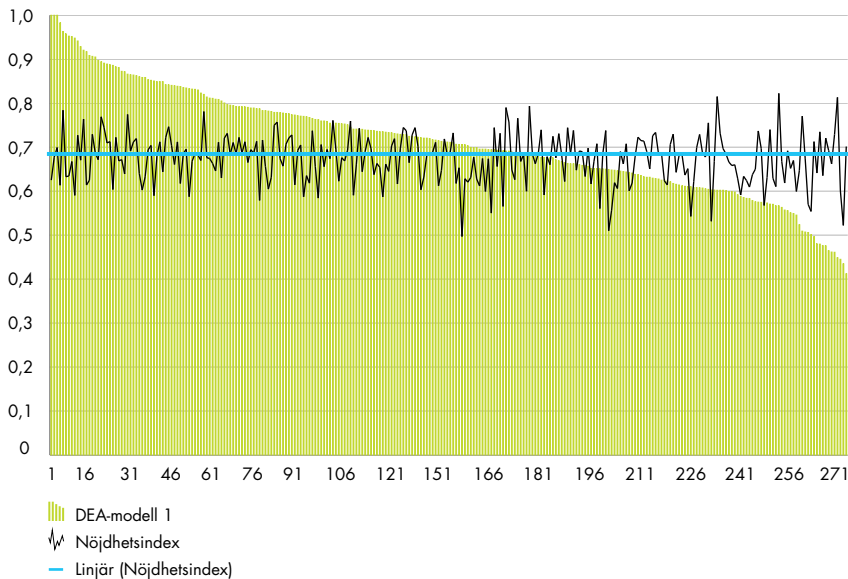
Att kommuner med högre tätortsgrad (endast DEA-modell 1) samvarierar med högre produktivitet är även i linje med den funna effekten av högre förväntade kostnader. Det understryker ytterligare betydelsen av kostnadsutjämningsfunktion. Därtill pekar resultaten på att en högre resursinsats inom särskilt boende i relation till hemtjänst kan främja god produktivitet. Resultatet understryker att det är viktigt att gå vidare och studera den mest ändamålsenliga avvägningen mellan dessa serviceområden. Att kommuner med en högre andel köpt privat vård uppvisar en svag samvariation med högre produktivitet i DEA-modell 2 (hemtjänsttimmar) kan vara ett uttryck för att det i dessa kommuner finns starkare incitament för att registrera olika insatser, vilket är i linje med tidigare resultat. Att månadslön (endast DEA-modell 1) samvarierar med resultaten kan vara ett uttryck för att kommunernas kostnadsläge till viss del avspeglas i resultaten.

Sammantaget framstår det som att faktorer som kommunerna inte själva direkt kan påverka har betydelse för utfallet. Det är en viktig lärdom för att utveckla både mått och tekniker som kan användas i framtida jämförande studier, samt vid utformningen av olika system som syftar till att ge kommunerna likvärdiga möjligheter för att bedriva äldreomsorg. Därtill är den stor del av variationen mellan kommunerna som inte förklaras av de ingående variablerna i studien. För att nå djupare insikt i förklaringar till variationen är det därför viktigt att söka ytterligare förklaringsfaktorer och att fortsatt följa utvecklingen över tid. Det är också angeläget att på ett bättre sätt försöka inkorporera kvalitetsaspekter i modellen och att komplettera med kvalitativa analyser på kommunnivå.

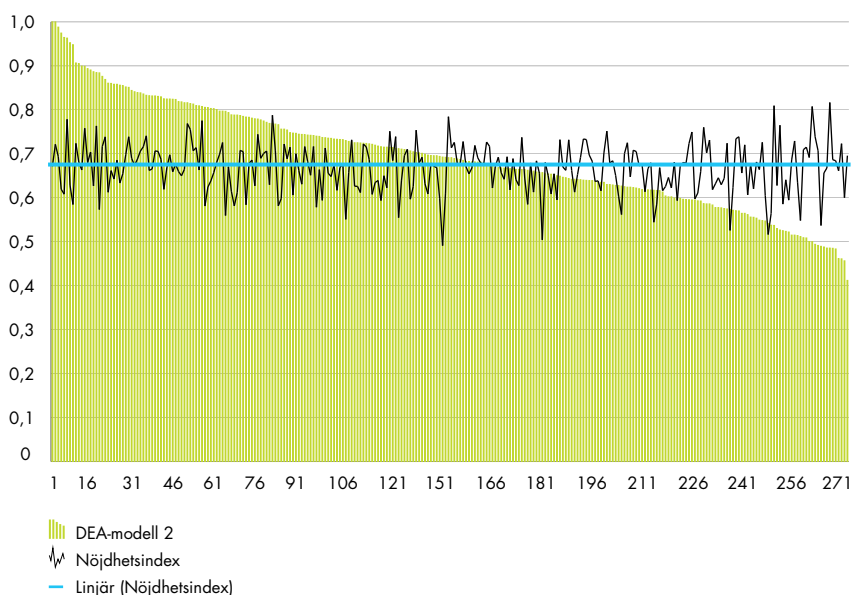
## 6.1 RELATION MELLAN PRODUKTIVITET OCH KVALITET

Vi väljer även att enskilt studera förhållandet mellan de båda produktivitetsskattningarna och mått på brukarnöjdhet. Nedan studeras därför relationen mellan den genomsnittliga tekniska effektiviteten för de båda åren och ett sammanvägt index av de brukare som angett att de är mycket nöjda eller nöjda med den omsorg som ges inom hemtjänst eller särskilt boende. Vi använder här brukarnas helhetsintryck enligt resultaten i brukarundersökningen. Svaren på frågan om brukarna är nöjda med omsorgen i sin helhet är även samstämmiga med en rad mer specifika frågor om brukarnöjdhet inom äldreomsorgen (se bilaga 1). Vi finner därför att vårt index av brukarnöjdhet kan användas för att ge en sammanfattande bild av resultaten från brukarenkäten.

Figur 4. Relation mellan produktivitet och kvalitet



## Resultat från förklaringsmodellen



Resultaten från korrelationsanalysen mellan produktivitet och brukarnöjdhet visar att det inte föreligger något signifikant samband mellan de skattade produktivetsmått och brukarnöjdheten. Indexet för brukarnöjdheten är dock ett relativt grovt mått och det kan därmed inte uteslutas att det ändå finns ett samband mellan produktivitet och kvalitet. Men detta samband skulle behöva undersökas vidare. Denna form av analys är lämpligare att utföras på enhetsnivå, där kopplingen mellan resursinsats, tillhandahållna insatser och kvalitetsutfall är avsevärt säkrare.

Tabell 7. Korrelation mellan produktionsmodeller och nöjdhetsindex

	DEA-modell 1	Nöjdhetsindex	DEA-modell 2	Nöjdhetsindex
DEA-modell 1	1		DEA-modell 2	1
Nöjdhetsindex	0,089	1	Nöjdhetsindex	0,058







## 7

## Diskussion

Resultaten från DEA-analysen visar betydande skillnader i kommunernas produktivitet vid tillhandahållandet av äldreomsorg, men resultaten ska tolkas med försiktighet. Det beror bland annat på att prestationsmåttene inte fullständigt fångar skillnader i brukarnas omsorgsbehov och innehållet i tjänsterna är ofullständigt beskrivet. Med hänsyn till dessa saker indikerar resultaten att det ändå finns en förbättringspotential bland kommunerna.

Resultaten visar även att en del av skillnaderna i utfall har samband med olika strukturella bakgrundsfaktorer, dvs. faktorer som kommunerna inte kan påverka helt själva. Skillnaderna samvarier i viss mån även med organisation och strukturkvalitet. Exempelvis tyder resultaten på att en högre personaltäthet främst är kostnadsdrivande, dvs. att faktorn inte ökar antalet prestationer i samma utsträckning. Resultatet är förväntat och i linje med tidigare studier. Det är däremot troligt att en högre personaltäthet främjar högre omsorgskvalitet och att faktorn mycket väl kan vara positiv för omsorgens samlade effektivitet.

Det är viktigt att notera att det inte är äldreomsorgens kvalitet som modelleras i studien. Studiens avgränsning till produktivitetsutvecklingen är i detta avseende en väsentlig begränsning, eftersom god produktivitet inte är liktydigt med hög kvalitet eller effektivitet. För att bedöma sambandet mellan olika mått på strukturkvalitet (bland annat personaltäthet) och omsorgens samlade effektivitet måste modellen därför även fånga olika delar av äldreomsorgens kvalitet. Men en sådan modellering är svår att göra i dagsläget på grund av brist på valida och heltäckande kvalitetsmått.

## 7.1 BEHOV AV UTVECKLING AV PRESTATIONSMÅTT INOM ÄLDRE- OMSORGEN

Vi har i studien pekat på en rad brister vad gäller relevans, precision och tillgång på beskrivande mått över äldreomsorgens kostnader, produktion och kvalitetsutfall. Syftet med studien är därför främst utforskande. De funna variationerna mellan kommunernas produktivitet och samvariationen med en rad förklarande variabler kan därmed också avspegla brister i underliggande data: det är exempelvis troligt att variationerna mellan kommunerna skulle minska om prestationerna inom äldreomsorgen följdes upp under längre tid och om måtten utvecklas så att de bättre beskriver den faktiska prestationen/resursinsatsen.

Från och med 2013 ska varje kommuns prestationer rapporteras till Socialstyrelsen varje månad, en ökning från tidigare två gånger per år. Information som rapporteras ändras också. Exempelvis ändras insamlingen till att röra verkställda biståndsbeslut istället för gällande biståndsbeslut för varje individ. Förhoppningen är att bättre mäta de prestationer som verkligen har genomförts.

En bredare användning av uppföljningsverktyget – kostnad per brukare (KPB) – bland kommunerna skulle även öka möjligheterna till jämförelser både regionalt och nationellt (33). KPB är en metod som används för att skapa bättre uppföljning och jämförelser inom äldreomsorgen och har utvecklats succesivt sedan början av 2000-talet. Med KPB är det möjligt att på en detaljerad nivå kostnadsberäkna de olika prestationerna i äldreomsorgen, men idag används KPB av en minoritet av kommunerna. En utmaning är därför att få fler kommuner att arbeta med metoden. Metoden har även stora möjligheter att skapa nytta som ett internt verktyg vid olika utvecklingsarbeten bland kommunerna.

## 7.2 FÖRFINADE BESKRIVNINGAR AV SKILLNADER I OMSORGSBEHOV ÄR CENTRALT VID JÄMFÖRELSE

Studiens resultat och möjligheterna för förfinade jämförelser påverkas också av att det idag saknas möjligheter att korrigera insatserna inom omsorgen för olikheter i brukarnas omsorgsbehov. Inom äldreomsorgen saknas ett nationellt system för att beskriva omsorgsbehov eller vårdtyngd. Inom ramen för "Äldres behov i centrum" bedriver Socialstyrelsen ett viktigt arbete med att utveckla klassificeringen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, kallat ICF, och stödja införandet av gemensamma definitioner i kommunerna (26, 28).

Införandet av en nationell standard för klassificering av funktionstillstånd och KPB kan båda betraktas som mycket viktiga utvecklingsarbeten. Att informationen i båda fallen dessutom finns på individnivå skapar goda förutsättningar för både förfinad uppföljning och bättre jämförelsearbete. Samtidigt baseras båda dessa utvecklingsarbeten på att kommunerna frivilligt ansluter sig och deltar. Det gör att införandet kan ta lång tid och att den systematiska jämförelsegrunden blir begränsad under införanperioden. ICF används redan idag i viss utsträckning av cirka hälften av kommunerna i landet, men tillämpningen varierar. Ofta används klassificeringen främst som ett sökords-system (26).

Kvalitetsregister börjar också användas allt mer inom äldreomsorgen. Det nationella prestationsbaserade ersättningssystemet för ökad rapportering till kvalitetsregistren och kommunernas ökade användning av data har varit centralt för utvecklingen (11). I dagsläget omfattas fyra register av den nationella satsningen inom äldreomsorgen (31). Den fortsatta utvecklingen av kvalitetsregistren ska främst stödja ett förändrat arbetssätt. Men tillkomsten av nya kvalitetsregister och ökat utnyttjande av befintliga register är också av stor betydelse för ytterligare belysning av behovs- och kvalitetsparametrar som är svåra att fånga i patientenkäter.

### 7.3 BRUKARNAS ÅSIKTER ÄR VIKTIGA ATT TA TILLVARA

Den nationella brukarenkäten utgör den primära källan för att bedöma kvalitet och brukarnöjdhet inom äldreomsorgen. Ett urval brukare har sedan 2008 årligen fått möjligheten att besvara en nationell enkät om vad de tycker om äldreomsorgen. Efter att ett utvecklingsbehov kring både metodik och inkluderade enkätfrågor identifierats så genomförs under 2013 för första gången den nationella brukarundersökningen som en totalundersökning. Det innebär att samtliga personer 65 år och äldre i Sverige med hemtjänst eller i särskilt boende får möjlighet att svara. Det totala antalet respondenter är nästan 250 000 individer (29).

Redan tidigare fanns möjlighet att redovisa resultaten på enhetsnivå, men möjligheterna till det bör nu ha förbättrats. Arbete pågår för att utveckla andra metoder som bättre kan fånga faktiska kvalitetsskillnader och i mindre utsträckning speglar sammansättningen av brukarna. För att upptäcka skillnader eller likheter i resultaten ska en metod baserad på så kallade vinjetter därför anpassas och jämföras med den befintliga brukarenkäten. Vinjettmetoden innebär i princip att respondenten får ta ställning till ett antal påståenden efter att först ha ställts inför en kortare berättelse – en vinjett (10, 21).



Den pågående vidareutvecklingen av hur olika subjektiva brukarenkät-svar kan valideras och kvalitetssäkras är av stor betydelse för att fånga äldreomsorgens kvalitetsutfall. Det bör här påpekas att vissa inneboende dimensioner av äldreomsorgens kvalitet, exempelvis personalens medkänsla och omtanke inte enkelt låter sig mätas via brukarenkäter. Det är därför viktigt att fortsatt följa upp även grundläggande parametrar över äldreomsorgens strukturkvalitet, exempelvis personaltäthet, personalens utbildningsnivå och personalkontinuitet.

#### 7.4 BEHOV AV SAMMANHÅLLEN STRATEGI FÖR ATT FÖLJA UTVECKLINGEN INOM ÄLDREOMSORGEN

Sverige tillhör de OECD-länder som lägger störst andel av BNP på äldreomsorgen. Samtidigt som det sker ett stort antal utvecklingsarbeten för att förbättra rapportering av statistik och data så är fortfarande den systematiska jämförbarheten mellan olika kommuner och enheter begränsad.

Vid en internationell jämförelse har flera andra länder kommit längre på detta område. Ett exempel är Finland, där Institutet för hälsa och välfärd administrerar RAI-instrumentet (Resident Assessment Instrument) och upprätthåller en nationell databas för benchmarking (18, 19). De deltagande verksamheterna får därmed möjlighet att jämföra sig med andra utifrån verksamhet, omsorgsbehov och vårdkvalitet både nationellt och internationellt (12). Boenden med liknande förutsättningar för de boendes omsorgsbehov jämförs med varandra, varigenom det går att på ett mer rättvisande sätt urskilja boenden med högre kvalitet än andra. Utvecklingen har också främjat forskning och kunskapsutveckling på området. Ett exempel på värdeskapande resultat är att det har minskat användningen av psykofarmaka inom vissa jämförelsegrupper (14).

Även i Sverige finns enheter och kommuner som använder motsvarande instrument och det pågår flera utvecklingsinsatser för att förbättra möjligheten till uppföljning och systematiska jämförelser. I Sverige används dock många olika instrument, vilket försvårar systematiska jämförelser mellan olika enheter. Bredden visar på behovet av en sammanhållen strategi för samtliga utvecklingsarbeten. Härigenom skapas en bättre grund för jämförelser på såväl enhetsnivå som på regional och nationell nivå.







## 8

## Slutsatser

Ansvar för äldreomsorgen är decentraliserat till Sveriges 290 kommuner. Det innebär goda möjligheter till samlade jämförelser av kostnader, produktion och kvalitetsutfall. Syftet med den här studien är att undersöka hur produktiviteten i äldreomsorgen skiljer sig mellan kommunerna över tid, samt hur produktiviteten samvarierar med variabler som kan tänkas påverka utfallet.

Resultaten av analysen visar på betydande skillnader i kommunernas produktivitet vid tillhandahållandet av äldreomsorg. Resultaten indikerar även att en del av skillnaderna har samband med olika strukturella bakgrundsfaktorer som kommunerna inte kan påverka själva, exempelvis skillnader i geografiska förutsättningar och olikheter i äldres omsorgsbehov. Eftersom kostnadsutjämningsystemet har till uppgift att just utjämna dessa skillnader så är det viktigt att systemet utvärderas löpande. Till viss del samvarierar resultaten även med skillnader i organisation och strukturkvalitet.

Vi har i studien pekat på en rad brister i beskrivningen av insatserna inom äldreomsorgen som medför att resultaten måste tolkas försiktigt:

- Uppgifterna om olika prestationsmått består endast av övergripande beskrivningar av alla de insatser som utförs inom äldreomsorgen.
- Uppgifter saknas för en rad kommuner.
- Produktionsmått tar inte hänsyn till skillnader i brukarnas omsorgsbehov. Den faktiska resursinsatsen bland kommunerna kan skilja sig väsentligt.
- Det finns brister i hur väl dagens utformning av brukarenkäten fångar brukarnas verkliga omdömen.

Sammantaget medför bristerna att svensk äldreomsorg generellt sett bara kan jämföras och benchmarkas i begränsad omfattning.

Det föreligger även brister i den valda metodiken. Rapporten utgår i detta avseende enbart från ett produktivitetssperspektiv. Infriandet av äldreomsorgens övergripande mål om en god omsorg som främjar en värdig, hälsosam och trygg ålderdom låter sig dock inte enkelt mätas via antalet producerade insatser. För att ge en mer sammanhållen bedömning av äldreomsorgens resultat måste även dessa kvalitetsaspekter inkluderas i modellen. Det skulle ge större möjligheter att studera de väsentliga sambanden mellan olika mått på omsorgens strukturkvalitet och dess resultat. Jämförelser på kommunnivå döljer mycket av variationen mellan olika boenden och utförare, och resultaten kan bara fånga grova mönster.

De genomförda jämförelserna är dock viktiga ur flera aspekter. För det första visar övergripande jämförelser på vikten av att bedöma äldreomsorgens utfall som helhet. För det andra kan jämförelser stimulera diskussion och utveckling av befintliga data och existerande undersökningar. För det tredje syftar de till att ge medborgare och andra intressenter insyn i verksamheten och därmed transparens kring hur skattemedlen används. Slutligen är ambitionen att jämförelserna ska stimulera till lärande mellan kommunerna att på bästa sätt använda tillgängliga resurser. I detta avseende vill vi peka på några iakttagelser som är viktiga för att öka kunskapen om äldreomsorgens resursutnyttjande och resultat. Förhoppningen är att den befintliga studien utgör en del i att främja dessa långsiktiga ambitioner. Vi finner det viktigt att:

- Ytterligare arbeta med att ta fram en sammanhållen och långsiktig strategi för att möjliggöra systematiska jämförelser inom äldreomsorgen.
- Utveckla förfinade beskrivningar av äldreomsorgens insatser och kostnadsåtgång, exempelvis enligt de metoder som tillämpas vid kostnad per brukare (KPB). Ett viktigt steg är att uppgifter om antalet producerade insatser från och med 2013 baseras på månatliga uppgifter, istället för som tidigare på två mättillfällen per år.
- Utveckla mått som gör det möjligt att vikt insatserna efter skillnader i brukarnas vårdbehov. Det är viktigt att finna en enhetlig nationell standard som möjliggör jämförelser.
- Öka tillförlitligheten i mätningarna av brukarnas uppfattning av äldreomsorgens kvalitet ur olika dimensioner.
- Övervaka löpande hur väl det statliga utjämningsystemet inom äldreomsorgen fungerar.
- Generellt sett öka möjligheten till jämförelser på enhetsnivå, över tid och internationellt vid utvecklingen av indikatorer för att följa upp och beskriva äldreomsorgens innehåll.







## Referenser

1. Dahlgren, G. Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.
2. Dellefield, ME. The relationship between Nurse Staffing in Nursing Homes and Quality Indicators. *Journal of Gerontological Nursing* June 2000: 14-28.
3. Donobedian, A. The quality of care? How can it be assessed? *JAMA* 260: 1743-1748, 1998.
4. European Commission. Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. *Economic papers* 469, november 2012.
5. Färe, R., Grosskopf S., Lovell, K. *Production frontiers*. Cambridge University Press, 1994.
6. Hollingsworth, B. Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. *Health Care Management Science* 6: 203-218, 2003.
7. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997 Mar; 38(1):21-37.
8. Jacobs, R., Smith, P.C., Street, A. *Measuring efficiency in Health Care*. Cambridge University Press, 2006.
9. Janlöv, N. *Measuring Efficiency in the Swedish Health Care Sector – Levels, Trade-offs and Determinants*. Lunds Universitet, Nationalekonomiska institutionen 2010.
10. Myndigheten för vårdanalys. *Lägesrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) avseende Uppdrag att utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen (2012/4535/FST)*. Vårdanalys, (Dnr 0821/2012).
11. Myndigheten för vårdanalys. *Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre? Vårdanalys*, 2013:2.

12. Niemi, M. Emet, E-M. Exell-Paakki, K. RAI-benchmarking - verktyg för ledarskap och utveckling, best practice på Folkhälsan. Institutet för hälsa och välfärd, THL, (Rapport 18/2010).
13. Newhouse, JP. Toward a theory of non-profit institutions: an economic model of a hospitals. *American Economic Review* 60: 64-74, 1970.
14. Noro, A. RAI: quality and productivity in elderly care. *Health Policy Monitor*, April 2005.
15. OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD 2011. Paris.
16. Salinas-Jiménez, J., Smith, P.C. Data Envelopment Analysis Applied to Quality in Primary Health Care. *Annals of Operational Research* 67: 141-161, 1996.
17. Simar, L. Wilson, P. Sensitivity of efficiency scores: How to bootstrap in Nonparametric frontier models, *Management Sciences* 44(1): 49-61. 1998.
18. Sjöstrand, F. Kartläggning och analys av förutsättningarna för att införa ett interaktivt register om vår och omsorg om äldre. Socialdepartementet 2012, (Dnr S2012/4843/FST).
19. Smith, PC. Mossialos, E. Papanicolas, I. Performance Measurement for Health System Improvement – Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press, 2009.
20. Socialdepartementet (2010). Den ljusnande framtid är vård. Delresultatet från LEV-projektet. Regeringskansliet 2010.
21. Socialdepartementet. Uppdrag att utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen. Regeringsbeslut 2012, (Dnr S2012/4535/FST).
22. Socialstyrelsen. Tid för vård och omsorg. Stockholm, 2005.
23. Socialstyrelsen. Metodrapport – Kostnadsskillnader i äldreomsorgen.
24. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2010/2011. 2010-2011.
25. Socialstyrelsen. Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? En jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre. 2012.
26. Socialstyrelsen. Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre - En redovisning av arbetsläget september 2012. 2012.
27. Socialstyrelsen. Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2012. Underlag till öppna jämförelser och Äldreguiden 2013. 2013.
28. Socialstyrelsen. Äldres behov i centrum. Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. 2013.

29. Socialstyrelsen. Brukarundersökningen: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/Sidor/brukarundersokningenvadtyckeraldreomaldreomsorgen.aspx> (2013-09-19).
30. SOU 2003:88. Gemensamt finansierad utjämnning i kommunsektorn. Finansdepartementet, september 2003.
31. Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre. 2012.
32. Sveriges kommuner och landsting, Statistiska centralbyrån. Vad kostar verksamheten i Din kommun? Bokslut 2010/2011. SCB och SKL, 2011-2012.
33. Sveriges kommuner och landsting. Kostnad per brukare: Metodbeskrivning, kostnad per brukare inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning. 2012.
34. Weech-Maldonado, R., Neff, G., Mor, V. Does Quality of Care Lead to Better Financial Performance?: The Case of the Nursing Home Industry. *Health Care Management Review* 28(3): 201-216, 2003.





## Bilaga 1

Korrelationsmatris Brukarenkät 2011, Hemjänsst

	Nöjd sammanlagt	Motsvara förväntning	Nära perfekt	Tryggt	Info förändringar	Info personal	Bemötande	Respekt	Påverka	Hänsyn åsikter	Litar	Kämedom hjälp	Möjligheter kontakt	Omfattning	Motsvarar behov	Trivs med	Prästund	Sociala aktiviteter	Komma ut	Omtänksam	Personarb.uppgr.	Stämmer beviljad	God hälsa		
Nöjd sammanlagt	1																								
Motsvara förväntning	0,91	1																							
Nära perfekt	0,80	0,84	1																						
Tryggt	0,64	0,68	0,62	1																					
Info förändringar	0,67	0,68	0,69	0,50	1																				
Info personal	0,63	0,62	0,61	0,43	0,80	1																			
Bemötande	0,70	0,69	0,65	0,57	0,63	0,55	1																		
Respekt	0,67	0,65	0,59	0,55	0,58	0,57	0,89	1																	
Påverka	0,70	0,68	0,66	0,53	0,67	0,59	0,61	0,56	1																
Hänsyn åsikter	0,77	0,75	0,71	0,58	0,56	0,51	0,68	0,65	0,69	1															
Litar	0,67	0,69	0,64	0,64	0,60	0,55	0,76	0,73	0,59	0,61	1														
Kämedom hjälp	0,72	0,75	0,68	0,64	0,66	0,62	0,71	0,68	0,59	0,67	0,72	1													
Möjligheter kontakt	0,67	0,69	0,62	0,61	0,55	0,47	0,58	0,54	0,55	0,66	0,66	0,70	1												
Omfattning	0,73	0,76	0,69	0,61	0,62	0,55	0,64	0,61	0,57	0,71	0,60	0,75	0,67	1											
Motsvarar behov	0,76	0,78	0,74	0,64	0,63	0,62	0,61	0,59	0,62	0,65	0,62	0,68	0,63	0,85	1										
Trivs med	0,53	0,53	0,60	0,35	0,43	0,35	0,42	0,37	0,57	0,54	0,42	0,40	0,35	0,42	0,41	1									
Prästund	0,62	0,63	0,69	0,39	0,54	0,52	0,50	0,51	0,63	0,56	0,49	0,49	0,39	0,45	0,53	0,64	1								
Sociala aktiviteter	0,41	0,38	0,50	0,20	0,29	0,30	0,27	0,28	0,35	0,37	0,29	0,31	0,22	0,32	0,35	0,58	0,51	1							
Komma ut	0,52	0,51	0,57	0,36	0,42	0,38	0,39	0,39	0,53	0,48	0,38	0,38	0,26	0,38	0,41	0,67	0,62	0,50	1						
Omtänksam	0,76	0,76	0,70	0,60	0,68	0,65	0,75	0,75	0,62	0,66	0,74	0,75	0,66	0,72	0,72	0,42	0,53	0,32	0,38	1					
Personarb.uppgr.	0,74	0,77	0,70	0,58	0,70	0,64	0,70	0,65	0,62	0,62	0,69	0,76	0,62	0,74	0,70	0,42	0,49	0,27	0,38	0,79	1				
Stämmer beviljad	0,78	0,79	0,72	0,59	0,68	0,62	0,68	0,63	0,61	0,68	0,66	0,77	0,69	0,82	0,79	0,46	0,54	0,35	0,44	0,78	0,82	1			
God hälsa	0,17	0,13	0,18	0,21	0,11	0,10	0,15	0,15	0,16	0,20	0,12	0,14	0,01	0,12	0,11	0,28	0,20	0,08	0,30	0,11	0,14	0,09	1		





Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

## **Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen**

### Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov

Tidigare studier av resursutnyttjandet inom svensk äldreomsorg visar att det mellan kommunerna funnits stora kostnads- och produktivitetsvariationer inom äldreomsorgen. Vårdanalys har därför, utifrån aktuell data, genomfört en studie av skillnader i produktivitet inom äldreomsorgen. Studien belyser också vilka faktorer som kan påverka produktiviteten. Resultaten visar att det finns betydande skillnader i äldreomsorgens produktivitet mellan kommunerna. En del av skillnaderna kan spåras till olikheter i geografiska förutsättningar och omsorgsbehov bland de äldre i kommunerna, men även till olika organisatoriska vägval. Studien pekar även på en rad brister i beskrivningen av insatserna inom äldreomsorgen. Dessa brister gör det generellt svårare att jämföra och mäta svensk äldreomsorg.

