

# Vårdeffektiva lokaler

EN PILOTSTUDIE I VÅRDRELATERADE LOKALNYCKELTAL

# Förord

Varje år samlar landstingen och regionerna in kostnadsnyckeltal för fastighetsområdet. Dessa nyckeltal beskriver hur kostnadsutvecklingen varit för exempelvis media och förvaltning. Parallellt pågår insamlingar av nyckeltal för vårdverksamheten såsom DRG (diagnosrelaterade grupper) och KPP (kostnad per patient). Det finns ett behov av att kunna samköra dessa nyckeltal för att bedöma och analysera lokaler utifrån hur de bidrar till vårdproduktionen.

Vårdrelaterade fastighetsnyckeltal syftar till att se sambanden mellan vårdens produktivitet och tillförda resurser i form av lokaler. Vilka lokaler ger bäst förutsättningar för hög produktivitet? Syftet är att få ett förbättrat underlag om vilka lokaler som ger bäst förutsättningar för vårdverksamhetens produktivitet.

I den här rapporten har det undersökts om det är möjligt att göra den här typen av effektivitetsmätning. Hur ska mätningen i så fall genomföras och vilken typ av jämförelser är intressanta att göra?

Denna rapport bygger vidare på en pilotstudie som genomfördes under år 2010 i landstinget i Jönköpings län. Initiativet till pilotstudien togs av Erik Pålsson, Landstingsfastigheter i Jönköpings län. Pilotstudiens mål var att ta fram relevanta nyckeltal för att beskriva relationen mellan vård och fastighet.

Projektet har initierats och finansierats av Sveriges Kommuner och Landstings FoU-fond för landstingens fastighetsfrågor. Rapporten är författad av Ted Lindqvist och Anna Rogberg, Evidens. Till sin hjälp har författarna haft en styrgrupp som medverkat i arbetet och bistått med material och värdefulla synpunkter. Styrgruppen har bestått av Maria Andersson, Jönköpings läns landsting; Luisa Hansson, Region Skåne; Johan Larsson, Landstinget Blekinge; Jan-Åke Lindroth, Jämtlands läns landsting; Therese Lundgren, Region Skåne; Britt Olsson, Västra Götalandsregionen; Sinikka Palmu, Norrbottens läns landsting och Carina Wribe, Norrbottens läns landsting.

Jonas Hagetoft och Sonja Pagrotsky, Sveriges Kommuner och Landsting, har varit projektledare.

Stockholm i juni 2013

Gunilla Glasare och Jan Söderström  
Avdelningen för tillväxt och samhällsbyggnad

## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>6</b>
10 medicinkliniker medverkar i studien .....	7
Metod .....	7
Rapportens innehåll .....	8
<b>Lokalernas bidrag till vården – dålig kunskap</b> .....	<b>9</b>
<b>Att mäta vårdproduktion</b> .....	<b>12</b>
<b>Mätningar och definitioner av lokalytor</b> .....	<b>14</b>
<b>Beskrivning av de olika medicinklinikerna</b> .....	<b>16</b>
Vad är en medicinklinik? .....	16
<b>Genomgång av nyckeltal</b> .....	<b>20</b>
Läsanvisning .....	20
Klinikernas vårdproduktion .....	21
Lokalens konfiguration .....	23
Vårdproduktion i förhållande till lokalvolym .....	24
Lokalkostnader i relation till vårdkostnader och vårdproduktion .....	28
Slutsatser av nyckeltalsjämförelsen .....	29
Kvalitet och effektivt lokalutnyttjande .....	30
<b>Slutsatser om att generera nyckeltal som beskriver vårdverksamhet i förhållande till lokalanvändning</b> .....	<b>31</b>
<b>Kommentar av Erik Pålsson</b> .....	<b>33</b>
<b>Bilaga. Definitioner av lokalytor</b> .....	<b>34</b>
1. Patientbundna lokaler .....	34
2. Personalbundna lokaler: .....	34
3. Övriga lokaler .....	35

# Sammanfattning

Det finns många rapporter som dokumenterar kunskaper om styrning av fastighetsförvaltning. Ett större antal sådana rapporter har tagits fram i olika projekt inom ramen för SKL:s arbete. Men samtliga rapporter har i huvudsak haft ett annat fokus än mötet mellan vården och fastighetsförvaltningen. Med några få undantag finns det få kända studier av lokalernas bidrag till produktivitet och effektivitet i vården.

Under 2010 fick därför Evidens i uppdrag av Fastighetsrådet att, med hjälp av landstinget i Jönköpings län, undersöka möjligheten att ta fram meningsfulla nyckeltal för att beskriva relationen mellan vård och fastighet. Baserat på landstingets centrala statistik om antal vårdtillfällen, vårdtyngder m.m. samt Landstingsfastigheters data om lokalareor och lokalkostnader m.m. identifierades ett antal nyckeltal. Nyckeltalen togs fram och analyserades för tre medicinkliniker i Jönköpings landsting. Analysen i studien visade att det är möjligt att ta fram olika typer av nyckeltal där vårdverksamhetens omfattning och kostnader ställs i relation till lokalutformning, volymer och lokalkostnader. En första slutsats var att det krävs ett batteri av nyckeltal för att spåra eventuella skillnader i effektivitet. Man måste beskriva både verksamhetens omfattning, lokalvolym och kostnader. Sammantaget kan en sådan uppsättning av nyckeltal ge en mer rättvis bild av eventuella skillnader mellan klinikernas lokalutnyttjande.

I pilotstudien konstaterades också att värdet av informationen är direkt beroende av hur många kliniker som kan jämföras. Med ett stort antal kliniker kan man identifiera riktvärden för olika nyckeltal och därefter förhålla sig till dessa vid exempelvis beslut om ny- och ombyggnad. Under 2012 fick Evidens därför förnyat förtroende av Fastighetsrådet att genomföra ett uppdrag med syfte att nyansera och ytterligare fördjupa kunskapen om lokalernas bidrag till vården och möjligheten att arbeta med nyckeltal för att jämföra olika lokallösningar. Samtidigt var tanken att skala upp antalet studerade kliniker. När denna studie startades var målet att få med 20-30 kliniker, men av olika anledningar blev det i slutändan endast 10 medicinkliniker som deltog. Det är därmed svårt att mer entydigt uttala sig om effektivitetsskillnader i lokalutnyttjandet mellan de studerade klinikerna. Kanske finns det många kliniker med betydligt effektivare lokalanvändning än klinikerna som medverkar i denna studie? Resultaten indikerar visserligen att två av klinikerna (A och F) har en hög vårdproduktion i förhållande till lokalvolym och utmärker sig positivt inom ett flertal av de studerade nyckeltalen. Båda klinikerna finns på centrallasarett/länssjukhus. Samtidigt visas att en av klinikerna (Klinik K), som också tillhör ett läns-sjukhus, har en låg nyttjandegrad av sina lokaler med lågt antal DRG-poäng, få läkarbesök och få vård dagar per ytenhet. Analysen visar därför att det finns mycket stora möjligheter att utöka vårdproduktionen i klinik K utan att det behöver medföra större lokalinvesteringar.

Projektgruppens medlemmar upplevde arbetet med datainsamling som tungt såväl vad gäller nyckeltal som beskriver olika klinikers vårdtyngd, kostnader och bemanning m.m. som mätning och klassificering av lokalytor och lokalkostnader. Med en tung arbetsinsats för datainsamlingen måste värdet av output från nyckeltalsjämförelsen vara högt. Projektgruppen har därför diskuterat möjligheten att i SKL:s regi i framtiden kunna vidga det nuvarande nyckeltalsarbetet inom landstingen som omfattar yt- och kostnadsredovisning i förvaltningen genom att erbjuda ytterligare två nivåer av nyckeltalsjämförelser:

- En enklare variant som skulle kunna begränsas till att endast samla in och redovisa t.ex. ett antal klinikers totalyta och DRG-poäng och därmed jämföra DRG-poäng per kvadratmeter. Uppdateringar skulle förslagsvis kunna ske med treårsintervall. När alla landsting inom ett par år infört KPP (kostnad per patient) kan man eventuellt gå över till detta mått istället för DRG-poäng, som ibland upplevs svårt att få fram på kliniknivå.
- En mer omfattande variant med möjlighet till fördjupning för de som vill gå längre, t.ex. inför om- eller tillbyggnationer som omfattar hela nyckeltalsbatteriet enligt denna studie. Denna förutsätter tydliga definitioner av alla nyckeltal för att säkerställa jämförbarhet.

# Inledning

Denna studie syftar till att nyansera och fördjupa kunskapen om lokalernas bidrag till vården och möjligheten att arbeta med nyckeltal för att jämföra olika lokallösningar. Studien bygger vidare på den pilotstudie som Evidens genomförde under 2010 på uppdrag av Fastighetsrådet. Där samkördes fastighetsnyckeltal och verksamhetsnyckeltal för att analysera tre kliniker i Jönköpings läns landsting. Pilotstudien visade att det är möjligt att ta fram olika typer av nyckeltal där vårdverksamhetens omfattning och kostnader ställs i relation till lokalutformning, volymer och lokalkostnader. Vidare visade studien att värdet av informationen är direkt beroende av hur många kliniker som kan jämföras. Med ett stort antal kliniker kan man identifiera riktvärden för olika nyckeltal och därefter förhålla sig till dessa vid exempelvis beslut om ny- och ombyggnad.

Landstinget i Jönköpings län har efter att pilotprojektet kring vårdrelaterade nyckeltal genomfördes, omvärderat en planerad ombyggnation för habilitering vid Höglandssjukhuset i Eksjö. Initialt planerades för en om- och nybyggnation motsvarande 2 800 kvm till en kalkylerad kostnad på 55 miljoner kronor. Landstingsfastigheter hade en uppfattning om att lokalkraven från verksamheten var alltför omfattande och landstingsledningen begärde därför en omprövning av ytan. Vården fick då lämna in statistikuppgifter på antal anställda och beläggning av besök. Det gjordes även nationella jämförelser. Därefter omprövades beslutet vilket resulterade i att ytan minskades med 1 000 kvm till totalt 1 800 kvm. I beslut från Landstingsfullmäktige i september 2011-09-13 står det:

*”Lokalprogrammet för verksamheten har setts över och nationella jämförelser har gjorts med verksamhet i andra landsting i syfte att finna en rimlig omfattning av lokalytan. En bedömning som kan göras utifrån dessa jämförelser är att med en nyproduktion, då funktionella väl anpassade ytor kan skapas, bör verksamheten kunna rymmas inom 1800 kvm.” Nybyggnation kommer att utföras med en preliminär beslutad investeringsram på 38 mnkr.*

Utifrån erfarenheterna i pilotstudien är detta projekts grundläggande frågeställning om man kan producera lika mycket – eller mer vård – i lokal X som har en mindre yta eller lägre kostnad än lokal Y? Om det är möjligt hur är då lokal X utformad? Pilotstudien redovisade möjligheterna att skapa nyckeltal som beskriver lokalernas bidrag till effektivitet och produktivitet i vårdverksamheten. Syftet med detta projekt har varit att skala upp och genomföra insamling av nyckeltal i fler landsting med utgångspunkt i pilotstudien.

Fokus i rapporten har inte legat på att utvärdera och jämföra de medverkande klinikerna utan snarare på frågan om det på ett rimligt sätt går att definiera lokalareor och lokalkostnader som kan relateras till olika typer av vårdverksamhet och etablerade metoder att kvantifiera själva vårdverksamheten. Tanken är att man genom att definiera lokalareor som hänger samman med olika mer eller mindre kostnadskrävande aktiviteter i vården, ska få möjligheter att utvärdera och ställa olika lokallösningar mot varandra. Genom sådana jämförelser kan man identifiera lokallösningar som samtidigt tillåter hög produktivitet och effektivitet i vården och ett rationellt lokalutnyttjande.

## 10 medicinkliniker medverkar i studien

I denna utvidgade studie medverkar sju landsting med sammanlagt tio medicinkliniker och en strokeavdelning.

Landsting	Medicinklinik studerad vid följande sjukhus
Skåne	Centralsjukhuset i Kristianstad
	Ängelholms sjukhus
	Trelleborgs lasarett
Norrboten	Piteå Älvdals sjukhus
Jämtland	Östersunds sjukhus
Jönköping	Länssjukhuset Ryhov
	Höglandssjukhuset Eksjö
	Värnamo sjukhus
Västernorrland	Länssjukhuset Sundsvall
Blekinge	Blekingesjukhuset
Västra Götalands-regionen	Sahlgrenska Universitetssjukhuset OBS! Strokeavdelning

Tabell 1. Medverkande landsting och kliniker

## Metod

I pilotstudien som genomfördes under 2010 undersöktes möjligheten att ta fram meningsfulla nyckeltal för att beskriva relationen mellan vård och fastighet med hjälp av landstinget i Jönköping. Baserat på landstingets centrala statistik om antal vårdtillfällen, vårdtyngder m.m. och Landstingsfastigheters data om lokalareor och lokalkostnader m.m. identifierades ett antal nyckeltal.

Resultaten från de olika analyserna i pilotstudien diskuterades inledningsvis i styrgruppen för detta projekt och gruppen enades om att de föreslagna måtten skulle testas i en större skala med några mindre justeringar avseende definitioner av lokalytor.

## Rapportens innehåll

Skriften har delats in i följande avsnitt:

### **Lokalernas bidrag till vården**

I detta avsnitt görs en översiktlig genomgång av andra genomförda studier avseende lokalutnyttjande inom vård och lokalernas bidrag till produktivitet och effektivitet i vården.

### **Att mäta vårdproduktion**

För att kunna konstruera nyckeltal som beskriver lokalernas bidrag till effektivitet i vården måste man som utgångspunkt kunna mäta och beskriva vårdverksamheten. För att arbetet med nyckeltal ska vara administrativt rimligt och samtidigt erbjuda möjligheter till jämförelser mellan landstingen måste beskrivningen och måtten vara standardiserade och nationella. I avsnittet beskrivs några sådana vårdmått översiktligt.

### **Mätning och definitioner av lokalytor**

För att utvärdera lokalernas effektivitet kopplat till vårdproduktionen måste de lokaler som direkt används för vårdproduktion avgränsas. Men för att bedriva vårdverksamhet behövs även andra typer av lokaler. I avsnittet redovisas hur olika lokalytor har delats in i olika typer av lokalkategorier för att möjliggöra jämförelser.

### **Beskrivning av de olika medicinklinikerna**

Detta avsnitt innehåller en översiktlig beskrivning av de medverkande medicinklinikerna.

### **Genomgång av nyckeltal**

I avsnittet presenteras och analyseras nyckeltal för de studerade medicinklinikerna.

### **Slutsatser om möjligheter att generera nyckeltal som beskriver vårdverksamhet i förhållande till lokalanvändningen**

I detta avsnitt presenteras erfarenheter och slutsatser av studien samt projektgruppens diskussion kring en möjlig utvidgning av landstingens nyckeltalsarbete inom yt- och kostnadsredovisning i förvaltning.

### **Kommentar av Erik Pålsson**

Denna rapport bygger vidare på en pilotstudie som genomfördes under år 2010 i landstinget i Jönköpings län. Initiativet togs av Erik Pålsson, Landstingsfastigheter i Jönköpings län. Pilotstudiens mål var att ta fram relevanta nyckeltal för att beskriva relationen mellan vård och fastighet. Rapporten avslutas därför med ett efterord av Erik Pålsson.



# Lokalernas bidrag till vården – dålig kunskap

Det finns många rapporter som dokumenterar kunskaper om styrning av fastighetsförvaltning. Ett större antal sådana rapporter har tagits fram i olika projekt inom ramen för SKL:s arbete. Men samtliga rapporter har i huvudsak haft ett annat fokus än mötet mellan vården och fastighetsförvaltningen. Rapporterna behandlar effektivitetsutvecklingen inom fastighetsförvaltningen, framförallt kostnadsutvecklingen för olika kostnadsslag i förvaltningen såsom administration, media, underhåll och kapitalkostnader. I rapporten *Mer pengar till vård, SKL 2004*, visas exempelvis att kostnadsminskningen när det gäller energiförbrukningen i landstingen mellan år 1994 och 2003 uppgått till ca 25-30 procent och lokalkostnadernas andel av vårdens totala kostnader sjunkit från ca 12 till ca 7 procent under samma tidsperiod. Utöver dessa sammanfattande mått på kostnadseffektivisering finns få kända studier av lokalernas bidrag till produktivitet och effektivitet i vården.

Två undantag är rapporter som Västfastigheter inom Västra Götalandsregionen samt Landstingsservice inom Landstinget i Uppsala län tagit fram. Rapporterna, *Primärvårdens lokalutnyttjande – pilotstudie, (2007)* beskriver möjligheterna att rationalisera lokalutnyttjandet inom primärvården i Västra Götalandsregionen och i landstinget i Uppsala. Syftet var att ta fram förslag till effektiviseringsprogram och analysen baserades på fyra avgörande nyckeltal:

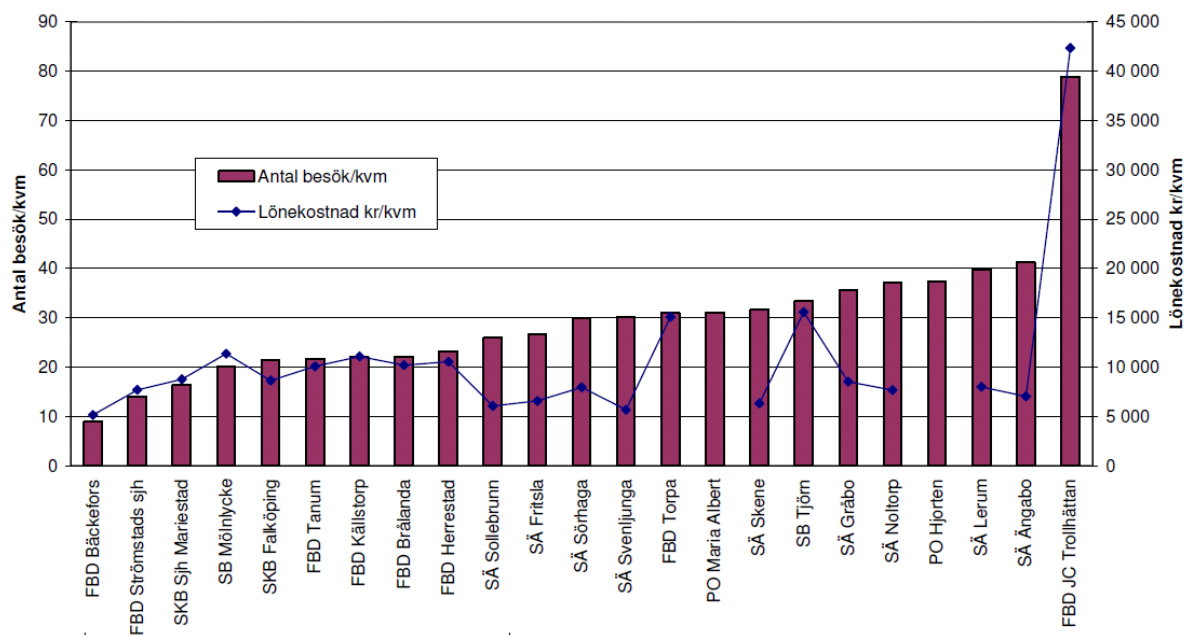
- lokalernas utnyttjande idag (produktion/kvm)
- lokalernas önskvärda utnyttjande (produktion/kvm)
- lokalarean (kvm)
- hyresnivån (kr/kvm)

Logiken i analyskedjan var att ju större skillnaden mellan önskvärt och aktuellt utnyttjande var, ju större lokalerna var och ju högre hyresnivån var desto större var den möjliga kostnadsbesparingen.

Produktionen definierades med hjälp av ett inputmått i form av primära löne- och lokalkostnader och ett outputmått i form av antalet patientbesök. Sammantaget gav detta nyckeltal som beskriver

- kostnaden per besök
- antalet besök per kvm
- lönekostnad per kvm

## Lokalutnyttjande



Figur 1. Analys av lokalutnyttjande i Västra Götalandsregionen.

Givet en norm på ca 30 besök per kvm (genomsnittet var ca 20 besök per kvm) kunde man i rapporterna identifiera en teoretisk besparingspotential som i princip beräknades utifrån avvikelserna från 30 besök – färre besök innebär en teoretisk besparingspotential som kan beräknas med hjälp av hyreskostnaden. Ytan reducerades kalkylmässigt så att nyckeltalet för antal besök per kvm blev minst 30. Den teoretiska besparingspotentialen räknades sedan fram genom att ytreduktionen multiplicerades med objektets genomsnittliga hyres- och lokalvårdskostnader.

### Svårt ta hänsyn till vårdens utformning och omfattning

I rapporterna har man lite förenklat antagit att det i princip varit samma vårdtyngd i de olika studerade primärvårdscentralerna. Ett sådant antagande kan vara rimligt inom primärvården men innebär att besparingspotentialer beräknas på samma sätt oavsett hur mixen av vårdinsatserna ser ut. En sådan ansats blir mer problematisk när man studerar vården som produceras på sjukhus. Det är stor skillnad på vårdinsatserna mellan olika avdelningar och kliniker – allt ifrån enklare provtagning och läkarbesök till avancerad kirurgi. Av detta skäl finns anledning att vidareutveckla studierna från Västra Götalandsregionen och försöka utveckla nyckeltal som också tar hänsyn till olika vårdtyngder och därmed olika förutsättningar för lokalutnyttjandet.

### Hur ser ”produktiva lokaler” ut?

Varför är det intressant att analysera hur olika lokallösningar relaterar till vårdproduktionen? Givet att det är möjligt att producera lika mycket (och kvalitativt likvärdig) vård i lokal A med en mindre lokalarea eller lägre lokal-kostnader än i lokal B, kan man slå fast att lokal A ger ett större bidrag till produktiviteten i vården. Med kunskaper om hur mycket vård som produceras i olika lokaler och hur stor area vården produceras på kan man göra sådana jämförelser mellan olika vårdlokaler. Resultatet av sådana analyser och jämförelser kan sedan användas vid olika typer av investeringsbeslut i form av ny- och ombyggnad eller vid beslut om förändringar i själva vårdverksamheten – vissa enheter kan kanske öka sin vårdproduktion utan att det krävs mer lokaler?

### **Fritt vårdval och etableringsrätt för privata vårdföretag ställer krav på kunskap om olika lokalers effektivitet och pris**

Den pågående utvecklingen med en politisk strävan efter fler privata vårdproducenter och ett fritt vårdval innebär också att det sannolikt kommer att ställas krav på paritet mellan lokalhyror och lokalernas kvalitet/produktivitet. En privat aktör som hyr lokaler på ett sjukhus kommer rimligen att sträva efter prisvärda lokaler eftersom lokalerna vid sidan av personalen utgör en form av fast kostnad och därmed påverkar vårdproducentens marginaler. Lokaler med dåliga prestanda vad avser relationen mellan hyreskostnad och möjliga produktionsvolym av vård får då ett allt lägre marknadsvärde. Denna utveckling har varit tydlig i den kommunala sektorn där lokalutformningen och lokalkostnaderna i många fall blivit en strategisk faktor som styr nyetablering av friskolor. Metoderna för att åstadkomma yteffektivitet och hitta besparingar är många:

- Överlappande eller multipla användningsområden för alla utrymmen
- Minimering av korridorsytor eller skolor helt utan korridorer
- Inga speciella rum avsedda för endast personal
- Hyra lokaler som inte går att belägga på effektivt sätt, t.ex. idrottshallar och slöjdsalar
- Skapa alternativa lösningar för undervisning som kräver specialsalar, t.ex. genom att koncentrera undervisningen till längre sammanhängande tillfällen på en anläggning som delas av flera skolor
- Förlägga skoldagen enligt tidssystem med för- och eftermiddagsundervisning, vilket ger ett högre utnyttjande av lokalerna under dagen (har visat sig möjligt att genomföra under vissa förutsättningar i gymnasieskolan men inte i grundskolan)

Frågan är om även sjukvårdens lokalutformning och lokalkostnader hamnar i fokus av konkurrensskäl på lite längre sikt?

# Att mäta vårdproduktion

En grundläggande fråga i arbetet med att konstruera nyckeltal som beskriver lokalernas bidrag till effektivitet i vården är hur man ska mäta och beskriva vårdverksamheten. I den tidigare refererade studien från Västra Götalandsregionen begränsades måtten på vårdproduktion till personalkostnader. Personalkostnaden är naturligtvis en betydande kostnadspost i produktionen, särskilt i primärvården, men kan i den övriga öppen- och slutenvården vara ett mycket trubbigt mått. Det finns därför ett behov av att klarlägga vilka andra kompletterande mått på vårdproduktion som finns tillgängliga. För att arbetet med att använda nyckeltal ska vara administrativt rimligt och samtidigt erbjuda möjligheter till jämförelser mellan landstingen, måste beskrivningen och måtten vara standardiserade och nationella.

Följande mått finns samlade på nationell nivå

- Antal vård dagar
- Antal läkarbesök och övriga besök
- DRG-poäng
- Kostnader per patient KPP

## Vård dagar och läkarbesök

För *antal vård dagar*, *antal läkarbesök* och *övriga besök* finns gemensamma definitioner av hur antalet ska registreras och beräknas. Dessa är därför enkla och tillgängliga mått på vårdproduktionens volym.

## DRG-poäng

DRG står för Diagnos Relaterade Grupper och är en metod som grupperar vårdkontakter efter medicinska kriterier och resursåtgång. DRG är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen (casemix) som gör det relativt enkelt att göra jämförelser över tid eller att jämföra vården vid olika sjukhus eller landsting. Eftersom DRG-systemet är konstruerat med beaktande av resursförbrukning, dvs. kostnader, kan det också användas för att jämföra olika sjukhus avseende kostnadseffektivitet, s.k. benchmarking.

DRG används även som ett budgetinstrument vid planering av sjukvård. DRG kan då vara underlag för anslagstilldelning till sjukhusen eller för sjukhusens interna budget.

Principen för indelningen i grupper är för det första att vårdkontakterna i en viss DRG ska ha samma eller likartad huvuddiagnos eller att samma eller likartade kirurgiska åtgärder ska ha utförts. Detta innebär att medicinskt likartade vårdkontakter, vilka dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. Grupperingen görs utifrån vad som redan registreras i våra patientadministrativa datasystem, nämligen kod för huvuddiagnos, eventuella bidiagnos- och åtgärds-koder samt ålder och kön och vid slutenvård även utskrivningssätt. För det andra ska vårdkontakterna i en DRG ha kostnader som ligger så väl samlade som möjligt kring genomsnittskostnaden för gruppen. Kostnaderna för vårdkontakterna kan kalkyleras med hjälp av systemet KPP, se vidare nedan.

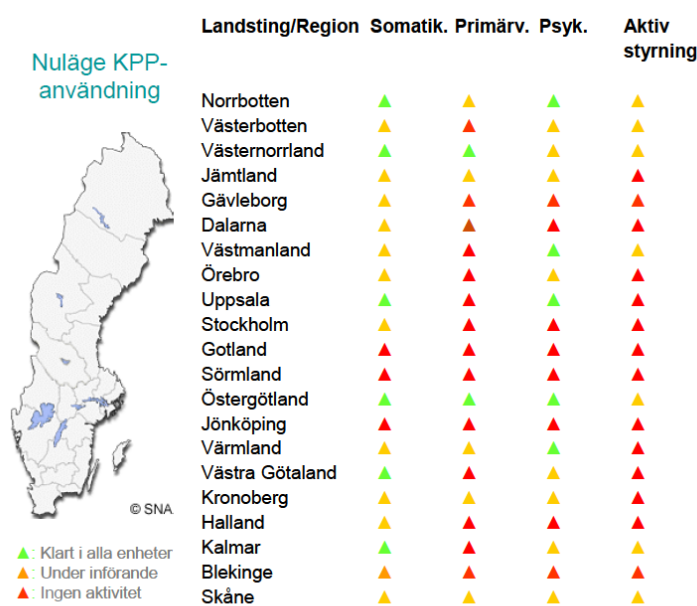
Kostnad per konsumerad DRG-poäng är ett mått på hur mycket vård befolkningen konsumerat och hur kostnadseffektiv resursanvändningen varit, med andra ord produktiviteten i vården.

DRG används även i produktivitetmätningar, både på nationell och regional nivå. Produktivitet är ett mått bland flera för att utvärdera vårdens kostnadseffektivitet. Produktivitetmättet definieras som hur mycket det kostar att ge en given mängd vård. I jämförelse med andra sjukhus/landsting eller över tid är ambitionen med beräkningarna att svara på frågan om vården till patienterna vid ett sjukhus eller invånarna i ett landsting ges till en rimlig kostnad.

DRG-poäng används ofta för att beskriva hur mycket sjukvård som ”producerats” på ett sjukhus eller inom en region.

### Kostnader KPP

Parallellt med det nationella systemet för att mäta vårdens omfattning och tyngd, har metoder utvecklats för att mäta vårdkostnaderna per patient. Dessa kalkyler används bland annat som underlag för att beräkna vikter inom DRG-systemet. Den dominerande metoden kallas KPP-kostnad per patient. Detta är en metod för att beräkna sjukvårdsproducentens kostnad för varje enskild vårdkontakt även om vissa kostnader exkluderas (politiker, beställare, FoU, ambulans, hjälpmedel, externt sålda tjänster, större engångskostnader, läkemedel i öppenvård). Fördelen med metoden är att befintlig information används (ingen extra registrering) och att informationen är individbaserad. Nackdelen är dock att alla landsting redovisar DRG-poäng men inte KPP (se figur). Av detta skäl har endast DRG-poängen använts i denna rapport.



Källa: Utvecklingsplan KPP, SKL

Figur 2. Nuläge KPP-användning

# Mätningar och definitioner av lokalytor

Vårdens olika aktiviteter och processer sker i byggnadens olika rumsliga funktioner. En läkarundersökning utförs normalt i ett så kallat mottagningsrum och en operation i en operationssal. Som patient vistas man i väntrum och både personal och patienter förflyttar sig mellan byggnadens olika funktioner i olika kommunikationsutrymmen såsom korridorer och entréer.

För att utvärdera lokalernas effektivitet kopplat till vårdproduktionen måste man i ett första steg avgränsa de lokaler som direkt utnyttjas för vårdproduktion. Vårdproduktionsmått måste relateras till rimligt definierade vårdtyper. Med en sådan utgångspunkt kan man dela in ett sjukhus lokaler i olika lokalkategorier. En första kategori lokaler är följaktligen de lokaler som utnyttjas av patienter i en direkt vårdssituation såsom vådrum, mottagningsrum och operationsalar. Dessa rum utgör en slags primär produktionsarea för vården och kan kallas ”**patientbundna lokaler**”. Hög vårdproduktion utförd på en relativt liten primär produktionsarea är en indikation på ett effektivt lokalutnyttjande med lokaler som bidrar till hög produktivitet i vården. För ytterligare förståelse och analys av vårdproduktionens koppling till lokalutformningen kan det också finnas behov av att underindela de patientbundna lokalerna i två undergrupper: Mottagningsutrymme respektive övriga vårdutrymmen.

Men man kan inte producera vård till patienter utan stödjande funktioner såsom administrationslokaler och omklädningsrum. Denna typ av stödjande lokaler måste därför utgöra en egen kategori, ”**personalbundna lokaler**”.

För att binda ihop ett sjukhus olika funktioner och skapa tillgänglighet krävs också kommunikationsutrymmen i form av korridorer, trapphus och entréer. Vården behöver också olika typer av tjänster och materiel, exempelvis tvätt, förråd och laboratorier. Ofta finns det dessutom andra funktioner på ett sjukhus som kiosk, frisör, besökstoletter m.m. Tillsammans utgör denna typ av ytor det som i studien kallas ”**övriga lokaler**”. Inom denna kategori kan också finnas tomställda ytor som vården inte utnyttjar.



Figur 3. Exempel på indelning av vårdavdelning i olika användningskategorier.

Figuren visar ett exempel på indelning i 3 lokalkategorier med gränsdragning mellan respektive kategori. I nedanstående tabell sammanfattas förslag på definitioner av lokalareor uppdelat på de 3 olika kategorierna.

Lokalkategori	Rumsfunktioner
1. Patientbundna lokaler: - Mottagningsutrymme - Vårdutrymme	Mottagningsrum, vådrum, operationssal mm.
2. Personalbundna lokaler	administrationslokal, kontorslokal, konferensrum, vilorum, omklädningsrum
3. Övriga lokaler - Försörjningslokaler - Kommunikationsytor - Övrigt	tvätt, arkiv, förråd, laboratorium, apotek, verkstad och serviceytor korridorer, trapphus, entré mm café, frisör, WC, kiosk mm

Tabell 2. Förslag till indelning av rumsfunktioner i 3 lokalkategorier.

Varje rumsfunktion har klassats som ”en” typ av lokalkategori enligt ovan. Samma typ av rumsfunktion kan i vissa fall förekomma i flera lokalkategorier – exempelvis kan en toalett klassas både som patientbunden lokal och som personalbunden lokal beroende på var den finns. För en fullständig förteckning över lokalklassificering se bilaga sist i rapporten.

Uppmätning och klassificering av rumsfunktioner och lokalkategorier kan vara ett tidsödande och svårt arbete. Samtidigt använder flera landsting kvalificerad programvara för fastighetsdatabas och ritningsarkiv vilket kan underlätta arbetet med indelning och klassificering.

Erfarenheter från såväl pilotstudien som denna utökade studie visar dock att det i nuläget krävs en relativt omfattande arbetsinsats för att gå igenom varje kontrakt på klinisknivå och klassificera rumsfunktionerna enligt kategoriindelningen ovan.

# Beskrivning av de olika medicinklinikerna

## Vad är en medicinklinik?

Begreppet medicinklinik omfattar många specialiteter och verksamheter vars avgränsningar varierar mellan olika sjukhus. Tidigare fanns en mer enhetlig definition på ”medicinklinik”, men bland annat nya organisatoriska lösningar har medfört att begreppet med åren suddats ut. I studien har därför verksamheternas egna definitioner och avgränsningar använts.

Nedan presenteras översiktligt de tio medverkande medicinklinikerna. Det elfte exemplet är en stroke-avdelning som ingår som en del i en medicinklinik.

### **Medicinklinik A**

Medicinklinik A är byggd 1988 och endast lättare ombyggnationer har genomförts. Klinikens vårdavdelningar har 4-, 2- och några få 1-bäddsrum.

På medicinklinik A vårdas patienter med akuta och kroniska internmedicinska sjukdomstillstånd som fordrar specialistresurser. Kliniken har två öppenvårdsmottagningar, en fotvårdsmottagning, fyra vårdavdelningar, hjärtövervakningsenhet, dialysavdelning och arbetsterapi. Delar av medicinkliniken är en länsfunktion. Medicinkliniken är uppdelad i sju sektioner och arbetar med akutmedicin, endokrinologi (hormonrelaterade sjukdomar), hematologi (blodsjukdomar), gastroenterologi, kardiologi (hjärtsjukdomar), lungmedicin, neurologi och njurmedicin.

Den akutmedicinska verksamheten i form av akutmottagningen och akutvårdsavdelningen (MAVA) tillhör formellt inte medicinklinikens ansvarsområde, förutom dess läkarbemanning. Strokeenheten tillhör geriatriska kliniken som också är ansvarig för vårdavdelningen. Läkarbemanningen på akutstrokeenheten tillhör dock medicinkliniken och ingår i neurologsektionen. Medicinkliniken är även ansvarig för läkarbemanningen på gastroenterologisk vårdavdelning vilken ansvarsmässigt tillhör kirurgkliniken.

### **Medicinklinik B**

Medicinklinik B är byggd under 1960-1970-tal. Ett av husen är byggt år 2008-2009.

På medicinkliniken vårdas patienter med akuta och kroniska internmedicinska sjukdomstillstånd som fordrar specialistresurser. Kliniken arbetar enligt modellen patientnärmre vård, vilket bland annat innebär att samtliga vårdenheter, utom dialysenheten, har integrerad öppen- och slutenvård. Patienten möter samma personal oavsett om denne är inneliggande eller kommer på ett mottagningsbesök.

Medicinkliniken har 6 vårdenheter, där patienter vårdas utifrån sjukdom. Vårdenheterna är inriktade på bland annat mag-tarm, neurologi, lungmedicin, kardiologi, hematologi, endokrinologi och njurmedicin samt dialysavdelning och njurmottagning.



### **Medicinklinik C**

Medicinklinik C är byggd 1960-1970-tal. Hus 16 Dialysen är byggt 2004-2005.

Inom medicinklinik C bedrivs såväl öppen som sluten vård med 76 vårdplatser (inkl. hjärtintensivvårdsavdelning).

Kliniken bedriver mottagningsverksamhet med såväl läkar- som sjuksköterskemottagningar, klinisk fysiologi samt tillgänglighet till fotterapeut, dietist och kurator. Dialysenheten finns i nybyggda moderna lokaler med möjlighet att ta emot 24 patienter på 12 behandlingsplatser.

Kliniken bedriver vård inom hela det internmedicinska fältet med akutsjukvård och intensivvård dygnet runt. Vård bedrivs inom områdena internmedicinsk vård, gastroenterologi, hematologi, lungmedicin, dialys, endokrinologi, hud, neurologi och kardiologi.

Kliniken ansvarar för särskilda vårdplatser för hjärtvård inom intensivvårdsavdelningen. En del specialiserad öppenvård vad gäller hematologi bedrivs på vårdavdelning. I övrigt bedrivs öppenvård på medicinmottagningen som också inrymmer en klinisk fysiologisk enhet.

### **Medicinklinik D**

Medicinklinik D är fysiskt uppdelad på två olika platser. Organisatoriskt är de dock nära sammankopplade varför de här redovisas ihop.

Byggnaden där den ena medicinkliniken är inrymd byggdes 1971. Huset är 7 våningar högt och har betongstomme, tegelfasad och yttertak av papp.

Byggnaden uppfördes ursprungligen för långvård, REHAB, medicinklinik, klinisk fys. lab. och apotek.

Byggnaden där den andra medicinmottagningen är inrymd byggdes 1966. De medicinska vårdavdelningarna finns i en annan byggnad från samma år. Denna byggnad är 11 våningar hög och medicinavdelningarna finns på plan 8 och 9. Båda byggnaderna har betongstomme, tegelfasad och yttertak av papp och plåt.

I stort sett hela sjukhuset, inkl. medicinmottagning och vårdavdelningar, är renoverat och ombyggt och håller en hög standard.

### **Medicinklinik E**

Medicinklinik E bedriver sin verksamhet i lokaler utspridda i olika delar av anläggningen och bedriver också rehabverksamhet i en externt placerad anläggning. Lokalerna inom sjukhuset byggdes under 1970- och 80-talet, men har i de flesta fall byggts om och förbättrats minst en gång under perioden 1995 fram till nu.

Medicinmottagningen ligger tillsammans med flertalet övriga mottagningar i entréplanet. Inom mottagningen finns även lokaler för fotvård och dietister. Dialysavdelningen har flyttat till nya ombyggda lokaler 2011 och har även gäst- och hemdialysplatser. I början av 2000 flyttade HIA upp till våningen över mottagningen och blev basen i hjärtenheten.

I ”vårdbyggnaden” ovanpå mottagningsplanet finns mag-, tarm- och njuravdelning, strokeenhet och medicinvårdsavdelning, allt bedrivet i vårdavdelningar med dubbelkorridorssystem och vårdplatser fördelade på 1 till 4 patientrum, där under åren flertalet fyrrumssalar delats upp i tvåpatientrum med egna toaletter. Lokaler för hud- och könsmottagning samt infektionsklinik byggdes om under 1990-talet och finns i byggnader inom området men utanför

huvudblocket. Smärtmottagning inrättades i nybyggda lokaler för fem år sedan i närheten av sjukgymnastik, arbetsterapi och ryggmottagning.

### **Medicinklinik F**

Sjukhuset byggdes år 1973 och medicinklinikens vårdavdelning byggdes om 1996. Det finns både enkelrum och flerbäddsrum på avdelningarna.

Medicinkliniken ansvarar för att diagnosticera och behandla samtliga akut-medicinska problem. En subspecialisering finns inom allergologi, lungsjukdomar, hematologi, gastroenterologi, angiologi, neurologi, reumatologi, kardiologi och endokrinologi/diabetes.

För områdena lungsjukdomar, hematologi, gastroenterologi, neurologi och reumatologi svarar kliniken för vården inom hela nordöstra delen av länet.

Inom kardiologin utförs kranskärlsutredningar, klaffutredningar samt pacemakerverksamhet och inom endokrinologin/diabetessjukvården svarar kliniken för vissa typer av utredningar och behandlingar inom områdena hypofys, radiojodbehandlingar samt graviditetsdiabetes.

### **Medicinklinik G**

Medicinkliniken är utspridd på olika byggnader, delar av kliniken ligger i en byggnad som byggdes 1978, och andra delar i en byggnad som renoverades 1996. Det finns både enkelrum och flerbäddsrum på avdelningarna.

Klinikens huvudsakliga uppgift är att bedriva god basal närsjukvård inom internmedicin. Medicinkliniken erbjuder utredning och behandling av flertalet olika folksjukdomar. Utöver medicinavdelning ingår hjärtenheten och dialysavdelningen i kliniken.

### **Medicinklinik H**

Medicinklinikens vårdavdelningar finns i olika byggnader. Dessa byggnader har olika byggår/renoveringsår. De byggdes/renoverades år 1975, 2004/2005 samt 2011. På medicinkliniken finns enkelrum och dubbelrum.

Kliniken består av sex olika mottagningsteam: Lung-, lung- och endokrinologi-, hjärt-, neurologi-, mag- och tarm samt reumatologmottagning. I medicinmottagningen ingår även endoskopienhet och antikoagulationsmottagning.

### **Medicinklinik I**

Verksamheten är inrymd i lokaler som delvis är från 1960-talet samt i tillbyggda lokaler från början av 1990. Äldre lokaler är ombyggda och uppfräschade för ca fem år sedan i samband med förändring av sjukhusets innehåll.

På kliniken vårdas patienter med akuta internmedicinska och geriatriska sjukdomstillstånd i kombination med rehabiliteringsinsatser. Kliniken har även ansvar för planerad ortopedisk verksamhet avseende knä- och höftplastiker.

Medicinkliniken har 100 vårdplatser fördelade på fem vårdenheter:

- Strokeenhet
- Akutgeriatrik/rehabilitering
- Akut internmedicin/PAVA
- Akut internmedicin/rehabilitering
- Ortopedavdelning/internmedicin

Dessutom ansvarar kliniken för särskilda vårdplatser för hjärtvård inom intensivvårdsavdelningen.

Medicinkliniken ansvarar för gemensam mottagning med såväl läkar- som sjuksköterskemottagning bl.a. inom kardiologi/hjärteko, stroke, diabetes, endoskopi, neurologi samt dagsjukvård. Den gemensamma mottagningen inkluderar även andra specialiteter såsom kirurgi/urologi och ortopedi.

Dialysenheten har 11 behandlingsplatser. På dialysenheten finns integrerad njurmottagning.

Kliniken ansvarar för läkarbemanningen på sjukhusets akutmottagning och har sedan ett antal år påbörjat övergången till akutläkare i första linjen.

### **Strokeavdelning J**

Beskrivning saknas

### **Medicinklinik K**

Medicinklinik K är byggd i början av 1970-talet och är i princip inte ombyggd sedan dess. Sjukhuset är en relativt stor och enhetlig byggnad, avsedd för en betydligt större verksamhet än den som bedrivs idag, därför finns det viss överyta på en del avdelningar. Sjukhuset byggdes för ca 1000 vårdplatser och idag utnyttjar man ca 400. Huskroppen är uppdelad i flera olika byggnader och kliniken är utspridd i olika byggnadsdelar.

Verksamheten bedrivs i fyra olika byggnadsdelar och i en av dessa även på fyra olika plan. Fotvårdsverksamheten är förlagd i en del och består i huvudsak av behandlingsrum, och infektionsvård finns i en annan byggnadsdel som innehåller 1-3 patientrum samt expeditioner. Mottagningen ligger i anslutning till övriga mottagningar och består av undersökningsrum och expeditioner. Övriga verksamheter är samlade i samma huskropp men fördelade på fyra plan. Dialys och njurmedicin med 1-2 patientrum, behandlingsrum och expeditioner på ett plan, strokeverksamheten med 1-3 patientrum och expeditioner på ett annat plan och HIA, PCI och kardiologi med 1-4 patientrum och expeditioner på ett tredje plan samt den administrativa verksamheten med kontor på ett eget plan.

Vårdavdelningarna är i huvudsak uppbyggda med enkorridorsystem medan de administrativa lokalerna har dubbla korridorer.

# Genomgång av nyckeltal

Utifrån analysen av tillgängliga data och mått på vårdproduktion och definitioner av på vilket sätt olika rumsfunktioner relaterar till vårdverksamheten, kan man konstruera en uppsättning olika nyckeltal. Avsikten är att kunna använda nyckeltalens olika funktioner:

- Alarm – avviker några kliniker eller byggnader i effektivitetshänseende och kan lokalutformningen vara en del av problemet?
- Diagnos – hur stor skillnad är det mellan olika lokallösningar vad gäller effektivitet, vad beror den på och kan man höja effektiviteten vid ny- och ombyggnad? Är det så att vissa planlösningar/layouter systematiskt kräver mer yta än andra utan att möjliggöra en större vårdproduktion? Kan man istället tillämpa effektivare layouter där lågproduktiva ytor minimeras?
- Prognos – med effektivare lokallösningar kan verksamheten öka sin produktivitet och effektivitet och denna förbättring kan kvantifieras. Kunskap om effektiva lösningar kan inarbetas i tekniska standarder som används vid investeringar. En nyckeltalsanalys kan också visa att investering inte är ett effektivt sätt att tillgodose nya behov – det kanske är mer kostnadseffektivt att ändra i schemaläggning, öppettider etc. än att skapa nya lokaler.

Under pilotstudien tog Landstingsfastigheter i Jönköping fram ett förslag på ett antal nyckeltal som på olika sätt beskriver hur vårdverksamhet relaterar till lokalanvändningen. I denna utvidgade studie har förslaget diskuterats och testats i en större skala. Nyckeltalen ska ses som ett första steg på vägen mot möjligheten till mer omfattande jämförelser mellan landstingen på liknande sätt som för kostnadsnyckeltal i förvaltningen. Samtidigt är en av nyckeltalens viktigaste funktioner jämförelser över tiden. I avvaktan på gemensamma definitioner av nyckeltal kan förslaget användas för egna analyser.

Förslaget till nyckeltal kan delas in i ett antal olika grupper:

- Vårdproduktion
- Lokalens konfiguration
- Vårdproduktion i förhållande till lokalvolym
- Lokalkostnader i relation till vårdkostnader och vårdproduktion

Förslaget illustreras med nyckeltal från de 10 medverkande medicinklinikerna (samt en stroke-avdelning).

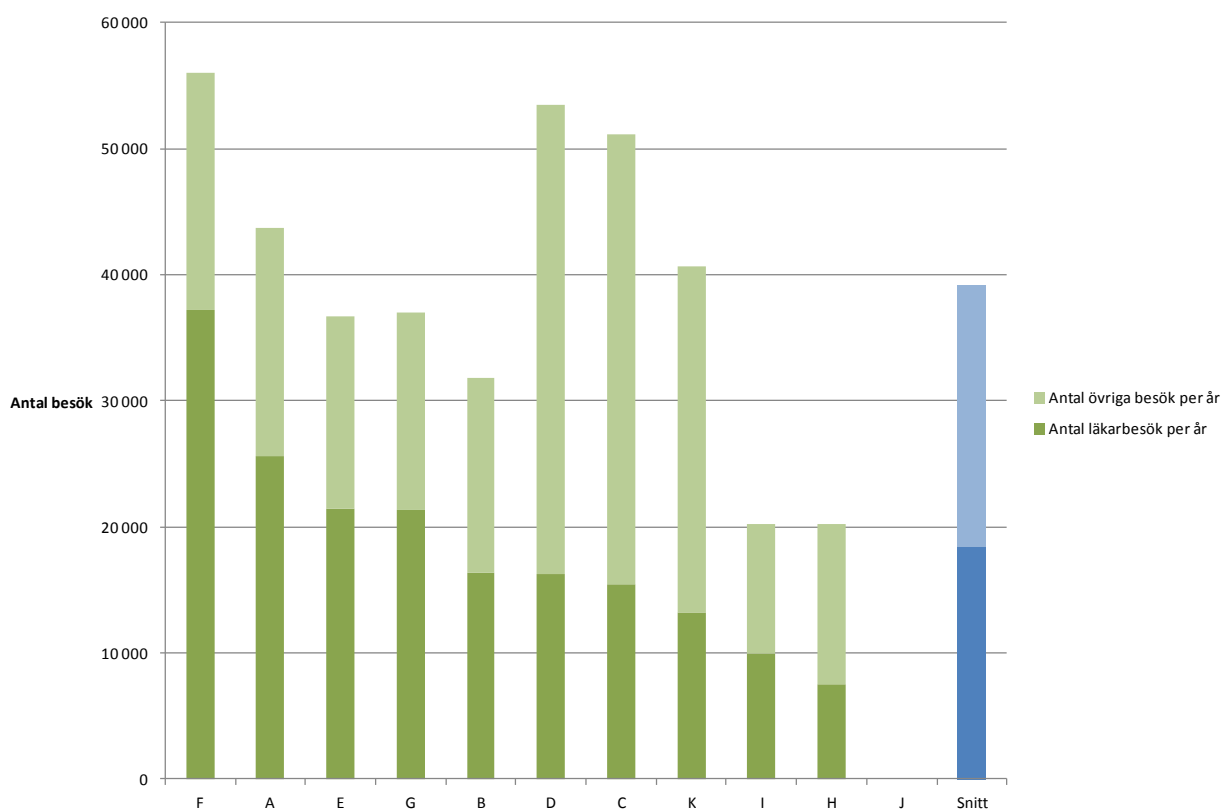
## Läsanvisning

Nedan följer en genomgång av de olika nyckeltalen för de medverkande klinikerna. För att det ska bli lättare för läsaren att följa med har särskilt tre kliniker valts ut med avseende på nyckeltalen. Av dessa är det två kliniker som avviker positivt och en som avviker negativt jämfört med de övriga.

## Klinikernas vårdproduktion

För att få en mer grundläggande förståelse för eventuella skillnader i nyckeltalen som beskriver vårdverksamhet och lokalanvändning krävs en övergripande beskrivning av verksamheternas omfattning. De första nyckeltalen utgörs helt enkelt av tal som beskriver vårdens totala produktion på kliniknivå. Dessa är DRG-poäng, antal läkarbesök och antal vård dagar. Syftet med dessa första nyckeltal är att ge en bild av verksamhetens omfattning och vårdtyngd inom respektive klinik. Med en sådan utgångspunkt blir det lättare att förstå hur lokalernas utformning relaterar till vårdverksamheten. En likartad omfattning på klinikernas vårdproduktion gör det lättare att förstå vilka lokallösningar som är mest effektiva.

### Klinikernas vårdproduktion: Totalt antal besök per år, rangordnat efter antal läkarbesök

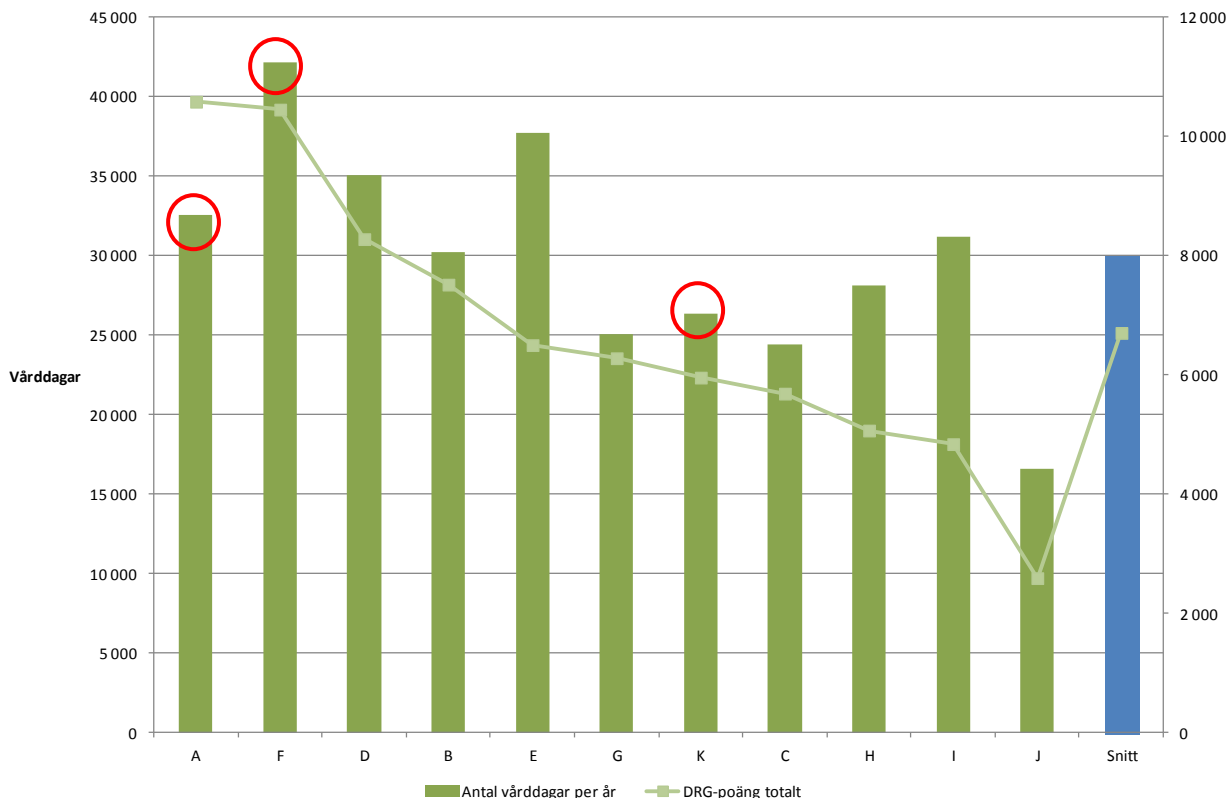


Figur 4. Antal läkarbesök och övriga besök

Klinik F har flest antal besök totalt sett, men också flest antal läkarbesök. Också klinik A sticker ut med en stor andel läkarbesök. Klinik C, D och K har många besök totalt sett, men andelen läkarbesök är lägre än vid övriga studerade kliniker. Klinikerna H och I (och J, se nedan) har betydligt mindre vårdverksamhet än de övriga.

Klinik J avser en strokeavdelning, dvs. en mindre del av en medicinklinik. I och med detta finns ingen separat besöksstatistik för denna avdelning. Avdelningen finns därför inte med i de nyckeltal som visar besöksstatistik.

## Klinikernas vårdproduktion: Vårddagar och vårdtyngd



Figur 5. Antal vårddagar och DRG-poäng

Klinikerna A och F var de som enligt föregående bild hade flest läkarbesök, vilket också avspeglas i denna figur genom att de har flest DRG-poäng och vårddagar. Klinikerna med mindre vårdverksamhet H, I och J har naturligt nog också lägre DRG-poäng.

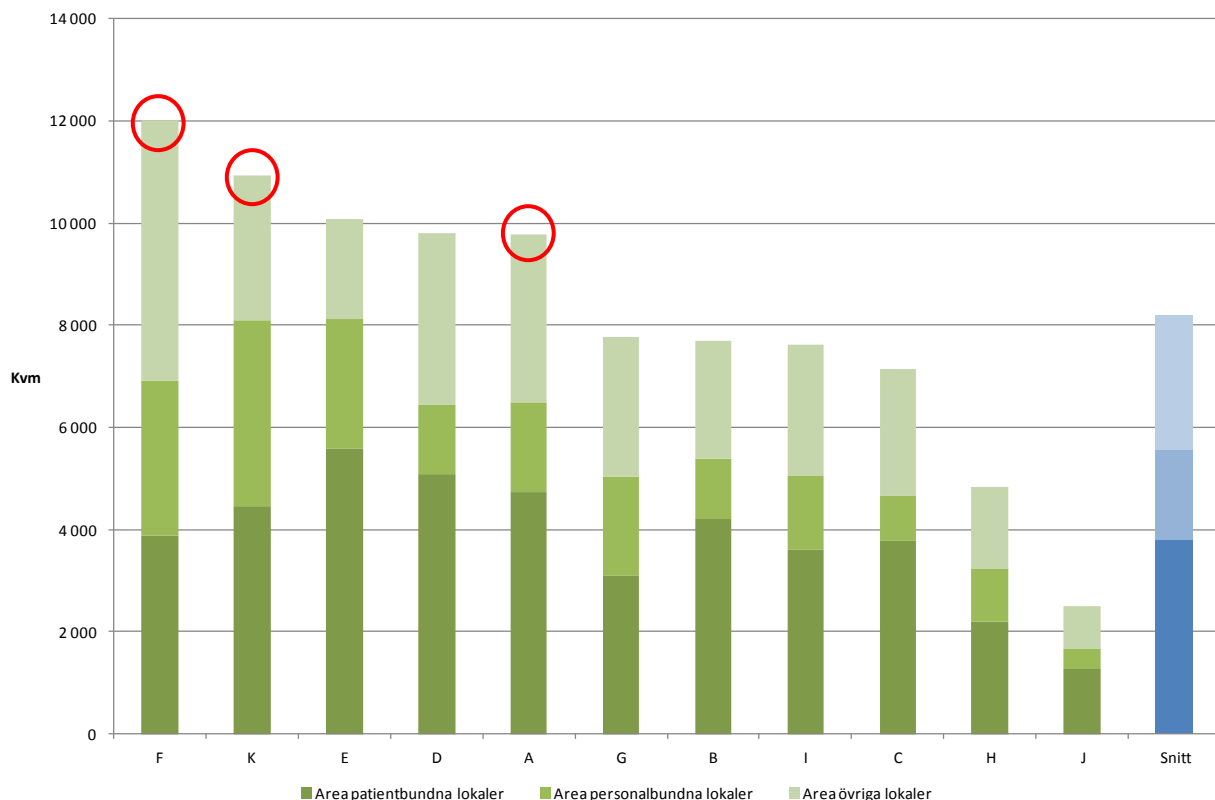
Nyckeltalen visar att klinik F har den mest omfattande vårdverksamheten avseende såväl antal läkarbesök som totalt antal besök. Klinik F har också tillsammans med klinik A den största vårdtyngden (DRG-poäng) och flest antal vårddagar. Klinikerna A och F är länssjukhus respektive centrallasarett på sina orter, vilket torde innebära en mer omfattande och tyngre vård.

Klinik K ligger under genomsnittet avseende såväl antal läkarbesök som DRG-poäng och vårddagar.

## Lokalens konfiguration

Nästa utgångspunkt i analysen är hur lokalen är disponerad, dvs. hur stor lokalen är samt hur stora andelar av den totala lokalarean som utgör patient- respektive personalbundna lokaler samt övrig yta. En större andel patientbunden area indikerar möjligheter till effektiv lokal användning medan en stor andel övrig area riskerar att minska lokalens bidrag till produktiviteten.

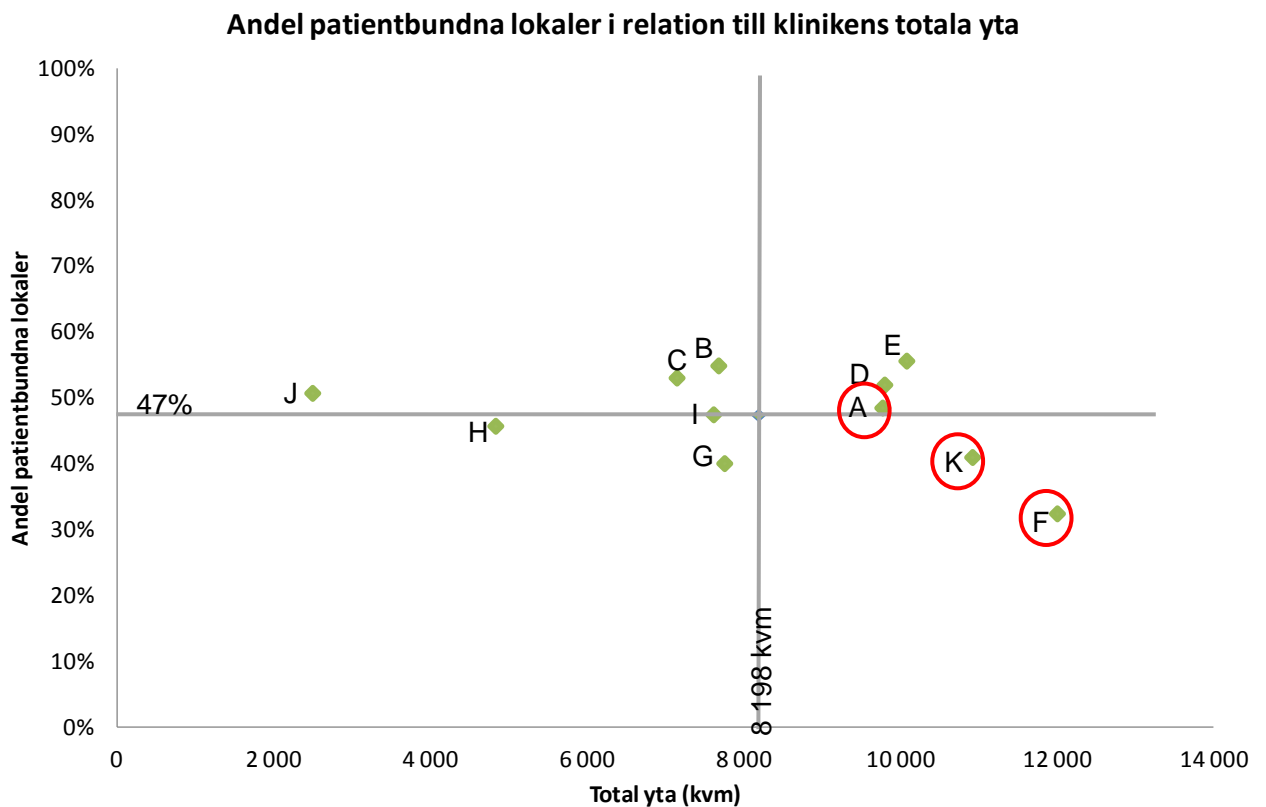
### Lokalens konfiguration: Klinikens totala ytor



Figur 6. Klinikernas lokalkonfiguration

I föregående avsnitt visade nyckeltalen att klinik F tillsammans med klinik A har den största vårdproduktionen. Sett till klinikernas totala ytor disponerar klinik F också den totalt sett största ytan. Anmärkningsvärt är dock att den patientbundna ytan i klinik F är i samma storleksordning som genomsnittet av de studerade klinikerna. Klinik K som i föregående avsnitt visade sig ha en vårdproduktion strax under genomsnittet förfogar över de totalt sett näst största lokalerna.

## Lokalens konfiguration: Andelen patientbundna lokaler



Figur 7. Andel patientbundna lokaler

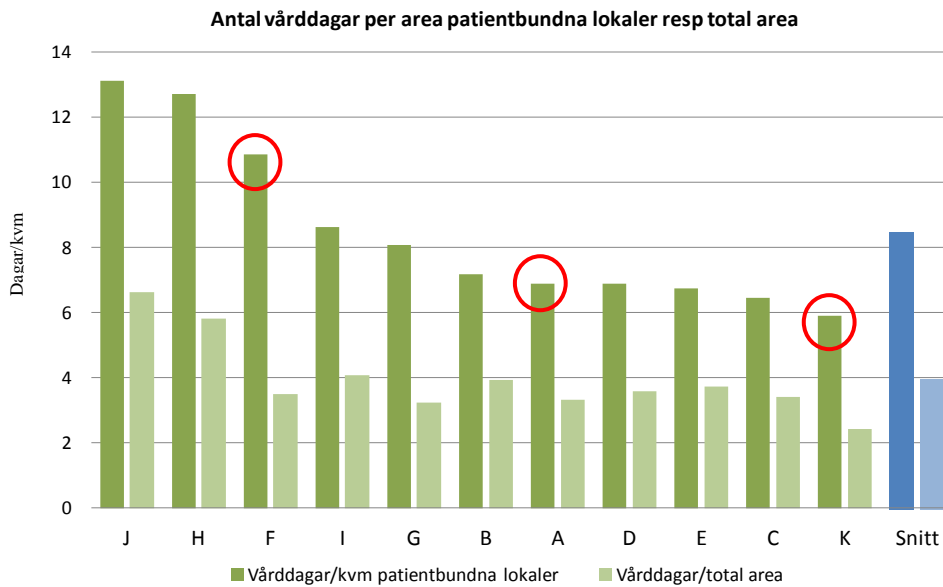
Andelen patientbundna lokaler är i genomsnitt 47 %. Nyckeltalen visar att skillnaderna i lokalernas konfiguration är relativt små och flertalet kliniker är samlade runt denna nivå. Som noterades i föregående figur har däremot klinik F en påfallande låg andel patientbundna lokaler (34 %), vilket också syns tydligt i denna figur. Detta stämmer inte med vårt antagande tidigare om att en större andel patientbunden area skulle indikera en mer effektiv lokalanvändning och därmed även en effektivare vårdproduktion.

## Vårdproduktion i förhållande till lokalvolymen

Med kunskap om vårdens omfattning kan man i detta steg analysera hur vårdproduktionen relaterar till lokalvolymen. Ett högt antal vårddagar per kvm indikerar ett högt lokalutnyttjande liksom ett högt antal DRG-poäng per kvm.



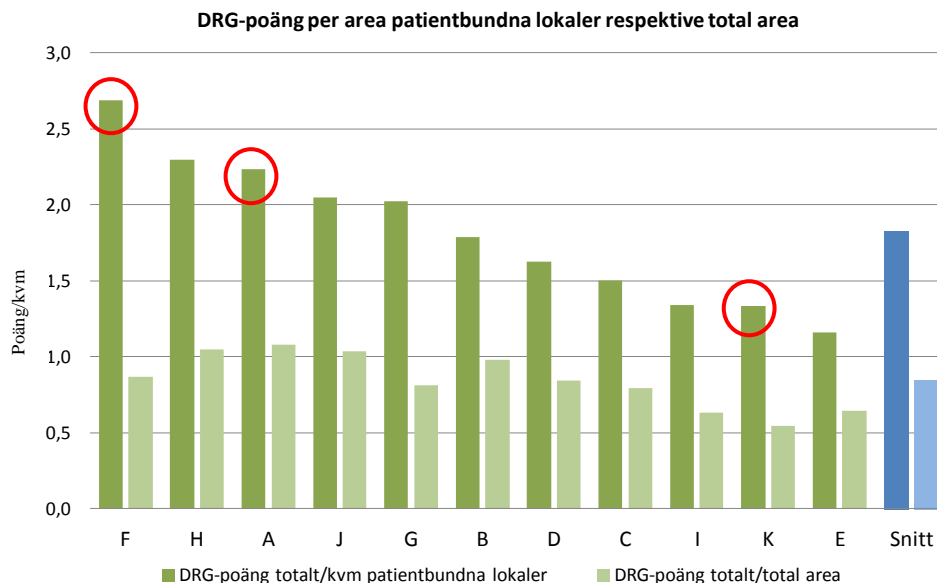
## Vårdproduktion per ytenhet



Figur 8. Antal vårddagar per ytenhet

Nyckeltalen visar att de till ytan minsta klinikerna (H och J) har flest vårddagar såväl per kvm patientyta som per total yta. Även klinik F har många vårddagar sett till patientbunden yta.

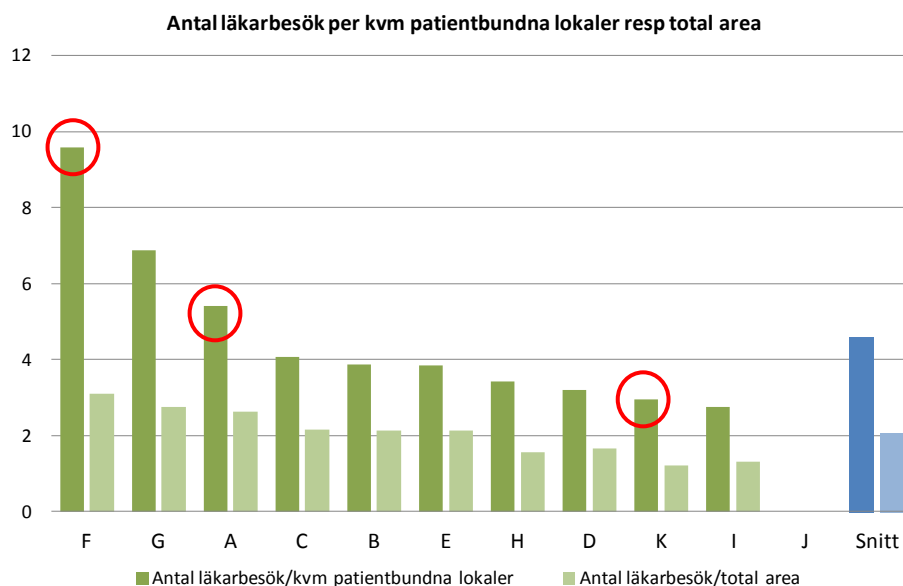
Klinik K ligger lägst både i antal vårddagar per kvm patientbunden yta och per kvm yta totalt. Särskilt intressant är att identifiera kliniker med få vårddagar per total area. Frågan är om det är möjligt att effektivisera lokalanvändningen särskilt mycket på just sådana kliniker? Eller åtminstone öka vårdverksamheten väsentligt utan omfattande investeringar och tillbyggnader?



Figur 9. Antal DRG-poäng per ytenhet

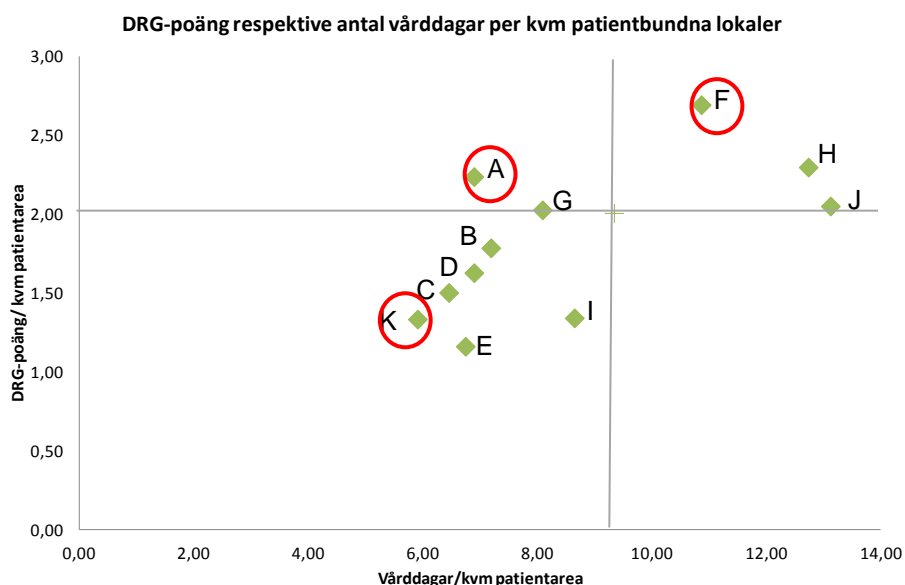
Klinik F redovisar högst nyckeltal när det gäller DRG-poäng per kvadratmeter patientbunden yta, dvs. högst vårdtyngd per kvadratmeter. Eftersom klinik F har stor andel övrig yta dras resultatet ner något när man tittar på DRG-poäng per total yta. Klinik A redovisar höga nyckeltal avseende såväl patientbunden som

total yta. Även de ”små klinikerna” (H och J) redovisar stor vårdtyngd per ytenhet.



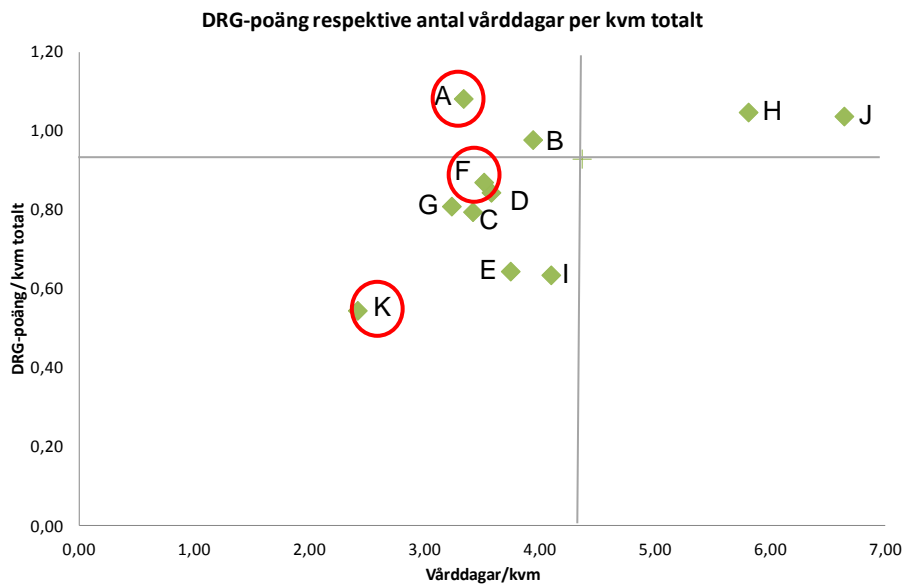
Figur 10. Antal läkarbesök per ytenhet

Som noterats tidigare har klinik F en påfallande liten andel patientbundna lokaler, vilket givetvis visar sig även när antal läkarbesök per kvadratmeter patientbunden yta studeras. Noterbart är dock att kliniken även redovisar högst nyckeltal avseende antal läkarbesök per total area. Även klinik A hamnar högt när nyckeltalen för antal läkarbesök per kvm redovisas. Klinik K redovisar lägst nyckeltal avseende läkarbesök per total yta och lågt även för läkarbesök per patientbunden yta. Klinik K:s nyckeltal indikerar sammantaget ett relativt ineffektivt lokalutnyttjande.



Figur 11. Vårdproduktion per kvm patientbundna lokaler

Figur 11 visar ett annat sätt att åskådliggöra nyckeltalen för vårdproduktion per patientarea. Här syns tydligt att det är de två mindre klinikerna samt klinik F som redovisar högst vårdproduktion per ytenhet. Klinik K redovisar låga nyckeltal.



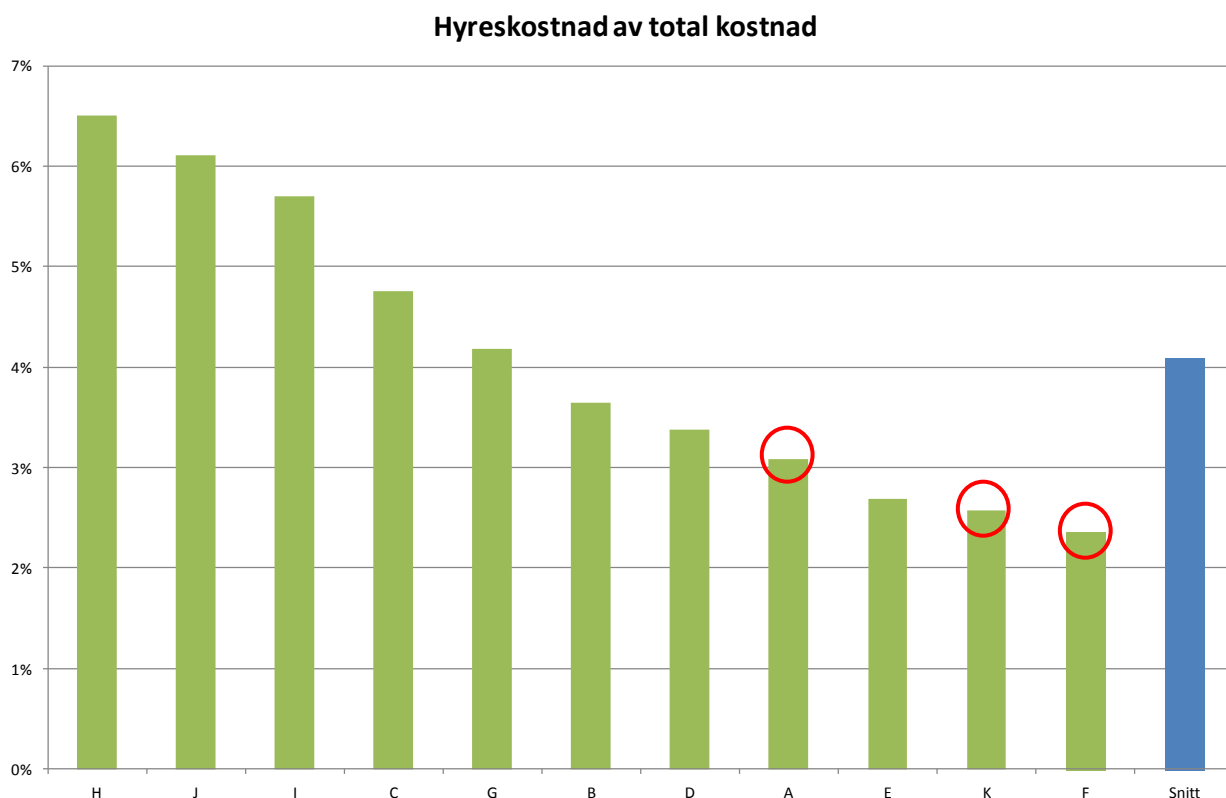
*Figur 12. Vårdproduktion per kvm totalt*

Om nyckeltalen för vårdproduktion per total yta studeras ses en minskning för klinik F. Det är fortfarande de små klinikerna som redovisar högst siffror och för klinik K försämras nyckeltalen relativt övriga kliniker.

## Lokalkostnader i relation till vårdkostnader och vårdproduktion

En ytterligare aspekt vid sidan av jämförelser mellan vårdens omfattning och areakonsumtionen för de olika klinikerna, är hur stora lokalkostnaderna är i förhållande till vårdkostnaden. Lokalkostnaderna beror primärt dels på hur stor yta en klinik disponerar och dels på vilket hyressystem som tillämpas. I de flesta landsting är hyran, uttryckt i kr per kvm, en funktion av hur stora investeringar som genomförts i lokalerna, när de genomfördes samt hur stora drift- och underhållskostnaderna är.

### Lokalkostnader i relation till vårdkostnader: Hyreskostnad

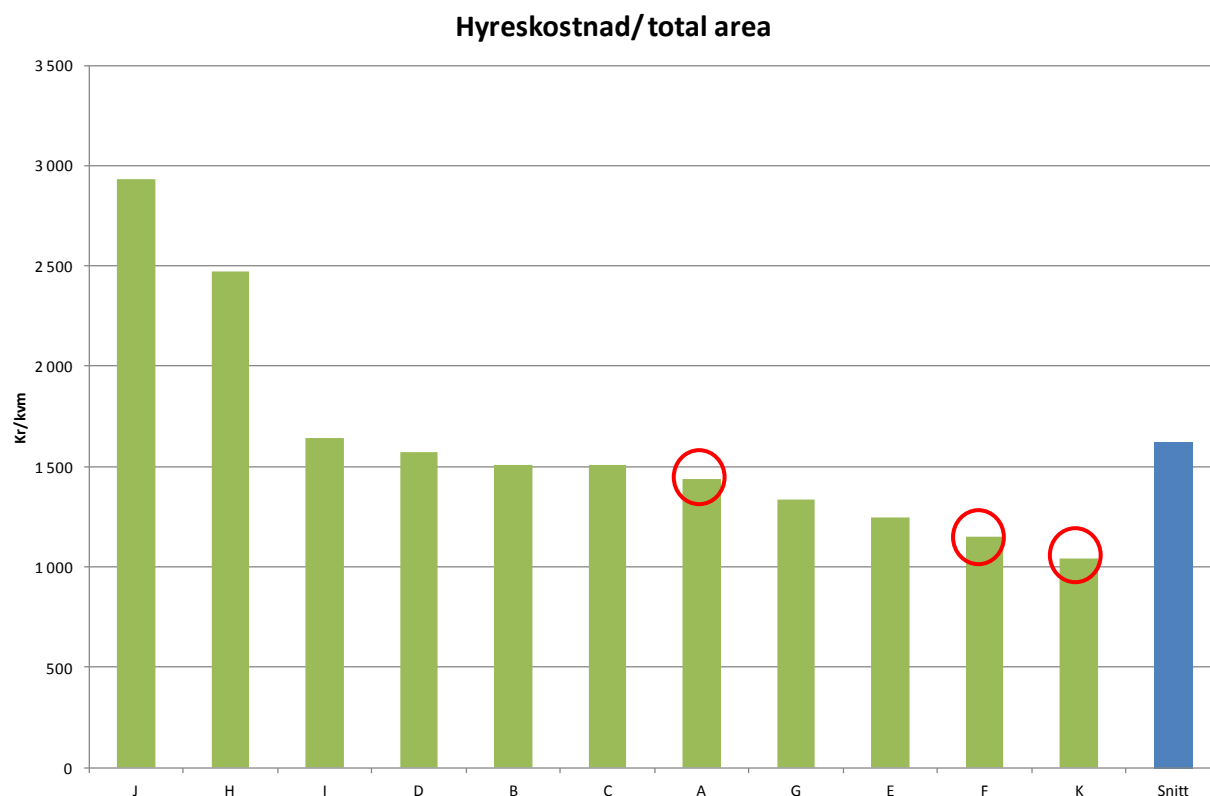


Figur 13. Hyreskostnadens andel av den totala kostnaden

Nyckeltalen visar att hyreskostnaden i genomsnitt är 4,1 % av den totala kostnaden. Majoriteten av kostnaden för vården genereras alltså inte av lokalerna utan kan snarare härledas från personalkostnader, utrustning, läkemedel etc.

Hyreskostnadens andel av totalkostnaden är högst för de små klinikerna (H, J) och lägst för klinik F.

## Lokalkostnader i relation till vårdkostnader: Hyreskostnad kr/kvm



Figur 14. Hyreskostnad (kr/kvm)

Nyckeltalen för hyreskostnad per kvadratmeter visar att klinik F och K har lägst hyra/kvm. Sedan tidigare har nyckeltalen visat att klinik F har en påfallande låg andel patientbundna lokaler, och därmed ineffektiva lokaler, vilket man kan anta återspeglas i den lägre hyresnivån. Nyckeltalen har dessutom visat att klinik K har en låg nyttjandegrad av sina lokaler med t.ex. lågt antal DRG-poäng, få läkarbesök och få vård dagar per ytenhet.

### Slutsatser av nyckeltalsjämförelsen

Fokus i rapporten har som nämnts inledningsvis inte legat på att utvärdera och jämföra de medverkande klinikerna, utan snarare på frågan om det på ett rimligt sätt går att definiera lokalarer och lokalkostnader som kan relateras till olika typer av vårdverksamhet och etablerade metoder att kvantifiera själva vårdverksamheten. För att få en uppfattning i huvudfrågan har det ändå krävts en analys och utvärdering av de olika klinikerna. Resultatet av nyckeltalsjämförelsen kan sammanfattas i nedanstående punkter:

- Klinikerna A och F har en hög vårdproduktion i förhållande till lokalvolym och utmärker sig positivt avseende ett flertal av de studerade nyckeltalen. Båda klinikerna finns på centrallasarett/länssjukhus.
- Klinik F har en påfallande liten andel patientbundna lokaler, men en stor vårdproduktion på denna yta.
- Klinik K däremot har en låg nyttjandegrad av sina lokaler med t.ex. lågt antal DRG-poäng, få läkarbesök och få vård dagar per ytenhet. I likhet med klinikerna A och F tillhör även denna klinik ett länssjukhus, vilket borde tyda på liknande typ av verksamhet. Analysen visar därför att det

finns mycket stora möjligheter att utöka vårdproduktionen på klinik K utan att det behöver medföra större lokalinvesteringar.

- De små klinikerna (H, J) förefaller ha en hög vårdproduktion i förhållande till lokalvolym. De små klinikerna har till synes effektiva lokaler. Samtidigt har de högre hyra/kvm och hyreskostnadens andel av nettokostnaden är högst bland de studerade klinikerna.
- För att fördjupa förståelsen av studiens resultat kan man i ett kommande steg jämföra lokalutformningen mellan kliniker med relativt effektivt lokalutnyttjande (A och F) med kliniker med lågt lokalutnyttjande (främst klinik K). Sådana jämförelser kan öka förståelsen för hur olika layouter kan skapa förutsättningar för ett effektivt lokalutnyttjande.

## Kvalitet och effektivt lokalutnyttjande

Det ligger i sakens natur vid analyser av produktivitet och effektivitet att man försöker konstruera nyckeltal som på olika sätt beskriver input i förhållande till output (produktivitet) och grad av måluppfyllelse (effektivitet). Sådana nyckeltal beskriver vanligtvis hur mycket vårdverksamhet som utförs på en viss lokalarea eller hur stor lokalkostnaden är i förhållande till den totala verksamhetskostnaden m.m. Frågan är hur stor risken är att man i strävan efter produktivitet och effektivitet tappar kvalitetsdimensionen? En klinik kanske har ett effektivt lokalutnyttjande genom att man har flerpatientrum istället för en-patientrum. Tveklöst är lokalutnyttjandet effektivare i den förra lösningen än i den senare. Men för de flesta patienter är sannolikt kvalitetsupplevelsen större i enpatientrummet, åtminstone om man behöver vistas på sjukhuset en längre period. Jämförelser mellan olika lokallösningar måste också innehålla en analys av faktorer som ligger utanför vad som enkelt kan mätas i ett nyckeltal. Lösningen är att exempelvis klassificera kliniker med vårdavdelningar med flerpatientrum för sig. På samma sätt har man historiskt byggt sjukhus med enkel- eller dubbelkorridorsystem, vilket i sig skapar olika förutsättningar för jämförelser mellan olika lokaler.

# Slutsatser om att generera nyckeltal som beskriver vårdverksamhet i förhållande till lokalanvändning

Genomgången av nyckeltal ovan visar att det är möjligt att ta fram olika typer av nyckeltal där vårdverksamhetens omfattning och kostnader ställs i relation till lokalutformning, volymer och lokalkostnader. En första slutsats är att det krävs ett batteri av nyckeltal för att spåra eventuella skillnader i effektivitet. Man måste beskriva både verksamhetens omfattning, lokalvolym och kostnader. Sammantaget kan en sådan uppsättning av nyckeltal ge en mer rättvis bild av eventuella skillnader mellan klinikernas lokalutnyttjande.

Begränsningen i denna studie ligger, liksom i pilotstudien, i det fåtal kliniker som studerats. Det är därmed svårt att mer entydigt uttala sig om effektivitetsskillnader i lokalutnyttjandet mellan de 10 (11) klinikerna. Resultaten indikerar visserligen att klinikerna A och F har en hög vårdproduktion i förhållande till lokalvolym och utmärker sig positivt inom ett flertal av de studerade nyckeltalen. Båda klinikerna finns på centrallasarett/länssjukhus. Klinik K, som också är ett länssjukhus, har däremot en låg nyttjandegrad av sina lokaler med t.ex. lågt antal DRG-poäng, få läkarbesök och få vård dagar per ytenhet. Analysen visar därför att det finns mycket stora möjligheter att utöka vårdproduktionen i klinik K utan att det behöver medföra större lokalinvesteringar.

Värdet av informationen är direkt beroende av hur många kliniker som kan jämföras. Med ett stort antal kliniker kan man identifiera riktvärden för olika nyckeltal och därefter förhålla sig till dessa vid exempelvis beslut om ny- och ombyggnad. Kanske finns det många kliniker med betydligt effektivare lokalanvändning än de elva klinikerna i studien? När denna studie startades var målet att få med 20-30 kliniker, men av olika anledningar blev det i slutändan endast 10 medicinkliniker som deltog.

Med ett breddat deltagande finns möjligheter att successivt komplettera de nuvarande nyckeltalen och skapa en databas med nyckeltal som beskriver vårdverksamheten i relation till lokalanvändningen och som omfattar ett stort antal kliniker. Vid sidan av att utarbeta definitioner och mätregler i samverkan mellan ett flertal landsting, finns också möjligheter att underlätta ett antal tekniska svårigheter med att generera nyckeltal.

## **Datinsamling - Tung arbetsinsats**

Projektgruppens medlemmar upplevde arbetet med datinsamling som tungt, såväl när det gäller nyckeltal som beskriver olika klinikers vårdtyngd, kostnader och bemanning m.m. som mätning och klassificering av lokalytor och lokalkostnader. Inom landstinget i Jönköping, som även deltog i pilotstudien och därmed har tidigare erfarenhet av datinsamlingen, uppskattar man att man lagt ner omkring 1 dag per klinik för datinsamling. Inom landstinget Blekinge, som medverkade för första gången, har datinsamlingen tagit totalt 4-5 dagar för en medicinklinik uppdelad på två filialer. Även övriga projektgruppsmedlemmar vittnar om en omfattande arbetsinsats för att få fram data.

Med en tung arbetsinsats för datainsamlingen måste värdet av output från nyckeltalsjämförelsen vara högt. Projektgruppen har därför diskuterat möjligheten att i SKL:s regi i framtiden kunna vidga det nuvarande nyckeltalsarbetet inom landstingen som omfattar yt- och kostnadsredovisning i förvaltningen genom att erbjuda ytterligare två nivåer av nyckeltalsjämförelser:

- En enklare variant som skulle kunna begränsas till att endast samla in och redovisa t.ex. ett antal klinikers totalyta och DRG-poäng och därmed jämföra DRG-poäng per kvadratmeter. Uppdateringar skulle förslagsvis kunna ske med treårsintervall. När alla landsting inom ett par år infört KPP (kostnad per patient) kan man eventuellt gå över till detta mått istället för DRG-poäng, som ibland upplevs svårt att få fram på kliniknivå.
- En mer omfattande variant med möjlighet till fördjupning för de som vill gå längre, t.ex. inför om- eller tillbyggnationer som omfattar hela nyckeltalsbatteriet enligt denna studie. Denna förutsätter tydliga definitioner av alla nyckeltal för att säkerställa jämförbarhet.



# Kommentar av Erik Pålsson

Det råder idag osäkerhet om hur vi på ett bra sätt kan mäta och redovisa vårdproduktion. Inom vårdstatistiken används i varierande omfattning DRG och KPP som mätetal, och ibland används båda två. Trenden pekar dock mot att KPP inom några år blir det mest använda mätetalet.

I rapporten kan vi också läsa att det är svårt att på ett enkelt sätt koppla vårdproduktionen till specifika delar av vårdlokalerna. Olika kliniker, vårdavdelningar och mottagningar placerar sina ansvarsgränser och kostnadsredovisar på olika sätt. Ibland kan det även vara så att resultatredovisningen inte stämmer överens med hyresavtalens lokalytor.

Det finns dock en vilja och ambition att göra vårdstatistiken bättre och mer enhetlig. Landstingen och regionerna utvecklar kontinuerligt vårdstatistiken tillsammans med SKL. Inom ett par år kommer statistiken förhoppningsvis att bli både enklare och mer sökbar.

I väntan på utvecklingen av vårdens produktionsstatistik bör fastighetsorganisationerna utföra ett betydande förberedande arbete.

Ett första steg kan vara att varje fastighetorganisation tar fram en gemensam klassificering av lokalytorna i sin fastighetsdatabas. (Inom PTS-samarbetet kommer en klassificering av lokaler att tas fram under år 2013.) Flera organisationer använder Landlord, ett system som möjliggör klassificeringar och sökningar av olika lokaltyper.

Ett syfte med klassificeringen är att göra det möjligt att jämföra nyckeltal både i befintligt bestånd, vid nybyggnation och vid större ombyggnader. Intressanta jämförelser som då blir möjliga är till exempel andelen lokaler för vårdproduktion eller för administration, i förhållande till projektets totala yta. Det är i dag allt viktigare att uppnå bästa möjliga lokaleffektivitet för en verksamhet – att minimera lokalytan till en rimlig nivå utan att göra avkall på arbetsmiljö, hygien, säkerhet, tillgänglighet etc. Redan i ett tidigt skede i lokalplaneringen registreras denna rumsklassning i första lokalförteckningen och följer sedan projektet i RFP och projektering. Det ger tidigt signaler om dessa viktiga ytrelationer.

Det saknas i dag jämförbara nyckeltal mellan vårdproducerande ytor och övriga ytor. Med ett större underlag skulle vi kunna säkra varje projekts lokaleffektivitet. Även om hyreskostnaden utgör en mindre andel av den totala driftskostnaden är det ändå viktigt att minimera kostnaden. Det är dessutom av stor betydelse att kunna tillhandahålla goda beslutsunderlag vid investeringar.

*Erik Pålsson, fastighetsdirektör i landstinget i Jönköpings län*

# Bilaga. Definitioner av lokalytor

## 1. Patientbundna lokaler

Anhörigrum	Isoleringsrum
Arbets ekg	Mottagningsrum
Arbetsstation	Omklädningsrum patient
Arbetsterapi	Pacem. Mott
Avdelningsexpedition	Patientsal
Avdelningsstation	Patientrum
Avtvättningsrum	Patientrum isolering
Behandlingsrum	Provtagningsrum
Beredningsrum	Reception patient
Blodmottagning	Rwc patient
Central ekg	Samtalsrum
Dagrum	Toalett patient
Dagrum / matrum	Tvätttrum patient
Dagvård	Ukg rum
Desinficeringsrum	Undersköterskemottagning
Dialysrum	Undersökningsrum
Eeg rum	Vattenrening
Ekg rum	Våg
Exp. Diabetes	Vårdrum
Fotvårdsexp	Väntrum
Funktionsrum	Wc patient
Granskningsrum	

## 2. Personalbundna lokaler:

Data	Kopieringsrum
Dikteringsrum	Kök
Diskrum	Läkarexpedition
Dusch personal	Omklädningsrum
Duschrum personal	Pentry
Expedition	Personalrum
Forskningsrum	Rwc personal
Förrum	Sekreterarrum
Grupprum	Sjuksköterskeexpedition
Hwc	Skrivplats
Hygienrum	Skrivrum
Journalrum	Skyddsrum
Jourrum	Toalett personal
Kapprum	Wc personal
Konferensrum	Wc / dusch personal

Verkstad  
Verkstad övr  
Vilrum

Vitalografrum  
Vätskeförråd  
Övervakning

### 3. Övriga lokaler

Apparatförråd  
Apparatrum  
Arkiv  
Blomrum  
Bäddstation  
Fläktrum  
Förråd  
Förråd tvätt  
Försörjningsstation  
Hall  
Klädförråd  
Korridor  
Källsortering  
Laboratorium  
Linneförråd  
Läkemedel  
Manöverrum

Medicinförråd  
Passage  
Post  
Rullan matrl  
Sluss  
Sopnedkast  
Sterilförråd  
Städ  
Städtrum  
Sängförråd  
Sängväntrum  
Tele  
Telefonhytt  
Trappa  
Trsp.station  
Tvätt  
Tvätttrum

## Värdeeffektiva lokaler

### En pilotstudie i vårdrelaterade lokalnyckeltal

Varje år samlar landstingen och regionerna in kostnadsnyckeltal för fastighetsområdet. Parallellt pågår insamlingar av nyckeltal för vårdverksamheten. Genom att samköra dessa nyckeltal är det möjligt bedöma och analysera lokaler utifrån hur de bidrar till vårdproduktionen.

Vårdrelaterade fastighetsnyckeltal syftar till att se sambanden mellan vårdens produktivitet och tillförda resurser i form av lokaler. Vilka lokaler ger bäst förutsättningar för hög produktivitet? Syftet är att få ett förbättrat underlag om vilka lokaler som ger bäst förutsättningar för vårdverksamhetens produktivitet.

I den här rapporten presenteras ett pilotprojekt där det undersöks om det är möjligt att göra den här typen av effektivitetsmätning. Hur ska mätningen i så fall genomföras och vilken typ av jämförelser är intressanta att göra?

Upplysningar om innehållet  
Felix Krause, felix.krause@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013  
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7164-959-1  
Text: Ted Lindqvist och Anna Rogberg, Evidens  
Produktion: Birgitta Granberg

Ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se). ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7164-959-1