

Analysplan 2017

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Analysplanen finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2016
ISBN 978-91-87213-65-6

Analysplan 2017

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Innehåll

Förord	5
Beslut	7
1. Om analysplanen	9
1.1 Verksamheten är indelad i tre delar	9
2. Vårdanalys strategiska plattform	13
2.1 Vi verkar för en god vård och omsorg som patienter, brukare och medborgare känner förtroende för.....	14
2.2 Vi bidrar med policyrelevanta kunskapsunderlag och rekommendationer rörande vårdens och omsorgens funktionssätt och styrning.....	14
2.3 Vårt arbete bygger på tre ansatser	14
2.4 Verksamheten vägleds av fem bärande principer	15
3. Samhällstrender och utvecklingsområden	19
3.1 Grundläggande samhällstrender och utvecklingsområden.....	19
3.2 Händelser i omvärlden som påverkar hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	20
4. Analysområden	25
4.1 En mer jämlik vård och omsorg	26
4.2 Värdet av samordnad hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	28
4.3 Patienternas syn på personlig integritet i den digitaliserade vården	30
4.4 En mer patientcentrerad vård	32
4.5 Utveckling och lärande i hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	33
4.6 Effektiva vård- och omsorgssystem	35
5. Aktuell respons	41
6. Regeringsuppdrag	45
7. Referenser	51
Vårdanalys tidigare publikationer	55



Förord

I analysplanen för 2017 presenterar vi den huvudsakliga inriktningen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys verksamhet under det kommande året. Analysplanen har tagits fram i nära dialog med myndighetens patient- och brukarråd. Rådets viktigaste uppgift är att identifiera och lämna förslag till angelägna områden för analys och granskning. Planen har beslutats av myndighetens styrelse.

Myndigheten har under de senaste åren stegvis utvecklat analysplanen. Inför 2015 genomförde vi en omfattande omvärldsanalys som utgångspunkt för verksamhetens inriktning, samt lade fast ett antal långsiktiga analysområden. Inför 2016 lade vi fast inriktningen för vårt arbete med det utvidgade uppdraget som omfattar hela socialtjänsten. Analysplanen för 2017 bygger vidare på de två föregående årens analysplaner, men inkluderar dessutom en uppdaterad strategisk plattform för myndighetens hela verksamhet.

Vi har under hösten 2016 genomfört en översyn av myndighetens långsiktiga strategi. Översynen bygger på lärdomar från de första fem årens verksamhet men också på de utvecklingsbehov vi ser mot bakgrund av förändringar i omvärlden. Arbetet har bedrivits av en intern projektgrupp i nära dialog med medarbetare, patient- och brukarråd samt myndighetens styrelse. Genom översynen har vi tydliggjort vad som är vår vision: ett vård- och omsorgssystem som befolkningen känner förtroende för, där tillgängliga resurser används på ett effektivt sätt och där vården och omsorgen utgår från patienternas och brukarnas behov och förutsättningar. Vi har också förtydligat och utvecklat hur vi ser på vårt bidrag till styrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vad vi gör och vilka som är våra vägledande principer. Strategin ska stödja oss i att uppfylla vårt uppdrag utifrån vår instruktion.



Huvuddelen i analysplanen är presentationen av de analysområden som vi ska arbeta med under året. Eftersom vi arbetar med fleråriga analysområden är det en förhållandevis hög grad av kontinuitet i verksamheten. Vi kommer att fortsätta att arbeta med jämlik vård och omsorg, lösningar för en mer samordnad vård och omsorg, en mer patientcentrerad vård samt patienternas syn på integritet. Vi bygger också vidare på vårt inledande arbete med en mer brukarcentrerad och resultatorienterad socialtjänst. Detta arbete utvidgas nu till ett nytt analysområde som fokuserar på utveckling och lärande inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi inleder även arbetet med analysområdet effektiva vård- och omsorgssystem.

Därtill fortsätter vi att arbeta med det vi kallar för *aktuell respons* som innebär att vi löpande och med kort varsel startar upp avgränsade analyser av angelägna och aktuella frågor.

Årets analysplan lägger därmed grunden för vårt arbete med att följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv.

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Beslut

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys överlämnar härmed 2017 års analysplan till regeringen. Analysplanen är framtagen i dialog med myndighetens patient- och brukarråd. Projektdirektören Hanna Sjöberg har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har chefsjuristen Karin Nylén, analyschefen Christofer Montell, projektdirektören Joakim Ramsberg och projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Stockholm den 19 december 2016

Anders Anell
Ordförande

Karin Tengvald
Vice ordförande

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Kerstin Wigzell
Styrelseledamot

Om analysplanen

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) överlämnar varje år en analysplan till regeringen. Den beskriver inriktningen för den egeninitierade verksamheten och utgår från en omvärldsanalys och en nära dialog med Vårdanalys patient- och brukarråd, medarbetare på myndigheten samt myndighetens styrelse. Inför 2015 års analysplan genomfördes en omfattande omvärldsanalys. I arbetet med Analysplan 2016 utvidgades omvärldsanalysen, särskilt med avseende på socialtjänstens utmaningar. Utvidgningen gjordes för att lägga fast hur myndigheten skulle ta sig an det utvidgade uppdraget som omfattar hela socialtjänsten. 2017 års analysplan bygger på de tidigare analysplanerna men också på myndighetens strategiska plattform som tagits fram under 2016.

Först i analysplanen (kapitel 2) beskriver vi myndighetens strategiska plattform. Plattformen beskriver hur och med vilka utgångspunkter vi tar oss an de uppgifter som regeringen har gett myndigheten i instruktionen. I kapitel 3 gör vi en kortfattad beskrivning av grundläggande samhällstrender och angelägna utvecklingsområden. Därefter beskriver vi myndighetens egeninitierade verksamhet i form av de sex analysområden vi kommer att arbeta med under 2017 samt *aktuell respons*. Analysplanen avslutas med en beskrivning av de regeringsuppdrag som myndigheten fått.

1.1 VERKSAMHETEN ÄR INDELAD I TRE DELAR

Myndighetens analysverksamhet är indelad i tre verksamhetsdelar: *analysområden*, *aktuell respons* och *regeringsuppdrag*. De två förstnämnda är egeninitierad verksamhet. Dessa två finansieras genom anslag och beslutas av myndighetens styrelse genom den här analysplanen.



Analysområden

Utifrån vår omvärldsanalys och dialog med vårt patient- och brukarråd väljer vi ett antal övergripande analysområden där vi vill bidra långsiktigt. Arbetet inom ett analysområde pågår i 2–4 år. Ett analysområde kan prioriteras om det

- uppfattas som angeläget av patienter, brukare och medborgare
- bedöms vara betydelsefullt för beslutsfattare på 1–5 års sikt
- är särskilt angeläget genom att det exempelvis rör tillstånd med hög allvarlighetsgrad, utsatta grupper, omfattar stora omotiverade skillnader, berör ett stort antal individer eller är av stor ekonomisk betydelse.

Analysområdena anger inriktningen för Vårdanalys arbete. De specifika projekten som ska drivas inom respektive analysområde preciseras i myndighetens verksamhetsplan.

Aktuell respons

Inom verksamheten *aktuell respons* kan vi med kort varsel initiera och genomföra avgränsade analyser av angelägna frågor med hög aktualitet. Relevanta frågor identifieras genom en kontinuerlig omvärldsbevakning, genom patient- och brukarrådet eller genom tips från allmänheten. Projekten är av kortare karaktär och resultaten presenteras normalt inom tre till sex månader.

Regeringsuppdrag

Utöver den egeninitierade verksamheten får Vårdanalys uppdrag av regeringen. Regeringen ger dessa uppdrag i myndighetens regleringsbrev men också löpande under året. Normalt åtföljs regeringsuppdragen av särskild finansiering för att värna styrelsens mandat att styra inriktningen på den egeninitierade verksamheten.



Vårdanalys strategiska plattform

Under 2016 har vi utvecklat Vårdanalys strategiska plattform. Syftet med den strategiska plattformen är att stärka våra möjligheter att uppfylla Vårdanalys uppdrag och skapa mesta möjliga nytta – för beslutsfattare och i förlängningen för patienter, brukare och medborgare. Genom översynen har vi framför allt tydliggjort vad som är Vårdanalys roll och bidrag, samt utvecklat de vägledande principerna för verksamheten.

Nedanstående bild sammanfattar myndighetens strategiska plattform.



2.1 VI VERKAR FÖR EN GOD VÅRD OCH OMSORG SOM PATIENTER, BRUKARE OCH MEDBORGARE KÄNNER FÖRTROENDE FÖR

Vårdanalys verkar för ett vård- och omsorgssystem som befolkningen känner förtroende för, där resurser används på ett effektivt sätt och där vården och omsorgen utgår från patienternas och brukarnas behov och förutsättningar.

2.2 VI BIDRAR MED POLICYRELEVANTA KUNSKAPSUNDERLAG OCH REKOMMENDATIONER RÖRANDE VÅRDENS OCH OMSORGENS FUNKTIONSSÄTT OCH STYRNING

Vårdanalys tar fram kunskapsunderlag om vårdens och omsorgens funktionssätt, det vill säga dess strukturer, processer och resultat. Vi ger även rekommendationer för hur styrningen inom sektorn kan förbättras. Vårdanalys bidrag ska vara policyrelevant. Det innebär att frågorna som vi behandlar ska vara angelägna, nu eller ur ett framtidsperspektiv, och att våra rapporter ska vara användbara för beslutsfattare på nationell, regional eller lokal nivå.

2.3 VÅRT ARBETE BYGGER PÅ TRE ANSATSER

Vårdanalys arbete bygger på de tre kompletterande ansatserna *utvärderingar av reformer och satsningar*, *problembaserad analys och granskning*, samt *strukturerade jämförelser*.

Utvärderingar av reformer och satsningar

Vi utvärderar genomförandet och effekterna av nationella reformer och satsningar för dem de ytterst är till för: patienter, brukare och medborgare. Många gånger gäller det statliga reformer eller insatser för att förbättra en viss kvalitetsdimension eller situationen för en viss målgrupp. Det kan även handla om att utvärdera större initiativ som drivs av kommuner och landsting.

Problembaserad analys och granskning

Problembaserade analyser och granskningar utgår från vårdens och omsorgens vardag där patienter, brukare, närstående, professioner och stödsystem möts. Vi fokuserar på områden med brister och stor förbättringspotential. Dessa kan identifieras exempelvis genom förslag från myndighetens patient- och brukarråd eller från allmänheten, genom analyser av statistik och annat material eller till följd av samhällshändelser och debatter.

Strukturerade jämförelser

Möjligheterna till strukturerade jämförelser av kvaliteten och effektiviteten inom vården och omsorgen förbättras kontinuerligt. Genom att jämföra resultaten för olika grupper i befolkningen, kommuner, landsting och länder kan vi identifiera omotiverade skillnader liksom förbättringsområden och framgångsfaktorer.

2.4 VERKSAMHETEN VÄGLEDTS AV FEM BÄRANDE PRINCIPER

Vårdanalys verksamhet vägleds av de bärande principerna *patientens, brukarens och medborgarens perspektiv, oberoende analys, konstruktiv ansats, vetenskapligt förhållningssätt* och *kommunikativt arbetssätt*.

Patientens, brukarens och medborgarens perspektiv

Enligt Vårdanalys instruktion ska myndigheten bedriva sin verksamhet ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Patient- och brukarperspektivet innebär att myndigheten i första hand betraktar hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur dessa perspektiv snarare än ur huvudmännens, verksamheternas eller professionernas. Medborgarperspektivet innebär att myndigheten samtidigt värnar befolkningens intresse av ett långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem där resurserna används på ett effektivt sätt. Det innebär att patient- och brukarperspektivet ibland behöver vägas mot medborgarperspektivet.

Oberoende analys

Vårdanalys är en statlig myndighet som lyder under regeringen. Samtidigt är myndigheten inrättad som en oberoende och renodlad analysmyndighet. Det innebär att myndigheten är fristående i förhållande till politikens och lagstiftningens implementering, vilket möjliggör oberoende utvärdering av alla delar och aktörer i systemet. Utrymmet för egeninitierad verksamhet gör också att vi i stor utsträckning själva, i samråd med myndighetens patient- och brukarråd, kan välja angelägna områden för analys och granskning.

Konstruktiv ansats

Vårdanalys bedriver sitt analysarbete utifrån en konstruktiv och lösningsorienterad ansats. Fakta presenteras alltid som den är, men våra uppföljningar och utvärderingar syftar inte i första hand till att kontrollera och ställa någon till svars. Istället vill vi bidra till lärande och till att skapa förutsättningar för utveckling. Vi uppnår detta genom att erfarenheter, kunskap och statistik inte bara redovisas utan också analyseras i förhållande till den aktuella kontexten.

Vetenskapligt förhållningssätt

Vårdanalys bidrag ska vara policyrelevant. En central komponent är att myndighetens rapporter uppfattas som tillförlitliga och håller hög kvalitet. För att uppnå detta strävar vi efter att tillämpa vetenskapliga principer och metoder. Samtidigt måste myndigheten ha förmåga att leverera inom snäva tidsramar och kunna acceptera en viss osäkerhet i analyserna. Vårdanalys utredningsmetodik bygger därför på en medveten och ändamålsenlig avvägning mellan vetenskaplig rigorositet, effektiva processer och behovet av användbara kunskapsunderlag.

Kommunikativt arbetssätt

Vårdanalys eftersträvar ett arbetssätt som är kontaktskapande, inlyssnande och relationsbyggande. Det är nödvändigt att vi för en dialog med aktörer inom sektorn och är närvarande i relevanta sammanhang för att förstå våra målgruppers behov och förutsättningar och för att kunna identifiera angelägna frågor. Att vara kommunikativ innebär även att vi på ett effektivt och genomtänkt sätt skapar intresse för och sprider resultatet av vårt arbete till målgrupperna.



Samhällstrender och utvecklingsområden

Det finns ett antal grundläggande samhällstrender som utmanar hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att möta konsekvenserna av dessa trender behövs ett kontinuerligt utvecklingsarbete inom centrala områden. Händelser och förändringar i omvärlden påverkar hälso- och sjukvården och socialtjänsten också på kort sikt. För en mer omfattande beskrivning av grundläggande samhällstrender och utvecklingsområden hänvisar vi till Analysplan 2016 (Vårdanalys 2016).

3.1 GRUNDLÄGGANDE SAMHÄLLSTRENDER OCH UTVECKLINGSMRÅDEN

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten är verksamheter som på många sätt skiljer sig åt men som också har viktiga gemensamma nämnare. Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten påverkas av två grundläggande samhällstrender som i sin tur påverkar förutsättningarna för verksamheterna. Dessa trender är:

- Demografiska förändringar
- Kunskaps- och teknikutveckling

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten måste förhålla sig till dessa övergripande trender. Vid bristande anpassning riskerar det exempelvis att uppstå ojämlikheter mellan olika grupper. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan huvudsakligen möta utmaningarna genom att ständigt bedriva

ett kvalitetsorienterat innovationsarbete, genom systematiskt förbättrings- och effektiviseringsarbete, skärpta prioriteringar och begränsningar av det offentliga åtagandet samt via ökad finansiering. Vårdanalys huvudsakliga inriktning för det egeninitierade arbetet består i att analysera hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan stärka sin förmåga att leverera en kvalitativt god och jämlik vård och omsorg genom systematiskt kvalitetsarbete och effektiviseringar av olika slag. Viktiga utvecklingsområden för detta är:

- Krav på högre förändringstakt
- Behov av att förebygga ohälsa och utsatthet
- Behov av att öka patient- och brukarcentreringen
- Behov av att förbättra samordningen och kontinuiteten
- Behov av att effektivisera personella resurser och säkra kompetensförsörjningen

För socialtjänstens del är det också särskilt angeläget att skapa bättre förutsättningar för att följa upp resultaten av insatserna både för den enskilde brukaren och på verksamhetsnivå, och att lära av dessa resultat. Det är en grundförutsättning för att kunna förbättra och säkerställa kvaliteten. I stor utsträckning saknas denna förutsättning i dag i socialtjänsten.

3.2 HÄNDELSE I OMVÄRLDEN SOM PÅVERKAR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH SOCIALTJÄNST

Förutom de grundläggande långsiktiga samhällstrenderna finns det också händelser och trender som påverkar samhället generellt och/eller välfärdstjänsterna specifikt på kort sikt.

En sådan stor omvärldsförändring är att krig och oro i världen har ökat antalet flyktingar kraftigt de senaste åren. Det har inneburit utmaningar för kommuner och landsting att utföra sitt uppdrag; socialtjänsten har ett stort ansvar för boende, skola och övrig välfärd för flyktingar med ersättning från Migrationsverket. Inte minst har det stora antalet ensamkommande barn kraftigt ökat efterfrågan på platser i familjehem och hem för vård och boende (HVB) (Vårdanalys 2016a). Antalet barn och unga som var placerade utanför hemmet någon gång under året har fördubblats mellan 2013 och 2015. Under 2016 har antalet flyktingar som kommer till Sverige minskat jämfört med 2015. Men även om antalet flyktingar har minskat jämfört med året innan kommer välfärdssystemet och civilsamhället att ha fortsatt stora åtaganden för att integrera och stödja människor som nyligen har kommit till landet. Det råder också ett mer osäkert läge i allmänhet i Europa och världen jäm-

fört med för några år sedan. Brexit, det amerikanska presidentvalet 2016, Rysslands förhållningssätt till omvärlden, ökat terrorhot, instabilitet och krig i Mellanöstern påverkar hela samhället och därmed också förutsättningarna för välfärdstjänsterna. Detta gäller inte minst hur välfärden prioriteras i förhållande till andra politikområden.

En tredje omvärldsförändring vi ser är att andelen i befolkningen som anser att hälso- och sjukvården fungerar bra har minskat under de senaste åren. Endast en tredjedel tycker att systemet fungerar bra, vilket är en minskning med 13 procentenheter sedan 2010 (Vårdanalys 2016b). Denna trend omfattar också uppfattningen om hälso- och sjukvårdssystemet hos läkare som arbetar i primärvården (Vårdanalys 2015). Däremot har inte befolkningen samma bild av kvaliteten i vården – 74 procent anser att kvaliteten i hälso- och sjukvården är utmärkt, mycket bra eller bra. Att befolkningen har ett högt förtroende för välfärdstjänsterna och de myndigheter som utför dem är en förutsättning för den offentliga och solidariskt finansierade hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bristande förtroende kan också få konsekvenser för systemeffektiviteten – om förtroendet för exempelvis primärvården sjunker kan fler patienter söka sig till sjukhus för vård som kunde ha utförts i primärvården.

Även inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten sker förändringar som utmanar verksamheterna både på kort och lång sikt. Vissa består i omfattande utvecklingsarbeten, andra i händelser som verksamheterna måste hantera. Några exempel är nya besöksformer i primärvården med digitala vårdmöten, upphandling av nya journalsystem i flera landsting och regioner, arbeten med omstruktureringar mellan olika nivåer i vården samt brist på vårdplatser och kompetenser.





Analysområden

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förmåga att arbeta med utvecklingsfrågor är avgörande för att långsiktigt kunna leverera en god och jämlik hälso- och sjukvård och socialtjänst utifrån patienters och brukares behov. Utifrån dessa utgångspunkter, grundläggande samhällstrender och utvecklingsområden har Vårdanalys identifierat sex analysområden med stor relevans för patienter, brukare och medborgare. De har bäring på centrala delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten och är utformade för att ta sig an grundorsaker till problem och leda fram till kunskap som kan ligga till grund för beslut om förändringar. De sex analysområdena är:

1. *En mer jämlik vård och omsorg.* Hur kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förhindra omotiverade skillnader?
2. *Värdet av samordnad hälso- och sjukvård och socialtjänst.* Hur kan behoven av samordning mötas?
3. *Patienternas syn på personlig integritet i den digitaliserade vården.* Hur vill patienterna, brukarna och allmänheten att integritetsskyddet av deras digitala vårddata ska utformas för att möjliggöra god vård, kvalitetsutveckling och forskning?
4. *En mer patientcentrerad hälso- och sjukvård.* Vad kan vi lära från forskningen och från andra länders arbete för att påskynda utvecklingen mot en mer patientcentrerad vård?
5. *Utveckling och lärande i hälso- och sjukvård och socialtjänst.* Hur kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bli mer lärande och utvecklingsinriktad?
6. *Effektiva vård- och omsorgssystem.* Vilka är framgångsfaktorerna för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård och omsorg?



Avsikten med analysområdena är att ange inriktningen för Vårdanalys egeninitierade och anslagsfinansierade verksamhet. De specifika projekt som kommer drivas inom respektive analysområde preciseras i myndighetens verksamhetsplan.

4.1 EN MER JÄMLIK VÅRD OCH OMSORG

Hur kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förhindra omotiverade skillnader?

Oavsett vem man är och var man bor ska varje enskild person, patient, brukare och närstående känna sig trygg i att ha tillgång till god vård och omsorg. Därför är en jämlik vård och omsorg angelägen ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv.

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor oavsett till exempel bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, sexuell läggning och etnisk eller religiös tillhörighet. Det finns många skillnader i vårdens resultat och genomförande, men ojämlik vård är bara de skillnader som inte kan förklaras av till exempel medicinskt motiverade överväganden, patientens preferenser eller andra legitima skäl.

Socialtjänstens mål är bland annat att främja jämlikhet i levnadsvillkor och öka varje individs möjligheter till delaktighet i samhället. På liknande sätt som inom hälso- och sjukvården innebär detta inte nödvändigtvis identiska insatser till alla, utan en anpassning efter individens förutsättningar och behov.

Utvärderingar av hälso- och sjukvården indikerar att vården inte når fram till målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen (Vårdanalys 2014) eller likvärdiga resultat för hela befolkningen. Det finns både geografiska skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper. Till exempel finns det stora variationer mellan landstingen och regionerna när det gäller väntetider och hur väl de håller vårdgarantins tidsgränser (Vårdanalys 2014, 2015a). En skillnad gäller så kallad *undvikbar slutenvård*, som mäter i vilken utsträckning slutenvård för vissa diagnoser kan undvikas genom preventivt arbete och omhändertagande i öppna vårdformer. Den undvikbara slutenvården är mer än dubbelt så vanlig bland lågutbildade än högutbildade (Socialstyrelsen 2013). Även när det gäller specifika och enskilda åtgärder som läkemedelsbehandling eller operationer finns det betydande skillnader (Vårdanalys 2014). Det är också väl känt att hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen.

Hälso- och sjukvården kan bidra till ökad jämlikhet på flera sätt, bland

annat genom att erbjuda insatser och behandling, rehabilitering och habilitering på lika villkor med likvärdiga resultat, göra vården mer tillgänglig så att alla söker sig dit vid behov samt arbeta med förebyggande insatser så att sjukdom och ohälsa minskar. Det finns också en föreställning om att förebyggande insatser i sig leder till en mer jämlik hälsa, men våra analyser av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete visar att detta inte är tillräckligt (Vårdanalys 2016c). Om vårdens arbete ska kunna bidra till målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation behöver arbetet vässas med systematiskt jämlikhetsfokus.

I dag saknas det i stor utsträckning kunskap om huruvida det finns omotiverade skillnader inom socialtjänsten (Vårdanalys 2016d), där det i jämförelse med hälso- och sjukvården gjorts väsentligt färre jämlikhetsanalyser. De studier som genomförts behandlar främst frågor om hur män respektive kvinnor bemöts. En förklaring till att området är bristfälligt belyst, och som framkommer i vår förstudie (Vårdanalys 2016d), är att förutsättningarna för att belysa eventuella omotiverade skillnader med hjälp av olika datakällor överlag är begränsade. Ett exempel på ett område där det särskilt saknas kunskap om jämlika insatser är den sociala barn- och ungdomsvården. Det är centralt att insatserna ges på ett jämlikt vis, särskilt eftersom att insatserna riktar sig till en utsatt grupp och många gånger får livslånga konsekvenser, bland annat på hälsa, utbildning, personlig utveckling och yrkesliv.

Fokus för Vårdanalys arbete

Vårdanalys har hittills publicerat ett antal rapporter med särskilt fokus på jämlikhet (Vårdanalys 2014, 2016c, 2016d). Vi kommer nu att bygga vidare på detta tidigare arbete och fortsätta analysera olika aspekter av jämlikhet i vården och omsorgen. Under 2017 kommer vi bland annat belysa hur väntetider, behandling och resultat inom cancervården skiljer sig mellan befolkningsgrupper och olika delar av landet samt mellan stad och landsbygd.

Vårdanalys kommer även att belysa i vilken utsträckning det finns omotiverade skillnader mellan olika grupper av barn som får insatser inom sociala barn- och ungdomsvården. Tänkbara förklaringar till eventuella skillnader ska identifieras liksom tänkbara åtgärder för att motverka de omotiverade skillnaderna. Ett ytterligare syfte är att beskriva hur uppföljningen av omotiverade skillnader kan stärkas och systematiseras.

4.2 VÄRDET AV SAMORDNAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH SOCIALTJÄNST

Hur kan behoven av samordning mötas?

Allt fler lever allt längre tid med kroniska sjukdomar samtidigt som kunskapsutvecklingen bidrar till en ökad specialisering i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sammantaget innebär detta att allt fler patienter med sammansatta problem behöver vara i kontakt med allt fler instanser för att få den hjälp de behöver. Ju fler som involveras i vården och omsorgen om den enskilde patienten, desto högre blir komplexiteten och desto svårare blir samordningen. Vården och omsorgen är i dagsläget inte organiserad för att hantera dessa komplexa situationer ur ett patient- och brukarperspektiv.

Samordning av insatser för patienter och brukare är en av de stora utmaningarna mellan och inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För hälso- och sjukvårdens del visar en rad nationella studier att patienterna är missnöjda med hur samordningen fungerar (Vårdanalys 2016e). Även i ett internationellt perspektiv har Sverige stor förbättringspotential när det gäller samordning (Vårdanalys 2016b). Resultaten är tydliga – endast 56 procent upplever att deras ordinarie läkare eller någon annan alltid eller ofta hjälper till att koordinera eller planera vården från andra delar av vården. Samordningsbrister påtalas även inom socialtjänstens områden, men här saknas breda enkätstudier.

Samordningsbrister riskerar att leda till en försämrad upplevelse för patienter och brukare. Det riskerar också att leda till sämre resultat och ökade kostnader på grund av till exempel onödiga upprepningar av exempelvis undersökningar, tid att söka efter borttappad information och onödiga transporter. Vården och omsorgen har ett lagstadgat ansvar för samordningen som inte kan överföras till patienten, brukaren eller någon närstående om de inte själva kan och vill sköta samordningen.

Att anpassa samordningsinsatserna till den ökade specialiseringen och till patienternas och brukarnas allt mer skilda behov kräver förändringar som tar hänsyn till en ny typ av patient- och brukarsegmentering. Det handlar om organisation, ersättningssystem, lärande, organisationers uppdrag, strategier för utveckling och beredskap att snabbt överta samordningsansvaret när akuta situationer inträffar för patienter- och brukare.

I dagsläget pekar mycket på att hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte har de system som krävs, eller att de inte är organiserade och rustade för att hantera de samordningsbehov som olika patient- och brukargrupper har.

För att detta ska kunna utvecklas finns det ett behov av nya modeller, verktyg, strategier och exempel på hur framtidens hälso- och sjukvård och socialtjänst kan lösa samordningsproblemen.

Vi ser att vård- och omsorgssystemet i huvudsak behöver

- 1) arbeta med att utveckla en mer patient- och brukarcentrerad organisationskultur,
- 2) utforma systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer som ger förutsättningar för samordning,
- 3) stärka samverkan mellan organisationer samt
- 4) utforma administrativa system som underlättar samordning.

Fokus för Vårdanalys arbete

Problemen med en fragmentiserad vård och omsorg har belysts i olika sammanhang, men det saknas alltså en samlad genomgång av konsekvenserna, de bakomliggande faktorerna och framför allt de möjliga vägarna framåt. I Vårdanalys (2016e) första studie på området utforskade vi vad det innebär att ha ett individbaserat perspektiv på samordning. Dessutom utforskade vi en modell för att särskilja olika patient- och brukargrupperns behov av samordning. Vi sammanställde också de huvudsakliga utmaningarna för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.

I nästa fas kommer vi att belysa olika internationella, nationella och lokala samordningsinitiativ och deras möjligheter att möta olika grupperns behov av samordning. Ambitionen är också att belysa hur dagens ersättningsystem, organisation och syn på hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver utvecklas för att patienters och brukares behov av samordning ska kunna mötas bättre.

Målet med Vårdanalys arbete är att skapa ett gediget och relevant kunskapsunderlag som förhoppningsvis ska bidra till en konstruktiv debatt. I förlängningen ska arbetet leda till väl underbyggda beslut för att åstadkomma en mer välfungerande samordning mellan vården och omsorgens olika delar.

4.3 PATIENTERNAS SYN PÅ PERSONLIG INTEGRITET I DEN DIGITALISERADE VÅRDEN

Hur vill patienter, brukare och allmänhet att integritetsskyddet av deras digitala värddata ska utformas för att möjliggöra god vård, kvalitetsutveckling och forskning?

Frågan om hur digital värddata och ny teknik kan användas i vård, omsorg och forskning är av stor vikt för vårdens och omsorgens framtida utveckling. E-hälsa eller digitalisering har hittills inte i grunden förändrat hur vården och omsorgen bedrivs. Men mycket talar för att vi nu står inför en övergång till nya sätt att utföra vård och omsorg – med helt nya förutsättningar. Inför den typen av genomgripande och delvis oöverblickbara förändringar är det viktigt att ta fram kunskapsunderlag som tydliggör möjligheter och risker utifrån olika perspektiv. Detta är viktigt för att vi ska kunna dra nytta av digitaliseringens möjligheter och hantera dess risker och utmaningar.

En ständigt aktuell fråga är hur en mer omfattande och avancerad hantering av digitala värddata kan genomföras med ett fullgott integritetsskydd. Åtkomst till digitala värddata är en förutsättning för många viktiga syften. Det handlar bland annat om att ge förutsättningar för en patientsäker, samordnad och individanpassad hälso- och sjukvård och socialtjänst med ökad delaktighet, uppföljning av behandlingsmetoder, samt utveckling och effektivisering av verksamheter och forskning för förbättrad hälsa. Data behövs också för att ur ett demokratiskt perspektiv synliggöra och säkerställa att skattemedel används på bästa sätt.

Sverige är relativt välförsett när det gäller tillgång till insamlade värddata, men stora delar av potentialen för att använda och sam använda dem är ännu outnyttjad. IT-utvecklingens möjligheter till förbättrad informationshantering innebär att individers digitala värddata kan utnyttjas på sätt som gagnar såväl samhället i stort, genom effektiviseringar och tillväxt, som den enskilde patienten, brukaren eller medborgaren som kan erbjudas bättre och mer samordnade insatser inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, rehabilitering och prevention.

Användningen av data är inte problemfri. En felaktig hantering och bristfällig informationssäkerhet kan medföra att fler än bara de som är behöriga kan få del av patientdata eller att data används för andra syften än de var tänkta för. Information om en person kan därmed hanteras på sätt som kan uppfattas som integritetskränkande. Det kan orsaka stort lidande såväl för den enskilde individen som för anhöriga, och i förlängningen påverka förtroendet för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

För att samanalysera data för grupper av befolkningen krävs att patienter, brukare och medborgare är villiga att bidra med sina uppgifter och accepterar hur deras värddata lagras, samkörs och systematiskt används. Hur ser patienterna på denna utveckling? Tycker de att vinsterna överstiger riskerna? Vad krävs för att de ska känna tillit och för att de ska vara villiga att dela med sig av sina värddata och medge en mer avancerad informationshantering?

Uppfattningarna om begreppet personlig integritet går isär, och vad som utgör ett integritetsintrång liksom när ett integritetsintrång är acceptabelt är inte självklart. Kunskapen om vad folk i gemen anser vara ett oacceptabelt integritetsintrång brister. Det är därför viktigt att veta mer om hur patienter, brukare och medborgare egentligen ser på användningen av data om sig själva och vad de anser är viktigt för att de ska vara villiga att låta data om sig användas.

Ur ett patient- och brukarperspektiv är frågan viktig eftersom integritetsintresset i olika sammanhang ställs mot behovet av och nyttan med att använda data. Detta gäller både i patientens enskilda vårdssituation och när det gäller att bedriva forskning och utveckling av hälso- och sjukvården generellt.

Vårdanalys anser att det är viktigt att veta mer om hur patienter och allmänheten ser på sin personliga integritet i förhållande till den egna vården och sitt bidrag till forskning, organisationsutveckling och andra personers väl och ve.

Fokus för Vårdanalys arbete

Det finns en begränsad kunskap om hur patienter och allmänhet ser på frågan om integritet i dessa sammanhang (Vårdanalys 2014a). Uppfattningarna i samhällsdebatten om hur den personliga integriteten ska skyddas när det gäller individers digitala värddata går isär och debatten i ämnet är polariserad. Därför är det angeläget att öka kunskapen för att säkerställa att de regelverk som styr området följer allmänhetens och patienternas värderingar. Frågan har betydelse för hur ny teknik kan användas och är därmed av stor vikt för vårdens framtida utveckling. Därför har Vårdanalys påbörjat en analys av hur patienter, brukare och allmänhet ser på integriteten i förhållande till användning av digitala värddata för olika ändamål som gynnar individen och samhället.

Under 2015 och 2016 genomförde Vårdanalys ett arbete för att beskriva vilka värden som står på spel – vilka nyttor bidrar användning av digitala hälsouppgifter till och vilka risker finns ur ett integritetsperspektiv – och varför råder oenighet? I arbetet identifierades viktiga frågor att hantera inom

området. Arbetet visar bland annat att det behövs mer fakta, att nyttor och risker behöver diskuteras tillsammans, att vissa dilemman kan lösas genom nya system och sätt att organisera medan andra behöver lösas politiskt samt att det är angeläget att hitta lösningar som säkrar att människor känner fortsatt tillit. (Vårdanalys 2016f).

Under 2017 fortsätter Vårdanalys det påbörjade arbetet med att undersöka befolkningens uppfattningar i frågan för att ta reda på vad som krävs för att patienter, brukare och medborgare ska känna tillit till hanteringen av deras digitala hälsouppgifter och vara villiga att dela med sig av dem.

Målet med Vårdanalys arbete är att skapa ett gediget och relevant kunskapsunderlag som ska kunna bidra till en konstruktiv debatt och i förlängningen väl underbyggda beslut om åtgärder för att befolkningen ska känna tillit och vara villig att dela med sig av sina värddata och medge en mer avancerad informationshantering.

4.4 EN MER PATIENTCENTRERAD VÅRD

Vad kan vi lära från andra länders arbete för att påskynda utvecklingen mot en mer patientcentrerad vård?

Patientcentrering är ett begrepp som fått allt större plats i hälso- och sjukvårdsdebatten. En rad reformer – bland annat värddvalsreformen, vårdgarantin och patientlagen – har lanserats för att stärka patientens ställning och skapa ett mer individanpassat sjukvårdssystem. Samtidigt saknas fortfarande en allmänt vedertagen definition av begreppet patientcentrering, och olika termer såsom patientcentrering, personcentrering, patientfokus med flera, används mer eller mindre synonymt. Men kärnan är densamma: individen ska känna sig respekterad och delaktig och ha en möjlighet till inflytande. Förutom att detta har ett värde i sig, kan det också vara ett medel för att uppnå bättre resultat i form av hälsa och/eller ökat välbefinnande (eller minskat lidande).

En lång rad rapporter pekar på att svensk vård inte i tillräcklig utsträckning utgår från patienternas behov och förutsättningar. I Vårdanalys rapport *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård* (Vårdanalys 2012) identifieras en rad brister i hur väl värden lever upp till begreppet. Vi har också visat att patientlagen (2014:821) har haft svårt att få genomslag i praktiken, trots att det för merparten av paragraferna sedan tidigare har funnits bestämmelser med samma innehåll i sak i andra författningar. I många fall har samma sak gällt i cirka 30 år (Vårdanalys 2015b, 2016g). Vidare utmärker sig Sverige i internationella jämförelser genom att visa svaga resultat på en rad

områden som beskriver patientens erfarenheter av kontakter med vården (Vårdanalys 2014b, 2016b). När Vårdanalys har frågat primärvårds- och klinikchefer om deras förbättringsarbete så visar svaren dessutom att insatser av patientcentreringskaraktär prioriteras lågt i förhållande till annan verksamhetsutveckling (Vårdanalys 2016h). Det tycks med andra ord saknas strategier, modeller och kunskapsstöd för en ökad patientcentrering. Ett sätt att öka utvecklingstakten mot en mer patientcentrerad vård är att undersöka vad Sverige kan lära av andra länders strategier och arbetsmodeller inom området.

Fokus för Vårdanalys arbete

Det finns ett fortsatt stort fokus i vården på att åstadkomma en mer patientcentrerad vård och en medvetenhet om att det finns stor förbättringspotential. Samtidigt saknas det en samsyn kring begreppets innebörd, liksom tydliga strategier och stöd för systematiskt förbättringsarbete och lärande. Vårdanalys kommer under 2017 att presentera resultat från ett samarbete med the European Observatory on Health Systems and Policies kring dessa frågor. Avsikten är att med hjälp av ledande internationella forskare beskriva vilka olika strategier och modeller för patientcentrering som förekommer i ett urval av europeiska länder samt identifiera vad vi kan lära av varandra. I en uppföljande rapport kommer Vårdanalys att fokusera på hur frågan kan och bör behandlas på olika nivåer i det svenska systemet för att påskynda utvecklingen.

4.5 UTVECKLING OCH LÄRANDE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH SOCIALTJÄNST

Hur kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bli mer lärande och utvecklingsinriktad?

Som vi konstaterade i kapitel 3 finns det tydliga krav på högre förändringstakt i både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Samtidigt ser vi flera tecken på att utveckling och lärande inte sker i den omfattning som behövs. Erfarenheterna från till exempel Öppna jämförelser, som vi studerat inom både vård (Vårdanalys 2012a) och äldreomsorg (Vårdanalys 2013), är att lärandet mellan olika enheter och huvudmän generellt är begränsat. Vidare har vi i ett flertal utvärderingar av bland annat statliga satsningar inom vården och omsorgen om personer med psykisk ohälsa visat att utvecklingsprojekt har svårt att få fäste efter att projekten avslutats och/eller är svåra att införa i större skala (Vårdanalys 2015c).

Generellt lider kunskapsstyrningen av omsorgen och vården av bristande genomslag. Inom stora områden inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten saknas det god vetenskaplig evidens och där har kunskapsstyrning ännu sämre förutsättningar att fungera (Vårdanalys 2015d). Där är behovet av systematiskt lärande särskilt tydligt.

Att ha tillgång till data och information är centralt för utveckling och lärande. Det är en nödvändig förutsättning för att identifiera områden som behöver förbättras och som ger möjlighet att studera och följa upp effekter av utveckling och innovation. Men kvalitetsregister och andra datakällor används endast i begränsad skala för datadrivet, kontinuerligt lärande och utvecklingsarbete av de flesta verksamheter inom både vård och omsorg (Vårdanalys 2014c). Socialtjänsten har dessutom generellt sämre tillgång till data för utveckling än vården. Både när det gäller till exempel äldreomsorgen (Vårdanalys 2013), missbruksområdet (Vårdanalys 2016i) och barn som placeras i den sociala dygnsvården (Vårdanalys 2016a) har vi visat att de grundläggande förutsättningarna för datadrivet utvecklingsarbete är bristfälliga. Ett ytterligare problem är att när det finns data och indikatorer i socialtjänsten är de ofta fokuserade på struktur och processmått utan tydligt resultatfokus som utgår från brukaren (Vårdanalys 2016i).

Vidare har vi visat att många andra frågor än kvalitetsutveckling ligger högre på agendan för vårdens chefer (Vårdanalys 2016h). Hälso- och sjukvårdens chefer kan ofta inte arbeta med de områden de ser har störst potential att utvecklas och rapporterar att det saknas data, stöd och kompetens för utvecklingsarbete (Vårdanalys 2016h). Med tanke på ledarskapets centrala roll i utveckling och lärande behövs det därför mer evidens, kunskap och forskning om vården och omsorgens organisation, styrning och ledning. Detta är också ett område som regeringen valt att satsa särskilt på i forskningspropositionen (prop. 2016/17:50).

Fokus för Vårdanalys arbete

En central utgångspunkt är frågan om hälso- och sjukvården och socialtjänsten har förmåga och drivkraft till utveckling och lärande på det sätt som är mest ändamålsenligt ur brukarnas, patienternas och medborgarnas perspektiv. Våra analyser ska bidra till att identifiera utvecklingsområden som stat, landsting, kommuner och andra relevanta aktörer kan fokusera på. Det är värdefullt att lyfta fram konkreta, positiva exempel, men samtidigt är en av våra utgångspunkter att positiva exempel i sig inte nödvändigtvis verkar vara en stark utvecklingskraft. En djupare analys är därför nödvändig.

På ett antal års sikt vill vi bidra till att det finns en tydlig agenda för hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska utvecklas till ändamålsenligt utvecklingsorienterade och lärande organisationer.

För att nå dit kommer vi i ett antal delprojekt att belysa utveckling och lärande i omsorgen och vården med syfte att

- 1) på systemnivå identifiera hinder och framgångsfaktorer för ändamålsenligt utvecklingsarbete,
- 2) utvärdera olika strategier, som till exempel testbäddar, innovations-, pilot- och utvecklingsprojekt för utveckling och lärande,
- 3) analysera länder (eller system) som har en högre innovationsförmåga än Sverige för att lära av dessa,
- 4) avslutningsvis kunna redovisa nödvändiga steg mot lärande omsorg och hälso- och sjukvård, det vill säga vad som krävs för att utveckla system som använder och skapar kunskap, där visionen att varje möte med en patient eller brukare kan bidra till kunskapsuppbyggnaden blivit verklighet.

4.6 EFFEKTIVA VÅRD- OCH OMSORGSSYSTEM

Vilka är framgångsfaktorerna för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård och omsorg?

Att vårdens och omsorgens sammantagna resurser används så effektivt som möjligt för att infria målen om en kvalitativt god vård och omsorg på lika villkor är en central ambition inom den offentliga välfärden. Ur ett resursperspektiv står vården och omsorgen inför en rad utmaningar som understryker betydelsen av att kontinuerligt se över struktur, organisation och arbetssätt så att verksamheterna på bästa sätt kan möta behoven i alla delar av landet. Exempel på kostnadsdrivande utmaningar är den förändrade demografin, där vi går mot en åldrande och alltmer heterogen befolkning. I linje med detta ser vi en ökad andel av befolkningen med mer komplexa behov som skär tvärs olika organisatoriska gränser. I takt med allmänt ökat välstånd växer också befolkningens förväntningar och krav på vad vård- och omsorgssystemet ska leverera, vilket exempelvis kan avspeglas i ett ökat antal privata sjukförsäkringar. Ökad rörlighet och valfrihet bland patienter och brukare innebär också nya utmaningar när länken mellan finansiering och kostnadskontroll försvagas.

Vi ser även flera utmaningar kring vårdens och omsorgens kompetensförsörjning (Vårdanalys 2015b, Socialstyrelsen 2016), exempelvis när det

gäller det framtida rekryteringsbehovet av undersköterskor och vårdbiträden inom äldreomsorgen (SKL 2014). Vidare är Sverige beroende av att läkare från utlandet fyller behoven inom vissa läkarspecialiteter, särskilt psykiatri och allmänmedicin, och vi ser också särskilda bemanningsproblem i glesbygden. Inom socialtjänsten finns problem både när det gäller en generell brist på och hög personalomsättning bland socialsekreterare samt indikationer på att dessa använder en mindre del av sin tid till direkt klientkontakt och betydligt mer tid till administration. Vi har också tidigare uppmärksammat att det finns stora möjligheter att utnyttja läkarnas kompetens på ett effektivare sätt, exempelvis när det gäller att minska onödig administration och att utveckla arbetsfördelningen mellan olika grupper (Vårdanalys 2013a). Därtill kan vi, såväl inom hälso- och sjukvården som socialtjänsten, observera en mer tudelad arbetsmarknad och ökat beroende av bland annat inhyrd personal.

Samtidigt vet vi att det existerar betydande kostnads- och produktivitetsskillnader mellan olika organisatoriska enheter inom vård- och omsorgssystemet. Under 2015 var exempelvis skillnaden i strukturjusterade kostnader per invånare inom hälso- och sjukvården 12 procent mellan landsting (Kolada 2016) och likaledes var kostnadsvariationen under 2012 per producerad vårdtjänst på sjukhus 47 procent (Socialstyrelsen och SKL 2013). Internationella jämförelser pekar även på ett lågt besöksmönster per läkare och på att svenska akutsjukhus i ett nordiskt perspektiv har bristande produktivitet (Vårdanalys 2013a, EuroHOPE 2014). Mot bakgrund av den svenska vårdens både omfattande och fragmenterade sjukhusstruktur har också offentliga utredningar pekat på behov av att både koncentrera patientvolymerna inom den högspecialiserade vården för att stärka kvaliteten och för att förbättra överlevnaden samt att det ur effektivitetsperspektiv kan vara angeläget att föra över resurser från specialiserad vård till primärvård (SOU 2016:2, SOU 2015:98). Att klargöra akutsjukvårdens framtida roll för att säkra helheten har här särskilt betonats (SOU 2015:98).

Även om god produktivitet och ökad koncentration endast är delmål respektive medel för en god effektivitet vet vi att de har samband med kortare väntetider, och i flertalet fall även med bättre utfall för en rad kvalitetsdimensioner (Vårdanalys 2015a, SOU 2015:98, Janlöv m.fl. 2013). God produktivitet främjas i sin tur av god arbetsproduktivitet och personaltäthet, men inte nödvändigtvis av ökade finansiella resurser. Om läkare i specialistvården skulle genomföra i genomsnitt ett ytterligare mottagningsbesök per arbetsdag skulle exempelvis infriandet av vårdgarantin för besök hos specialist kunna öka med nära fem procentenheter (Vårdanalys 2015a). Beräkningar visar också att cirka 500 dödsfall skulle kunna

undvikas årligen, antal komplikationer minskas och vårdtider kortas om patientvolymerna skulle öka till minst 100 ingrepp av en viss typ av åtgärd på svenska sjukhus” (SOU 2018:98 s. 16).

För äldreomsorgens del ser vi ännu mer betydande kostnadsskillnader, även med hänsyn till kommunernas skilda förutsättningar. Under 2011 uppgick skillnaden i strukturjusterad kostnad per invånare över 65 år mellan kommunerna till över 240 procent, och analyser visar att det finns utrymme att minska kostnaderna per tillhandahållen omsorgstjänst med i genomsnitt cirka 30 procent (Vårdanalys 2013b). Vi ser heller ingen motsättning mellan låga kostnader per omsorgstjänst och hög brukarnöjdhet (Vårdanalys 2013b). Äldreomsorgen är inte heller isolerad från den vård och omsorg som ges av andra aktörer. Den starka kopplingen till hälso- och sjukvården och närståendes insatser innebär att åtgärder som ger lägre kostnader för kommunerna ökar kostnaderna för landsting och för närståendes insatser och tvärtom (Vårdanalys 2015e). Ur ett effektivitetsperspektiv är det således centralt att planeringen av morgondagens äldreomsorg sträcker sig utöver kommunens ansvarsområde så att samtliga sektorer inkluderas. Inom övriga delar av socialtjänsten är dessvärre kunskapen om eventuella kostnadsvariationer per brukare och per insats i stort bristfällig och behovet av mer information är därför omfattande.

Sammantaget ser vi därför att det finns behov av att bidra med organisatoriska jämförelser av kostnads-, produktions- och kvalitetsutfall som stimulerar till lärande via förklaringar och analyser av skillnader, samt genom att finna goda exempel. Vilka är framgångsfaktorerna som bidrar till goda resultat på systemnivå? Vad är de olika vårdnivåernas roll i ett samordnat och effektivt vård- och omsorgssystem? När är det exempelvis rätt med standardiserade lösningar och när är det rätt med situationsanpassade lösningar?

Fokus för vårdanalys arbete

Ur ett effektivitetsperspektiv är det väsentligt att alla delar av vård- och omsorgssystemet bidrar till en väl fungerande helhet ur patientens och brukarens perspektiv. Det är därför angeläget att kontinuerligt kartlägga, jämföra och utvärdera effekterna av olika sätt att organisatoriskt fördela resurser, ansvar och befogenheter. Vårdanalys vill här bidra med att belysa hur vårdens och omsorgens struktur, organisation och arbetssätt kan utvecklas genom att identifiera nyckel- och framgångsfaktorer. Hur bör exempelvis primärvården, akutsjukvården och den högspecialiserade vården

gemensamt formeras för att uppnå både sammanhållna vårdkedjor och tillräckliga patientvolym? Inom detta område överväger Vårdanalys att särskilt fokusera på sjukhussektorns utformning och roll i vårdsystemet. Det är också viktigt att säkerställa att alla personella resurser används ändamålsenligt gällande exempelvis nivå, fördelning och befogenheter. Hur tas exempelvis olika personalgruppers kompetens tillvara på bästa sätt för att möta patienternas och brukarnas behov? Hur säkerställer vi att kompetensförsörjningen överensstämmer med framtida behov, exempelvis när det gäller dimensionering och inriktning?



Aktuell respons

Inom ramen för området *aktuell respons* ska myndigheten ha handlingsberedskap att analysera aktuella och nationellt angelägna frågor som uppstår under året. Genom en kontinuerlig omvärldsbevakning samt förslag från patient- och brukarrådet och allmänheten identifierar vi relevanta frågor för aktuell respons. Analysprojekten är oftare kortare och mer avgränsade där vi snabbt tar fram ett kunskapsunderlag. Inom *aktuell respons* har Vårdanalys under 2016 bland annat publicerat *Chefernas syn på förbättringsarbete* (Vårdanalys 2016h) och *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar utifrån läkarnas perspektiv* (Vårdanalys 2016j).

Inför 2017 finns flera relevanta och angelägna frågor som kan komma att belysas. Ett pågående arbete handlar om att följa upp väntetiderna i vården som har ökat de senaste åren och söka svar på varför dessa har ökat. Ett annat möjligt område att studera är vård i livets slut, där vi vet att det finns stora skillnader mellan olika vårdnivåer och i olika delar av landet. Ett ytterligare område är befolkningens och patienters förtroende för hälso- och sjukvården – hur har förtroendet utvecklats och vad påverkar förtroendet?



Regeringsuppdrag

Utöver den egeninitierade verksamheten får Vårdanalys särskilda uppdrag av regeringen. Regeringen kan besluta om nya eller förändrade uppdrag löpande. I normalfallet åtföljs regeringsuppdrag av särskild finansiering. Nedan beskrivs de aktuella regeringsuppdragen.

Utvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister

Det finns stora förväntningar på att de nationella kvalitetsregistren ska bidra till utveckling och kunskapsuppbyggnad inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Regeringen har satsat cirka en miljard kronor och landstingen en halv miljard kronor över fem år för att stärka förutsättningarna för nyttiggörandet av de nationella kvalitetsregistren. Regeringen har också gett Vårdanalys i uppdrag att långsiktigt och kontinuerligt utvärdera satsningen, där endast slututvärderingen av satsningen återstår. Slututvärderingen syftar bland annat till att göra en samlad bedömning av satsningens effekter samt till att utvärdera hur organisation, resurser och insatser påverkat satsningens måluppfyllelse. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) den 10 juni 2017.

Uppföljning av implementeringen av den nya patientlagen

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen (2014:821) i kraft. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Regeringen har gett Vårdanalys i uppdrag att följa upp implementeringen av den nya lagen ur ett patient- och medborgarperspektiv. Enligt uppdraget ska myndigheten lämna årliga

lägesrapporter. Vi har publicerat två tidigare delrapporter (2015 och 2016) inom detta uppdrag. Den första delrapporten *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning* (Vårdanalys 2015b) visade utgångsläget innan patientlagen trädde i kraft och belyste de insatser som då genomfördes. Den andra delrapporten *Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag* (Vårdanalys 2016g) fokuserade på de faktorer som påverkar patientlagens införande och genomslag. Uppdraget ska slutredovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 15 mars 2017. Slutrapporten kommer bland annat att ge en samlad analys av patientens ställning i vården, vilka effekter patientlagen har gett, vilka faktorer som påverkar lagens genomslag samt vilka rekommendationer som kan ges till olika aktörer för att stärka lagens genomslag.

IHP – International Health Policy Survey

Vårdanalys genomför tillsammans med den amerikanska oberoende stiftelsen The Commonwealth Fund en årlig internationell undersökning av hälso- och sjukvårdens utveckling. Undersökningen har olika målgrupper i ett rullande treårsschema. Den beskriver hur personer över 65 år, läkare i primärvården och personer över 18 år ser på hälso- och sjukvården. Undersökningen möjliggör jämförelser mellan elva länder och utgör därmed ett unikt underlag för diskussion och strategiska beslut om hur den svenska hälso- och sjukvården står sig internationellt och vad som är viktiga förbättringsområden. Undersökningen år 2016 presenterades i rapporten *Vården ur befolkningens perspektiv* (Vårdanalys 2016b). Undersökningen år 2017 omfattar ett urval av den del av befolkningen som är 65 år och äldre. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 15 mars 2018.

Analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård

Vårdanalys ska ur ett patient- och medborgarperspektiv göra en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård. Utifrån befintliga data och kunskaper om primärvårdens funktionssätt ska vi analysera primärvårdens förutsättningar att erbjuda en god vård utifrån den enskilda patientens behov. Förutsättningarna berör bland annat primärvårdens uppdrag, dimensionering, bemannings- och kompetensförsörjning, ersättningsystem och styrsystemets samlade kontinuitet. Analysen ska utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv. I Vårdanalys uppdrag ingår även att belysa hur förutsättningarna i primärvården i Danmark och Norge ser ut

när det gäller att infria mål om en jämlik och patientcentrerad primärvård. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 30 april 2017.

Uppdrag inom missbruks- och beroendevården

Vårdanalys ska följa upp hur många överenskommelser landstingen har ingått med kommunerna om samarbeten kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel samt följa upp innehållet i dessa överenskommelser. Myndigheten ska särskilt följa upp om brukarrepresentanter får möjlighet att vara delaktiga. Men vi ska också följa upp om, och i så fall hur, andra myndigheter och organisationer omfattas av överenskommelserna liksom orsakerna till att inte alla landsting har tecknat överenskommelser. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 januari 2017.

Uppdrag att följa och utvärdera nyttan med arbetet som syftar till ett ordnat nationellt införande av nya läkemedel

Vårdanalys har regeringens uppdrag att utvärdera ett ordnat införande av nya läkemedel, som ska skapa en jämlik tillgång till nya kostnadseffektiva läkemedel oavsett bosättningsort, ålder, kön, inkomst- och utbildningsnivå. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 juli 2017.

Uppdrag att följa upp regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa 2015–2019

Vårdanalys ska följa upp och analysera insatser som ska stärka förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa, insatser som syftar till att stärka primärvården i särskilt utsatta områden, införandet av avgiftsfri mamмоgrafi för kvinnor i åldern 40–74 år samt avgiftsfria preventivmedel för unga under 21 år. Myndigheten har fått i uppdrag att följa upp och analysera dessa insatser ur patient- och medborgarperspektiv. Uppdraget ska delrapporteras senast 1 mars 2018. Ytterligare en delrapport i form av en fördjupningsstudie av framgångsfaktorer och en analys av effekter av dessa faktorer ska överlämnas den 1 mars 2019. Uppdraget ska slutrapporteras den 1 mars 2020. I slutrapporten ska myndigheten bland annat göra en bedömning av satsningens effekter i den mån de kan beläggas samt peka ut fortsatta utmaningar.

Uppdrag att följa upp och analysera insatserna inom satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp och analysera hur berörda myndigheter och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genomfört insatserna inom ramen för satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. I uppdraget ingår att följa upp samverkan mellan de berörda aktörerna i satsningen (Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, SKL) och de berörda organisationerna, och att analysera hur denna samverkan har bidragit till genomförandet av insatserna. Vidare ingår att analysera framgångsfaktorer i arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar och vilka förutsättningar som finns för att de insatser som görs inom satsningen ska kunna bidra till en bättre vård för dessa personer på lång sikt. Myndigheten ska särskilt granska insatserna utifrån ett patient- och medborgarperspektiv. Uppdraget ska slutrapporteras senast den 30 maj 2018.

Utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården

Vårdanalys ska se över hur regeringen och dess myndigheter kan stödja landstingen i deras arbete med att utveckla och stödja ledarskapet inom hälso- och sjukvården. Ledningens kompetens och förutsättningar är centrala för att verksamheterna inom hälso- och sjukvården ska kunna genomföra uppdragen, utveckla kvaliteten i vården samt bland annat vidta nödvändiga åtgärder för en effektivare kompetensförsörjning. I genomförandet av uppdraget ska myndigheten ta del av internationella erfarenheter samt av erfarenheter från andra närliggande områden, såsom skolan. Uppdraget ska delredovisas senast den 15 mars 2017 och slutrapporteras till regeringen senast den 30 oktober 2017.



Referenser

- EuroHOPE (2014). *Summary of the findings of the EuroHOPE project*. The EuroHOPE Study Group.
- Janlöv, N. Anell, A. och C.H. Lyttkens (2013). *Kan satsningar i primärvården öka produktiviteten i sjukvården*. Ekonomisk debatt 2013:8.
- Kolada (2016). Hämtat den 16 november 2016.
- Socialstyrelsen (2013). *Öppna jämförelser Jämlig vård 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Nationella planeringsstödet 2016*.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Öppna jämförelser 2013 – Hälso- och sjukvård*.
- SOU 2015:98. *Träning ger färdighet*.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen*. Stockholm: SKL.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård*. Rapport 2012:5.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012a). *Grönt ljus för öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*. Rapport 2012:4
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013) *Öppna jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre*. Rapport 2013:2
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a). *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*. Rapport 2013:9.

- Vårdanalys (2013b). *Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen - Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov*. Rapport 2013:10
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig – analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *Integritet i hälso- och sjukvården ur ett patient- och medborgarperspektiv*. PM 2014:2.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*. Rapport 2014:11.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014c). *Registrera flera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*. Rapport 2014:9.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder*. Rapport 2015:9.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015a). *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2015:5
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015b). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning*. Rapport 2015:1.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015c). *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*. Rapport 2015:10.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015d). *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*. Rapport 2015:7.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015e). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*. Rapport 2015:8.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Analysplan 2016*.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016a). *Hittar vi hem. En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga*. Rapport 2015:5.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016b). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Rapport 2016:5.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016c). *Förebygga för att överbygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*. Rapport 2016:4.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016d). *Omotiverade skillnader i socialtjänsten*. En förstudie. PM 2016:2.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016e). *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016f). *Vad står på spel. Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv*. Rapport 2016:3.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016g). *Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag*. Rapport 2016:1
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016h). *Chefers syn på förbättringsarbete i sjukvården – ett diskussionsunderlag*. PM 2013:3.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016i). *Missar vi målen för missbruks- och beroendevården? Om uppföljning och resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Rapport 2016:2.
- Vårdanalys - Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (2016j) *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården - lärdomar från läkarnas perspektiv*. PM 2016:7. Kommande publicering.

Vårdanalys tidigare publikationer

RAPPORTER

- Rapport 2012:1 *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?*
- Rapport 2012:2 *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – En kartläggning av kunskapsläget*
- Rapport 2012:3 *Patientcenteredness in Sweden's Health care system – an external assessment and six steps for progress.*
Highlight report
- Rapport 2012:4 *Grönt ljus för öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*
- Rapport 2012:5 *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*
- Rapport 2012:7 *Patientcenteredness in Sweden's Health care system – An assessment and six steps for progress*
-
- Rapport 2013:1 *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården*
- Rapport 2013:2 *Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre*
- Rapport 2013:3 *Centralisering med patienten i centrum – Vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i rikssjukvården*
- Rapport 2013:4 *Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*

- Rapport 2013:5 *Vad är nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av klinikläkemedel? Delrapport*
- Rapport 2013:6 *Satsningen på Nationella Kvalitetsregister – Förslag på utvärderingsplan 2013–2017*
- Rapport 2013:7 *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa – Lägesrapport 2013*
- Rapport 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*
- Rapport 2013:9 *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*
- Rapport 2013:10 *Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen – Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov*
-
- Rapport 2014:1 *Vem vill veta vad för att välja? Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral*
- Rapport 2014:2 *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*
- Rapport 2014:3 *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*
- Rapport 2014:4 *Värdefullt men inte fullvärdigt. Om nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av klinikläkemedel*
- Rapport 2014:5 *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*
- Rapport 2014:6 *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa – Lägesrapport 2014*
- Rapport 2014:7 *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*
- Rapport 2014:8 *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem – Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*
- Rapport 2014:9 *Registrera flera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*
- Rapport 2014:10 *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft – Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen*
- Rapport 2014:11 *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*

- Rapport 2015:1 *Patientlagen i praktiken – En baslinjemätning om lagens efterlevnad*
- Rapport 2015:2 *Mot en mer effektiv och jämlik användning av medicinteknik – om nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av medicinteknik*
- Rapport 2015:3 *Tandlösa tandvårdsstöd – En analys om hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen*
- Rapport 2015:4 *Sjukt engagerad – Kartläggning av patient- och funktionshinderrörelsen*
- Rapport 2015:5 *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*
- Rapport 2015:6 *Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande*
- Rapport 2015:7 *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*
- Rapport 2015:8 *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*
- Rapport 2015:9 *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder*
- Rapport 2015:10 *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*

-
- Rapport 2016:1 *Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag*
- Rapport 2016:2 *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*
- Rapport 2016:3 *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv*
- Rapport 2016:4 *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*

-
- Rapport 2017:1 *Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården.*

PROMEMORIOR

- PM 2013:1 *Satsningen på nationella kvalitetsregister – Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013*
- PM 2013:2 *Kartläggning av kommuners arbetssätt med förenklad hantering och flexibilitet i hemtjänsten*
- PM 2013:3 *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?*
-
- PM 2014:1 *Vårdval och vårdutnyttjande – Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården?*
- PM 2014:2 *Integritet i hälso- och sjukvården ur ett patient- och medborgarperspektiv*
- PM 2014:3 *Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad – Beskrivning, beräkning och bedömning*
- PM 2014:4 *Internationella erfarenheter av hälsoekonomiska bedömningar*
-
- PM 2015:1 *Mätning av kvalitet i äldreomsorgen – test och utvärdering av vinjettmetoden*
- PM 2015:2 *Befolkningens värdering av alternativa former för äldreomsorg. En studie av betalningsvilja*
-
- PM 2016:1 *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*
- PM 2016:2 *Omotiverade skillnader i socialtjänsten. En förstudie*
- PM 2016:3 *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag*
- PM 2016:4 *Utvärdering av ordnat införande av nya läkemedel – en förstudie*
- PM 2016:5 *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*
- PM 2016:6 *Äldreomsorgen år 2025. En modellanalys av olika strukturalternativ*
- PM 2016:7 *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv*

Analysplan 2017

I Analysplan 2017 presenteras och motiveras Vårdanalys verksamhetsinriktning för året. Den omfattar sex analysområden som bedöms vara av stor relevans för patienter, brukare och medborgare. Genom att analysera problem och utmaningar på dessa områden vill vi generera kunskap som kan ligga till grund för beslut om förändringar. Områdena har valts ut baserat på omvärldsanalys och en nära dialog med Vårdanalys patient- och brukarråd och styrelse. Innehållet bygger också vidare på föregående års analysplaner och på myndighetens strategiska plattform som uppdaterades under 2016.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Myndighetens projekt ska generera policyrelevanta kunskapsunderlag och rekommendationer till beslutsfattare rörande vårdens och omsorgens funktionssätt och styrning. Målet är en god vård och omsorg som patienter, brukare och medborgare känner förtroende för, där resurser används på ett effektivt sätt och där vården och omsorgen utgår från patienternas och brukarnas behov och förutsättningar.

