

Rapport 2014:10

Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft

Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog
mellan Socialdepartementet och landstingen



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vårdanalys
Grafisk form: Les Creatives STHLM
ISBN: 978-91-87213-34-2
www.vardanalys.se

Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft

Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog
mellan Socialdepartementet och landstingen



Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Hanna Sjöberg har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2014-11-18
Myndigheten för vårdanalys

Anders Anell
Tillförordnad styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Karin Tengvald
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Hanna Sjöberg
Föredragande

Förord

Staten och landstingen har olika roller men ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling. Regeringens mål med hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. För att nå dessa mål måste det finnas fungerande samverkansformer på högsta nivå. Flera av de stora utmaningar och möjligheter svensk hälso- och sjukvård står inför – som en ändamålsenlig it-infrastruktur, kompetensförsörjning och implementering av ny kunskap – måste hanteras i samspel mellan staten och landstingen.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har haft regeringens uppdrag att ta fram ett förslag på ett uppföljningsverktyg som kan ligga till grund för en konstruktiv dialog mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen. I denna rapport ger vi förslag på utformningen av en återkommande hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Det övergripande syftet med dialogen är att stärka samverkan mellan Socialdepartementet och landstingen och skapa ett forum för att prioritera och diskutera strategier för att ta sig an hälso- och sjukvårdens utmaningar.

Vi lämnar även förslag på ett ramverk för att följa hälso- och sjukvårdens resultat på ett överskådligt sätt som ska stödja dialogen.

Rapporten har tagits fram av en projektgrupp bestående av Hanna Sjöberg (projektledare), Love Berggren och Jesper Olsson. Hälso- och sjukvårdskonsulten Fredrik Westander har bidragit med expertkunskap avseende indikatorer och resultatpresentation. Stefan Holmlid, Jonas Lundberg och Tim Overkamp vid Linköpings universitet har bistått projektet med expertkunskaper i tjänstedesign och visualisering av data.

Ett antal personer har bidragit till rapporten. En expertgrupp bestående av Mats Bojestig (Landstinget i Jönköpings län), Anders Ekholm (Institutet för Framtidsstudier), Roger Molin (Socialdepartementet) och Petra Otterblad Olausson (Socialstyrelsen) har bistått projektgruppen med värdefulla synpunkter. En referensgrupp från landstingen i form av Anders L Johansson (Landstinget Västernorrland), Jonas Rastad (Region Skåne), Ann Söderström (Västra Götalandsregionen) och Anders Sylvan (Västerbottens läns landsting) har bidragit med inspel på hur förslaget kan bli värdefullt för landstingen. Varken expertgruppen eller referensgruppen är ansvarig för rapportens slutsatser och förslag.

Vårdanalys vill tacka alla som har medverkat i detta arbete. Detta innefattar även de företrädare för landsting, myndigheter, professioner och patientföreningar som i olika konstellationer har tagit sig tid att bidra med synpunkter och inspel till rapporten.

En effektiv samverkan i nationella utvecklingsfrågor är en utmaning och en möjlighet för svensk hälso- och sjukvård. Om vi har fungerande forum för dialog mellan landsting och stat på högsta nivå stärks förutsättningarna för att ta sig an hälso- och sjukvårdens stora utmaningar, till nytta för patienter och befolkning.

Stockholm i november 2014

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef



Sammanfattning

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har haft regeringens uppdrag att ta fram ett förslag på ett uppföljningsverktyg som kan ligga till grund för en konstruktiv dialog mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen. Utifrån uppdraget har Vårdanalys formulerat tre övergripande frågor som besvaras i denna rapport:

- Vilka *behov kan en stärkt dialog* mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen svara mot?
- Utifrån de identifierade behoven: hur kan *formerna för en stärkt dialog* mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen se ut?
- Utifrån de identifierade behoven: vilka *underlag kan stödja en dialog* mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen om hälso- och sjukvården?

EN STÄRKT DIALOG MELLAN REGERINGEN OCH SJUKVÅRDSHUVUDMÄNNEN KAN SVARA MOT FLERA BEHOV

Staten, landstingen/regionerna (fortsättningsvis skriver vi landstingen) och kommunerna har olika roller i den svenska hälso- och sjukvården. Landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Kommunerna är också sjukvårdshuvudmän och ansvarar för delar av hälso- och sjukvården för sina invånare. Staten har traditionellt styrt och påverkat sjukvårdshuvudmännen genom lagstiftning och andra författningar, men också genom vissa statliga stöd och kunskapsunderlag som nationella riktlinjer.

De senaste två decennierna har rollfördelningen mellan landstingen och staten blivit mer komplex i och med att statens insatser och verksamhet har utvecklats. Från att ha varit mer eller mindre begränsad till styrning genom lagar och andra författningar har tillfälliga statliga bidrag, överenskommelser mellan regeringen och SKL, nationella samordnare och olika handlingsplaner och strategier blivit allt vanligare.

Staten, landstingen och kommunerna har trots de olika rollerna ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling och flera av de stora utmaningarna behöver mötas med gemensamma initiativ.

Detta skapar tre grundläggande behov som en utvecklad nationell dialog mellan staten och sjukvårdshuvudmännen kan svara mot:

Stärkt samverkan på strategisk nivå

För det första finns det behov av stärkt samverkan på strategisk nivå mellan regeringen och landstingen. Den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården, med olika roller och ansvar, kräver att de olika delarna i systemet samverkar utifrån befolkningens och

patienternas bästa. Behovet av nationell samverkan förstärks av en rad utvecklingslinjer och trender – mot ett allt mer svåröverskådligt kunskapsläge och specialisering, med nya it-möjligheter och med ett större fokus på jämlik vård. Det är inte möjligt eller resurseffektivt för varje landsting att hitta lösningar för exempelvis en effektiv it-infrastruktur eller råda bot på en allt för långsam implementering av ny kunskap i vården. Samtidigt är detta centrala frågor för att kunna bedriva en högkvalitativ hälso- och sjukvård för befolkningen.

Det finns redan i dag samverkansformer på en rad områden som kunskapsstyrning, införande av nya läkemedel, Öppna jämförelser, E-hälsa och kvalitetsregister. Ett forum för att ytterligare stärka samverkan inom kunskapsstyrningen är det kunskapsstyrningsråd med ett tillhörande huvudmannaråd med landstingsrepresentanter som bör inrättas enligt regeringens förslag till budget för 2015. Men även om det finns en rad samverkansformer så saknas det ett forum för den mer övergripande och strategiska prioriteringen bland en bredd av angelägna frågor och utvecklingsområden.

En stärkt samverkan på strategisk nivå bör inte ha utvärdering av den ena partens prestationer som utgångspunkt. En stärkt samverkan bör bygga på förtroende i en dialog mellan parter med olika roller och ett delat ansvar.

Gemensam faktabaserad bild av tillstånd och utmaningar i sektorn

För det andra finns ett behov av en gemensam bild av tillstånd och utmaningar i svensk hälso- och sjukvård. Utan en gemensam förståelse för läget och förbättringsområden i svensk hälso- och sjukvård är det svårt för huvudmännen och staten att prioritera vad som bör bli föremål för gemensamma initiativ, och risken finns att nationella och regionala prioriteringar motverkar snarare än stödjer varandra.

Det finns en rad framtidsfrågor som är svåra att ta sig an för parterna var för sig och där förutsättningarna skiljer sig över landet. Hur ska vi klara framtidens finansieringsutmaningar med bibehållen ambition om en likvärdig vård? Hur ska Sverige klara kompetensförsörjningen i hela landet vid kommande pensionsavgångar? En gemensam faktabaserad bild av utmaningarna och de skilda förutsättningarna i olika delar av landet kan ge bättre förutsättningar för att agera i tid och enas kring insatser som utgår från behoven i sektorn.

Det saknas i dag en sådan samlad ansats för att följa utvecklingen i hälso- och sjukvården nationellt, i landstingen och i förhållande till andra länder. I de diskussioner som Vårdanalys har fört under uppdragstiden har flera landstingsrepresentanter efterfrågat en gemensam analysstruktur och mått för att analysera hälso- och sjukvårdens resultat för att skapa en lägesbild av hälso- och sjukvårdens resultat och utveckling. Det finns goda förutsättningar för att göra detta med utgångspunkt i de nationella kvalitetsregistren, hälsodataregistren och Öppna jämförelser.

Tydligare återkoppling på hur statens insatser och verksamheter möter sektorns behov

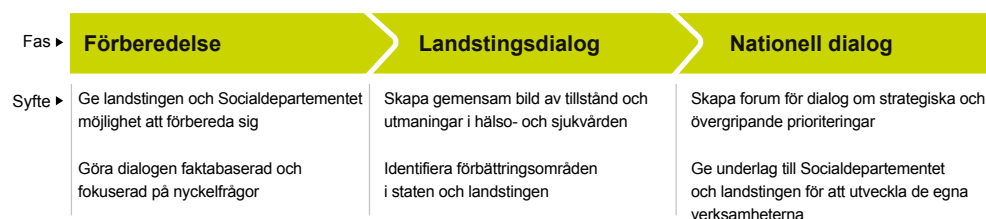
För det tredje finns ett behov för regeringen att få en samlad återkoppling från landstingen på hur de statliga verksamheterna och insatserna möter sektorns behov. Staten vill få utväxling för sina stöd och verksamheter, men landstingen upplever att flera statliga initiativ inte har varit behovsanpassade och inte haft tillräcklig förankring i landstingens egna förutsättningar och prioriteringar. Statens vård- och omsorgsutredning konstaterar att statens roll är att följa sektorns utveckling som helhet och att det behövs stärkta funktioner för att skapa en överblick (SOU 2012:33). Med en mer behovsanpassad statlig verksamhet som är förankrad i landstingen ökar även möjligheterna för staten att få utväxling för de egna insatserna.

EN HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDIALOG BÖR GENOMFÖRAS I TRE STEG

Mot denna bakgrund lämnar Vårdanalys här förslag på former för en stärkt dialog mellan Socialdepartementet och landstingen – en hälso- och sjukvårdsdialog. En sådan övergripande och strategisk dialog har tre syften. Dialogen ska, för det första, underlätta strategisk samordning i nationella utvecklingsfrågor. Dialogen ska, för det andra, ge förutsättningar för att få en gemensam bild av centrala problemområden och utvecklingsbehov i hälso- och sjukvården. Dialogen syftar, för det tredje, till att ge Socialdepartementet underlag för att utveckla och koordinera statens insatser och verksamhet så att de blir bättre anpassade efter hälso- och sjukvårdens behov. Utöver dessa tre syften bör ambitionen med dialogen och dess underlag vara att skapa nytta även för landstingen i att identifiera utvecklingsbehov i de egna verksamheterna.

Hälso- och sjukvårdsdialogen bör föras på ledningsnivå mellan Socialdepartementet och landstingen och vara ett återkommande forum. Vi föreslår en dialog i tre steg över två år, i enlighet med figur 1.

Figur 1. Hälso- och sjukvårdsdialogens tre faser



1. Dialogen förbereds med diskussion om fokusområden

Förutsättningarna för att uppnå dialogens syften förbättras om ett mindre antal frågor står i fokus för dialogen. Vårdanalys föreslår därför att Socialdepartementet och landstingen

genom SKL i förväg enas om vilka fokusområden som den kommande dialogen bör behandla. Det kan handla om it-infrastruktur, kompetensförsörjning eller jämlik vård lika väl som psykiatri, cancervård eller vård av personer med kronisk sjukdom.

För att hälso- och sjukvårdsdialogen ska bli effektiv och nyttig för båda parter bör den förberedas med faktabaserade underlag. Dialogen bör därför för det första stödjas av en databaserad resultatsammanställning som ger en överskådlig bild av tillstånd och utveckling i hälso- och sjukvården i det enskilda landstinget och riket som helhet. En sådan återkommande resultatsammanställning bör utgå ifrån ett gemensamt ramverk som beskrivs mer utförligt nedan under rubriken *Ett ramverk för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling bör stödja dialogen*. Dialogen bör för det andra stödjas av faktaunderlag om de fokusområden som landstingen och Socialdepartementet har enats om. För det tredje bör dialogen förberedas med diskussionsfrågor om hur statens insatser och verksamhet fungerar. Dessa underlag bör komma både landstingen och Socialdepartementet till del innan Socialdepartementet besöker landstingen.

2. Regeringen besöker samtliga landsting för dialog

Vårdanalys föreslår att Socialdepartementet besöker samtliga landsting för en dialog med landstingets ledande politiker, inklusive representanter för oppositionen, och den högsta tjänstemannaledningen. Syftet med denna landstingsdialog är att bidra till en gemensam bild mellan landstingen och Socialdepartementet om tillstånd och utvecklingsbehov i svensk hälso- och sjukvård, och till att utpekade aktuella nyckelfrågor kan diskuteras utifrån varje landstings behov och förutsättningar. Besöken innebär också att Socialdepartementet kan få återkoppling på statens verksamheter från varje landsting och att landstingen kan få underlag för att identifiera utvecklingsbehov i den egna organisationen.

Erfarenheterna från landstingsdialogen bör tas tillvara genom att de sammanfattas i en slutrapport, som kan bli ett underlag för dialog på nationell nivå.

3. Nationell dialog tar sig an prioriterade utvecklingsfrågor

I vårt utredningsarbete har flera aktörer pekat på behovet av en dialog mellan Socialdepartementet och landstingen samlade för att diskutera utvecklingsfrågor som kräver nationell samverkan. Vårdanalys föreslår därför en summerande nationell dialog efter landstingsdialogen, där Socialdepartementet för en bred dialog med landstingen i befintliga nätverk inom SKL. Landstingsledningsseminariet, Sjukvårdsdelegation och Landstingsdirektörsföreningen är exempel på möjliga nätverk som samlar ledande politiker och tjänstemän från landstingen. I dessa forum finns möjlighet att diskutera vilka stora utmaningar som ligger framför svensk hälso- och sjukvård och vilka frågor som Socialdepartementet, landsting och myndigheter bör prioritera att samverka om på högsta nivå.

Resultatet av den nationella dialogen går inte att avgöra på förhand. Dialogen kan ge inspel och idéer som Socialdepartementet och landstingen kan använda som underlag för att utveckla de egna verksamheterna, men också till att parterna tar frågor vidare tillsammans, till exempel genom gängse process för överenskommelser om gemensamma initiativ.

ETT RAMVERK FÖR ATT FÖLJA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS UTVECKLING BÖR STÖDJA DIALOGEN

På många områden inom hälso- och sjukvården finns goda möjligheter att följa upp, diskutera och förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet genom kunskap bland annat från hälsodataregistren, kvalitetsregistren och Öppna jämförelser. Ändå saknas det en samlad ansats för att med resultatdata följa utvecklingen i hälso- och sjukvården nationellt, i landstingen och i förhållande till andra länder. En sådan överblick behövs för att bättre ta tillvara på och komplettera bland annat Öppna jämförelser och Socialstyrelsens lägesrapporter för hälso- och sjukvården.

I Vårdanalysuppdrag efterfrågar regeringen ett uppföljningsverktyg för att följa tillståndet i hälso- och sjukvården som ska stödja dialogen. I denna rapport lämnar vi förslag på ett ramverk, som kan ligga till grund för resultatsammanställningar för att på ett översiktligt sätt följa hälso- och sjukvårdens resultat och förutsättningar. För att bättre uppfylla dialogens syften föreslår Vårdanalys att resultatsammanställningarna kompletteras med underlag utifrån de fokusområden som landstingen och Socialdepartementet har enats om i förväg, samt diskussionsfrågor om statens stöd och verksamhet.

Vårdanalys förslag på ett ramverk för att följa resultat och utveckling hälso- och sjukvården visas i figur 2. Ramverket är tänkt att fungera som en struktur för att identifiera och prioritera vilka resultat parterna bör följa tillsammans. Syftet är att bidra till att skapa en gemensam överblick över problem- och styrkeområden och var det finns utvecklingspotential nationellt och i landstingen. Ramverket bör också kunna användas för resultatsammanställningar och analyser med andra syften än dialogen, till exempel för att regelbundet ge en bild av tillstånd och utveckling i svensk hälso- och sjukvård för beslutsfattare och allmänhet eller för fördjupande analyser och analyssamarbeten mellan landsting.

Ramverket, som visas i figur 2, har fyra övergripande dimensioner: hälsa i befolkningen, kvalitet i tjänsterna, effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem samt jämlik vård och hälsa. Både val av indikatorer och form för hur resultaten ska presenteras bör utvecklas i samverkan med experter från landstingen för att säkerställa kvalitet, relevans och nytta för både landstingen och Socialdepartementet.

Figur 2. Ramverk för att följa hälso- och sjukvårdens resultat och förutsättningar



GENOMFÖRANDE OCH FORTSATTA VÄGVAL

Vårdanalys rekommenderar att Socialdepartementet och SKL enas om formerna och en tidplan för en första hälso- och sjukvårdsdialog 2015–2016. Vi föreslår också att Socialdepartementet inrättar en samordnande funktion för dialogen. Den samordnande funktionen på Socialdepartementet bör dels arbeta med förberedelser och genomförandet av dialogen, dels förvalta resultaten av dialogen i Regeringskansliets arbete. En liknande funktion för att koordinera den nationella dialogen i landstingens och SKL:s nätverk, följa landstingsdialogen och stödja landstingen i förberedelsearbetet bör finnas på SKL.

Vi föreslår vidare att Vårdanalys får i uppdrag av regeringen att stödja dialogen med underlag. Underlagen bör tas fram i samverkan med landstingen och med andra berörda aktörer, till exempel myndigheter och professions- och patientföreningar.

Vårdanalys förslag till hälso- och sjukvårdsdialog ska ses som en ram för en stärkt dialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Det finns anledning att överväga om även kommunerna kan inkluderas i dialogen framöver. Vi har i detta arbete prioriterat att skapa former för en faktabaserad dialog för ökad samverkan som inte kräver stora resurser utan kan genomföras på kort sikt, men som ska vara återkommande och ha bred förankring hos landstingen.

Det har under utredningsarbetet blivit tydligt att det finns en rad tänkbara sätt att samverka mellan de högsta ledningarna på Socialdepartementet och landstingen vad gäller hälso- och sjukvårdens utveckling. Därför har vi strävat efter att vara tydliga med delprocesserna i dialogen och deras syfte så att det är möjligt att se dem som byggstenar. Om parterna exempelvis vill genomföra dialogen endast på nationell nivå, utan att Socialdepartementet besöker samtliga landsting, är det möjligt att genomföra dialogen på det sättet.

Vårdanalys rekommendation är att genomföra en dialogomgång enligt det principiella format och med stöd av det underlag som presenteras i denna rapport. Utifrån vunna erfarenheter kan parterna därefter ta ställning till om dialogen bör bli återkommande i denna form. De exakta arbetsformerna och underlagen bör utvecklas genom att lära och förbättra utifrån ett praktiskt genomförande.

Vårdanalys viktigaste rekommendation är dock att få till stånd en stärkt och återkommande dialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Det är centralt för att vi ska kunna hantera de stora utmaningar och ta tillvara de möjligheter som ligger framför oss.



Innehåll

1 Inledning	25
1.1 Vårdanalys uppdrag	25
1.2 Rapportens upplägg	25
1.3 Så har vi arbetat	26
2 En stärkt dialog svarar mot flera behov	31
2.1 Behov av samverkan på strategisk nivå	31
2.2 Hälso- och sjukvårdsdialogen ska bidra till en stärkt samverkan	36
3 Förslag på utformning av en hälso- och sjukvårdsdialog	41
3.1 Utgångspunkter för utformningen av en hälso- och sjukvårdsdialog	41
3.2 Hälso- och sjukvårdsdialogens tre faser	43
3.3 Dialogen är en startpunkt för fortsatt arbete	47
4 Ett ramverk för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling	53
4.1 Dialogen bör stödjas av faktabaserade underlag	53
4.2 Det saknas nationell överblick över tillstånd och utveckling	55
4.3 Överväganden för vilka resultat som bör följas inför dialogen	57
4.4 Vårt förslag på ramverk för att följa tillstånd och utveckling i hälso- och sjukvården	63
4.5 Resultatsammanställningar för att förbereda dialogen	75
5 Förslag på fortsatt utveckling och genomförande	81
5.1 Tre rekommendationer för att genomföra en första hälso- och sjukvårdsdialog	81
5.2 Tidplan för första dialogen	82
5.3 Ekonomiska konsekvenser och budget	83
5.4 Utvärdering av dialogen	84
6 Referenser	87
Bilagor	91
Bilaga 1 Förteckning över möten och intervjuer	91
Bilaga 2 Vem gör vad i dialogen?	93



1 Inledning

1.1 VÅRDANALYS UPPDRAG

År 2013 fick Vårdanalys i uppdrag från regeringen att ta fram ett förslag på en modell för ett scorecard som på ett enkelt och överskådligt sätt visar hur sjukvårdsmännen presterar inom vissa områden. I december 2013 redovisade Vårdanalys en förstudie till regeringen och gav förslag på hur arbetet med uppdraget skulle fortsätta under 2014 (Myndigheten för vårdanalys 2013a). I 2014 års regleringsbrev till myndigheten (Regeringsbeslut S2013/9047/SAM), efter Vårdanalys delrapportering, justerades uppdraget – se textruta.

Vårdanalys har haft i uppdrag att:

”ta fram ett förslag på en modell för ett uppföljningsverktyg som ska syfta till att på ett enkelt och överskådligt sätt visa i vilken utsträckning sjukvårdshuvudmännen uppfyller kraven på en patientcentrerad, säker och jämlik vård med hög kvalitet, och som samtidigt är långsiktigt hållbar. Verktöget ska vara utformat med syfte att utgöra grunden för en konstruktiv dialog mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen. Uppdraget ska genomföras i nära dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet). Framtagandet av ett förslag på en modell för ett uppföljningsverktyg ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting och berörda myndigheter.”

Utifrån uppdraget har Vårdanalys formulerat tre övergripande frågor som besvaras i denna rapport:

- Vilka behov kan en stärkt dialog mellan staten och sjukvårdshuvudmännen svara mot?
- Utifrån de identifierade behoven: hur kan formerna för en stärkt dialog mellan staten och sjukvårdshuvudmännen se ut?
- Utifrån de identifierade behoven: vilka underlag kan stödja en nationell dialog om hälso- och sjukvården?

1.2 RAPPORTENS UPPLÄGG

I kapitel två redogör vi för vilka behov en stärkt dialog kan svara mot. Vi ger en överblick över rådande samverkansformer och pekar på vilka luckor en stärkt dialog mellan Socialdepartementet och landstingen kan fylla. I kapitel tre lämnar vi förslag på formerna för en hälso- och sjukvårdsdialog. I kapitel fyra presenterar vi ett ramverk som kan användas för att följa tillstånd och utveckling i svensk hälso- och sjukvård.

Sammanställningar av viktiga resultat utifrån detta ramverk kan tillsammans med underlag om särskilda fokusområden för dialogen stödja hälso- och sjukvårdsdialogen. I kapitel fem ger vi rekommendationer för vad som behöver göras för att genomföra en första hälso- och sjukvårdsdialog 2015–2016.

1.3 SÅ HAR VI ARBETAT

Vårdanalys har utfört uppdraget i två faser. I förstudiefasen analyserade vi vilka nationella utvecklingslinjer som var viktiga att ta hänsyn till för att utforma ett scorecard för att mäta hälso- och sjukvårdens prestationer, studerade några exempel på uppföljningssystem för hälso- och sjukvården från andra länder samt gav förslag på vägledande principer, mål och ambitionsnivå för det fortsatta arbetet.

Under 2014, och efter att regeringen omformulerat uppdraget, har vi bedrivit ett utvecklingsarbete för att besvara frågorna ovan: vilka behov kan en stärkt dialog svara mot, hur kan dialogen utformas och vilka underlag kan stödja den?

Figur 3 beskriver hur vi har arbetat för att besvara frågorna. I utvecklingsarbetet har Vårdanalys diskuterat förslag i olika faser av arbetet med Socialdepartementet och en rad nätverk inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som Sjukvårdsdelegationen och Landstingsdirektörsföreningen. Under arbetet har vi arrangerat workshoppar, intervjuat och fört diskussioner med berörda aktörer och myndigheter. Vi har också haft en expertgrupp som har följt arbetet samt en grupp utsedd av Landstingsdirektörsföreningen att diskutera med. Totalt har över 150 personer på olika sätt varit involverade eller haft möjlighet att komma med synpunkter i utvecklingsarbetet. Eftersom tiden till uppdragets slutrapporteringen har varit kort efter att en ny regering har tillsatts har det inte varit möjligt att föra dialog med den nya politiska ledningen på Socialdepartementet inom ramen för uppdraget.

Vi har tagit avstamp i de former för dialog som Socialdepartementet haft med landstingen i den så kallade landstingsdialogen, där socialministern och dennes statssekreterare i tre omgångar har besökt samtliga landsting för dialogen med landstingsledningen. I förhållande till denna diskussionsform har vi utrett vilka behov av dialog som finns och vilka underlag som skulle kunna stödja en dialog. I arbetet har vi strävat efter en transparent process där vi har presenterat förslag och hämtat in synpunkter från berörda parter i flera omgångar. Figur 3 illustrerar vårt arbetssätt.

Figur 3. Arbetsprocess för att genomföra uppdraget

I den slutliga utformningen har vi vägt samman de kommentarer vi har fått med Vårdanalys övriga utredningsarbete, forskning och erfarenheter från andra pågående arbeten. Vi kommer att i möjligaste mån redovisa den övergripande återkoppling som har väglett oss i utformningen av förslaget, men Vårdanalys är ansvarig för den slutliga bedömningen. Se bilaga 1 för en förteckning över genomförda möten under utredningsarbetet.



2 En stärkt dialog svarar mot flera behov

Vårdanalys föreslår att Socialdepartementet och landstingen etablerar en återkommande hälso- och sjukvårdsdialog. Hälso- och sjukvårdsdialogen ska stödja övergripande samverkan mellan Socialdepartementet och landstingen på tre sätt:

Dialogen ska, för det första, underlätta strategisk samordning i nationella utvecklingsfrågor. Dialogen ska, för det andra, ge förutsättningar för en gemensam bild av centrala problemområden och utvecklingsbehov i svensk hälso- och sjukvård. Dialogen ska, för det tredje, ge Socialdepartementet underlag för att utveckla och koordinera statens insatser och verksamhet så att de blir bättre anpassade efter hälso- och sjukvårdens behov.

2.1 BEHOV AV SAMVERKAN PÅ STRATEGISK NIVÅ

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar som är svåra för regeringen och sjukvårdshuvudmännen att hantera var för sig. I detta avsnitt beskriver vi vilka behov en stärkt dialog kan svara mot. Vi utgår från tidigare utredningar och analyser samt intervjuer och möten med företrädare för framför allt Socialdepartementet, landstingen och myndigheter.

2.1.1 Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar och möjligheter

Allt fler lever allt längre. Det är en framgång för samhället och för hälso- och sjukvården. Den demografiska utvecklingen innebär dock att hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. När allt fler blir äldre kommer allt fler hinna utveckla de kroniska sjukdomar som hör till det normala åldrandet (Myndigheten för vårdanalys 2014d, SKL 2010). Det innebär samtidigt att skattebasen minskar då andelen av befolkningen i arbetsför ålder sjunker, samtidigt som ökad vårdkonsumtion och stora pensionsavgångar kan leda till kompetensförsörjningsproblem i delar av vården (Socialstyrelsen 2013a).

Samtidigt ser vi en snabb teknikutveckling som gör det möjligt att diagnosticera och behandla allt fler sjukdomar och allt svårare tillstånd, och som innebär helt nya sätt att utföra hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården kommer att kunna upptäcka sjukdomar tidigare och erbjuda effektivare behandlingar, men i likhet med andra delar av samhället leder denna utveckling också till högre förväntningar på vad vården ska åstadkomma och hur.

En tredje trend är den ökande specialisering som kommer av en accelererande

kunskapsutveckling. När allt fler personer med sammansatta kroniska sjukdomar får hjälp av allt fler och olika specialister ökar komplexiteten i vården. Det medför ett ökat behov av samordning och koordinering, inte minst mellan primärvården och specialiserad hälso- och sjukvård och mellan landstingens hälso- och sjukvård och den kommunala vården och omsorgen. Det ställer i sin tur högre och allt mer akuta krav på att it-systemen ska ge förutsättningar för att vården ska fungera sammanhållet utifrån patientens perspektiv. Med det stora informations- och kommunikationsbehov som präglar hälso- och sjukvården kan ändamålsenliga tekniska verktyg bidra till samordning mellan personalkategorier och verksamheter, men också till en vård som är anpassad efter individens behov och önskemål. Med ny teknik ökar också möjligheterna till egenvård och delaktighet för patienten (Socialdepartementet 2010).

Det är en betydande utmaning att effektivisera hälso- och sjukvården för att möta förändrade behov och ta tillvara på möjligheterna i dessa och andra trender. Detta kräver samordning och samverkan, med det yttersta syftet att främja hälsan i befolkningen.

2.1.2 Staten och landstingen har olika roller men delat ansvar i ett allt mer komplext hälso- och sjukvårdssystem

Landstingen och kommunerna har i olika delar ansvaret för att ge en god vård till sin befolkning. De är självstyrande och i första hand ansvariga inför sina invånare. Staten har traditionellt styrt och påverkat sjukvårdshuvudmännen inom hälso- och sjukvården genom lagstiftning och andra författningar, men också genom vissa statliga stöd och kunskapsunderlag som nationella riktlinjer. Riksdagen anger genom lagstiftningen gränserna för och åtagandet för det kommunala självstyret. Det följer också av grundlagen, 8 kap § 2 regeringsformen (1974:152), att skyldigheter för kommuner och landsting ska ske genom lagstiftning, men regeringen kan också besluta om förordningar för att styra huvudmännens ansvar på olika områden om det finns ett bemyndigande från riksdagen.

Statliga myndigheter har ansvaret för att meddela föreskrifter (som är bindande för huvudmännen), utöva tillsyn och förse sektorn med kunskapsunderlag som riktlinjer. I Statens vård- och omsorgsutredning kartlades myndigheternas instruktioner och uppdrag och utredningen pekade på en komplex myndighetsstruktur, där flera myndigheter har liknande uppgifter inom samma områden inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredningen lämnade förslag på hur statens insatser och särskilt kunskapsstyrningen kan bli mer samordnade (SOU 2012:33). Ett antal åtgärder som syftar till att förenkla och renodla myndighetsstrukturen har vidtagits som en följd av Statens vård- och omsorgsutredning, men det finns fortfarande flera statliga myndigheter med närliggande uppgifter som huvudmännen ska förhålla sig till.

Till detta kommer att flera viktiga frågor som påverkar sjukvårdshuvudmännen skär på tvärs genom den traditionella uppdelningen i politikområden – till exempel kompetensförsörjning, klinisk forskning och skatteutjämning.

För landstingen kan det vara svårt att få överblick över statens samlade stöd, verksamheter och insatser i förhållande till landstingen. De senaste två decennierna har hälso- och sjukvårdssystemet blivit mer komplext i och med att statens insatser och verksamhet har

utvecklats. Från att ha varit mer eller mindre begränsad till styrning genom lagar och andra författningar har tillfälliga statliga bidrag, överenskommelser mellan regeringen och SKL, nationella samordnare och olika handlingsplaner och strategier blivit allt vanligare. Inte minst har användningen av prestationsbaserade ersättningar inom olika statliga satsningar ökat. Mycket tyder på att de prestationsbaserade satsningarna har haft kraftiga effekter i verksamheterna i hälso- och sjukvården (Myndigheten för vårdanalys 2013b).

Detta kan sägas vara en del av en förvaltningspolitisk linje som i hög grad förlitar sig på ekonomiska incitament. Med detta följer också behov av och fokus på kontroll, uppföljning och utvärderingar – att staten vill mäta resultat i verksamheter de ger medel till har varit en sådan förvaltningspolitisk trend (Myndigheten för vårdanalys 2013b).

I Ansvarskommitténs betänkande konstaterades att en mångfald av styrformer utöver lagstiftning skapar otydlighet, dels utifrån huvudmännens perspektiv om vad som är bindande, dels ur medborgarnas perspektiv då det försvårar ansvarsutkrävandet. Samtidigt uttryckte sig, enligt utredningen, flera företrädare för kommuner och landsting positivt till många av de initiativ som vid denna tidpunkt hade tagits, men ansåg att man skulle kunna få större genomslag om initiativen fokuserade på färre områden, mer långsiktigt och med större frihet för huvudmännen att själva forma metoderna (SOU 2007:10).

I vår dialog med företrädare för landstingen inom ramen för detta uppdrag har det framkommit liknande synpunkter. Om landstingen kommer in sent i diskussioner om statliga initiativ blir det svårt att påverka utformningen och tiden för genomförande riskerar att bli alltför kort. Landstingsföreträdare har därför önskat en breddad dialog om nationella initiativ för att få dem mer behovsanpassade och förankrade.

Sammanfattningsvis innebär detta att en tidigare redan komplex rollfördelning och styrning av hälso- och sjukvården har alltså blivit än mer komplex och behovet av samverkan mellan regeringen och landstingen har förstärkts.

2.1.3 Det finns en rad samverkansformer, men det saknas ett forum för övergripande och strategisk diskussion

De senaste åren har den nationella styrningen utvecklats genom att landstingen har samordnat sig sinsemellan, och i förhållande till statliga myndigheter. Detta har skett genom stärkta nationella nätverk som Landstingsdirektörsföreningen, ett nytt forum för nationell kunskapsstyrning (Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning, NSK) och genom utvecklat samarbete och nya processer för ordnat införande av nya läkemedel (projektet Ordnat införande i samverkan, OtIS). Det finns även samverkansformer på särskilt utpekade områden som Öppna jämförelser, e-hälsa och kvalitetsregister, och flera myndigheter har skapat ytterligare forum för kunskapsutbyte med landstingen. Ett exempel på detta är Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) återföringskonferenser.

Ett ytterligare forum för att stärka kunskapsstyrningen är det Kunskapsstyrningsråd som enligt regeringens förslag till budget för 2015 bör inrättas (prop. 2014/15:1). Det föreslås att ett huvudmannaråd med representanter för landstingens politiska organ knyts till Kunskapsstyrningsrådet. Kunskapsstyrningsrådet ska vara ett strategiskt

råd utan operativt ansvar där myndigheterna som ingår ska diskutera strategiska frågor av betydelse för en effektiv och samstämd statlig kunskapsstyrning och en ökad behovsanpassning. Detta inte minst mot bakgrund av att flera myndigheter ger rekommendationer och kunskapsstöd som riktar sig till samma målgrupper.

Staten och sjukvårdshuvudmännen samverkar därmed på flera sätt. På övergripande nivå för även Socialdepartementet och SKL diskussioner och enas om gemensamma initiativ genom överenskommelser. Och i flera av de dokument som blir styrande inom hälso- och sjukvården samverkar myndigheter, representanter från landstingen och hälso- och sjukvårdens professioner under framtagningen, exempelvis kring riktlinjer.

I tre omgångar sedan 2009 har Socialdepartementet även besökt samtliga 21 landsting inom ramen för den så kallade landstingsdialogen. I detta forum har socialministern eller dennes statssekreterare fört dialog med landstingsledningen och företrädare för oppositionen. Landstinget och Socialdepartementet har delat på agendan, där landstinget och Socialdepartementet i varsitt block haft möjlighet att presentera det egna arbetet och ta upp särskilt angelägna frågor.

Efter vad Vårdanalys kan bedöma efter samtal med ett antal personer som har medverkat är erfarenheterna från dialogen blandade. För Socialdepartementet har detta varit ett bra tillfälle att få en bild av tillstånd och utmaningar i de enskilda landstingen, medan flera landstingsföreträdare uttrycker en osäkerhet kring dialogens roll och syfte. I flera fall berättar landstingsföreträdare om positiva erfarenheter från dialogen med bra och väl förberedda samtal. Samtidigt pekar andra deltagare från landstingens sida på bristande kommunikation och förberedelser inför dialogen, och en pliktskyldig redovisning utan egentlig dialog. Det har också saknats en process för att ta frågor vidare från landstingsdialogen till forum för diskussioner om nationella utvecklingsinitiativ.

Det finns därmed en rad forum för kunskapsutbyte mellan landstingen och staten i svensk hälso- och sjukvård. Men det saknas ett etablerat forum för den mer övergripande och strategiska prioriteringen bland en bredd av angelägna frågor och utvecklingsområden.

2.1.4 Det finns mycket data, men det saknas en gemensam bild av tillstånd och utmaningar

Det saknas inte bara ett forum för samverkan på strategisk nivå. Ett ytterligare hinder för en effektiv samverkan mellan staten och sjukvårdshuvudmännen är att det inte fullt ut finns en gemensam bild av mål, tillstånd, problem och utmaningar för hälso- och sjukvården. Utan en gemensam förståelse för tillstånd och utmaningar i svensk hälso- och sjukvård är det svårt för huvudmännen och staten att prioritera vad som bör bli föremål för gemensamma initiativ, och risken finns att nationella och regionala prioriteringar motverkar snarare än stödjer varandra.

Det finns ett stort antal användbara indikatorer för att mäta kvalitet i vården genom de nationella kvalitetsregistren och Öppna jämförelser. Det finns en god sakkunskap inom specifika sakområden i landstingen och i hälso- och sjukvårdens professioner och myndigheterna har expertkompetens inom sina ansvarsområden. Inom Regeringskansliet finns en överblick över myndigheternas olika uppdrag och statliga utredningar

bidrar med särskilda genomlysningar. Men det saknas en samlad ansats för att på ett översiktligt sätt följa utvecklingen i hälso- och sjukvården nationellt, i landstingen och i förhållande till andra länder. Statens vård- och omsorgsutredning konstaterade att vi i Sverige inte har samlat informationen så att det går att bedöma och följa hela hälso- och sjukvårdssystemets utveckling på ett likartat sätt och att det saknas bredare analyser (SOU 2012:33). Vårdanalys har också konstaterat att det bland annat saknas analys och överblick av resultaten i Öppna jämförelser (Myndigheten för vårdanalys 2012).

Socialstyrelsens arbete att definiera indikatorer för God vård (Socialstyrelsen 2009) var ett grundarbete för urval av indikatorer för att följa hälso- och sjukvårdens resultat. Delar av det används i den återkommande lägesrapporten Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten som beskriver utvecklingen på nationell nivå. Som Öppna jämförelser ger denna rapport dock en bred snarare än överskådlig bild av tillstånd och utveckling, och den syftar till att ge en nationell bild snarare än att ge en bild av varje landsting.

Överlag saknas också i regel jämförbara referensvärden för att göra bedömningar av vad som är bra resultat. Att enbart jämföra landsting och enheter inom landet räcker inte för att göra bedömningar om förbättringsbehov – det kan exempelvis finnas hälso- och sjukvårdssystem i andra länder som uppnår bättre resultat som därmed bör fungera som jämförelsemått.

2.1.5 Det behövs återkoppling från landstingen på statens stöd och verksamheter

Regeringen behöver en samlad bild av landstingens behov av stöd från staten och återkoppling från landstingen på hur de statliga verksamheterna och insatserna fungerar. Det är ett viktigt underlag för att kunna utveckla statens stöd och verksamheter. Statens vård- och omsorgsutredning betonar flera problemområden i den statliga styrningen. Utredningen lyfter fram att kunskapsstödet är splittrat, att riktlinjer inte har tillräcklig genomslagskraft och att det finns brist på samordning av it-strukturer (SOU 2012:33). Samtidigt konstaterar utredningen att statens roll är att följa sektorns utveckling som helhet och att det behövs stärkta funktioner för att skapa en överblick. Det krävs därmed kunskap på regeringsnivå om vilka behov statens verksamheter behöver fylla och hur dess verksamheter direkt påverkar landstingens möjligheter att ge en god vård till sina invånare. Att myndigheter samverkar med landsting och professionsföreträdare inom olika områden är nödvändigt, men det behövs också forum för kunskapsutbyte på högsta strategiska nivå. Landstingen berörs i högsta grad av hur regeringen styr myndigheterna och prioriterar sina insatser – därför behövs forum för direkt återkoppling till regeringen från landstingen.

Genom att förankra statens stöd och verksamheter, inte minst när det gäller större initiativ, på bred front i landstingen och på ett tidigt stadium ökar möjligheterna att få önskad effekt av de statliga insatserna. Det är därför viktigt att landstingen får kunskap om och ges möjlighet att diskutera statliga prioriteringar med regeringsföreträdare.

Statens kunskaper om hälso- och sjukvårdens styrkor, förbättringsområden och skillnader utifrån ett nationellt perspektiv kan också bidra till att skapa underlag som

kan användas i landstingens utvecklingsarbeten.

2.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDIALOGEN SKA BIDRA TILL EN STÄRKT SAMVERKAN

En konstruktiv dialog mellan Socialdepartementet och landstingen med stöd av relevanta underlag är viktig av flera skäl. Ytterst sett handlar det om att en välfungerande samverkan är en viktig förutsättning för att den enskilde patienten ska få bästa möjliga vård. När hälso- och sjukvårdens olika delar inte drar åt samma håll eller när nödvändigt utvecklingsarbete inte kan komma till stånd för att ansvaret är delat mellan staten och sjukvårdshuvudmännen riskerar patienten att drabbas. Exempelvis kan bristande it-system och kompetensförsörjningsproblem leda till bristande tillgänglighet, säkerhet, kvalitet och kontinuitet i vården för den enskilde patienten.

Vårdanalys föreslår därför att Socialdepartementets återkommande dialoger med landstingen, de så kallade landstingsdialogerna, vidareutvecklas så att de blir en del av en nationell hälso- och sjukvårdsdialog mellan landstingen och Socialdepartementet om gemensamma utvecklingsfrågor.

Hälso- och sjukvårdsdialogen bör också få en mer institutionaliserad form och bli mer faktabaserad jämfört med den tidigare landstingsdialogen. Därför bör den stödjas av underlag som syftar till att dels följa hälso- och sjukvårdens utveckling i viktiga dimensioner, dels analysera problemområden och framtida utmaningar som parterna har pekat ut som viktiga att diskutera.

En mer institutionaliserad och faktabaserad hälso- och sjukvårdsdialog har därmed tre syften:

2.2.1 Strategisk samordning och dialog i nationellt prioriterade utvecklingsfrågor

Hälso- och sjukvårdsdialogen syftar till att erbjuda ett forum för strategisk samordning på högsta nivå mellan Socialdepartementet och landstingen. Resultaten av dialogen kan bli att Socialdepartementet och landstingen väljer att arbeta vidare med vissa frågor var för sig eller att man beslutar att gå vidare genom gemensamma initiativ.

2.2.2 En gemensam bild av tillstånd och utmaningar för hälso- och sjukvården

En gemensam bild av tillstånd och utmaningar underlättar samverkan om nationella utvecklingsområden. Dialogen är ett viktigt verktyg för att landstingen och Socialdepartementet ska kunna förstå varandras utgångspunkter och få en gemensam bild om vad som är de mest angelägna problemområdena i hälso- och sjukvården. Men förutsättningarna för det kan stärkas genom relevanta underlag som bildar en grund för dessa samtal.

2.2.3 En mer behovsanpassad och effektivare statlig verksamhet

Genom dialog med landstingen om hälso- och sjukvårdens behov och förutsättningar kan regeringen genom Socialdepartementet få viktig kunskap för att styra de statliga verksamheterna så att de blir mer behovsanpassade och bättre förankrade hos dem som berörs. Det förbättrar förutsättningarna för att få effekt av statliga initiativ. Ett viktigt syfte med hälso- och sjukvårdsdialogen är därför att skapa ett forum för direkt återkoppling på statens samlade insatser inom hälso- och sjukvården.

Dialogen kan även stödja landstingen i att utveckla sina verksamheter. Underlagen och själva dialogen kan bidra med perspektiv på den egna verksamheten som landstingen kan arbeta vidare med utifrån egna beslut.



3 Förslag på utformning av en hälso- och sjukvårdsdialog

Vårdanalys föreslår att den tidigare landstingsdialogen utvecklas till en hälso- och sjukvårdsdialog mellan landstingen och Socialdepartementet som genomförs i tvåårscykler. Dialogen bör bestå av tre faser: förberedelser, landstingsdialog och nationell dialog. Genom faktabaserade underlag och strukturerade förberedelser ska dialogen få en hög relevans och kunna fokusera på problemområden. Genom bilaterala dialoger mellan respektive landsting och Socialdepartementet ska regeringen få kunskap om respektive landstings utmaningar och om hur statens verksamheter och stöd inom hälso- och sjukvården fungerar. Genom dialog på nationell nivå mellan alla landsting och Socialdepartementet skapas ett forum för diskussion om strategiska och övergripande prioriteringar.

Vårdanalys föreslår att dialogen förs på politisk nivå med stöd av tjänstemän. I förberedelserna och i den nationella dialogen bör befintliga strukturer inom SKL användas.

Vårdanalys föreslår att samordnande funktioner inrättas på SKL och på Socialdepartementet för att stödja genomförandet och ta tillvara på resultaten av dialogen. Vårdanalys bör få i uppdrag att stödja dialogen med relevanta analyser och underlag.

3.1 UTGÅNGSPUNKTER FÖR UTFORMNINGEN AV EN HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDIALOG

Vi har fått ett stort antal synpunkter och inspel från landstingen, Socialdepartementet, myndigheter och andra aktörer i arbetet med att utforma dialogen. Detta har givit fem utgångspunkter för det förslag vi lämnar:

3.1.1 Det bör finnas ett forum för att diskutera gemensamma prioriteringar av utvecklingsområden mellan stat och landsting

I dag saknas ett etablerat forum mellan regeringen och landstingen för diskussioner om övergripande prioriteringar av exempelvis gemensamma initiativ. I den tidigare landstingsdialogen har Socialdepartementets politiska ledning besökt alla landsting och fört dialog, men den har inte innehållit någon sådan mekanism för att ta frågor vidare till ett nationellt forum. Ett sådant nationellt forum skulle kunna underlätta för

Socialdepartementet och landstingen att gemensamt ta sig an nationellt prioriterade utvecklingsfrågor. Det skulle också skapa bättre förankring och större utväxling för statliga initiativ.

3.1.2 Dialog bör föras mellan Socialdepartementet och alla landsting

Erfarenheterna från landstingsdialogen pekar på att detta har varit ett bra tillfälle för Socialdepartementet att få en bild av tillstånd och utmaningar i de enskilda landstingen, medan det i landstingen har funnits en osäkerhet kring dialogens syfte. Vi bedömer att Socialdepartementet även framöver bör föra dialog med varje landsting för att få kunskap om behov och förutsättningar i varje landsting. Detta bör kompletteras med en nationell dialog mellan Socialdepartementet och landstingen samlat. En återkommande synpunkt från landstingsföreträdare har varit att samtliga landsting bör inkluderas för att dialogen ska vara legitim och kunna föras på en strategisk och övergripande nivå, men samtidigt bygga in en förståelse för de skilda förutsättningar som finns i olika delar av Sverige.

3.1.3 Dialogen bör ske på politisk nivå men stödjas av tjänstemän

En återkommande synpunkt i Vårdanalys utredningsarbete har varit att dialogen bör ledas av de politiska ledningarna i landstingen respektive på Socialdepartementet. Denna typ av strategisk dialog om nationellt prioriterade utvecklingsfrågor är en fråga om politiska prioriteringar och bör ledas av folkvalda representanter. För långsiktighet och kontinuitet bör dialogen stödjas av tjänstemän. Även representanter för oppositionen bör bjudas in.

3.1.4 Hälso- och sjukvårdsdialogen bör bygga på etablerade strukturer

I samtal med Vårdanalys har flera landstingsföreträdare tryckt på att dialogen inte får bli ytterligare en pålaga – den behöver i stället vara ett stöd för att diskutera övergripande prioriteringar, ha en samordnande funktion och bygga på befintliga strukturer. Det bör inte skapas nya parallella organisationer för dialogens syfte, men det bör vara möjligt för alla landsting att delta på lika villkor. För en resurseffektiv utformning bör etablerade nätverk i anslutning till SKL användas i så stor utsträckning som möjligt som dialogpartner till Socialdepartementet.

3.1.5 Dialogen bör stödjas av faktabaserade underlag

Landstingsföreträdare har i samtal med Vårdanalys betonat att landstingsdialogen inte har haft gemensamma faktaunderlag att utgå ifrån. De frågor som landstingen och Socialdepartementet bedömer vara aktuella att diskutera bör styra vilka underlag som tas fram – en diskussion om it i vården kräver andra underlag än en diskussion om kompetensförsörjning, klinisk forskning eller nivåstrukturer.

Det har också framkommit i diskussioner med landstingsrepresentanter att det finns ett behov av en gemensam struktur för att analysera resultaten för hälso- och sjukvården på nationell nivå så att det är möjligt att dra slutsatser om förbättringsområden. Det finns en bred bild av att man bör vara försiktig med att ålägga hälso- och sjukvården att rapportera in mer data – i stället behövs analys av redan insamlade data. Att analysera data och skapa nationell överblick kan bidra till att skapa en gemensam bild för landsting och Socialdepartementet av tillstånd och utmaningar för hälso- och sjukvården. Denna fråga behandlas mer utförligt i nästa kapitel.

3.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDIALOGENS TRE FASER

Vårdanalys föreslår att Socialdepartementet och landstingen etablerar en hälso- och sjukvårdsdialog i tre faser – se figur 4. I detta avsnitt beskriver vi hur en kontinuerlig dialog mellan Socialdepartementet och landstingen kan utformas och vilka underlag som bör tas fram.

Figur 4. En hälso- och sjukvårdsdialog i tre faser



3.2.1 Förberedelser: Diskussion om fokusområden inleder dialogen

De landstingsdialoger som hittills har genomförts har fokuserat på ett antal reformområden som har varit viktiga för Socialdepartementet, såsom patientcentrering, tillgänglighet och jämlikhet. Det har även funnits utrymme för landstingen att presentera pågående arbeten och ta upp angelägna frågor. Socialdepartementet och landstingen har förberett sig på varsitt håll och utan gemensamma underlag. I samtal med Vårdanalys har flera personer som har deltagit i de tidigare landstingsdialogerna pekat på behovet av mer strukturerade förberedelser.

Socialdepartementet och SKL enas om inriktning för dialogen

Vårdanalys föreslår att dialogen inleds med en förberedelsefas som inriktas på att enas om fokusområden för dialogen. Tiden för varje landstingsdialog kommer att vara begränsad till några timmar – därför är det viktigt att Socialdepartementet och landstingen genom

SKL enas om ett fåtal områden där det finns möjlighet till fördjupad diskussion. Därefter bör relevanta underlag tas fram för att stödja diskussionen.

3.2.2 Landstingsdialog: Socialdepartementet besöker samtliga landsting

I den hittillsvarande landstingsdialogen har socialministern och/eller dennes statssekreterare besökt samtliga 21 landsting över en tvåårsperiod. Erfarenheterna från dialogen varierar, men det finns ett grundläggande behov av dialog mellan Socialdepartementet och landstingen. För Socialdepartementet är det viktigt att förstå landstingens förutsättningar och att få en bild av hur statens insatser och verksamhet påverkar de enskilda landstingen. För landstingen finns ett behov av att signalera vilka problem och utmaningar de står inför, och inte minst hur detta relaterar till statens insatser och verksamheter.

För att fullt ut möta dessa behov bör Socialdepartementet föra en bilateral dialog med varje landsting genom att besöka landstingen. Därför föreslår Vårdanalys att landstingsdialogens upplägg lever vidare, men att den stärks genom bättre förberedelser och att den kompletteras med den en nationell dialog. Dessutom bör erfarenheterna från landstingsdialogerna tas tillvara på ett mer systematiskt sätt så att de kan ligga till grund för fortsatt gemensamt arbete på nationell nivå. Figur 5 ger ett exempel på hur en landstingsdialog skulle kunna utformas.

Exempel på agenda för en landstingsdialog

- 1 Landstingets presentation:**
Utmaningar och styrkor, behov av nationellt samarbete, återkoppling på statens stöd och styrning (1 timme)
 - 2 Diskussion om fokusområde:**
Vårdens informationssystem (1 timme)
 - 3 Diskussion om fokusområde:**
Kvalitet och tillgänglighet i psykiatri (1 timme)
 - 4 Socialdepartementets presentation**
Aktuella och särskilt prioriterade frågor från regeringen. (1 timme)
- +** I anslutning till dialogen bör det finnas utrymme för studiebesök

Dialogen bör stödjas av faktaunderlag

För att hälso- och sjukvårdsdialogen ska bli faktabaserad och fokuserad på de utpekade fokusområdena samt bidra till en gemensam bild av vad som är hälso- och sjukvårdens utmaningar i varje landsting bör underlag tas fram inför varje landstingsdialog. Detta underlag bör innehålla:

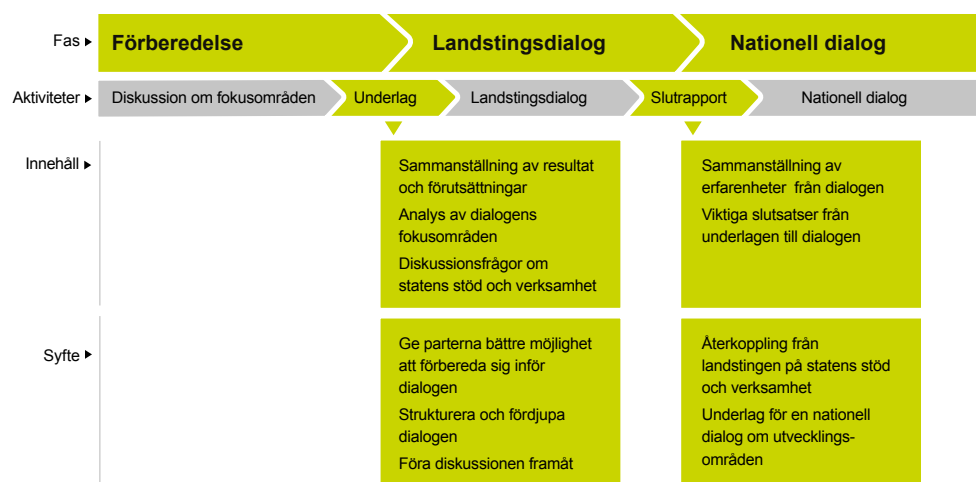
- en sammanställning av resultat och förutsättningar för att följa tillstånd och utveckling i hälso- och sjukvården
- underlag om de fokusområden landstingen och Socialdepartementet har enats om
- ett antal diskussionsfrågor om hur statens insatser och verksamhet fungerar och kan förbättras.

En *sammanställning av resultat och förutsättningar* för centrala aspekter av hälsan i befolkningen, kvaliteten i vården, jämlik vård och hälsa och effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem kan ge en bild av tillstånd och utveckling av i hälso- och sjukvården i varje landsting. Med detta som underlag kan både Socialdepartementet och landstinget förbereda sig för samtal om vad som är utmaningar och styrkeområden i det specifika landstinget. Resultaten bör också kunna aggregeras till nationell nivå för att få en överskådlig bild av tillstånd och utveckling samt vad som är centrala förbättringsområden i hälso- och sjukvården. Arbetet med att göra resultatsammanställningar beskrivs mer utförligt i nästa kapitel.

Diskussionsunderlaget för fokusområden ska ge struktur åt diskussionen om de särskilt angelägna frågor som landstingen och Socialdepartementet har enats om. Denna del av underlagen måste anpassas för varje fråga. Det kan det handla om att ta fram ett faktaunderlag kring kompetensförsörjning eller att göra en presentation av ett internationellt exempel att inspireras av för en god patientcentrering lika väl som att identifiera ett antal nyckelfrågor att ta sig an för att stärka it-infrastrukturen. Underlaget ska stödja en strukturerad diskussion – därmed måste det inte ha samma upplägg varje år.

De förberedda diskussionsfrågorna ska ge landstingen möjlighet att återkoppla vad som fungerar bra och vad som kan förbättras i statens insatser och verksamhet. Det ska också ge möjlighet för landstingen att föra fram vilka gemensamma nationella initiativ som borde prioriteras utifrån de egna behoven. Denna del av underlaget behöver inte bli mer än ett antal frågor som relaterar till statens insatser och verksamhet i allmänhet, på fokusområdena för dialogen i synnerhet samt det eventuella behovet av nationella initiativ. Om landstinget vill finnas bör det finnas möjlighet att komplettera bilden med egna underlag.

Figur 5 sammanfattar de underlag vi föreslår ska ligga till grund för landstingsdialogen respektive den nationella dialogen.

Figur 5: Syfte med och innehåll i de underlag som bör tas fram för hälso- och sjukvårdsdialogen

Landstingsdialogen bör sammanfattas i en slutrapport

Landstingsdialogerna bör dokumenteras på ett systematiskt sätt. När Socialdepartementet besöker det enskilda landstinget diskuteras de mest angeläga utvecklingsfrågorna för landstinget och hur statens insatser och verksamhet kan förbättras. Erfarenheterna från landstingsdialogerna bör därför användas som ett underlag för Socialdepartementets arbete samt för den nationella dialogen mellan Socialdepartementet och landstingen. Genom att samla erfarenheterna från dialogerna i en slutrapport får den nationella dialogen mellan Socialdepartementet och landstingen ett underlag att utgå ifrån. Slutrapporten bör sammanfatta de nyckelfrågor som har diskuterats under dialogen, och i en bredare mening sammanställa de erfarenheter som är viktiga att staten och landstingen tar med sig från dialogen. Erfarenheterna från dialogen kan kompletteras med en nationell analys som utgår från de underlag som har använts i landstingsdialogen.

Slutrapporten bör också komma andra aktörer i sektorn till del – exempelvis myndigheterna som verkar i sektorn. En mottagare bör vara det Kunskapsstyrningsråd som regeringens förslag till statsbudget för 2015 (prop 2014/15:1) föreslår ska inrättas. Detta råd ska ge en formell struktur för samverkan mellan myndigheter och mellan myndigheterna och huvudmännen vad gäller kunskapsstyrningen. Det kan också finnas anledning att Kunskapsstyrningsrådet deltar i dialogen om frågorna som diskuteras särskilt berör rådet.

3.2.3 Nationell dialog: Samlad diskussion om prioriterade utvecklingsfrågor

I Vårdanalys diskussioner om hur en hälso- och sjukvårdsdialog bör utformas har landstingsföreträdare efterlyst en samlad och återkommande dialog med Socialdepartementet på strategisk nivå om nationellt prioriterade utvecklingsfrågor. Detta eftersom man ser behov av samordning för att öka behovsanpassningen och förutsägbarheten i regeringens politik på området. Flera landstingsföreträdare pekar även på att det är svårt för det enskilda landstinget att fullt ut vara delaktig i ett tidigt skede när staten och SKL sluter överenskommelser exempelvis om olika satsningar.

För att skapa förutsättningar för att statens insatser ska kunna bli mer behovsanpassade och effektivare bör Socialdepartementet och landstingen mötas i en nationell dialog. Denna dialog bör syfta till att stärka möjligheterna att ta sig an nationellt prioriterade utvecklingsfrågor, gemensamt eller var för sig. Dessutom bör den syfta till att Socialdepartementet ska få återkoppling på hur statens insatser och verksamhet fungerar och hur den kan bli mer ändamålsenlig och behovsanpassad.

Socialdepartementet diskuterar med landstingsföreträdare i befintliga nätverk

För att den nationella dialogen ska vara enkel att genomföra bör den utgå från befintliga strukturer. Detta kan ske genom att Socialdepartementet för samtal med lämpliga nätverk inom SKL. Flera landstingsrepresentanter som Vårdanalys har talat med pekar samtidigt på att det är viktigt att samtliga landsting ges möjlighet att delta i den i den nationella dialogen.

Det finns flera befintliga nätverk som kan användas för denna dialog. Landstingsledningsseminariet samlar den politiska ledningen och tjänstemannaledningen i landstingen två gånger per år och kan vara ett lämpligt forum för återföring av erfarenheter från landstingsdialogen. Sjukvårdsdelegationen är ett mindre forum som träffas mer regelbundet, där de politiska partierna i landstingen är representerade. Landstingsdirektörsföreningen är ett tredje alternativ, där de ledande tjänstemännen i landstingen träffas på regelbunden basis. Vårdanalys bedömer att Sjukvårdsdelegationen och Landstingsdirektörsföreningen är lämpliga nätverk för en fördjupad dialog med Socialdepartementet.

3.3 DIALOGEN ÄR EN STARTPUNKT FÖR FORTSATT ARBETE

Ambitionen för dialogen bör vara att den ska bli ett värdefullt forum för att få en bild av tillstånd och utmaningar nationellt och i landstingen, diskutera nationellt prioriterade utvecklingsfrågor och ge återkoppling på statens insatser och verksamhet. Om dialogen lyckas med detta kan den bli ett underlag för ett utvecklingsarbete i både landstingen och i statens verksamhet – exempelvis genom överenskommelser mellan SKL och Socialdepartementet, statliga utredningar, utvecklingsarbete i landstingen eller förändrade uppdrag till berörda myndigheter. Men det bör vara upp till parterna

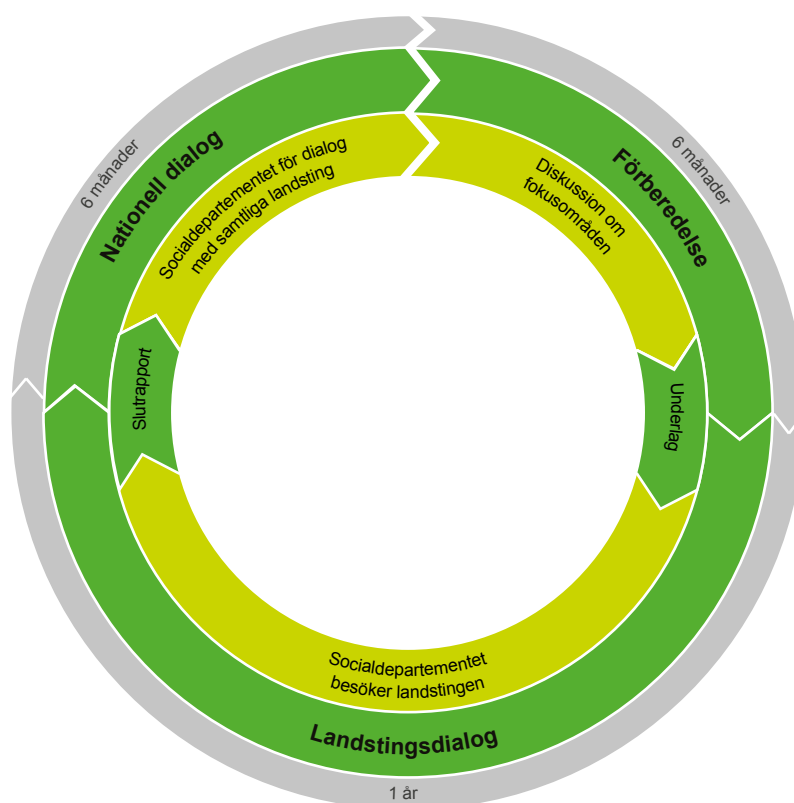
i dialogen att avgöra om och när eventuella åtgärder bör vidtas. Vårdanalys har i detta kapitel skissat på en tänkbar process – vad dialogen kan leda fram till är inte möjligt att avgöra på förhand. Det måste ges av behov och prioriteringar i landstingen och på Socialdepartementet. Vårdanalys föreslår därför inte att något särskilt dokument eller slutrapport tas fram utifrån den nationella dialogen.

3.3.1 Dialogen bör bli ett återkommande forum

Den process för dialog som vi har beskrivit syftar till att fylla ett behov av samordning och samverkan mellan landstingen och Socialdepartementet på ledningsnivå. Därför bör processen få en mer fast form och bli ett återkommande forum. Om dialogen fyller ett syfte för både Socialdepartementet och landstingen bör förberedelserna för nästa dialogcykel inledas. I kapitel fem lämnar Vårdanalys förslag på hur Socialdepartementet och landstingen kan komma igång med dialogarbetet och presenterar en översiktlig tidplan för en första dialog.

Vårdanalys förslag för en hälso- och sjukvårdsdialog spänner över två år – se figur 6.

Figur 6. En hälso- och sjukvårdsdialog genomförs vartannat år



3.3.2 Kommunerna bör inkluderas

Vårdanalys förslag fokuserar på att stärka dialogen mellan Socialdepartementet och landstingen. Uppdraget har givits till myndigheten som en del i uppdraget att stödja landstingsdialogen med vissa underlag och det är främst Socialdepartementets dialog med landstingen som har utretts i detta arbete. Samtidigt är även kommunerna sjukvårdshuvudmän. För den enskilde patienten är samordningen mellan den kommunala vården och omsorgen och den landstingskommunala hälso- och sjukvården av stor betydelse. Detta gäller inte minst för dem med störst behov då ansvaret ofta är delat mellan kommunerna och landstingen, som sjuka äldre, personer med psykisk sjukdom eller missbruks- och beroendeproblem. Samordningen av vården mellan huvudmännen är fortsatt en av de viktigaste utmaningarna ur ett patientperspektiv och för den samlade systemeffektiviteten. Socialdepartementet och landstingen bör därför överväga hur den kommunala vården och omsorgen kan inkluderas i dialogen.

En möjlig utvecklingslinje är att inkludera representanter för kommunerna i landstingsdialogen. När Socialdepartementet besöker samtliga landsting för de i så fall dialog med både representanter för landstinget och för kommunerna inom detta geografiska område. Ett annat alternativ är att inkludera företrädare för kommunerna i den nationella dialogen. Vårdanalys rekommenderar att landstingen, kommunerna och Socialdepartementet gemensamt överväger hur kommunerna kan inkluderas i en framtida hälso- och sjukvårdsdialog.

3.3.3 Patienterna bör få en roll i dialogen

Vårdanalys utgångspunkt är att utveckling av vårdens organisation och processer bör göras utifrån ett patientperspektiv och med aktivt deltagande av patienter. Därför bör underlagen till dialogen präglas av ett tydligt patient- och befolkningsperspektiv. Detta kan till exempel innebära att dialogen bör följa indikatorer som mäter patientdeltande och kvalitet utifrån ett patientperspektiv, men även att patientorganisationer konsulteras i underlagsframtagningen.

I detta första förslag har Vårdanalys strävat efter ett enkelt upplägg, men för att ännu tydligare få in ett patientperspektiv i dialogen bör landstingen och Socialdepartementet överväga att knyta in patienter i processen – exempelvis genom diskussioner med patientorganisationer i förberedelsearbetet när parterna ska enas om fokusområden för dialogen.

3.3.4 Vårdanalys bör få i uppdrag att ta fram underlag för dialogen och sammanfatta erfarenheter i en slutrapport

Ansvaret för att ta fram faktaunderlag för dialogen bör ligga på en oberoende nationell aktör. Detta eftersom underlagen behöver ha både ett landstingsspecifikt och ett nationellt fokus. Underlagen ska bidra till en bild av det enskilda landstingets situation, men också kunna ge en bild av tillstånd och utmaningar i hela Sverige och sätta detta i relation till internationella referensvärden. Det är också viktigt att de underlag som tas

fram uppfattas som relevanta hos både Socialdepartementet och landstingen. Då det rör sig om frågor som berör flera delar av Regeringskansliet, de statliga myndigheterna och landstingen är det också angeläget att det är en aktör som står vid sidan av driften av vårdssystemet som ansvarar för analyserna.

Myndigheten för vårdanalys har i uppdrag att följa upp och analysera svensk hälso- och sjukvård ur patient-, brukar- och medborgarperspektiv. En viktig utgångspunkt är att myndigheten ska vara oberoende. Därför föreslår vi att Vårdanalys bör få ett huvudansvar för att fram underlag för hälso- och sjukvårdsdialogen. I vissa fall bör Vårdanalys själva genomföra analyser men myndigheten bör också ta hjälp av andra aktörer för statistik och analyser när det är relevant – till exempel andra myndigheter, SKL, forskare och professions- och patientorganisationer.

3.3.5 SKL bör stödja landstingen i dialogen

Som gemensam organisation för Sveriges kommuner, landsting och regioner är SKL ett nav för samarbete och samverkan såväl som en viktig partner för myndigheter och Regeringskansliet. Eftersom hälso- och sjukvårdsdialogen ska vara ett forum för diskussion om strategiska prioriteringar är det viktigt att det knyter an till andra viktiga processer och arbeten. De strukturer som finns och det arbete som sker inom SKL bör därför komma till nytta i dialogen.

Vårdanalys rekommenderar därför att SKL tar en aktiv roll i dialogen. SKL bör för det första ta på sig att koordinera förberedelsearbetet och den nationella dialogen. Dessa diskussioner bör använda sig av befintliga nätverk inom SKL – till exempel Landstingsdirektörsföreningen, Sjukvårdsdelegationen och Landstingsledningsseminariet. SKL bör för det andra ta på sig att följa landstingsdialogen, med syfte att stödja landstingen inför Socialdepartementets besök och att samla ihop och sprida erfarenheter från landstingsdialogen. SKL bör för det tredje samverka med Vårdanalys i arbetet med att ta fram underlag till landstingsdialogen, eftersom det kunnande och de data som finns inom SKL kommer att vara centralt för att förbereda dialogen med faktabaserade underlag och relevanta diskussionsfrågor.

Även Socialdepartementet bör skapa en koordinerande funktion för dialogen, som har ett huvudansvar för att stödja den politiska ledningen, beställa underlag och använda erfarenheterna från dialogen i Regeringskansliets arbete – både inom Socialdepartementet och i förhållande till andra berörda departement.



4 Ett ramverk för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling

En dialog mellan Socialdepartementet och landstingen bör stödjas av faktabaserade diskussionsunderlag. Underlagen bör belysa de fokusområden som parterna har enats om. Men dialogen bör också stödjas av underlag som ger en överskådlig bild av tillstånd och utveckling i hälso- och sjukvården i det enskilda landstinget och nationellt.

Vårdanalys lämnar därför förslag på utformningen av ett ramverk för att följa hälso- och sjukvårdens resultat, men också förutsättningarna för effektiva och långsiktigt hållbara hälso- och sjukvårdssystem. Med hjälp av ramverket ska befintliga data användas för att ge en överskådlig bild av tillstånd, trender och förbättringsområden. När det är möjligt bör resultaten jämföras med internationellt framstående exempel. Ramverket och resultatsammanställningarna ska stödja Socialdepartementet och landstingen i dialogen, men också kunna användas för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling i andra sammanhang.

Vi föreslår att Vårdanalys i samverkan med landstingen och andra myndigheter får i uppdrag att fortsätta utveckla ramverket, definiera relevanta indikatorer samt sammanställa resultat utifrån ramverket. I uppdraget bör det ingå att samla in relevanta internationella referensvärden. Arbetet bör samordnas med Öppna jämförelser och andra närliggande arbeten.

4.1 DIALOGEN BÖR STÖDJAS AV FAKTABASERADE UNDERLAG

I föregående kapitel beskrev vi hur en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen kan utformas och att den bör stödjas av faktaunderlag. Följande underlag bör ligga till grund för dialogen:

1) Underlag för landstingsdialogen då Socialdepartementet besöker alla landsting:

- Sammanställningar av mått på hälso- och sjukvårdens resultat och viktiga förutsättningar för långsiktigt hållbara och effektiva hälso- och sjukvårdssystem för varje landsting – det vi förenklat kallar resultatsammanställningar.
- Underlag för diskussion om utpekade fokusområden.
- Förberedda diskussionsfrågor om statens verksamheter och insatser.

2) En samlad slutrapport från landstingsdialogerna som underlag för en summerande nationell dialog mellan Socialdepartementet och alla landsting samlat:

- En sammanställning av vad som har diskuterats i dialogen, som kan kompletteras med en nationell analys med utgångspunkt i underlagen för dialogen.

Underlag för diskussion om fokusområden, diskussionsfrågor om statens verksamhet och slutrapport från landstingsdialogerna följer av själva dialogen och kommer att variera mellan åren. Metoderna för att ta fram faktaunderlag kring fokusområdena måste bestämmas utifrån frågeställningarna. Därför kommer vi inte att precisera dessa närmare här. Däremot bör sammanställningar av hälso- och sjukvårdens resultat och förutsättningar för långsiktigt hållbara hälso- och sjukvårdssystem göras på ett strukturerat sätt.

4.1.1 Vårdanalys har haft i uppdrag att ta fram ett verktyg för att följa hälso- och sjukvården

Vårdanalys har haft i uppdrag från regeringen att lämna förslag på utformningen av ett verktyg som på ett översiktligt sätt kan ge en bild av hälso- och sjukvårdens resultat i centrala dimensioner och som kan användas i dialogerna mellan Socialdepartementet och landstingen. Vi lämnar här ett förslag på ett ramverk för vilka resultat som bör följas kontinuerligt nationellt och per landsting och som kan användas som stöd för hälso- och sjukvårdsdialogen.

Resultatsammanställningarna ska stödja en faktabaserad dialog och bidra till att skapa förutsättningar för en gemensam bild av tillstånd och utveckling i svensk hälso- och sjukvård. Sammanställningarna bör komma både landstingen och Socialdepartementet till del inför dialogen och bör ses som ett bakgrunds- och förberedelsematerial som utgörs av en databaserad beskrivning av hälso- och sjukvården i landstinget och nationellt.

Vi använder begreppen *resultat* och *resultatsammanställningar* i en vid mening. Med resultat avser vi kvalitetsindikatorer, oavsett om de mäter strukturer, processer eller utfall. Fokus kommer att ligga på utfallsmått. För att också ge en bild av effektiviteten och den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemen behöver vi även följa vissa förutsättningar – till exempel kompetensförsörjning och ekonomi – samt inkludera mått på hur vården organiseras och används. Exempel på sådana beskrivningar kan vara vårdkonsumtion och resurseffektivitet. För enkelhetens skull kommer vi att använda oss av *resultat* och *resultatsammanställningar* för att sammanfatta dessa olika aspekter – utfallsmått, processmått, förutsättningar, beskrivningar – som bör följas för att ge en överskådlig bild av hälso- och sjukvården.

I detta kapitel går vi igenom ett antal principer och överväganden som bör styra urvalet av resultat som bör följas för att ge en övergripande bild av tillstånd och utveckling i hälso- och sjukvården. Vi presenterar ett ramverk som beskriver vilka aspekter av hälso- och sjukvården som bör följas och ger exempel på användbara indikatorer. Avslutningsvis visar vi ett exempel på hur dessa resultat kan presenteras inför dialogen. Inom ramen för denna rapport lämnar Vårdanalys inte något färdigt förslag på vilka indikatorer som bör följas. Det bör utvecklas tillsammans med experter från landstingen och andra myndigheter i det fortsatta arbetet.

4.2 DET SAKNAS NATIONELL ÖVERBLICK ÖVER TILLSTÅND OCH UTVECKLING

I Sverige samlar vi in mycket data om hälso- och sjukvården. Vi har i internationellt perspektiv goda förutsättningar att göra uppföljningar av hälso- och sjukvårdens resultat baserat på data från bland annat hälsodataregister och kvalitetsregister (Myndigheten för vårdanalys 2012). De används för att följa hur väl svensk hälso- och sjukvård fungerar: i verksamheterna och av professionerna, forskare, landstingen, myndigheter och på senare år också av patienter och allmänhet. En utmaning är att olika intressenter behöver olika typer av information om hur hälso- och sjukvården presterar (Smith m.fl. 2009). Därför behöver informationen anpassas för olika målgrupper (Myndigheten för vårdanalys 2012).

Möjligheterna att med data följa kvaliteten i vården har utvecklats mycket de senaste decennierna (Smith m.fl. 2009 och Myndigheten för vårdanalys 2012) och det finns ett antal viktiga nationella publiceringar av kvalitetsdata om svensk hälso- och sjukvård:

4.2.1 Öppna jämförelser

Socialstyrelsen och SKL ger tillsammans ut en årlig sammanställning av resultat för ett antal kvalitetsindikatorer med beskrivande text. Öppna jämförelser är en katalogliknande publikation, med övergripande indikatorer och sjukdomsspecifika indikatorer, som är förankrade i de medicinska professionerna. Hälsodataregister, kvalitetsregister och SKL:s olika databaser är viktiga källor för Öppna jämförelser. Redovisning av landstingsdata står i fokus, men också vissa sjukhusdata redovisas. Indikatorurvalet baseras inte på ett explicit angivet ramverk. I takt med att antalet indikatorer har vuxit (över 160 indikatorer 2013) framträder ett behov av att strukturera materialet, analysera vad som är problemområden och skapa överblick nationellt. Vårdanalys utvärdering från 2012 konstaterade bland annat att olika målgruppers behov behöver analyseras för att utforma olika produkter av Öppna jämförelser, att resultaten behöver analyseras och tolkas samt att vissa indikatorer bör presenteras mer frekvent för att möjliggöra trendanalyser (Myndigheten för vårdanalys 2012). De analyser som görs av Öppna jämförelser görs av landstingen, det finns ingen nationell analysfunktion.

4.2.2 Socialstyrelsens lägesrapport samt utvärderingar av områden där det finns nationella riktlinjer

Varje år publicerar Socialstyrelsen en lägesrapport som beskriver tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Socialstyrelsen 2013a). Med rapporten ger Socialstyrelsen en samlad nationell bild utifrån dimensionerna i God vård och omsorg samt redogör för kostnadsutvecklingen. Lägesrapporten bygger på aktuella utredningar, rapporter och utvärderingar, på Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) verksamhetstillsyn samt på data från Öppna jämförelser, kvalitetsregister, Statistiska centralbyrån (SCB) och intervju- och enkätundersökningar som Nationella patientenkäten.

När Socialstyrelsen arbetar fram nationella riktlinjer anger myndigheten även indikatorer som ska användas för att följas upp i vilken mån riktlinjernas rekommendationer följs. Därefter samlas data för att beskriva utvecklingen inom området och följsamheten till riktlinjerna i en separat utvärderingsrapport. Data som används är huvudsakligen register- och enkätdata.

Utvärderingarna är i princip alltid områdesvisa och visar följsamhet till riktlinjerna. De indikatorer som är särskilt viktiga förekommer som regel också i Öppna jämförelser. Rapporterna har ett aktivt värderande element, där Socialstyrelsen anger de kvalitetsproblem som den vill uppmärksamma landstingen på. Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för enskilda indikatorer inom strokesjukvård, hjärtsjukvård och cancervård. Ambitionen är att det ska finnas målnivåer för alla riktlinjeområden.

4.2.3 Nationella kvalitetsregisters årsrapporter

De nationella kvalitetsregistren publicerar som regel årsrapporter som innehåller presentationer av resultat för olika kvalitetsindikatorer så att de kan jämföras mellan olika enheter och landsting och följas över tiden. Det har blivit vanligare att kvalitetsregistret anger målnivåer eller gränser för måluppfyllelse. Årsrapporterna vänder sig som regel till registrets direkta användare, även om det blivit vanligare att man även vänder sig mot en sjukvårdsintresserad allmänhet, landsting, patienter och media. Om kvalitetsregistret har god täckningsgrad och indikatorerna även på andra vis passar in, så publiceras ett urval av kvalitetsindikatorer från registret i Öppna jämförelser. Ytterligare indikatorer och kvalitetsdata visas på registrets webbsida och i andra eventuella landstings- eller enhetsvisa rapporter. Vårdanalys utvärdering av utfallet av kvalitetsregistersatsningen till och med år 2013 visar att kvalitetsregisterarbetet har utvecklats, men att data behöver användas mer för analys och förbättringsarbete (Myndigheten för vårdanalys 2014).

4.2.4 Rapporter från SKL:s löpande tematiska datainsamlingar

SKL samlar in en rad olika data. Exempel på databaser som finns inom SKL är Väntetider i Vården, Vårdbarometern, Nationell patientenkät, uppgifter om vårdrelaterade infektioner och hygienrutiner, återinskrivningar på sjukhus och överbeläggningar på vårdavdelningar. Flera av datasamlingarna har byggts upp i samband med nationella satsningar. Resultaten redovisas på SKL:s webbsida (eller särskilda webbsidor) och i rapportform. Rapporterna är tematiska redovisningar av data från den aktuella källan, som ibland har en analytisk ansats (se exempelvis SKL 2014b). Därtill gör landstingen och regionerna olika vårddata tillgängliga genom rapporter och webbsidor.

4.2.5 Befintliga datasamlingar kan ge god överblick även om det finns luckor

Genom dessa arbeten möjliggörs uppföljning av en stor del av hälso- och sjukvården, men det finns stora luckor och vissa områden är bristfälligt täckta. Medan det finns relativt god täckning framför allt i den slutna somatiska vården, så saknas fortfarande data eller

bra kvalitetsindikatorer för primärvården och inom bland annat psykiatri, tandvård, barnsjukvård, ambulansvård, rehabilitering och geriatrik (Myndigheten för vårdanalys 2012).

Datasamlingarna ovan ger goda förutsättningar för att följa, jämföra och analysera kvaliteten i hälso- och sjukvården på många områden. Däremot saknas en sammanhållen och överskådlig bild baserad på data av hur svensk hälso- och sjukvård fungerar och vad som är problemområden nationellt och i landstingen framställd på ett sådant sätt att det är lätt tillgängligt och användbart för diskussioner på nationell nivå. I Vårdanalys utredningsarbete har det varit en återkommande synpunkt från representanter från både landstingen och Socialdepartementet att det som huvudregel inte bör samlas in nya data för dialogens ändamål. I stället för mer data efterfrågas analys, gemensam struktur för att analysera resultat, gemensamma mått på exempelvis effektivitet och jämlikhet liksom jämförelser med internationellt framstående exempel.

4.3 ÖVERVÄGANDEN FÖR VILKA RESULTAT SOM BÖR FÖLJAS INFÖR DIALOGEN

Vårdanalys har haft regeringens uppdrag att lämna förslag på ett verktyg som ska följa hälso- och sjukvårdens resultat så att det kan användas för en dialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Vi föreslår att ett ramverk används för att definiera vilka resultat, men också förutsättningar för långsiktigt hållbara hälso- och sjukvårdssystem som bör följas av Socialdepartementet och landstingen gemensamt.

Resultatsammanställningar och analyser av resultat utifrån ramverket kan vara nyttiga på flera sätt. De möjliggör nationell överblick över tillstånd och utveckling, kan bilda en grund för vidare analyser av problemområden, både nationellt och för varje landsting, och de kan vara en grund för jämförelser mellan landsting. Dessutom kan jämförelser med resultat i andra länder visa på förbättringsmöjligheter som inte framgår genom att jämföra landsting.

Vårdanalys har i utredningsarbetet identifierat åtta principer för vilka resultat som bör följas inför dialogerna. Dessa principer har vuxit fram i diskussioner med företrädare för Socialdepartementet, landsting, myndigheter och andra aktörer. Det är vägledande principer på olika nivåer, men återspeglar viktiga utgångspunkter i vårt förslag.

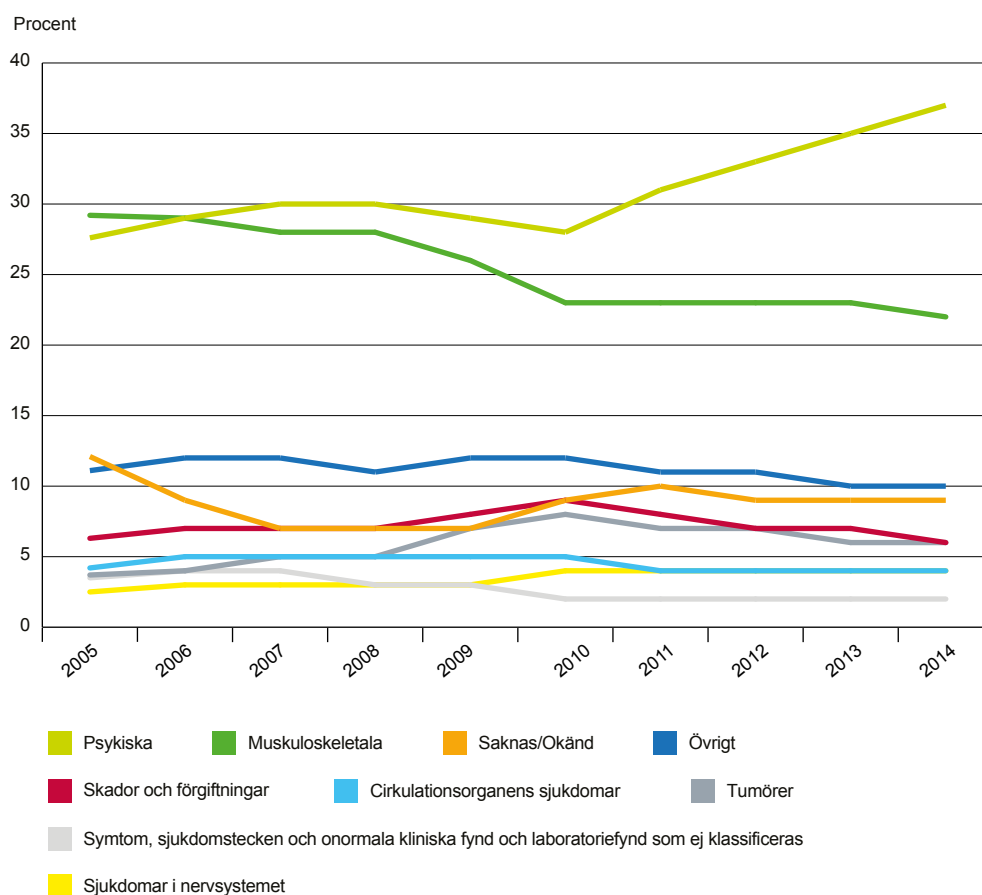
4.3.1 Vi bör följa resultat av stor betydelse

Fokus bör ligga på resultat som har stor betydelse. En dialog på strategisk nivå bör ta sig an stora utmaningar genom ett fokus på exempelvis breda patientgrupper, betydande kostnader eller områden med tydlig förbättringspotential.

Vi vet till exempel att hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken, följt av tumörer (Socialstyrelsen 2014c). Ryggont, depression, fall, nackont och rörelseorganens sjukdomar och tillstånd är de vanligaste orsakerna till år levda med funktionsnedsättning (years lived with disability, YLD) i Sverige enligt Global Burden of Disease Study 2010 (Institute for Health Metrics and Evaluation 2010). Statistiken över sjukfall

från Försäkringskassan visar att psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar och besvär (muskulosketala) står för den största delen av sjukfallen och att andelen sjukfall på grund av psykiska sjukdomar har ökat mest – se figur 7 (Försäkringskassan 2014c, Myndigheten för vårdanalys 2014c). Kronisk sjukdom är en fjärde möjlig utgångspunkt – 44 procent av befolkningen i de landsting som studerades har minst en kronisk sjukdom och de kroniskt sjuka står tillsammans för omkring 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna (Myndigheten för vårdanalys 2014d).

Figur 7. Olika diagnosers andel av pågående sjukfall



Källa: Försäkringskassan 2014

Urvalet av vilka resultat som ska följas bör utgå från kunskap om hur vårdbehovet och hälsan ser ut i befolkningen – vad som är de stora sjukdomarna, vad som förkortar livet och gör att människor får leva med funktionsnedsättningar och vad som orsakar sjukfrånvaro. Vårdens resultat bör mätas utifrån dessa perspektiv då utgångspunkten är att resultaten ska ge en överskådlig bild av hälso- och sjukvården. I förlängningen bör detta spegla vad vården gör i förhållande till behoven – det vill säga om vården gör rätt saker, inte bara att det den gör sker på rätt sätt.

4.3.2 Vi bör följa resultat som kan speglas med befintliga data

Ett av de allra vanligast förekommande medskicken i Vårdanalys utredningsarbete har varit att hälso- och sjukvården inte bör belastas med nya mätningar. I stället bör urvalet av mått bygga på befintliga datakällor. Urvalet av viktiga resultat att följa bör därför utgå från, men inte begränsas till de indikatorer som finns i Öppna jämförelser, nationella kvalitetsregister, hälsodataregister, folkhälsoundersökningar och andra befintliga datasamlingar. Nya skärningar och bearbetningar av redan insamlad data kan också bli aktuella till exempel för att utforma sammanvägda mått.

Dessutom är det nödvändigt att följa resultat och kontextuella förutsättningar som är av betydelse för att hälso- och sjukvården ska kunna ge en god vård och vara effektiv och hållbar även på lång sikt. Då behövs data som visar exempelvis ekonomisk hållbarhet, resurseffektivitet, kompetenstillgång och vårdkonsumtion – uppgifter som inte är i fokus i Öppna jämförelser, men som i viss utsträckning går att följa med annan tillgänglig data.

4.3.3 Vi bör följa policyrelevanta resultat

Resultatsammanställningarna ska ge en överskådlig bild av resultaten i hälso- och sjukvården och viktiga förutsättningar för att ge god vård. Ett sätt är att mäta långsiktiga utfall i hälsa – målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Men att endast använda sådana mått är inte ändamålsenligt för att följa kvaliteten i vården, dels eftersom hälsa påverkas av andra faktorer som miljö och levnadsvanor, dels eftersom mått på hälsa ofta är trögrörliga och svåra att påverka på kort sikt för hälso- och sjukvården.

När antalet mått ökar, genom Öppna jämförelser och genom att fler nationella kvalitetsregister har öppen resultatredovisning, ökar också behovet av att komprimera, skapa överblick och förstå helheten. Ett sätt att möta det är att aggregera befintliga data för hälso- och sjukvårdens prestationer till övergripande index. Det finns dock risker med index – om de är svårtolkade kan de uppmuntra till förenklade slutsatser eller leda till diskussioner om hur de är uppbyggda snarare än stödja en framåtriktad diskussion (Witell och Elg 2008).

Vi vill betona att mått som ska följas inför en hälso- och sjukvårdsdialog bör vara begripliga och policyrelevanta. Resultatsammanställningarna ska kunna ge en överskådlig bild av resultaten i ett landsting, men bilden kommer inte att vara heltäckande. I stället är det viktigt att de indikatorer som visas är relevanta och användbara för politiker och tjänstemän på ledningsnivå i landstingen och på Socialdepartementet att följa tillsammans, till exempel genom att de visar på vad som är väsentliga problemområden.

4.3.4 Resultaten bör jämföras med målnivåer och internationella referensvärden

Landstingsföreträdare som Vårdanalys har talat med har efterfrågat att resultatsammanställningar inte bara ska bestå av jämförelser mellan medelvärden i landstingen. De ser det i stället som värdefullt att kunna få en bild av förbättringspotentialen genom att ställa

de egna resultaten i relation till målvärden och till världsledande exempel. Ambitionen bör vara att presentera resultat i förhållande till de etablerade målnivåer som finns från Socialstyrelsen och från kvalitetsregistren. Men på många områden saknas målvärden. Där det saknas målvärden behöver vi arbeta med andra referensvärden för att bedöma förbättringspotentialen, som jämförelser med de bästa enheterna i landet, men också aktivt söka relevanta referensvärden från andra länder.

Det kommer att krävas en aktiv insats för att samla ihop referensvärden. Vissa internationella jämförelser publiceras återkommande i The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) rapport Health at a Glance (OECD 2013). För vissa indikatorer är det möjligt att hämta referensvärden från till exempel OECD, men data är inte alltid jämförbara mellan länderna och det är inte alltid indikatorerna speglar det som är mest relevant för dialogens syften. För vissa delar av sjukvården finns särskilda fleråriga studier av kvalitetsindikatorer, som Eurocare-studien för cancer (Eurocare 2014). Initiativ som ICHOM som syftar till att definiera gemensamma internationella utfallsmått för olika tillstånd i sjukvården och Dr Foster som samlar data för att kunna göra jämförelser mellan olika sjukvårdssystem är ytterligare möjliga källor för att finna relevanta referensvärden. De internationella nätverk som de nationella kvalitetsregistrens företrädare ingår i internationellt kan också användas för att identifiera internationella referensvärden. På vissa områden finns det registersamarbeten mellan olika länder där registerhållarna strävar efter att få jämförbara kvalitetsindikatorer mellan länderna. Därutöver finns projekt som kan bidra med referensvärden för vissa år men som inte är återkommande mätningar.

För att kunna jämföra resultat med internationella referensvärden behövs ett kontinuerligt arbete för att identifiera och samla in relevanta mätvärden. Det kan göras genom att följa löpande databaser och initiativ, men också genom ett kontaktnät med experter, exempelvis registerhållare för nationella kvalitetsregister som är uppdaterade på medicinska resultat inom sina områden.

4.3.5 Resultaten bör visa geografisk variation inom landstingen

I Öppna jämförelser presenteras resultat huvudsakligen för jämförelser mellan landsting. Samtidigt finns det variationer i resultat mellan enheter inom landstingen – dessa skillnader kan vara väl så påtagliga som variationen mellan landsting. Flera landstingsföreträdare har i samtal med Vårdanalys betonat att resultatsammansättningen inte bara bör bestå av medelvärden för landstingen, utan att även variationer inom landstingen bör synliggöras och att data bör vara nedbrytbara till enhetsnivå. För dialogens syfte kan det vara fullt tillräckligt att för vissa indikatorer visa jämförelser mellan landstingen och för andra indikatorer visa hur stor variationen är mellan olika enheter. Men data bör i så stor utsträckning som möjligt kunna brytas ner på enhetsnivå så att landstingen kan göra mer djupgående analyser av variationer.

4.3.6 Resultaten bör visa ojämlikheter mellan grupper

Utöver väsentliga geografiska skillnader i hälso- och sjukvården mellan olika delar av landet och olika enheter, finns det även betydande skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Dessa kan vara större än skillnaderna mellan landsting. Enligt Socialstyrelsen (2011) är till exempel skillnaderna för dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom och cancer större mellan olika sociala grupper än mellan olika delar av landet. Att risken för förtida död (före 65 års ålder) är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning är ett exempel. Ett annat är att män och utlandsfödda har en högre dödlighet i behandlingsbara sjukdomar än kvinnor och svenskfödda. Alla skillnader som observeras i vården behöver dock inte innebära att vården är ojämlik. Legitima skillnader i vilken vård som ges kan exempelvis bero på att vården tar hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad eller förekomsten av parallell läkemedelsbehandling och samsjuklighet. Därför är det viktigt att urskilja och fokusera på *omotiverade* skillnader – sådana skillnader som inte kan förklaras av att patienter har olika medicinska förutsättningar eller medicinska behov (Myndigheten för vårdanalys 2013, 2014a).

Hälso- och sjukvården har en viktig roll att fylla för att utjämna skillnader i hälsa och vård. Detta innebär att vi bör följa indikatorer för jämlik vård och hälsa utifrån bland annat kön och socioekonomi. Ett problem är att det finns få återkommande datapunkter som till exempel mäter medicinska resultat i förhållande till socioekonomi. En viktig utgångspunkt är Socialstyrelsens regeringsuppdrag att ta fram särskilda Öppna jämförelser för jämlik vård. Hittills har Socialstyrelsen presenterat en sådan rapport (Socialstyrelsen 2013b). I och med det arbetet finns förutsättningar att löpande bryta ner resultaten i olika indikatorer på olika grupper och använda i resultatsammanställningar. I många fall kan det dock vara svårt att analysera resultat på gruppnivå per landsting eftersom antalet observationer i varje grupp blir lågt. Därför kommer jämlikhet att behöva analyseras på nationell nivå i många fall.

4.3.7 Resultaten behöver analyseras och värderas

Öppna jämförelser och andra resultatpubliceringar är en viktig tillgång för att kunna förbättra svensk hälso- och sjukvård, men för att resultatsammanställningarna ska leda till förbättringar behöver data användas för analys och förbättringsarbete.

I Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser pekade vi på att resultatredovisningarna bör anpassas för olika syften. Mer snabbväxande och påverkbara indikatorer bör till exempel publiceras oftare och med tidsserier för att kunna möjliggöra mer analyser lokalt. Samtidigt verkar kapaciteten för att göra den typen av analyser variera mellan landstingen. Rapporten rekommenderade även att det bör utvecklas ett system för att utforma målnivåer som kan kopplas till prioriterade områden (Myndigheten för vårdanalys 2012).

För hälso- och sjukvårdsdialogens syften bör resultatsammanställningarna begränsas i omfång så att de blir användbara och överskådliga. För det krävs en viss analyskapacitet och tillgång till expertis för att göra urval och presentera resultat på ett ändamålsenligt

sätt så att till exempel avvikande resultat, viktiga trender och problemområden synliggörs. Resultatsammanställningarna bör också kunna användas för att exempelvis peka på områden som bör analyseras vidare.

4.3.8 De krav som ställs på indikatorer i Öppna jämförelser bör gälla även här

Indikatorerna bör också uppfylla ett antal grundläggande kriterier för att ingå i resultatsammanställningarna. I texttrutan nedan anges de kriterier som Socialstyrelsen och SKL har utarbetat för indikatorer i Öppna jämförelser. I all väsentlighet ramar detta in de grundläggande krav som bör ställas på de indikatorer som ska användas även i resultatsammanställningar inför dialogen. I flera fall kan det finnas anledning att tumma på något av dessa krav. Exempelvis kan även vissa trögrörliga indikatorer för att följa den långsiktiga utvecklingen i befolkningens hälsa bli aktuella som ett komplement till indikatorer som är påverkansbara på kort sikt. Det kan även bli aktuellt att visa indikatorer som pekar på större variationer i praxis, men där vi inte vet vad som är en önskvärd nivå.

Kriterier för indikatorer

Ett antal grundläggande kriterier bör vara uppfyllda för de indikatorer som ska användas. För Öppna jämförelser har Socialstyrelsen och SKL utvecklat ett antal kriterier för indikatorer; en vidareutveckling av de kriterier som regeringen och SKL enades om i överenskommelsen om en strategi för Öppna jämförelser (Regeringskansliet 2009). Därefter har Socialstyrelsen utformat kriterier för indikatorer i sin handbok för indikatorutveckling (Socialstyrelsen 2014b) som i huvudsak bygger på dessa. Följande kriterier används för att en indikator ska kvalificera för att vara med i Öppna jämförelser (SKL och Socialstyrelsen 2013):

- ” **Mätbar och tillgänglig.** Indikatorn ska vara mätbar, väl definierad och data ska finnas tillgängliga på nationell nivå. Indikatorn ska återkommande kunna rapporteras.
- **Vedertagen och valid.** Indikatorn ska vara vedertagen och därmed gärna förekomma i andra, etablerade indikatorset. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt av sjukvården som den avser att mäta.
- **Relevant.** Indikatorn ska avse väsentlig volym/kostnad, eller väsentlig aspekt eller problem.
- **Tolkningsbar.** Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.
- **Påverkansbar.** Det ska vara möjligt för landstingen och hälso- och sjukvården att kunna påverka sitt utfall.
- **Resultat och process.** Både resultatmått och processmått kan användas. Processmått ska avse åtgärder i hälso- och sjukvården som bedöms ha en stark påverkan på resultatet för patienten. ”

4.4 VÅRT FÖRSLAG PÅ RAMVERK FÖR ATT FÖLJA TILLSTÅND OCH UTVECKLING I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Med stöd av principerna i föregående avsnitt beskriver vi i detta avsnitt ett förslag på ett ramverk som definierar vilka utfall som vi bör följa utifrån målen med hälso- och sjukvården och vilka utfall och förutsättningar som vi bör följa utifrån långsiktig hållbarhet och effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemen. Syftet med ramverket är att kunna göra resultatsammanställningar som kan ge en lätt tillgänglig och överblickbar bild över tillstånd och utveckling i hälso- och sjukvården och visa på vad som är problem- och förbättringsområden regionalt och nationellt.

Vi har strävat efter att ramverket ska vara enkelt och fokusera på de dimensioner som Socialdepartementet och landstingen behöver följa tillsammans. Ramverket är inte heltäckande avseende sjukdomsgrupper och processer; ramverket kan och ska inte ersätta landstingens egna uppföljningsmodeller utan bör tjäna som ett komplement. Att följa och förbättra sina egna resultat utifrån en helhetsbild av verksamheten är landstingens egen uppgift och det måste varje landsting göra med hänsyn till de lokala förutsättningarna. Bredare hälsodeterminanter som miljöfaktorer har heller inte inkluderats i ramverket, eftersom ramverket ska fokusera på hälso- och sjukvårdens insatser för en god hälsa i befolkningen.

Utifrån ramverket bör indikatorer väljas ut i samarbete med landstingen och med beaktande av de principer vi föreslog i föregående avsnitt. Här ger vi endast exempel på indikatorer. Vi tror att en del av dessa indikatorer bör vara återkommande över tid medan andra kommer att variera.

Ramverket ska användas som utgångspunkt för att följa resultat i förhållande till målen med hälso- och sjukvården, samt förutsättningar för att bedriva en god vård långsiktigt, på ett överskådligt sätt. Därför bör ramverket ta avstamp i målen för hälso- och sjukvården, som enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

4.4.1 OECD:s ramverk och God vård och omsorg bör användas som grund

Det finns ett antal etablerade ramverk som utgör modeller för att beskriva målen med sjukvården, vilka faktorer som påverkar hälsoutfallen och vilka organisatoriska förutsättningar som behövs för att få en bra måluppfyllelse. Både landstingsföreträdare, Socialdepartementet och myndighetsrepresentanter har betonat att det är viktigt att utgå från befintliga ramverk, framför allt God vård och omsorg, men samtidigt framhållit att det inte rakt av går att använda existerande ramverk. De underlag som ska användas för dialogen har ett specifikt behov och användningsområde. Därför har vi utifrån existerande ramverk tagit fram en enklare tillämpning, som utgår från OECD:s ramverk och Socialstyrelsens God vård och omsorg. God vård och omsorg och tillhörande indikatorer utgör en modell för att följa resultat avseende kvalitet i vården, men för hälso-

och sjukvårdsdialogen bör även organisatoriska förutsättningar inkluderas.

OECD har utvecklat ett ramverk för att mäta och jämföra kvaliteten i hälso- och sjukvården i organisationens medlemsländer (Arah m.fl. 2006, Kelley och Hurst 2006) som tillämpas i något förenklad form när OECD gör de återkommande jämförande rapporterna *Health at a glance* (OECD 2013). OECD:s modell fokuserar på hälso- och sjukvårdskvalitet, men innefattar också ett brett perspektiv på hälsa och dess bestämningsfaktorer, med utgångspunkt i de av WHO definierade målen för hälso- och sjukvården, samt tar hänsyn till hälso- och sjukvårdssystemens design och kontext.

Fokus i tillämpningen av ramverket är på hälso- och sjukvårdssystemens prestationer (health care performance) i förhållande till Världshälsoorganisationens (WHO) definition av vad ett hälso- och sjukvårdssystem bör göra: att upprätthålla, att återställa respektive att förbättra hälsan. OECD delar in hälso- och sjukvårdens prestationer i hälso- och sjukvårdens kvalitet (som består av effektivitet, säkerhet och patientcentrering), tillgänglighet och kostnader – se figur 8 (Arah m.fl. 2006).

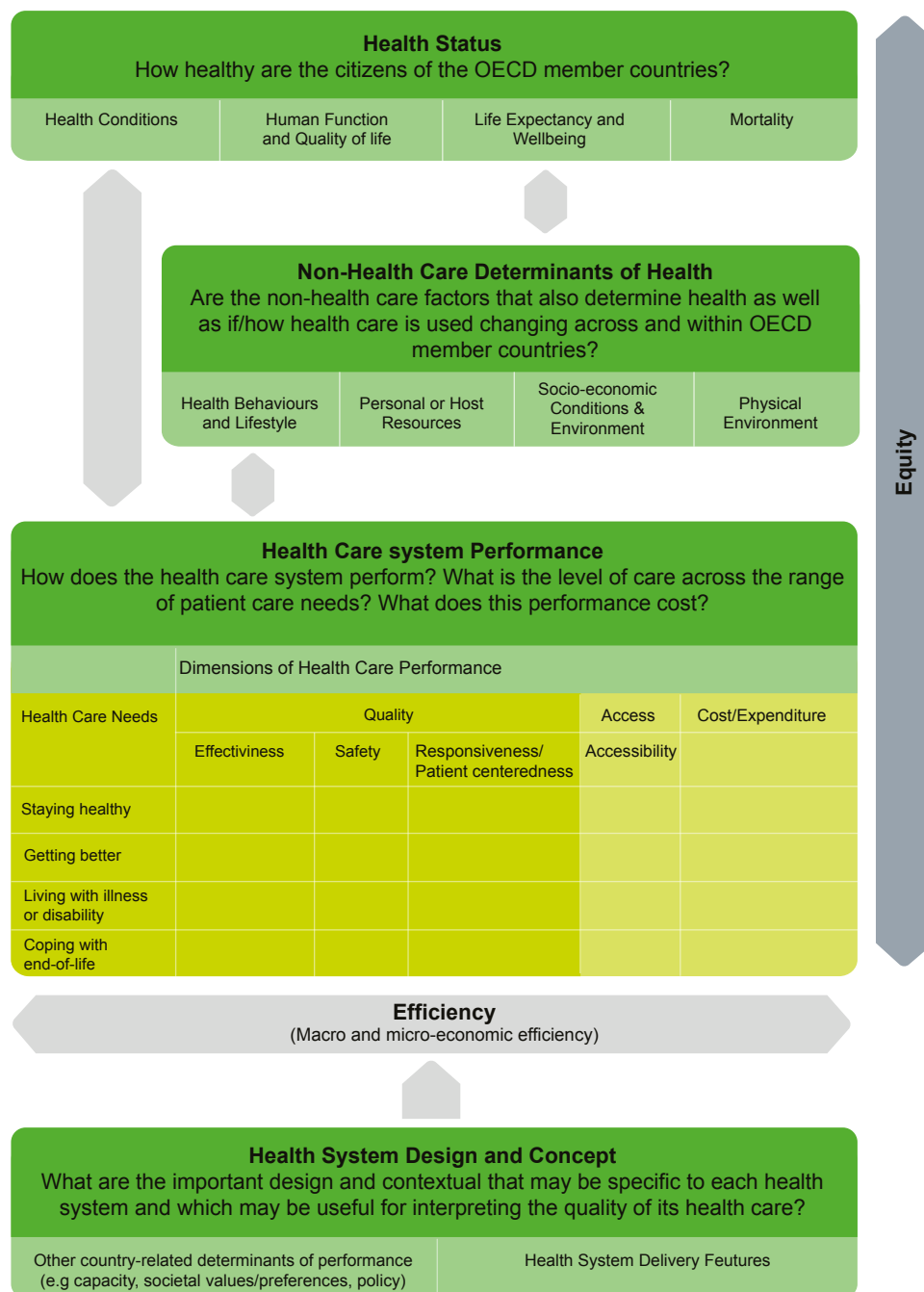
Utifrån hälso- och sjukvårdslagen har Socialstyrelsen definierat vilka dimensioner som ingår i God vård och omsorg (Socialstyrelsen 2014a):

- kunskapsbaserad
- säker
- individanpassad
- effektiv
- jämlik
- tillgänglig.

Socialstyrelsen tog år 2009 fram indikatorer för God vård att använda för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården nationellt (Socialstyrelsen 2009). I detta arbete definierades inte särskilda indikatorer för jämlikhet och effektivitet. Socialstyrelsen menade att effektivitet bör analyseras genom att resultaten i alla kvalitetsdimensioner sätts i förhållande till resursanvändning och att jämlikhet bör analyseras inom var och en av dimensionerna. Därefter har Socialstyrelsen tagit fram indikatorer för jämlik vård inom ramen för Öppna jämförelser (Socialstyrelsen 2013b) och utvecklat en handbok för effektivitetsanalyser för God vård och omsorg (Socialstyrelsen 2014a).

Vi har också hämtat inspiration från andra ramverk: ett som används i Australien, ett som används av the Commonwealth Fund för att följa de amerikanska delstaternas hälso- och sjukvårdsresultat, IHI:s Triple Aim-ramverk, Malcolm Baldrige ramverk för hälso- och sjukvård samt brittiska NHS tidigare verktyg för att följa resultat på regional nivå (Myndigheten för vårdanalys 2013a). Landstingen använder sig också av olika modeller och strukturer för att följa den egna verksamhetens resultat. Namnen varierar (styrkortskarta, balanserad styrning, modell för verksamhets- och ledningsutveckling, etc.), men landstingen följer med dessa modeller måluppfyllelsen av strategiska mål kring exempelvis ekonomi, medarbetarskap och kvalitet i tjänsterna (se exempelvis Jämtlands läns landsting 2014, Landstinget i Östergötland 2013, Landstinget i Uppsala län 2013, Landstinget Västernorrland 2014, Landstinget Västmanland 2014).

Figur 8. OECD:s ramverk



Källa: Arah m.fl. (2006) – Vårdanalys bearbetning.

4.4.2 Förslag på uppföljningsområden i ramverket

Vi föreslår att ramverket ska utgå ifrån de övergripande dimensionerna:

- hälsa i befolkningen
- kvalitet i tjänsterna
- effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem
- jämlik vård och hälsa.

Figur 9. Förslag på ramverk för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling



Hälsa i befolkningen

Hälso- och sjukvården ska främja, skydda och utjämna skillnader i hälsa i befolkningen. För att inte tappa sikte på detta som är hälso- och sjukvårdens yttersta mål bör vi följa resultaten för hälsa i befolkningen i ramverket. Detta är i linje med exempelvis OECD:s ramverk.

Hälsan i befolkningen har fyra underrubriker i ramverket: *hälsa och livskvalitet*, *sjukdomsförekomst*, *dödlighet i befolkningen* samt *levnadsvanor*. Figur 10 ger exempel på indikatorer som kan användas för att följa *hälsa i befolkningen*. De tre första rubrikerna syftar till att ge en överskådlig bild av hur befolkningen mår, vilka sjukdomar den lider av samt vad den dör av. De indikatorer som brukar användas för att mäta dessa tre områden är ofta övergripande och i många fall trögrörliga indikatorer som är svåra att påverka på kort sikt, men som har en koppling till hälso- och sjukvårdens insatser. Medellivslängd, självskattad hälsa, sjukdomsburda och dödlighet i olika sjukdomar är indikatorer som brukar följas för dessa aspekter av befolkningens hälsa. Vissa indikatorer kan vara mer direkt policyrelevanta – till exempel trender och skillnader i sjukdomsförekomst – medan andra mått bör användas som bakgrundsbeskrivningar.

Den fjärde rubriken, levnadsvanor, är en hälsodeterminant som hälso- och sjukvården delvis kan och bör påverka. Levnadsvanor kan inkludera sådant som kostvanor, fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion och sätter fokus på hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Ett stort antal faktorer påverkar hälsa – folkhälsopolitiken har elva målområden som spänner från delaktighet och inflytande i samhället till hälsa i arbetslivet och fysisk aktivitet (Folkhälsomyndigheten 2014). Här fokuserar vi på de faktorer som ligger närmast hälso- och sjukvårdens uppdrag. Vi bör till exempel sträva efter att följa de riskfaktorer vad gäller levnadsvanor som svarar för den största sjukdomsbördan. Enligt Institute for Health Metrics and Evaluation (2010) är det kostvanor, högt blodtryck, högt BMI och rökning.

Figur 10. Exempel på indikatorer för hälsa i befolkningen



Måtten på hälsa i befolkningen, som i flera fall är långsiktiga, trögrörliga och påverkas av ett stort antal faktorer, måste kompletteras med en uppföljning av resultat som mer direkt speglar utfallet av det som hälso- och sjukvården gör. Detta knyter an till att indikatorerna ska vara policyrelevanta och påverkansbara även på kortare sikt. Hälso- och sjukvårdens direkta insatser står i fokus i nästa dimension: kvalitet i tjänsterna.

Kvalitet i tjänsterna

Denna dimension fokuserar på utfallet av det som vården gör på kort och medellång sikt för den enskilde patienten och utgår från § 2 a hälso- och sjukvårdslagen och God vård och omsorg. Vi föreslår att dimensionen kvalitet i tjänsterna i vårt ramverk för dialogens ändamål inkluderar aspekterna *kvalitet, säkerhet, patientcentrering, tillgänglighet* samt *hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande*. De viktiga skillnaderna mot ramverket God

vård och omsorg är att effektivitet inte inkluderas i denna dimension och att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande lyfts in som en egen rubrik. Indikatorerna som kan användas för att följa kvalitet i tjänsterna påverkas i mindre utsträckning av andra faktorer än indikatorerna för hälsa i befolkningen.

Vi kallar dimensionen kvalitet i tjänsterna eftersom kvalitet kan ses som ett paraplybegrepp som innefattar alla värdeskapande aspekter av den vård den enskilde patienten får. Men kvalitet kan också förstås med en snävare definition – att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig (vilket bör avspeglas både i medicinska resultat och i patientrapporterade utfallsmått). Att vården är kunskapsbaserad avser att den utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet. En ändamålsenlig vård innebär att den utgår från patientens individuella behov och att nyttan av vården är större än bieffekterna, till exempel skador (Socialstyrelsen 2009). I denna smalare betydelse följer vi *kvalitet* som en av underrubrikerna inom kvalitet i tjänsterna. Tänkbara indikatorer under denna rubrik är övergripande utfallsmått som sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, överlevnad i några viktiga sjukdomar och sjukdomsgrupper samt sjukdomsspecifika kvalitetsindikatorer- och index för stora sjukdomsgrupper – till exempel Swedehearts index för vård vid hjärtinfarkt. Vilka sjukdomsområden som bör följas särskilt behöver utgå från en mer heltäckande analys. Indikatorer för hur kunskapsbaserad vården är till exempel avseende följsamhet till riktlinjer kan följas som ett eget område, alternativt ingå i de olika sjukdomsspecifika resultaten.

För att särskilt följa hur bra hälso- och sjukvården fungerar ur patientperspektiv tror vi att det kan vara värdefullt att följa patientrapporterad kvalitet genom ett antal patientrapporterade utfallsmått (PROM), även om det saknas sådana mått inom flera områden. Patientrapporterade utfallsmått bör också följas inom sjukdomsspecifika resultatredovisningar.

Säkerhet innebär att olika vårdrelaterade skador ska förhindras. Här kan vi exempelvis följa vårdrelaterade infektioner och trycksår. Ett problem är att det i stor utsträckning saknas kvalitetsindikatorer med bra data för primärvården, den öppna somatiska vården och den psykiatriska vården.

Tillgänglighet kan definieras på många olika sätt, men med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen bör tillgänglighet förstås med hänsyn taget till att den med det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde. Tillgänglighet kan kort definieras som hälso- och sjukvårdssystemets förmåga att möta patienter och befolkningens behov i alla delar av vårdkedjan från att ett behov av vård uppstår till att vården avslutas (Myndigheten för vårdanalys 2014b, Levesque m.fl. 2013). Exempel på indikatorer är etablerade mått för väntetider för nybesök i primärvården och den specialiserade vården, men vi bör också sträva efter att mäta tiden för hela vårdkedjan exempelvis i cancervården samt använda andra bredare tillgänglighetsmått, inte minst ur patienternas och befolkningens perspektiv.

Patientcentrerad vård innebär i korthet att patienten sätts i centrum för alla beslut som rör dess vård- och omsorg och att patienten och dess anhöriga ses som en likvärdig part till vård- och omsorgspersonalen i planeringen och utvecklingen av vården (de Silva 2014). WHO och OECD anser att patientcentrering är en målsättning för hälso-

och sjukvården och att det bör mätas som en del av hälso- och sjukvårdens kvalitet (Vårdanalys 2010). Vårdanalys har tagit fram fem dimensioner som kan användas för att analysera patientcentreringen i vården som bygger på Picker Institutes ramverk med åtta dimensioner (Picker Institute Europe 2013). Picker Institutes ramverk inkluderar delaktighet, information, respekt för individen, tillgång till rådgivning, effektiv behandling, lyhördhet, medverkan av anhöriga och kontinuitet. Under denna rubrik kan indikatorer som mäter patienterfarenheter (PREM) av vården följas, till exempel delaktighet, bemötande och information.

Vi föreslår också att *hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande* inkluderas som en del av den övergripande dimensionen kvalitet i tjänsterna. Alla åtgärder som hälso- och sjukvården utför ska leda till hälsa, men hälso- och sjukvården har också en roll att arbeta särskilt med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Flera myndighetsrepresentanter har i utredningsarbetet betonat att detta bör följas. I hälso- och sjukvårdslagen anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa för hela befolkningen och i de av riksdagen antagna folkhälsopolitiska propositionerna anges att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande är en del av hälso- och sjukvårdens arbete och att det hälsofrämjande arbetet bör stärkas (prop. 2002/03:35, prop. 2007/2008:110, regeringens skrivelse 2011/12:166). Huruvida hälsofrämjande bör vara en del av god vård diskuteras också i Socialstyrelsens arbete med nationella indikatorer för god vård (Socialstyrelsen 2009). Exempel på indikatorer som kan följas inom hälsofrämjande insatser är täckning i MPR-vaccination av barn och i gynekologisk cellprovtagning liksom rökstopp efter stroke och hjärtinfarkt.

I dimensionen kvalitet i tjänsterna inkluderar vi inte effektivitet i den bredare bemärkelsen att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå målen (Socialstyrelsen 2009) i denna dimension. För den enskilde patienten är det inte av direkt betydelse att vårdens samlade resurser används effektivt – detta är i stället viktigt ur ett medborgar- och systemperspektiv. Vissa mått på resurseffektivitet och produktivitet kommer därför att följas i dimensionen effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem. För att få en verklig bild av effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemen bör man dock ställa de samlade utfallen i hälsa och vårdkvalitet i förhållande till insatta resurser.

Eftersom denna dimension ska mäta kvaliteten i tjänsterna för den enskilde patienten och närstående kommer måtten bestå huvudsakligen av utfallsmått, men också processmått som mäter i vilken utsträckning vården har gjort det som den bör enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och som har bevisad koppling till utfallet av vården.

För att uppfylla ambitionen att resultatsammanställningar utifrån ramverket ska vara policyrelevanta och fokusera på utmaningar och problemområden tror vi också att det kan vara värdefullt att göra ett urval av *indikatorer som bör ägnas särskild uppmärksamhet*. Det kan handla om indikatorer med särskilt stor förbättringspotential i internationellt perspektiv eller med stora variationer mellan landsting, enheter eller olika grupper i befolkningen.

Figur 11. Exempel på indikatorer för kvalitet i tjänsterna

Kvalitet Dödlighet och överlevnad efter sjukdom • Döda 30 dagar efter vård för hjärtinfarkt • Döda 90 dagar efter vård för stroke • 5-årsöverlevnad vid cancer Sjukdomsspecifika utfallsmått <i>Hjärtsjukvård</i> • Swedeheart index <i>Stroke</i> • Riksstroke urval av indikatorer <i>Diabetes</i> • Nationella diabetesregistret urval av indikatorer <i>Cancer</i> • 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer • Omoperation pga tumördata vid bröstcancer • Multidisciplinär konferens vid lungcancer Patientrapporterad kvalitet • Inga framfallssymtom 1 år efter operation • Låg sjukdomsaktivitet vid RA efter behandlingsstart • Bensmärta 1 år efter operation vid spinal stenosis • ADL-oberoende 3 månader efter stroke Följsamhet till nationella riktlinjer	Tillgänglighet • Nybesök till läkare i primärvård inom 7 dagar • Nybesök/operation inom 90 dagar - specialiserad vård • Tid från första besök till behandlingsstart för vissa cancerformer
Patientsäkerhet • Vårdrelaterade infektioner • Förekomst av trycksår i slutenvård • Läkemedel som bör undvikas bland äldre	Patientcentrering <i>Patienters bedömning av:</i> • Bemötande • Nyttan av vården • Kontinuitet • Information • Delaktighet i vården
	Resultat för särskild uppmärksamhet • Direktintag till strokeenhet vid stroke • Andel i tid vid reperusionsbehandling vid hjärtinfarkt • Läkemedelsbehandling efter bensmärtafraktur • Bristningar grad 2–4 vid förlossning
	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande • Rökstopp efter stroke/hjärtinfarkt • Fysiskt träningsprogram vid hjärtinfarkt • Ingen fysisk aktivitet vid diabetes • Screening av riskbruk alkohol vid graviditet

Effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem

Denna dimension ringar in de förutsättningar som behöver finnas för att bedriva en god vård för befolkningen – det vill säga att hälso- och sjukvårdssystemen är effektiva och hållbara. Hållbarhet och effektivitet påverkas av många olika faktorer som både

beror av organisationens kapacitet och strukturella förutsättningar, som skattekraft. Denna dimension kan inkludera aspekter som *vårdkonsumtion* och *resurseffektivitet*, *sammanhållen vård*, *ekonomisk hållbarhet*, *förtroende* och *legitimitet*, samt *styrning* och *organisation*. I den sista rubriken kan sådant som *kunskapsbaserade arbetssätt*, *kompetensförsörjning*, *informationsförsörjning* och *ehälsa*, *utvecklingskapacitet* och *forskning* ingå.

Vårdkonsumtion och *resurseffektivitet* är viktigt att belysa för att få en bild av hur resurserna används. Exempel på indikatorer inom denna rubrik är slutenvårdsutnyttjande per invånare, läkarbesök per invånare, andel dagkirurgiska/ minimalinvasiva ingrepp för vissa behandlingar och medelvårdtider för stora operationstyper. Även om det inte finns tydliga svar på vad som är rätt nivåer på för antalet besök eller operationer per invånare, så är vårdkonsumtion en viktig aspekt vid beskrivning av ett hälso- och sjukvårdssystem. Jämförelser mellan landsting kan användas för att diskutera vad som är rimliga nivåer.

Ekonomisk hållbarhet ringar in kostnader för hälso- och sjukvården, men också vilka förutsättningar och vilken kapacitet landstinget har på längre sikt. Här finns också betydande skillnader i förutsättningarna mellan landstingen. SKL redovisar samlat landstingens kortsiktiga handlingsberedskap och långsiktig kapacitet (SKL 2014a). Ett sådant samlat stabilitetsmått kan kombineras med nyckelindikatorer för kostnader och produktivitet, som strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, kostnadsfördelning mellan olika vårdformer, läkemedelskostnad per invånare, och kostnad per konsumerad DRG-poäng och Kostnad per patient (KPP).

Sammanhållen vård mellan olika delar av hälso- och sjukvården och omsorgen är av stor betydelse för den enskilde patienten som ofta är i behov av insatser från olika delar av systemet och inte sällan från både landstingskommunal och primärkommunal hälso- och sjukvård. Om samverkan mellan vårdens olika delar inte fungerar riskerar det att innebära lidande, sämre vårdkvalitet och bristande säkerhet för den enskilde men också kostnader i form av till exempel inkomstbortfall. För hälso- och sjukvårdssystemen innebär bristande samverkan och samordning mellan olika delar av systemet också kostnader och att resurserna används ineffektivt. Detta är ett långvarigt problemområde i hälso- och sjukvården. Indikatorer på hur sammanhållen vården är skulle exempelvis kunna vara andel utskrivningsklara som är inneliggande på sjukhus och oplanerad återinskrivning inom 30 dagar för dem som är 65 år och äldre.

Förtroende och legitimitet för hälso- och sjukvården i befolkningen och hos patienterna är av betydelse för den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemen. Det är en viktig förutsättning för upprätthålla ett offentligt finansierat system. Men att alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet har förtroende hos befolkningen är också av betydelse för att organisationen ska fungera – annars riskerar delar av systemet att bli underrespektive överbelastade. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i olika landsting och nationellt följs i SKL:s undersökning Vårdbarometern.

Inom *styrning* och *organisation* ryms de aspekter som är av betydelse för att hälso- och sjukvårdssystemen ska kunna vara väl fungerande kunskapsorganisationer. Då behövs rätt och tillräcklig *kompetens*, *kunskapsbaserade arbetssätt*, *utvecklingskapacitet* och *forskning* och en fungerande *informationsförsörjning* och *ehälsa*.

Figur 12. Exempel på indikatorer för effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem

Vårdkonsumtion och resurseffektivitet • Antal viktade vårdkontakter per invånare • Slutenvårdsutnyttjande per invånare • Läkarbesök per invånare • Frekvens av behandlingar med stora praxisskillnader • Val av lågkostnadsläkemedel vid likvärdiga alternativ • Medelvårdtider i slutenvård för stora operationstyper	Styrning och organisation <i>Kunskapsbaserade arbetssätt</i> • Utmönstring av behandlingar med oklar nytta • Följsamhet till nationella riktlinjer • Tillgång till it-stöd för kunskapsbaserad vård • Täckningsgrad för kvalitetsregister <i>Kompetensförsörjning</i> • Andel vakanser per område • Andel chefer som anser att de har tillgång till rätt kompetens • Andel medarbetare som rekommenderar arbetsplatsen <i>Informationsförsörjning och e-hälsa</i> • Andel patienter som kan kommunicera elektroniskt med vårdgivaren • Andel kvalitetsregister som har automatiserad QR-rapportering • Andel chefer som anser att de har it-system till exempel beslutsstöd för kunskapsbaserad vård <i>Utvecklingskapacitet/forskning</i> • Verksamhetschefers bedömningar av förbättringsbehov • Antal pågående kliniska prövningar
Ekonomisk hållbarhet • Kortsiktigt handlingsutrymme och långsiktig stabilitet (SKL) • Strukturjusterad kostnad per invånare • Läkemedelskostnad per invånare • Kostnad per patient • Kostnad per DRG-poäng	
Sammanhållen vård • Andel utskrivningsklara som är inlagda • Överbeläggningar och utlokaliseringar • Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar – 65 år och äldre	
Förtroende/legitimitet • Förtroende för vårdcentral/sjukhus i befolkningen	

Kompetensförsörjning är en utmaning i stora delar av Sverige. För att bedöma kompetensförsörjningen behöver vi dels följa den offentliga statistik som finns, men detta kan också kompletteras med landstingens bedömningar om kompetensbrister.

För *kunskapsbaserade arbetssätt* kan exempelvis täckningsgrad i kvalitetsregister, utmönstring av behandlingar med oklar nytta och följsamhet till nationella riktlinjer vara relevant att följa.

Utvecklingskapacitet och forskning relaterar både till förmågan att utveckla den egna verksamheten och anpassa sig till förändrade förutsättningar och till förmågan att medverka till ny kunskap genom forskning. Här kan vi exempelvis följa verksamhetschefernas bedömningar av förbättringsbehov inom deras ansvarsområden.

Informationsförsörjning och e-hälsa är nära relaterat till kunskapsbaserade arbets-sätt och bör mäta i vilken utsträckning som det finns en informationsinfrastruktur som är ändamålsenlig för hälso- och sjukvårdens kommunikations- och informationsbehov. Att det är en viktig fråga att följa och diskutera i dialogen har varit en återkommande synpunkt i vårt utredningsarbete. Inom detta område bör exempelvis tillgången till it-stöd för kunskapsbaserad vård och i vilken utsträckning som patienter anser sig kunna kommunicera med vården på elektronisk väg vara mått som är relevanta att följa.

För dimension Effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem kommer det vara svårare att hitta nyckelindikatorer och för vissa betydande aspekter finns överhuvudtaget inte relevanta data. Därför kommer det att bli aktuellt att komplettera indikatorerna med andra underlag.

Jämlik vård och hälsa

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 § hälso- och sjukvårdslagen). För att särskilt uppmärksamma den andra delen av denna målbeskrivning i lagen – en vård på lika villkor – har vi valt att lyfta fram jämlikhet som ett eget område att följa. Jämlikhet skär på tvärs genom hälsa i befolkningen, kvalitet i tjänsterna och effektiva och hållbara hälso- och sjukvårdssystem och hade kunnat följas under dessa rubriker, men att lyfta fram jämlik vård och hälsa särskilt är en pragmatisk lösning för att skapa överblick över tillstånd och utveckling i jämlikhet i hälso- och sjukvården. Under en workshop med företrädare för myndigheter med uppdrag som berör hälso- och sjukvården betonade flera deltagare att jämlikhet är viktigt att följa på ett överskådligt sätt.

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet och sexuell läggning. Enligt förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen innebär detta att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett bakgrund och var man bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster (prop 1981/82:97). Det framgår också att hänsyn ska tas till individuella förutsättningar och att verksamheter i så stor utsträckning som möjligt ska inrättas så att betydelsen av exempelvis språkliga och kulturella olikheter begränsas. Vården ska sträva efter att jämna ut skillnader som beror på bland annat förmåga att ta initiativ, och det framgår att vården ibland måste anpassas till vissa grupper. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ges efter behov – vården ska ge företräde till de patienter som har störst behov.

Detta innebär inte att alla skillnader som observeras nödvändigtvis är ett problem och innebär att vården är ojämlik. Tvärtom kan vissa skillnader vara nödvändiga för att göra vården jämlik – för att utjämna andra skillnader, för att ta hänsyn till patienters vårdbehov eller för att ta hänsyn till patienters medicinska förutsättningar (Myndigheten för vårdanalys 2014a). En jämlik vård innebär alltså inte nödvändigtvis att alla ska behandlas exakt lika. Det relevanta är i stället att alla behandlas likvärdigt, utifrån den enskildes förutsättningar och behov, med samma rätt och möjlighet att få sina behov tillgodosedda

(DO 2012). Även vissa geografiska skillnader mellan exempelvis vårdenheter eller landsting kan vara önskvärda, och då särskilt ur ett utvecklingsperspektiv. I Öppna jämförelser för jämlik vård påpekar Socialstyrelsen och SKL att det "ligger [...] i förbättringsarbetets natur att några landsting går före och visar på vilka förbättringsmöjligheter som finns" (SKL och Socialstyrelsen 2013). Urvalet av indikatorer för att följa jämlik vård och diskussioner utifrån indikatorer som visar på skillnader mellan grupper såväl som geografiska områden bör göras med dessa insikter i åtanke.

Jämlik vård och hälsa ska därmed följas för att det är ett grundläggande mål i sig, men också för att viktiga resultat inom detta område kan vara en produktiv utgångspunkt för dialog och för förbättringsarbete. För de flesta indikatorer för hälsa i befolkningen och kvalitet i tjänsterna kommer landsting att vara den primära analysenheten. En viktig utgångspunkt är även att skillnader mellan olika enheter inom landstinget ska följas, det vill säga geografisk jämlikhet inom landstinget.

Vi vet att det på flera områden finns stora skillnader i vård och behandling mellan olika grupper (Socialstyrelsen 2011). Skillnader mellan könen kan visas för ett stort antal befintliga indikatorer i exempelvis Öppna jämförelser. Socioekonomiska skillnader är något svårare att följa, men Socialstyrelsen har rutiner för att göra jämförelser som baseras på samkörning av hälsodataregister och SCB:s register för befolkningens utbildningsstatus för vissa indikatorer – till exempel dödlighet i hjärtinfarkt och stroke. I olika rapporter från Socialstyrelsen har sammantaget ett stort antal kvalitetsindikatorers resultat för skilda socioekonomiska grupper visats, men dessa uppdateras som regel inte varje år. Socialstyrelsen har därför en nyckelroll i det fortsatta arbetet med att utifrån ramverket definiera och löpande följa indikatorer för att följa jämlikheten.

I den utsträckning det är möjligt bör dock resultatpresentationen utifrån ramverket ta tillvara på andra pågående arbeten kring ojämlikhet – till exempel arbetar Socialstyrelsen under 2014 med att följa kvaliteten i den somatiska vården för personer med psykisk ohälsa.

I många fall kommer det vara svårt att analysera skillnader i socioekonomi inom enskilda landsting, eftersom antalet observationer riskerar att bli för lågt för en tillförlitlig nedbrytning. Därmed kommer jämlik vård att i högre utsträckning än de andra dimensionerna spegla tillstånd och trender nationellt.

För jämlik hälsa kan exempelvis självskattad hälsa följas för ålder, födelseland och utbildningsnivå. Exempel på indikatorer för att följa jämlik vård är sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet efter utbildningsnivå och kön, regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel efter utbildningsnivå och kön och patienterfarenheter efter ålder, utbildningsnivå och kön. Ett alternativ för att göra urvalet av indikatorer är att använda den metod som Vårdanalys har utvecklat för att jämföra olika typer av skillnader och för att identifiera och analysera omotiverade och väsentliga skillnader i vården. Metoden innebär att potentiella indikatorer bedöms och graderas utifrån kriterier som avser att fånga huruvida indikatorn rör en skillnad som är omotiverad och väsentlig. Med en omotiverad skillnad avses en skillnad som inte kan förklaras av att patienter har olika medicinska förutsättningar eller olika medicinska behov. Skillnader som är stora och som har stora negativa konsekvenser för den utsatta gruppen ses därtill som mer väsentliga än små skillnader och skillnader där den utsatta gruppens hälsa inte drabbas lika illa. Med utgångspunkt i genomgången av sådana bedömningar skulle sedan

de indikatorer som bedöms avspegla särskilt omotiverade och väsentliga skillnader väljas ut att ingå i resultatsammanställningen. (Myndigheten för vårdanalys 2013, 2014a).

4.5 RESULTATSAMMANSTÄLLNINGAR FÖR ATT FÖRBEREDA DIALOGEN

Med ett gemensamt ramverk kan vi göra resultatsammanställningar för att följa hälso- och sjukvårdens tillstånd och utveckling. Dessa kan användas för att diskutera lämpliga fokusområden för hälso- och sjukvårdsdialogen, för att förbereda landstingsdialogerna och för djupare analyser.

4.5.1 Resultatsammanställningar kan göras i olika format

Resultatsammanställningar inför dialogen kan exempelvis göras i formen av kortrapporter, faktablad, ett webbverktyg eller som powerpointpresentationer. I figur 13 (se nästa uppslag) visar vi ett exempel på hur resultat i dimensionen *kvalitet i tjänsterna* för ett landsting skulle kunna presenteras på ett ark. Syftet är att på ett lättillgängligt sätt skapa en överblick över de viktigaste resultaten för ett landsting. Motsvarande resultatpresentationer bör göras för de övriga dimensionerna, både nationellt och per landsting. Nästa steg i utvecklingsarbetet bör ta ställning till vad som är lämplig form för att resultatsammanställningarna inför dialogen och för andra användningsområden.

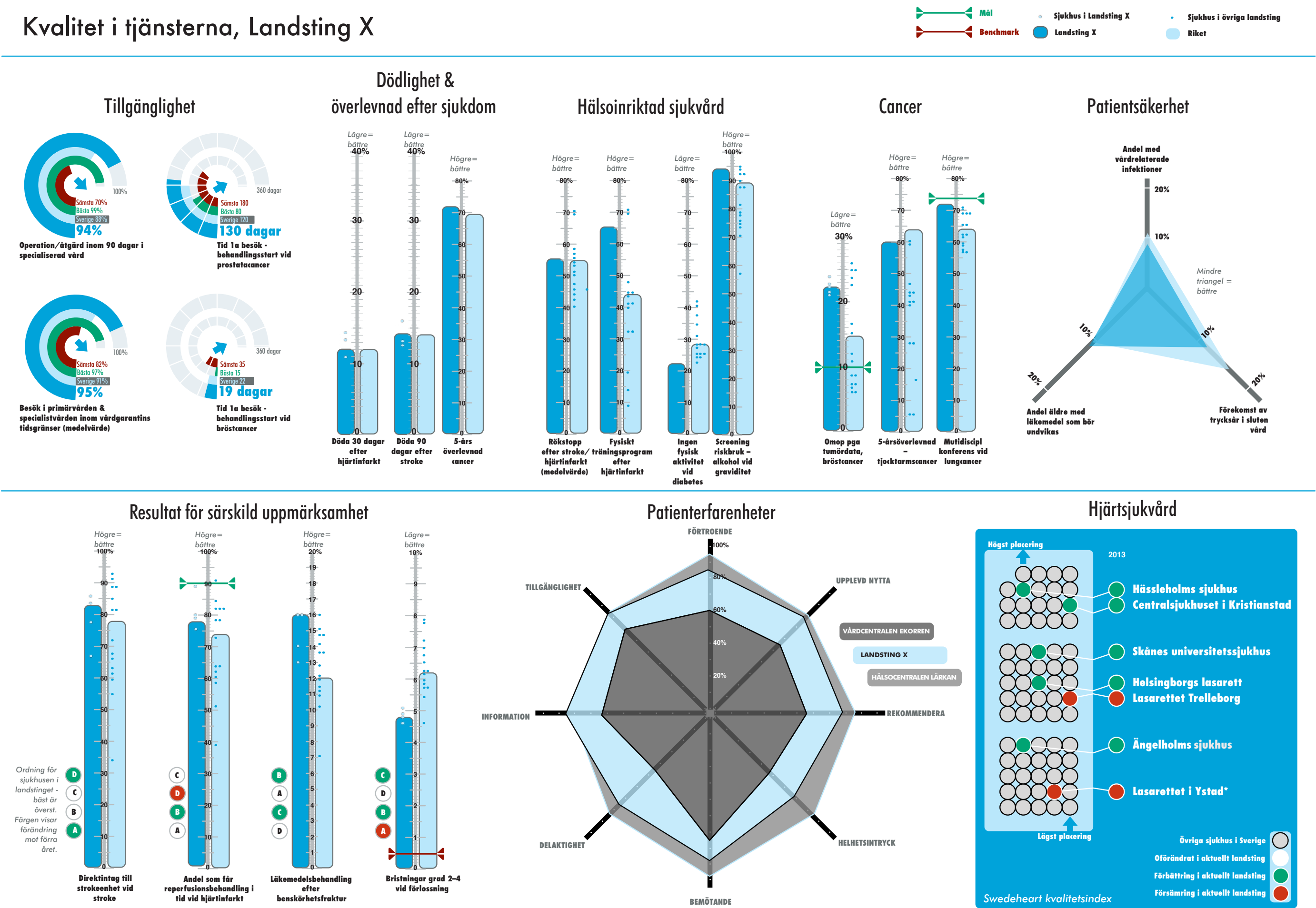
4.5.2 Resultatsammanställningarna bör ta hänsyn till andra arbeten

Vi har i detta kapitel utvecklat ett ramverk för att följa tillstånd och utveckling i svensk hälso- och sjukvård. Vi har även diskuterat ett antal vägledande principer och visat ett exempel på hur resultaten kan presenteras.

En fortsatt utveckling och uppdatering av denna typ av resultatsammanställning bör ske i samverkan med experter från landstingen och andra relevanta aktörer, till exempel Socialstyrelsen. Inte minst är det viktigt att detta arbete har en nära koppling till Öppna jämförelser. Utgångspunkten är att detta ska bli en mer överblickbar och analytisk presentation av viktiga resultat än den breda sammanställning som finns i Öppna jämförelser. Samtidigt är Öppna jämförelser en viktig bas för arbetet och det är viktigt att det finns en synkronisering av de två processerna för att undvika dubbelarbete – inte minst för landstingen och för hälso- och sjukvårdens personal.

Det finns även andra pågående arbeten med att översiktligt sammanställa viktig data. Rådet för kommunala analyser utvecklar en sådan funktion för kommun- och landstingsdatabasen Kolada, och SKL och Kansliet för nationella kvalitetsregister utvecklar Vården i siffror – ett verktyg för att sammanställa och presentera viktiga mått från kvalitetsregistren. Det fortsatta arbetet med att presentera resultat avseende hälsa och kvalitet i vården och mått på den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemen bör naturligtvis förhålla sig till de arbeten som bedrivs med Kolada och Vården i siffror. Dessutom bör det ta hänsyn till och dra nytta av pågående internationella jämförelsesamarbeten.

Figur 13. Exempel på resultatsammanställning för dimensionen kvalitet i tjänsterna i ett landsting





5 Förslag på fortsatt utveckling och genomförande

En första hälso- och sjukvårdsdialog mellan landstingen och Socialdepartementet kan genomföras under 2015–2016. Vårdanalys föreslår här tre åtgärder för att göra detta möjligt.

Socialdepartementet och landstingen bör komma överens om former och tidplan för en första dialog, samordnande funktioner för att koordinera dialogen bör inrättas på Socialdepartementet och SKL och regeringen bör ge Vårdanalys uppdraget att ta fram underlag för en första hälso- och sjukvårdsdialog. Efter att en första dialog har genomförts bör parterna utvärdera nyttan av dialogen.

5.1 TRE REKOMMENDATIONER FÖR ATT GENOMFÖRA EN FÖRSTA HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDIALOG

I denna rapport har Vårdanalys lämnat förslag på utformningen av en hälso- och sjukvårdsdialog. Vi har strävat efter ett förslag som är resurseffektivt och enkelt att genomföra. Om Socialdepartementet och landstingen enas om att pröva denna dialogform finns möjlighet att genomföra en första hälso- och sjukvårdsdialog under 2015–2016.

Följande tre åtgärder bör genomföras för att starta en första hälso- och sjukvårdsdialog:

- *Socialdepartementet bör komma överens med landstingen om former och tidplan för den första hälso- och sjukvårdsdialogen*

För att komma igång med dialogen behöver Socialdepartementet och landstingen enas om en mer detaljerad tidplan för hälso- och sjukvårdsdialogen. Denna tidplan bör utveckla ungefärliga tidpunkter för följande aktiviteter:

- Diskussion om inriktning för dialogen med landstingen genom SKL.
- Besök i 21 landsting och regioner.
- Nationell dialog mellan Socialdepartementet och landstingen.

Tidplanen bör även precisera när de olika underlagen ska komma landstingen och Socialdepartementet till del. I detta kapitel finns ett förslag på en översiktlig tidplan för en första hälso- och sjukvårdsdialog – se nästa avsnitt.

- *Samordnande funktioner inrättas på SKL och Socialdepartementet*

För att hälso- och sjukvårdsdialogen ska kunna genomföras på ett effektivt sätt och för att dess innehåll ska tas tillvara i utvecklingen av både statens verksamheter

och insatser och i samarbeten mellan landstingen så behöver det finnas en funktion hos Socialdepartementet och en hos SKL som arbetar med dialogen. Hälso- och sjukvårdsdialogen bör koordineras från denna funktion på Socialdepartementet, som också bör ansvara för att kunskapen från dialogen tas tillvara inom Regeringskansliet. SKL bör också följa dialogen, fungera som kontaktpunkt mot landstingen när det gäller utskick av underlag och agendaförberedelser samt vid behov vara landstingen behjälpliga med att ta fram underlag.

► *Regeringen bör ge Vårdanalys i uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdsdialogen med underlag*

Landstingen och Socialdepartementet bör i förväg ta del av samma faktaunderlag som utgångspunkt för dialogen. Detta bör bestå av resultatsammanställningar utifrån ramverket, diskussionsunderlag för de fokusområden som har valts ut inför dialogen och några förberedda diskussionsfrågor. Parterna i dialogen kan naturligtvis välja att komplettera eller nyansera de gemensamma underlagen med ytterligare data eller egna beskrivningar, men dessa underlag kan ge en gemensam utgångspunkt.

I enlighet med resonemangen i kapitel två bör Vårdanalys, i samverkan med relevanta aktörer, få i uppdrag att stödja dialogen med underlag. I detta uppdrag bör även ingå att följa landstingsdialogen och ta fram en slutrapport som underlag till den nationella dialogen.

Uppdraget bör därmed inkludera att:

- Tillsammans med landstingen och andra myndigheter vidareutveckla ramverket som utgångspunkt för att följa hälso- och sjukvårdens tillstånd och utveckling, och inom ramen för detta arbete definiera relevanta mått och utformning på resultatsammanställningen.
- Inleda ett arbete för att kontinuerligt samla in internationella referensvärden att jämföra med.
- Göra resultatsammanställningar i samverkan med landstingen och andra myndigheter som en del i förberedelsearbetet för landstingsdialogerna.
- Göra analyser av utpekade fokusområden och samordna inhämtning av underlag från andra aktörer.
- Förbereda diskussionsfrågor till landstingen om statens insatser och verksamhet.
- Följa landstingsdialogen och ta fram en slutrapport.

Detta uppdrag bör genomföras i samråd med Socialdepartementet, landstingen, SKL och andra myndigheter. Vårdanalys kommer att särskilt behöva samverka med Socialstyrelsen avseende indikatorer och resultat, till exempel vad gäller indikatorer för jämlik vård.

5.2 TIDPLAN FÖR FÖRSTA DIALOGEN

Vårdanalys föreslår att en första hälso- och sjukvårdsdialog genomförs 2015–2016. Vi bedömer att våren 2015 behövs för förberedelsefasen, att landstingsdialogen kan genomföras under hösten 2015 och våren 2016, och att den nationella dialogen kan

äga rum under hösten 2016. Detta förutsätter att regeringen fattar de beslut som är nödvändiga för att genomföra dialogen under inledningen av år 2015.

Figur 14. Förslag på tidplan för hälso- och sjukvårdsdialogen 2015–2016



Detta är endast ett översiktligt förslag på en tidplan. Socialdepartementet och landstingen bör enas om en mer detaljerad tidplan.

5.3 EKONOMISKA KONSEKVENSER OCH BUDGET

Förslaget om en hälso- och sjukvårdsdialog kommer att medföra vissa kostnader för både landstingen och staten. Vår avsikt har dock varit att utforma ett kostnadseffektivt förslag. Vi försöker i detta avsnitt ge en översikt över den arbetsinsats som kommer att krävas för att genomföra förslaget, men beroende på vilken ambitionsnivå som Socialdepartementet och landstingen väljer att ha för dialogen kommer kostnadsbeskrivningarna att behöva anpassas.

5.3.1 Kostnader för Socialdepartementet, landstingen och SKL

Kostnaden för att föra dialog på nationell nivå är begränsad. Den politiska ledningen och tjänstemannaledningen på Socialdepartementen och i landstingen kommer att behöva avsätta en viss tid för förberedelser och för själva dialogen. Den nationella dialogen bör ske i samband med att etablerade nätverk inom SKL sammanträder. Därmed krävs inga extra resor eller särskilda arrangemang.

Arbetsinsatsen för att genomföra landstingsdialogen är större – framför allt för Socialdepartementet, som ska avsätta tid för att förbereda och besöka samtliga 21 landsting. Vårdanalys uppskattar att tjänstemannastödet kommer att behöva vara något

mer omfattande än det har varit under tidigare landstingsdialoger. För det enskilda landstinget krävs också vissa förberedelser för att ta emot ett besök av Socialdepartementet och förbereda sig för dialogen.

Hälso- och sjukvårdsdialogen kommer även att medföra vissa kostnader för SKL, eftersom vi föreslår att SKL bör inrätta en särskild funktion som samordnar dialogen och som kan stödja landstingen.

Vårdanalys föreslår att dessa kostnader hanteras inom budget för respektive organisationer.

5.3.2 Kostnader för att ta fram underlag till dialogen

Arbetet med att stödja dialogen med underlag bedömer vi omfatta kostnader på 3 miljoner kronor per år. Detta innefattar:

- kostnader för att göra resultatsammanställningar utifrån ramverket för respektive landsting och nationellt
- kostnader för att ta fram underlag utifrån fokusområden
- insamling av internationella referensvärden
- dokumentation av landstingsdialogen och slutrapport från landstingsdialogen.

Första året tillkommer kostnader för att färdigutveckla och förankra ramverket och relevanta mått tillsammans med experter från landstingen samt utforma format för att presentera resultat. Vårdanalys beräknar att detta kommer innebära kostnader på omkring en miljon kronor utöver de årliga kostnaderna som angivits ovan.

5.4 UTVÄRDERING AV DIALOGEN

Efter den första dialogen bör Socialdepartementet och landstingen tillsammans värdera nyttan av dialogen och dess underlag och överväga att göra förändringar i processen och beställning av underlag.



6 Referenser

- Arah, O. A., Westert, P. G., Hurst, J. och Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International journal for quality in health care*, 5(13)
- de Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. London: Health Foundation
- DO – Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Stockholm: DO.
- DS 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Fritzes.
- Eurocare Scientific Direction. (2014). *Eurocare. Survival of cancer patients in Europe*. Tillgänglig via <http://www.eurocare.it/>
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Försäkringskassan (2014). Antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar per diagnoskapitel enligt ICD-10-SE. Tillgänglig på: <https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/statistik/sjuk/sjukersattningaktivitetsersattning/sjukochaktivitetsersattning>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2010). *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010*. GBD Profile: Sweden. Seattle: IHME
- Jämtlands Läns Landsting (2014). *Landstingsplan/Regionplan 2015-2017*.
- Kelley, E. A., Hurst, J. (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework. *OECD HealthWorking Paper No. 23*. OECD Publishing.
- Landstinget i Uppsala Län (2013). *Landstingsplan 2014-2016*.
- Landstinget i Östergötland (2013). *Landstingsdirektörens verksamhetsplan 2014*.
- Landstinget Västernorrland (2014). *Landstingsplan 2015-2017*.
- Landstinget Västmanland (2014). *Verksamhetsplan och budget 2015-2017*.
- Levesque, J. F., Harris, M. F. och Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Myndigheten för vårdanalys (2012). *Grönt ljus för Öppna jämförelser?* Rapport 2012:4. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2013a). *Rapportering för regeringsuppdrag Underlag till landstingsdialoger*, Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2013b). *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*. Rapport 2013:8. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2013c). *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* PM 2013:3. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2014a). *En mer jämlik vård är möjlig – analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2014b). *Låt den rätte komma in – hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* Rapport 2014:3. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2014c). *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa – lägesrapport 2014*. Rapport 2014:6. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

- Myndigheten för vårdanalys (2014d). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2014e). Registrera fler eller analysera mer? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Rapport 2014:9. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Arah, O. A., Westert, P. G., Hurst, J. och Klazinga, N. S. (2014). *Health Care Quality Indicators: What is the Health Care Quality Indicators project?* Tillgänglig via <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>.
- Regeringens proposition 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdsdrag, mm.*
- Regeringens proposition 2002/03:35 *Mål för folkhälsan*.
- Regeringens proposition 2007/2008:110 *En förnyad folkhälsopolitik*.
- Regeringens skrivelse 2011/12:166 *En folkhälsopolitik med människan i centrum*.
- Regeringskansliet (2009). *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*.
- Regeringsbeslut S2013/9043/SAM. *Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Myndigheten för vårdanalys*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Framtidens utmaningar – välfärdens långsiktiga finansiering*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014a). *Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014b). *Jämlikhet och hälsofrämjande – resultat från Nationell patientenkät och vårdbarometern*. Stockholm: SKL.
- SKL och Socialstyrelsen (2013). *Öppna jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting*.
- Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. och Leatherman, S. (red.) (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Socialdepartementet (2010). *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Öppna jämförelser – jämlik vård 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Handbok för effektivitetsanalyser. För god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 2014b. *Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 2014c. *Dödsorsaker 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU – Statens offentliga utredningar 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén*. Stockholm: Fritzes.
- SOU – Statens offentliga utredningar 2012:33. *Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning*. Stockholm: Fritzes.
- Witell, L. och Elg, M. (2008). *Att skapa index. Metodutveckling och test baserat på Öppna jämförelser*. SKL och Socialstyrelsen.



Bilagor

BILAGA 1 FÖRTECKNING ÖVER MÖTEN OCH INTERVJUER

Vårdanalys har arrangerat två workshops och genomfört en rad möten och intervjuer inom ramen för uppdraget. Syftet har varit att hämta in synpunkter från landstingsföreträdare, myndigheter, professions- och patientorganisationer och andra personer och aktörer som berörs av eller har kunnat bidra i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvårdsdialogen.

Den första workshopen ägde rum 23 maj 2014. Inbjudan ställdes till Landstingsdirektörsföreningen, Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket och Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), men var öppen även för andra deltagare från landstingen. Den andra workshopen ägde rum 3 juni 2014. Till denna workshop bjöd Vårdanalys in myndigheter med ett uppdrag som knyter an till aspekter som bör täckas i ett ramverk för att följa hälso- och sjukvården. Deltog gjorde företrädare för Läke-medelsverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan och E-hälsokommittén.

Vårdanalys har även hållit en rad presentationer, möten och intervjuer. Vi har diskuterat preliminära förslag med politiker och tjänstemän från landstingen inom följande konstellationer:

- Landstingsledningsseminariet
- Sjukvårdsdelegationen
- Landstingsdirektörsföreningen
- Hälso- och sjukvårdsdirektörsföreningen
- Öppna jämförelserns kontaktpersoner
- Controllernätverket
- Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK).

I projektet har vi även diskuterat delar eller helheten i förslaget med följande personer:

- Mats Eriksson (Region Halland)
- Hans Karlsson (SKL)
- Åsa Himmelsköld (SKL)
- Bodil Klintberg (SKL)
- Eva Estling (SKL)
- Lars-Erik Holm (Socialstyrelsen)
- Björn Nilsson (Socialstyrelsen)
- Jonas Lundberg (Health Navigator)
- Kerstin Nilsson (Svenska Läkaresällskapet)

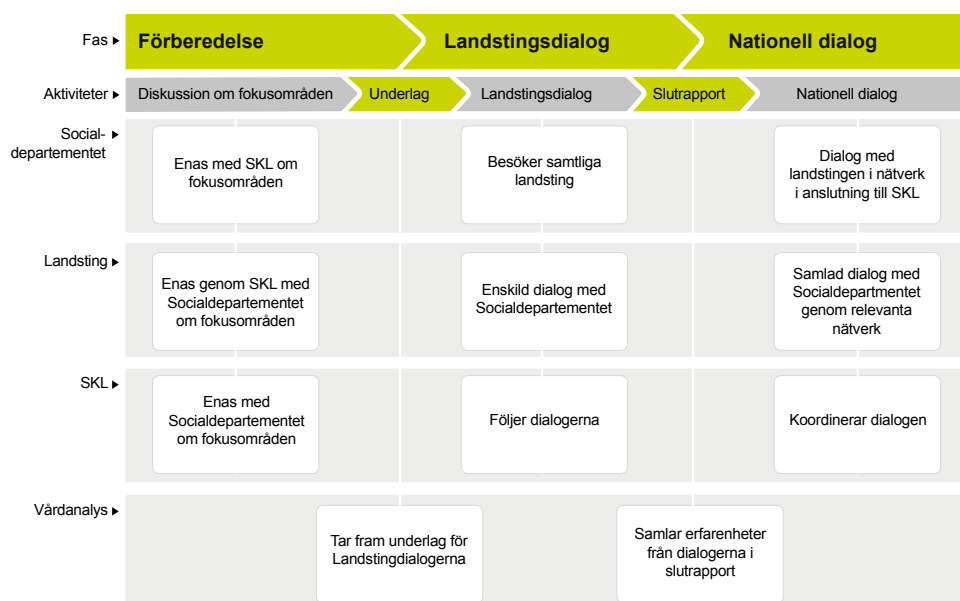
- Anders Norrlid (Rådet för kommunala analyser)
- Torbjörn Schultz (Patientförsäkringen LÖF)
- Jesper Stenberg (Region Skåne)
- Emma Vintemon (Vården i siffror)
- Daniel Zetterberg (Utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården).
- Maria Dalemar (Region Gotland)

BILAGA 2 VEM GÖR VAD I DIALOGEN?

I denna bilaga sammanfattar vi roll- och ansvarsfördelningen för dialogens genomförande.

ROLLER OCH ANSVAR FÖR DIALOGENS GENOMFÖRANDE

Figur A.1. Roller och ansvar under dialogens tre faser



Socialdepartementet för dialog med samtliga landsting

Socialdepartementet har en central roll i de tre faserna av hälso- och sjukvårdsdialogen:

1. Enas om fokusområden för dialogen tillsammans med SKL.
2. Förbereda och besöka samtliga landsting för dialog med landstingsföreträdare.
3. Föra nationell dialog med landstingen.
4. Förvalta dialogens resultat i Regeringskansliets arbete.

Sjukvårdsministern och dennes statssekreterare är huvudpersoner i dialogen, men det kommer att krävas tjänstemannastöd för att förbereda deras insatser. Socialdepartementet bör även skapa en samordnande funktion – en person på Socialdepartementet med ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsdialogen som också ansvarar för att ta tillvara på dialogens resultat i Regeringskansliets arbete.

Landstingen för dialog med Socialdepartementet

Landstingens roll motsvarar Socialdepartementets:

1. Genom SKL enas om fokusområden för dialogen tillsammans med Socialdepartementet.
2. Förbereda och ta emot Socialdepartementet för dialog i det egna landstinget.
3. Föra nationell dialog med Socialdepartementet.

Framför allt berörs den politiska ledningen och tjänstemannaledningen, men även den politiska oppositionen bör delta i landstingsdialogen samt vid behov även verksamhetsföreträdare och företrädare för kommunerna inom länet.

SKL stödjer landstingen i dialogen och koordinerar arbetet med dialogen i de egna nätverken

Det är viktigt att undvika att bygga nya parallella strukturer för dialogens syfte, utan att i största möjliga utsträckning försöka använda de forum och resurser som redan finns. Framför allt bör SKL:s strukturer fylla en viktig roll i dialogen. Vi föreslår därför att nätverken inom SKL används för den nationella dialogen.

Men SKL bör också ta på sig en bredare roll för hälso- och sjukvårdsdialogen:

- Föra diskussioner med Socialdepartementet om fokusområden för dialogen.
- Följa samtliga dialoger och återföra kunskap till landstingen och andra relevanta mottagare.
- Stödja landstingen i förberedelsearbetet inför dialogerna.
- Följa upp genomförandet av föregående dialogomgång och dess nytta för landstingen.
- Samverka med Vårdanalys i framtagandet av underlag för dialogen.

Vårdanalys bör få i uppdrag att ta fram underlag för att stödja dialogen

Vårdanalys bör få i uppdrag att:

- ta fram underlag inför landstingsdialogerna i samverkan med andra aktörer
- tillsammans med landstingen vidareutveckla ett ramverk som kan användas för resultatsammanställningar för att följa hälso- och sjukvården
- samla in internationella referensvärden som kan användas för resultatsammanställningarna
- följa dialogen för att ta fram slutrapport.

Vårdanalys som oberoende analysmyndighet bör få i uppdrag att stödja dialogen med faktabaserade underlag och sammanställa resultaten av dialogerna i en slutrapport. I ett första steg bör Vårdanalys få ett uppdrag att under 2015 närmare definiera vilka

resultat som ska följas inom de olika uppföljningsområdena och identifiera indikatorer tillsammans med landstingen.



Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft

Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen

Staten och landstingen har olika roller, men ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling. Därför måste det finnas fungerande samverkansformer på nationell nivå. I denna rapport ger Vårdanalys på regeringens uppdrag förslag på en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan landstingen och Socialdepartementet. Rapporten lämnar även förslag på ett ramverk för att följa tillstånd och utveckling i hälso- och sjukvården inför dialogen.

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

