

Analysplan 2020



▶ vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Analysplanen finns även publicerad
på www.varदानalysis.se

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Tryck: ÅTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-08-3



Analysplan 2020

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Innehåll

Förord	7
Beslut	9
1 Om analysplanen	11
1.1 Vårdanalys arbetar med egeninitierade projekt och regeringsuppdrag	11
1.2 Så här har vi lagt upp analysplanen	12
2 Vårdanalys strategiska plattform	15
2.1 Vi verkar för en god vård och omsorg som patienter, brukare och medborgare känner förtroende för	16
2.2 Vi tar fram policyrelevanta kunskapsunderlag och rekommendationer	16
2.3 Vårt arbete bygger på tre kompletterande delar	16
2.4 Verksamheten vägleds av fem bärande principer	17
3 Omvärlden – samhällsförändringar och utvecklingsområden	21
3.1 Globala mål och trender att förhålla sig till	21
3.2 Övergripande trender och förändringar i Sverige	24
3.3 Förändringar och utmaningar i hälso- och sjukvården och socialtjänsten	35
3.4 Pågående nationella initiativ från staten	44
3.5 Flera nya lagar, förslag och utredningar som påverkar patienter och brukare	45
4 Vår egeninitierade verksamhet – analysområden och aktuell respons	53
4.1 Vi kommer att arbeta med tre analysområden under 2020	54
4.2 Vi analyserar aktuella och angelägna frågor inom aktuell respons	63



5	Regeringsuppdrag	67
5.1	IHP – internationell undersökning om hälso- och sjukvården.....	67
5.2	Uppföljning av satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa	68
5.3	Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	68
5.4	Kartläggning av effekterna av ökad användning av välfärdsteknik	69
5.5	Kartläggning av förskrivning av icke medicintekniska produkter som hjälpmedel.....	69
5.6	Utvärdering av nationellt kunskapscentrum om övergrepp mot barn	70
5.7	Utvärdering av det nationella uppdraget att motverka hedersvåld	70
5.8	Uppföljning av Nationella vårdförlopp.....	71
5.9	Utvärdering av IBIC	71
5.10	Underlag för ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg	72
6	Referenser	75
	Vårdanalys tidigare publikationer	81
	Rapporter	81
	Promemorior	88

Förord

Socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården behöver utvecklas för att både på kort och lång sikt kunna leverera en god och jämlik socialtjänst, hälso- och sjukvård samt tandvård utifrån patienters och brukares behov. Verksamheterna och det svenska välfärdssamhället i stort står inför utmaningar, men det finns också stora möjligheter. Den demografiska utvecklingen med fler äldre liksom att fler lever längre med sjukdomar är på många sätt frukten av en positiv utveckling för folkhälsa och medicinska framsteg. Samtidigt för det med sig att fler behöver insatser från hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Vi ser också en snabb kunskaps- och teknikutveckling som kan bidra till att lösa utmaningarna, om vi tar tillvara dem på bästa möjliga sätt.

I analysplanen för 2020 presenterar vi den huvudsakliga inriktningen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys verksamhet under det kommande året. Analysplanen har tagits fram i nära dialog med myndighetens patient- och brukarråd. Arbetet har letts av analyschef Cecilia Stenbjörn. Analytikern Caroline Larsson och juristen Nadja Zandpour har deltagit i arbetet.

Under 2020 kommer vi att fortsätta vårt arbete inom de analysområden som vi har arbetat med under 2018 och 2019. Samtliga tre analysområden rör alla sektorer som vi verkar inom: hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Våra tre övergripande analysområden under 2020 kommer att vara

- en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienternas och brukarnas förutsättningar, behov och resurser
- en jämlik vård och omsorg utan omotiverade skillnader
- effektiva vård- och omsorgssystem för en god vård och omsorg.

Inom de tre analysområdena kommer vi att fokusera på en gemensam fråga: hur den nationella uppföljningen kan utvecklas. Vi kommer också att fokusera på frågor för olika områden utifrån de behov som finns, till exempel hur personcentreringen inom socialtjänsten kan utvecklas, tandvårdens styrning mot jämlikhet samt hur förändringar av strukturen inom hälso- och sjukvården påverkar möjligheterna till effektiva system. Vi kommer också att arbeta med ett antal regeringsuppdrag under det kommande året.

Vi ser fram emot att bidra med gedigna analyser och faktaunderlag som vi hoppas kan ligga till grund för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten.

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Beslut

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys överlämnar härmed 2020 års analysplan till regeringen. Analysplanen är framtagen i dialog med myndighetens patient- och brukarråd. Analyschefen Cecilia Stenbjörn har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har chefsjuristen Karin Nylén samt projektdirektörer Marianne Svensson deltagit.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Stockholm den 12 december 2019

Anders Anell
Ordförande

Anna Dunér
Vice ordförande

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Cecilia Stenbjörn
Föredragande

Om analysplanen

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) lämnar varje år över en analysplan till regeringen. Den beskriver inriktningen för vår egeninitierade verksamhet och utgår från en omvärldsanalys och en nära dialog med Vårdanalys patient- och brukarråd. 2020 års analysplan bygger vidare på de tidigare analysplanerna och på myndighetens strategiska plattform.

1.1 VÅRDANALYS ARBETAR MED EGENINITIERADE PROJEKT OCH REGERINGSUPPDRAG

Vi arbetar både med egeninitierade uppdrag och regeringsuppdrag. Våra egeninitierade projekt är antingen projekt inom våra analysområden eller projekt inom ramen för aktuell respons. Både projekten inom analysområdena och projekten inom aktuell respons finansieras genom myndighetens ramanslag. Vi arbetar också med regeringsuppdrag som vanligen åtföljs av särskild finansiering.

1.1.1 Vår egeninitierade verksamhet – analysområden och aktuell respons

Utifrån omvärldsanalys och dialog med vårt patient- och brukarråd, identifierar vi övergripande analysområden där vi vill bidra långsiktigt. Ett analysområde kan prioriteras om det uppfattas som angeläget ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv och vi bedömer att det kommer att vara betydelsefullt för beslutsfattare på ett till fem års sikt. Analysområdena anger den övergripande inriktningen för Vårdanalys arbete.

Inriktningen på analysområdena lägger grunden för det fortsatta arbetet med Vårdanalys verksamhetsplan som beskriver de projekt som vi ska arbeta med under året. När vi väljer ut vilka projekt vi ska arbeta med, frågar vi oss om det är en särskilt angelägen fråga att studera. Det kan vara en fråga som handlar om tillstånd med hög allvarlighetsgrad, utsatta grupper, omfattar omotiverade skillnader, berör ett stort antal personer eller en fråga som har betydande påverkan, exempelvis ekonomiskt. Det kan också vara områden där vi vet att det finns betydande kunskapsluckor.

Inom aktuell respons kan vi under året initiera och genomföra avgränsade analyser av angelägna frågor med hög aktualitet som inte ingår i något av våra analysområden. Frågorna identifieras genom vår kontinuerliga omvärldsbevakning, genom patient- och brukarrådet eller genom tips från allmänheten.

1.1.2 Regeringsuppdrag

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

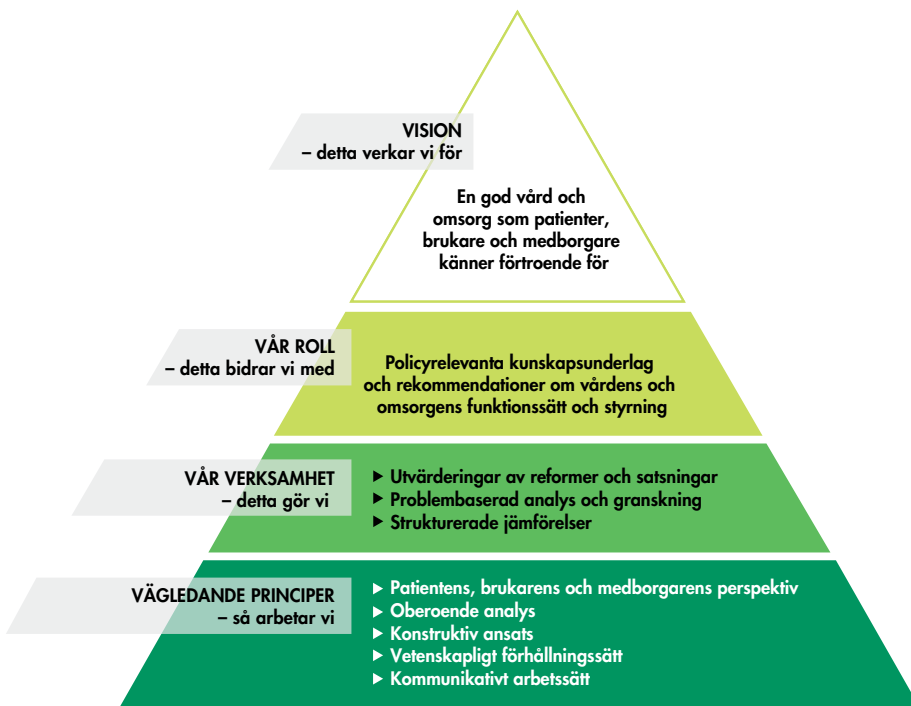
1.2 SÅ HÄR HAR VI LAGT UPP ANALYSPLANEN

I kapitel 2 beskriver vi myndighetens strategiska plattform. Plattformen visar hur och med vilka utgångspunkter vi tar oss an de uppgifter som regeringen har gett myndigheten i instruktionen (förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). I kapitel 3 gör vi en utblick mot samhällsförändringar och utvecklingsbehov som ligger till grund för de analysområden och teman som vi väljer att särskilt fokusera vårt egeninitierade arbete på under 2020. Därefter beskriver vi myndighetens egeninitierade verksamhet i form av de tre analysområdena med tillhörande teman som vi kommer att arbeta med under 2020, samt vårt arbete i det något kortare formatet inom ramen för aktuell respons. Analysplanen avslutas med en beskrivning av de regeringsuppdrag som vi i dagsläget vet att vi kommer att arbeta med under 2020.



Vårdanalys strategiska plattform

Vårdanalys strategiska plattform syftar till att stärka våra möjligheter att uppfylla vårt uppdrag och skapa mesta möjliga nytta för beslutsfattare i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten samt i förlängningen skapa nytta för patienter, brukare och medborgare. Bilden nedan sammanfattar myndighetens strategiska plattform. Därefter beskriver vi kortfattat de olika delarna.



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

Vårdanalys verkar för ett vård- och omsorgssystem som har förtroende för. Vi verkar för att vård- och omsorgssystemet ska använda tillgängliga resurser på ett effektivt sätt och för att vården och omsorgen ska utgå från patienternas och brukarnas behov, förutsättningar och önskemål.

2.2 VI TAR FRAM POLICYRELEVANTA KUNSKAPSUNDERLAG OCH REKOMMENDATIONER

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

2.3 VÅRT ARBETE BYGGER PÅ TRE KOMPLETTERANDE DELAR

Vårdanalys arbete bygger på tre kompletterande delar: utvärderingar av reformer och satsningar, problembaserad analys och granskning samt strukturerade jämförelser.

2.3.1 Utvärderingar av reformer och satsningar

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

2.3.2 Problembaserad analys och granskning

Problembaserade analyser och granskningar utgår från vårdens och omsorgens vardag där patienter, brukare, närstående, professioner och stödsystem möts. Vi fokuserar på områden med brister och stor förbättringspotential. Områdena kan identifieras exempelvis genom förslag från myndighetens

patient- och brukarråd eller från allmänheten, genom analyser av statistik och annat material eller till följd av samhällshändelser och debatter.

2.3.3 Strukturerade jämförelser

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

2.4 VERKSAMHETEN VÄGLEDS AV FEM BÄRANDE PRINCIPER

Vårdanalys verksamhet vägleds av fem bärande principer: patientens, brukarens och medborgarens perspektiv, oberoende analys, konstruktiv ansats, vetenskapligt förhållningssätt och kommunikativt arbetssätt.

2.4.1 Patientens, brukarens och medborgarens perspektiv

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

2.4.2 Oberoende analys

Vårdanalys är en statlig myndighet som lyder under regeringen. Verksamheten finansieras via det anslag som vi får från statsbudgeten och via särskilda bidrag kopplade till vissa regeringsuppdrag. Samtidigt är myndigheten inrättad som en oberoende och renodlad analysmyndighet. Eftersom myndigheten inte har något uppdrag att exempelvis införa lagstiftning inom våra sektorer och inte heller något ansvar för tillsyn, kan vi genomföra oberoende utvärderingar och analyser av alla delar och aktörer inom de sektorer som vi arbetar inom. Utrymmet för egeninitierad verksamhet gör också att vi i stor utsträckning

själva, i samråd med myndighetens patient- och brukarråd, kan välja områden för analys och granskning.

2.4.3 Konstruktiv ansats

Vårdanalys bedriver analysarbetet utifrån en konstruktiv och lösningsorienterad ansats. Fakta presenteras alltid som de är, och våra uppföljningar och utvärderingar syftar inte i första hand till att kontrollera och ställa någon till svars. I stället vill vi bidra till lärande och till att skapa förutsättningar för utveckling. Det gör vi genom att analysera erfarenheter, kunskap och statistik i förhållande till det aktuella sammanhanget.

2.4.4 Vetenskapligt förhållningssätt

Vårdanalys bidrag ska vara policyrelevant. För att kunna vara det krävs att myndighetens rapporter är tillförlitliga och håller hög kvalitet. Vi strävar därför efter att tillämpa vetenskapliga principer och metoder. Samtidigt måste myndigheten kunna leverera analyser och utredningar inom snäva tidsramar, och vi behöver kunna acceptera en viss osäkerhet. Vårdanalys utredningsmetodik bygger därför på en medveten och ändamålsenlig avvägning mellan vetenskaplig noggrannhet, effektiva processer och behovet av användbara kunskapsunderlag.

2.4.5 Kommunikativt arbetssätt

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



Omvärlden – samhällsförändringar och utvecklingsområden

Vi står inför tider av stora förändringar. Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården påverkas av världen runt omkring, både utifrån vilka behov som finns och också vilka förutsättningar som finns för verksamheterna. I det här kapitlet analyserar vi några av de trender och förändringar som vi särskilt ser kommer att påverka hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården de kommande åren. Detta ligger sedan till grund för vilka områden och frågor som vi väljer att fokusera vår egeniterade verksamhet på under kommande år.

3.1 GLOBALA MÅL OCH TRENDER ATT FÖRHÅLLA SIG TILL

I september 2015 antog FN:s medlemsländer Agenda 2030 – en handlingsplan med 17 globala utvecklingsmål. De globala målen är integrerade och odelbara och balanserar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga.

Ett av de globala målen avser hälsa och välbefinnande och innebär att man ska säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar. Det ska göras till exempel genom att minska mödradödligheten, förebygga och behandla drogmissbruk, främja mental hälsa och tillgängliggöra sjukvård för alla. Ett annat globalt mål är att minska ojämlikheten inom och mellan länder, genom att bland annat främja social, ekonomisk och politisk inkludering samt säkerställa lika rättigheter för alla och utrota diskriminering. Även målen om ingen fattigdom, jämställdhet liksom fredliga och inkluderande samhällen berör de sektorer som vi verkar inom.

På många håll i världen kan man se att hälsan förbättras och sjukdomar minskar, både till följd av förbättrade levnadsvillkor och tack vare medicinsk utveckling. Men med förändrad livsstil följer också utmaningar, exempelvis i form av välfärdssjukdomar som fetma, typ 2-diabetes och en ökad psykisk ohälsa. Vi har också utmaningar med användning och effektivitet av antibiotika.

En ökad geografisk gränslöshet ger större rörlighet både ekonomiskt, socialt och kulturellt. Detta kan innebära både möjligheter och utmaningar som vi bör förhålla oss till i Sverige. Den tekniska utvecklingen går snabbt, och det som för 40 år sedan var teknik som ett fåtal hade tillgång till, har i dag en stor del av världens befolkning tillgång till.

3.1.1 Klimatförändringar påverkar vården och omsorgen

Klimatförändringar påverkar människors vardag, inte minst hälsan och möjligheten att kunna bo där man tidigare bott. Sannolikt kommer påverkan att bli allt tydligare i framtiden. Klimatförändringarna för också med sig nya sjukdomar och leder till att sjukdomar grasserar i andra delar av världen än tidigare. Klimatförändringarnas effekter på hälsan påverkar delar av befolkningen på olika sätt, exempelvis kan barn, personer som är äldre, kroniskt sjuka eller tillhör lägre socioekonomiska grupper vara extra sårbara (Folkhälsomyndigheten, 2017).

En del av klimatförändringarnas effekter på hälsan är direkta, exempelvis kan värmeböljor orsaka att människor får hälsoproblem och att fler personer som är sårbara dör (Folkhälsomyndigheten, 2017, Socialstyrelsen, 2019). Andra effekter är indirekta, till exempel kan förekomsten av vissa infektionssjukdomar öka när det blir varmare (Folkhälsomyndigheten, 2017). Beräkningar från Världshälsoorganisationen, WHO, visar att cirka 250 000 personer i världen kommer att dö varje år 2030–2050 på grund av klimatförändringarna. Världshälsoorganisationen utgår då från dödsfall orsakade av översvämningar vid kusten, malaria, denguefeber, undernäring hos barn under 5 år, diarré hos barn under 15 år och dödsfall hos personer över 65 år på grund av värmen. Olika delar av världen kommer att drabbas olika hårt, vilket kan påverka migrationsmönstren (WHO, 2014).

Vissa effekter av klimatförändringarna kan förebyggas (Socialstyrelsen, 2019). Både samhället i stort och sjukvården och socialtjänsten specifikt, kan anpassa både information och arbetssätt för att minska skadeverkningar av förändringar i klimatet. Världshälsoorganisationen har till exempel publicerat rekommendationer om åtgärder vid värmeböljor (Läkartidningen,

2019). I Sverige har till exempel SMHI börjat använda ett meteorologiskt varningssystem för värmeböljor, kommuner och regioner har tagit fram handlingsplaner och Folkhälsomyndigheten har gett ut vägledningar till sådana handlingsplaner (Läkartidningen, 2019).

3.1.2 Snabb medicinsk och teknisk utveckling ger möjligheter

Hälsan i världen och Sverige har blivit bättre under en längre tid, och den medicinska utvecklingen har gjort stora framsteg. Medellivslängden har ökat och fler blir äldre. En förklaring till den ökade medellivslängden är att vi i dag kan behandla, och ibland till och med bota, sjukdomar som människor tidigare dog av. Vi kan också rädda fler barn som föds för tidigt eller som är sjuka i unga år. Flera sjukdomar har, i och med nya behandlingar, blivit kroniska och fler personer lever också med kroniska sjukdomar.

Nya och effektiva metoder för diagnostik och behandling utvecklas fortfarande snabbt. Till exempel har det under senare år skett en utveckling av skraddarsydda mediciner som kan anpassas utifrån olika personers genetiska förutsättningar. Ett annat exempel är förbättrad bilddiagnostik som ökar möjligheterna till tidigt upptäckt av cancersjukdomar genom screening, vilket påverkar behandlingsmöjligheterna och överlevanden. Att fler människor överlever sjukdomar är något som är mycket positivt, samtidigt som det för med sig utmaningar för kostnader för vård, omsorg och läkemedel, men också utmaningar som handlar om hur personerna tas om hand i en struktur som fortfarande i mångt och mycket bygger på sjukdomsepisoder som avslutar och avlöser varandra under kortare tid. En stor del av de kroniska sjukdomarna kan också förebyggas eller behandlas på ett sådant sätt att de kräver mindre insatser från hälso- och sjukvården, till exempel genom egenvård.

Även om möjligheterna till medicinska behandlingar ökar, finns det faktorer som kan påverka möjligheterna till behandling negativt i framtiden. Antibiotikaresistens är en av de mer påtagliga riskerna. Antibiotikaresistens är ett allvarligt och växande folkhälsoproblem både i Sverige och i världen (Folkhälsomyndigheten, 2020). Med ökad antibiotikaresistens blir infektioner svårare eller omöjliga att bota, vilket i sin tur orsakar stort lidande och höga kostnader för sjukvården. Det påverkar också möjligheterna till exempelvis framgångsrika cancerbehandlingar, transplantationer och operationer, där en effektiv antibiotikabehandling behövs (Folkhälsomyndigheten, 2020).



3.1.3 Förändringar i det politiska landskapet och i kunskapssynen

På flera håll i världen syns stora förändringar i det politiska landskapet. Nya partier, ibland med en tydlig populistisk prägel, får många väljare, och befolkningen demonstrerar mot förändringar som påverkar deras vardag, det pågår krig och oroligheter i delar av världen. Storbritanniens utträde ur EU, Brexit, är också en förändring i det samhälleliga landskapet, som bland annat kan få direkta effekter på hälso- och sjukvården genom att läkemedelsförsörjningen påverkas.

Den syn på kunskap som vi har haft med oss sedan lång tid tillbaka utmanas, där kunskap ifrågasätts till förmån för åsikter, och felaktiga uppgifter sprids snabbt via sociala medier. En sådan rörelse kan påverka hälso- och sjukvården. Ett exempel på det är det motstånd som finns i vissa grupper mot vaccinering. Det finns också en framväxande trend av individualism, där Sverige sedan flera år tillbaka intar en särställning enligt den så kallade World Value Survey med höga värden som handlar om individens frihet och sekularitet (Iffs, 2019). En konsekvens av individualism, kombinerat med bland annat urbaniseringen, kan vara ensamhet. Ensamhet påverkar individerna mycket, både deras hälsa och behov av socialt stöd, och exempelvis Storbritannien och Nya Zeeland har under senare år på nationell nivå vidtagit åtgärder för att minska ensamheten.

3.2 ÖVERGRIPANDE TRENDER OCH FÖRÄNDRINGAR I SVERIGE

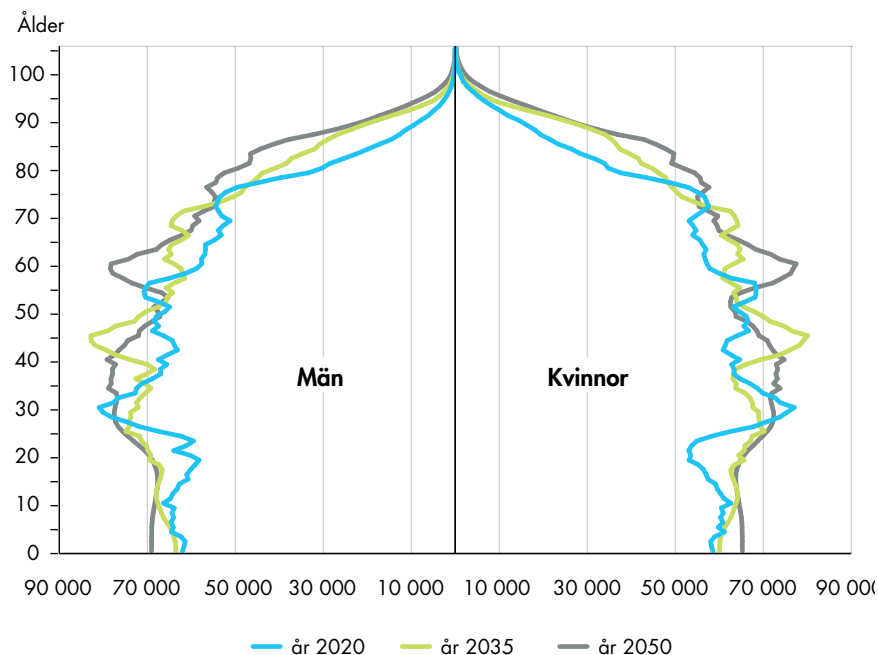
Globala trender och skeenden påverkar Sverige. Samtidigt finns det trender och skeenden just i det svenska samhället som påverkar utvecklingen och utmaningarna inom hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. En sådan faktor är den demografiska utvecklingen som påverkar behoven och finansieringen av välfärden. Dessutom påverkas behoven av förändrade förväntningar och attityder, liksom av tillkommande uppgifter och möjligheter. En annan central fråga är hur kompetensen inom sektorerna säkras och hur den används på bästa möjliga sätt.

3.2.1 Växande befolkning och förändrat sjukvårdspanorama

I dag har Sverige en befolkning på ungefär 10 miljoner invånare (SCB, 2019). Befolkningen har ökat snabbt de senaste tio åren och ökningen förväntas fortsätta. Befolkningsstrukturen och själva folkmängden påverkar samhället i stort, inte minst hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Befolkningsstrukturen påverkar också sjukdomspanoramat.

Enligt SCB kommer Sveriges folkmängd att passera 11 miljoner under 2029, 12 miljoner i början av 2050-talet och i slutet av 2070 kommer folkmängden enligt SCB:s prognoser att vara knappt 12,8 miljoner (SCB 2019). Dessutom förändras åldersstrukturen de kommande åren. I dag är en stor andel av befolkningen i åldrar där man förvärvsarbetar. Redan 2035 kommer andelen personer som är 65 år och äldre att vara betydligt större än i dag, liksom andelen barn. 2050 säger prognoserna att antalet äldre kommer att vara än fler och andelen blir större (SCB, 2019).

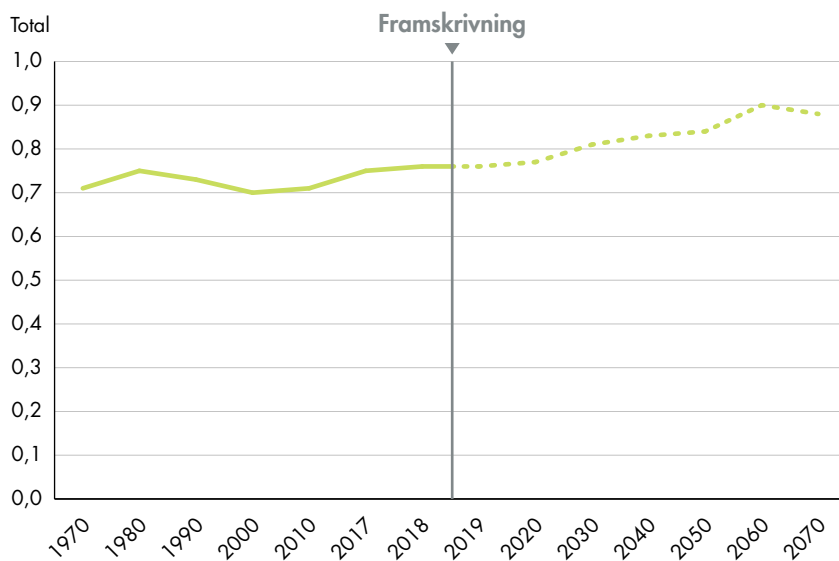
Figur 1. Folkmängd 2020, 2035 och 2050 efter ålder och kön. Både inrikes och utrikes födda.



Källa: SCB 2019, egen bearbetning

Hur åldersfördelningen ser ut påverkar både kostnader och utgifter för kommuner, regioner och staten. För att illustrera det kan man använda den demografiska försörjningskvoten. Den demografiska utvecklingen innebär att försörjningsbördan för de förvärvsaktiva ökar. Färre ska alltså försörja fler. Förutsättningarna för välfärdssektorns framtida finansiering förändras därför.

Figur 2. Folkmängd efter ålder och demografisk försörjningskvot 1970–2018 och framskrivning 2019–2070. Tusental.



Källa: SCB, 2019a.

3.2.2 Migration och integration ger utmaningar och möjligheter

Vid mitten av 2019 fanns det cirka 271,6 miljoner internationella migranter i världen, det vill säga människor som bor i ett annat land än det land de föddes i (IOM, 2020). Detta motsvarar 3,5 procent av världens befolkning. En stor del av migranterna är migrantarbetare. Flyktingar enligt FN:s flyktingkonvention uppskattades till 25,9 miljoner i världen 2018 (IOM, 2020).

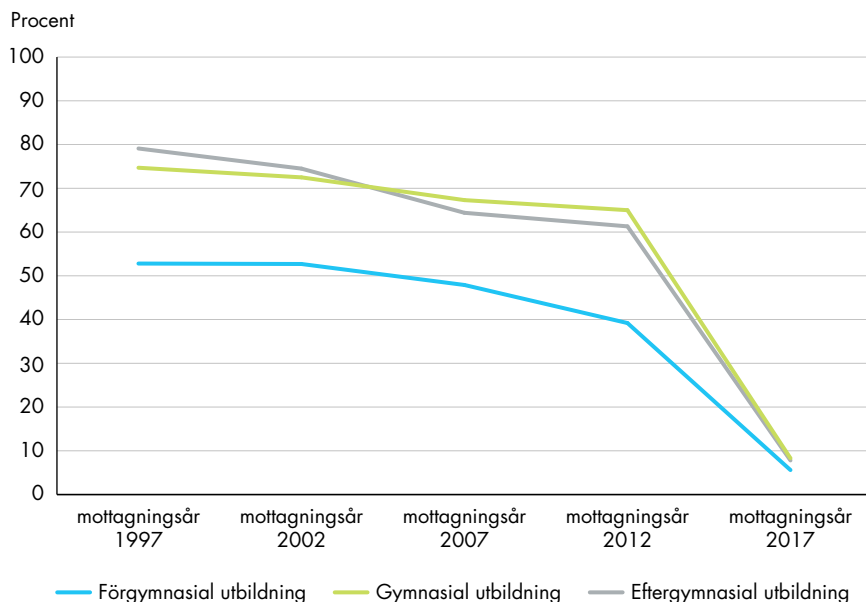
I Sverige sökte under 2019 knappt 22 000 personer asyl (Migrationsverket, 2020). Under mitten av 2010-talet var antalet personer som sökte asyl betydligt fler än nu, och också fler än tidigare. Den främsta anledningen till att det var fler som sökte asyl under den här perioden, var osäkert läge och krig i delar av världen. Antalet asylsökande har minskat kraftigt under de senare tid, och det kan förklaras både av nationella förändringar i lagstiftning och överenskommelser som EU har slutit om flyktingar. Hälso- och sjukvården och tandvården påverkas av att befolkningen blir större på grund av invandring. Behoven av insatser och stöd från hälso- och sjukvård och tandvård påverkas också av vilket hälsotillstånd de som invandrar till Sverige har.

Socialtjänsten påverkas av migration på flera olika sätt. Under mitten på 2010-talet när det kom många ensamkommande barn och unga till Sverige, var kommunernas arbetsbelastning stor när det gällde att placera barnen

och de unga i familjehem och hem för vård och boende (HVB). Socialtjänsten påverkas också genom att det kan vara aktuellt med ekonomiskt bistånd. Ekonomiskt bistånd får den som inte kan försörja sig på annat sätt, till exempel om man som nyanländ inte har kommit in på arbetsmarknaden eller har kvalificerat sig för andra former av ersättningar. Sammantaget är sysselsättningsgraden lägre bland utrikes födda än inrikes födda, även om den vanligaste inkomstkällan för personer som har invandrat till Sverige är inkomst från arbete (SCB, 2019b).

Ser man tillbaka, har det tagit olika lång tid för personer som invandrat att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden. En förklaring till att det tar olika lång tid, är att sammansättningen på dem som har invandrat varierar över tid, till exempel när det gäller utbildningsbakgrund. Även konjunkturläget påverkar hur snabbt de som invandrat får arbete. Av dem som kom till Sverige i inledningen av 2000-talet, hade ungefär en tredjedel ett mer etablerat arbete efter två år i landet, jämfört med cirka 45 procent i slutet av 1980-talet (IFAU, 2018). SCB visar att bland flyktingar som var kommunmottagna 1997 förvärvsarbetade drygt 70 procent av dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning efter 20 år, alltså 2017. Andelarna som har förvärvsarbete är mindre bland dem som varit i Sverige kortare tid; runt 5 procent har förvärvsarbete samma år som de invandrade till Sverige.

Figur 3. Andel förvärvsarbetande 2017 bland kommunmottagna flyktingar, procent efter utbildning, mottagningsår och sysselsättningsår.



Källa: SCB, 2019c SCB statistikdatabasen (hämtat den 14 november 2019).

3.2.3 Ökade klyftor?

Ökade klyftor i olika delar av Sverige har varit ett synligt ämne i debatten de senaste åren. Det handlar både om klyftor och skillnader mellan stad och landsbygd, och inom städer där vissa delar av befolkningen i betydligt högre grad än andra är arbetslösa samt har lägre inkomster och lägre skolbetyg. Under senare år har också gängkriminalitet varit i fokus. Klyftorna finns även mellan generationer.

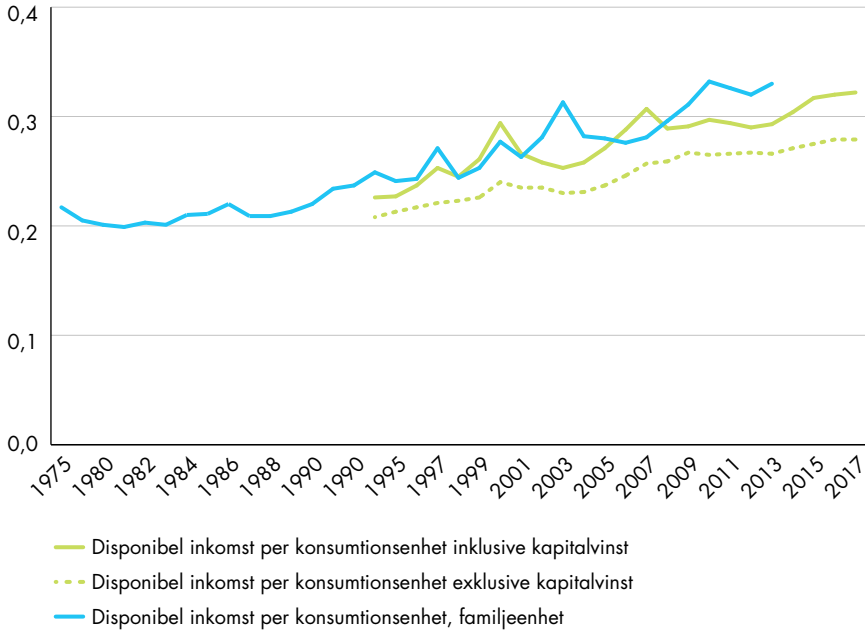
Klyftor kan studeras på olika sätt. Ett sätt är att studera skillnader i inkomst. Ett mått som används, även i internationella jämförelser, är Gini-koefficienten som mäter inkomstspridningen. Sverige har jämfört med många andra länder en låg inkomstspridning, men spridningen har ökat sedan 1990-talet. En förklaring till de ökade inkomstskillnaderna är stigande kapitalinkomster, som till stor del tillfaller dem som har de högsta inkomsterna. Betydelse har också relativt sett lägre nivåer på sociala transfereringar (till exempel sjukpenning och arbetslöshetsersättningar), vilket har gjort att andelen av inkomsterna som tillfaller de nedre inkomstkikten har minskat. Även demografiska förändringar spelar in, och då framför allt en större andel äldre vars inkomst i hög grad utgörs av pensioner (Nordiska rådet, 2018).

SCB (2019a) visar också att inkomsterna skiljer sig mellan olika grupper. Exempelvis är medianinkomsten högre bland personer som är födda i Sverige än dem som är utrikes födda. Inkomsten varierar också bland de utrikes födda, bland annat utifrån födelseregion och invandringsår. Genomgående blir medianinkomsten högre ju längre tid personen varit i Sverige. Det finns också stora skillnader i medianinkomst mellan kommuner, vilket förklaras av arbetsmarknad och näringslivsstruktur som i sin tur påverkar arbetslöshet och löner (SCB, 2019a).

Inkomststandard är ett annat mått som kan åskådliggöra skillnader i inkomst. Det absoluta måttet som brukar användas är låg inkomststandard. Låg inkomststandard innebär att hushållens inkomster inte räcker för att betala nödvändiga levnadsomkostnader. Andelen hushåll med låg inkomststandard har minskat de senaste åren. Men om vi ser på det relativa måttet – inkomster i relation till medianinkomsten – ser vi att andelen hushåll med låg ekonomisk standard har ökat sedan mitten av 00-talet. Andelen hushåll med hög ekonomisk standard har däremot varit relativt oförändrad under samma period. Ökningen av andelen hushåll med låg ekonomisk standard och den

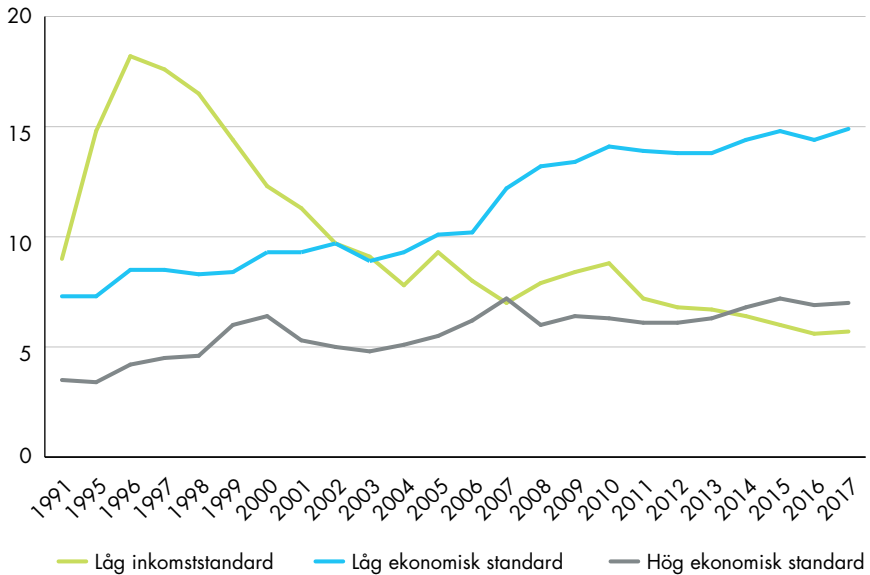
relativt konstanta andelen hushåll med hög ekonomisk standard innebär att klyftorna har ökat. Vi vet att låg inkomst många gånger hänger ihop med sämre levnadsförhållanden och sämre hälsa. Ökade skillnader i samhället innebär att vården och omsorgen i ännu högre grad än tidigare behöver kompensera för skillnaderna som finns i grundförutsättningarna.

Figur 4. Gini-koefficient för disponibel inkomst per konsumtionsenhet för åren 1975 och 1978 samt perioden 1980–2017.



Källa: SCB, 2019d (HEK till och med 2010, loS från och med 2011).

Figur 5. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet, 2017 års priser.



* Med låg ekonomisk standard avses en ekonomisk standard (disponibel inkomst per konsumtionsenhet.) som är lägre än 60 procent av medianvärdet för samtliga. Med hög ekonomisk standard avses en ekonomisk standard som är mer än dubbelt så hög som medianinkomsten för samtliga.

** Låg inkomststandard är ett absolut fattigdomsmaat som används för att klassa hushåll med låga inkomster. Måttet beskriver hur väl hushållets inkomster räcker för att betala nödvändiga omkostnader som boende, barnomsorg och lokala resor. Låg inkomststandard innebär att inkomsterna inte räcker för att betala för dessa levnadsomkostnader.

*** Disponibel inkomst är summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster minus skatt och övriga negativa transfereringar. Redovisningen är inklusive kapitalvinst/kapitalförlust, det vill säga den vinst/förlust som uppkommer vid försäljning (realisering) av tillgångar, t.ex. aktier, fonder eller fastigheter.

Källa: SCB, 2019d (HEK till och med 2010, loS från och med 2011).

3.2.4 Det ekonomiska läget utmanar

Som framgått tidigare står vi inför utmaningar när det gäller den demografiska utvecklingen och därmed också finansieringen av välfärden. År 2026 förväntas finansieringsgapet, det vill säga skillnaden mellan den utgiftsnivå man kan ha i kommuner och regioner med dagens skattesats och den utgiftsnivå som krävs för att bibehålla 2019 års standard, för kommunerna och regionerna vara stort. Om landstingen och kommunerna 2026 skulle ha samma standard på välfärden och samma skattesats som 2019, beräknas det att det saknas 90 miljarder kronor 2026 (Regeringen, 2019a). Vi ser också att kostnaderna för hälso- och sjukvård och tandvård har ökat. Under 2009–2017 ökade regionernas kostnader för hälso-, sjuk- och tandvård per invånare med i genomsnitt 0,7 procent per år mätt i fasta priser. För hela perioden ökade kostnaden med nästan 6 procent (Regeringen, 2019a).

Samtidigt som vi vet att kommuner och regioner står inför utmaningar bland annat när det gäller den finansiella situationen, kan vi konstatera att kommunerna och regionerna under senare år i hög grad har haft positiva resultat. Det kan också konstateras att både kommunerna och regionerna redovisade förhållandevis låga resultat 2018, vilket kan tala för att den positiva trenden är bruten och att de står inför ekonomiskt kärvare tider. Ytterligare tecken på att kärvare tider kan stå inför dörren, är att andelen kommuner och regioner som har positiva resultat minskade 2017–2018.

Tabell 1. Landstingens/regionernas respektive kommunernas sammanlagda resultat 2010–2018.

År	Resultat landstingen (löpande priser miljoner kronor)	Resultat kommunerna (löpande priser miljoner kronor)
2010	4 727	14 164
2011	- 2 502	9 341
2012	4 961	14 415
2013	- 1 742	23 861
2014	3 300	9 673
2015	657	14 628
2016	3 425	21 409
2017	2 682	23 484
2018	547	13 798

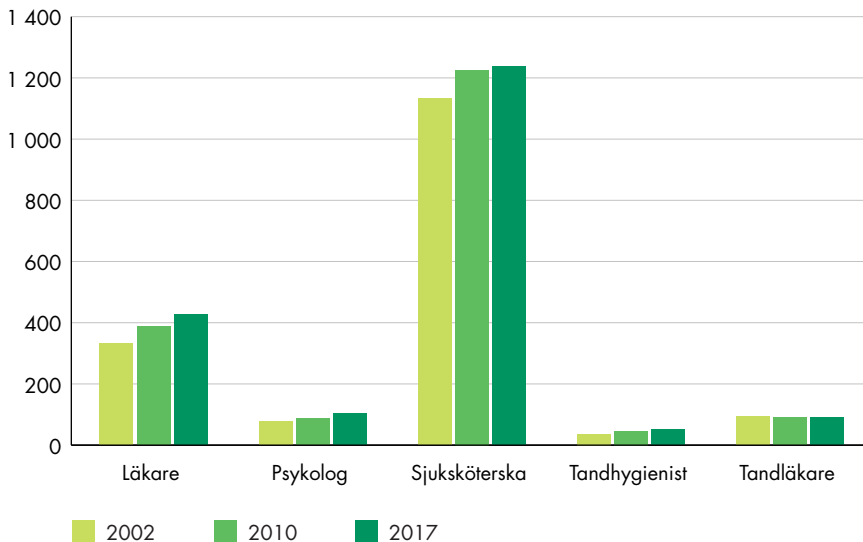
Källa: SCB

För att välfärden i olika delar ska ha samma möjligheter att erbjuda medborgarna likvärdig service och likvärdiga tjänster, trots olika förutsättningar både när det gäller kostnader och skatteintäkter, finns det kommunala kostnadsutjämningsystemet. Riksdagen fattade i slutet av 2019 beslut om förändringar i kostnadsutjämningsystemet baserat på förslag som Kostnadsutjämningsutredningen lämnade i sitt slutbetänkande *Lite mer lika – översyn av kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting* (SOU 2018:74). Förändringarna av kostnadsutjämnningen syftar till att i högre grad fånga strukturella behovs- och kostnadsskillnader och i högre grad beakta socioekonomiska faktorer och merkostnader till följd av gles bebyggelse. (Riksdagen, 2019a). Kommuner och regioner får möjlighet till successiv omställning genom ett införandebidrag som begränsar intäktsminskningarna till följd av de föreslagna förändringarna (Riksdagen, 2019a).

3.2.5 Kompetensförsörjningen är utmanade både i dag och i framtiden

En central utmaning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten är kompetensförsörjningen (Socialstyrelsen 2018, SCB 2017, Arbetsförmedlingen 2018, Vårdanalys 2018, Vårdanalys 2019b). Utmaningen finns både inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården och tandvården samt för flera personalgrupper. Antalet anställda inom hälso- och sjukvården i regionerna har ökat med cirka 11 000 personer de senaste fem åren, medan det under 2009–2013 i princip var oförändrat (Socialstyrelsen, 2019a). Antalet psykologer, läkare och tandhygienister i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare ökade under 2002–2017. För sjuksköterskor skedde en ökning i början av perioden, men i senare delen av perioden har antalet sjuksköterskor per 100 000 invånare varit relativt konstant. För tandläkare har antalet per 100 000 invånare under 2002–2017 varit relativt konstant.

Figur 6. Hälso- och sjukvårdspersonal, riket, offentlig och privat regi, alla sysselsatta, alla näringsgrenar, ålder: Båda könen per 100 000 invånare.



Källa: Socialstyrelsen, 2019a Socialstyrelsens statistikdatabas (hämtat den 20 november 2019) och SCB, 2019, statistikdatabasen. Egen bearbetning.

Om personaltätheten inom vård och omsorg ska vara på samma nivå 2026 som den är i dag behöver antalet personer öka med 48 000 personer inom omsorgen och 31 000 personer inom sjukvården (Regeringen, 2019a). Trots att vi ser att flera yrkesgruppers bemanning har ökat i förhållande till

invånarantalet, finns det i dag en brist på personal inom flera legitimationsyrken inom hälso-, sjuk- och tandvården.

Bristen förutspås bli större framöver. Till exempel uppgav alla landsting 2019 att de hade brist på specialistsjuksköterskor, 20 landsting att de hade brist på grundutbildade sjuksköterskor, 19 landsting att de hade brist på barnmorskor, 18 landsting att de hade brist på tandläkare, psykologer och läkare, samt 17 landsting att de hade brist på tandhygienister och biomedicinska analytiker (Socialstyrelsen, 2019a). Vårdanalys har tidigare särskilt lyft fram bemanningsproblem när det gäller läkare inom första linjens vård, i rapporten *Allmän tillgång* (Vårdanalys, 2018).

Även socialsekreterare och biståndsbedömare är bristyrken, även om bristen har minskat gradvis sedan hösten 2016 (Arbetsförmedlingen, 2019a). Arbetsförmedlingen bedömer också att det även på fem års sikt kommer att råda mycket liten konkurrens om jobben som socialsekreterare och biståndsbedömare. Andra studier pekar mot att bristen har minskat under 2019. I vår undersökning om kommunernas kompetensförsörjning av socialsekreterare (Vårdanalys 2019b) frågade vi om det genomsnittliga antalet sökande som motsvarade kvalifikationskraven vid rekryteringar av handläggare under vintern 2018–2019. Bara ett fåtal, 2 procent, rapporterade att de inte hade några sökande alls. 27 procent hade 1–2 sökande som motsvarade kraven och 60 procent hade fler än 3 sökande. Vi kunde också konstatera att det saknas tillförlitlig information om vakanser (Vårdanalys, 2019b).

Även inom äldreomsorgen finns ett stort framtida rekryteringsbehov av undersköterskor och vårdbiträden (SCB, 2017a). De kommande fem åren kommer det att vara mycket liten konkurrens om jobben som undersköterska inom hemtjänst och äldreboenden (Arbetsförmedlingen, 2019a).

Svårigheterna att rekrytera och bemanna skiljer sig åt över landet. Generellt är det svårare att rekrytera till glesbygden. Socialstyrelsen visar till exempel att landstingen har större svårigheter att rekrytera legitimerad personal till tjänster i glesbygden (Socialstyrelsen, 2019a). Vårdanalys har tidigare visat motsvarande problem för läkare inom första linjens vård (Vårdanalys, 2018a) och har också sett likartade mönster för socialsekreterare (Vårdanalys, 2019b).

En viktig del i kompetensförsörjningen är att de som utbildat sig inom ett yrke också stannar kvar och arbetar inom yrket. Här är arbetsmiljön en central faktor. Under senare tid har det många gånger uppmärksammats att arbetsmiljön för de sektorer som Vårdanalys arbetar inom är påfrestande



och har brister. Det gäller både socialsekreterare, sjuksköterskor och läkare inom framför allt primärvården. En annan central fråga för den framtida kompetensförsörjningen är hur vi tar till vara de personer som invandrar till Sverige. Vissa av dem har med sig högkvalificerade utbildningar inom vård- och omsorgsområdet, till exempel läkare, tandläkare och sjuksköterskor. Andra har goda förutsättningar för att arbeta i andra delar av vården och omsorgen, exempelvis äldreomsorgen.

Ytterligare en viktig fråga för kompetensförsörjningen är om personalen är på rätt plats i systemet. Sverige har till exempel jämfört med flera andra länder en jämförelsevis liten andel läkare som arbetar inom primärvården (Vårdanalys, 2018a).

3.2.6 Snabb teknisk utveckling och digitalisering

Sverige är ett av de länder som ligger långt framme när det gäller teknisk utveckling och digitalisering, med väl utbyggd internetinfrastruktur och med en stor andel datoranvändare. Mycket talar för att den ökade digitaliseringen och teknikutvecklingen kommer att leda till genomgripande förändringar och nya sätt att bedriva vård och omsorg på. Redan i dag ser vi hur digitala verktyg och stöd används i allt högre grad och inom allt fler områden.

De digitala stöden kan vara både enklare och mer avancerade. Ett exempel på enklare stöd är att använda sms-påminnelser till patienten inför sitt bokade besök (Eso, 2018). Mer avancerade tillämpningar är exempelvis AI-teknik som har börjat användas inom beslutsstöd och triagering, liksom digitala stöd inom bildiagnostik, till exempel digital patologi (Vinnova, 2018). Ett annat exempel är robotassisterade operationer (Sjukhusläkaren, 2018). Olika digitala vårdtjänster utvecklas också. Särskilt tydlig har framväxten av digitala vårdbesök och digitala vårdgivare varit under de senaste åren. Detta påverkar vårdkonsumtionen samt därmed också andra delar av vården och finansieringen av densamma. Det pågår även arbete med prevention med digitalt stöd för personer med kroniska sjukdomar i form av digital monitorering och egenmätningar (SKL, 2017).

Inom socialtjänstens olika områden finns flera exempel på hur ny teknik och digitala stöd kan användas i verksamheterna. Ett exempel är att digitalisering av administration och verksamhet införs, exempelvis digital insamling av uppgifter vid ansökan om ekonomiskt bistånd (SKL, 2017). Hjälpmedel utvecklas också, både genom att nya hjälpmedel tas fram för att underlätta digital kommunikation och genom att nya former av hjälpmedel utvecklas, till exempel med robotteknik. Ett annat område är välfärdsteknik inom

hemtjänst och omsorg om personer med funktionsnedsättning, till exempel trygghetslarm och rörelsesensorer, passiva larm och digital nattillsyn via kamera (Socialstyrelsen, 2019b).

Förutsättningarna för att delta i den egna vården och för att själv följa och övervaka den egna hälsan har förändrats dramatiskt i och med utvecklingen med smarta telefoner med tillhörande appar. Den allt mer utbredda användningen av digitala hjälpmedel ger fler möjlighet att själva i högre grad än tidigare övervaka och få kunskap om sina sjukdomar liksom att följa upp den egna hälsan. Enligt undersökningen *Svenskarna och internet 2019* använder 53 procent sjukvårdens e-tjänster, till exempel för att boka tid, titta på remiss och få provsvar, och 10 procent använder vårdappar som ersätter besök (Internetstiftelsen, 2019).

Men samtidigt som den nya tekniken ger stora möjligheter, finns också risker. Till exempel kan den personliga integriteten påverkas, och överväganden behöver alltid göras i förhållande till det. I utvecklingen behöver man också ta hänsyn till att det fortfarande finns grupper i samhället som i mindre grad än andra är delaktiga i det digitala samhället, till exempel personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Olika undersökningar visar att det även är mindre vanligt bland äldre att vara delaktiga i det digitala samhället. 69 procent av dem som är 76 år och äldre använder internet, medan av dem som är 12 till 45 år använder 99 procent internet (Internetstiftelsen, 2019). Här finns utmaningar för vården och omsorgen i att se till att den digitala utvecklingen inte för med sig en ökad ojämlikhet och i slutändan en hälso- och sjukvård och socialtjänst av sämre kvalitet för vissa grupper.

Det finns också fortsatta utmaningar för att verkligen fullt ut nyttja de digitala stöden. Vårdanalys (Vårdanalys, 2019b) har konstaterat att patienter och vårdpersonal uttrycker att många av de behov av digitala stöd som funnits under lång tid fortfarande kvarstår, trots att målbilden och ambitionen med styrningen för e-hälsoutvecklingen länge varit en nationellt sammanhållen vårdinformationsmiljö.

3.3 FÖRÄNDRINGAR OCH UTMANINGAR I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Det finns också förändringar och utmaningar inom just hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och det pågår många utvecklingsarbeten inom kommuner och landsting. Ibland finns det tydliga kopplingar till det utvecklingsarbete som bedrivs nationellt, exempelvis när det gäller att stärka primärvården, samarbetet mellan kommun och landsting samt utvecklingsprojekt inom



ramen för regeringens satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. I det här avsnittet fokuserar vi på förändrade behov, den personcentrerade vården och samordningen, de omställningar som pågår samt kunskapsstyrningen.

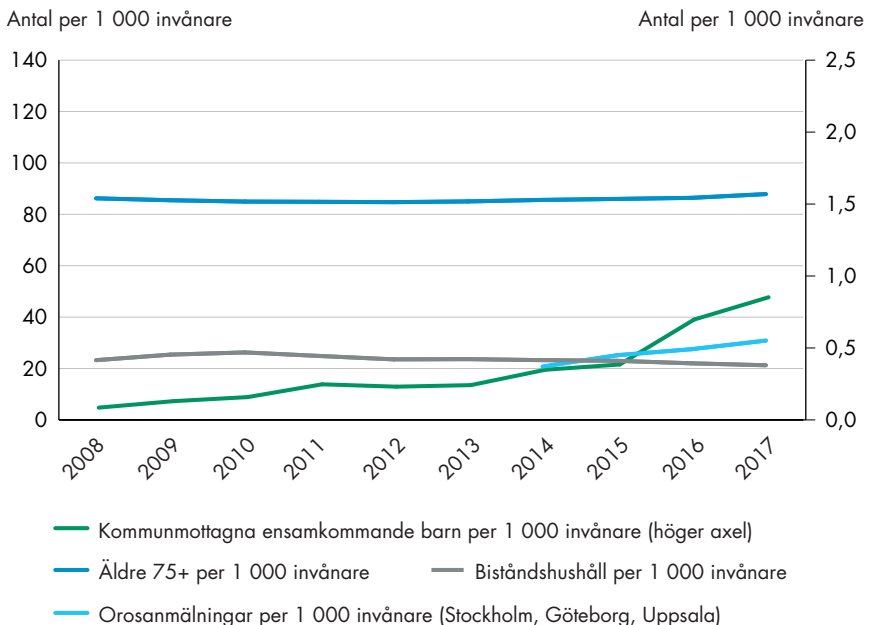
3.3.1 Förändrade behov?

Hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten påverkas av förändrade behov. Behoven kan genereras på olika sätt och i det här avsnittet lyfter vi några tänkbara förändringar som kan påverka de sektorer som vi arbetar inom.

Särskilt uppmärksamhet vill vi fästa vid behoven av insatser från socialtjänsten framöver. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att medborgarna får det stöd och den hjälp de behöver och påverkas därför tydligt av utvecklingen i resten av samhället. Det troliga är att behoven av insatser från socialtjänstens olika delar kommer att öka framöver. Redan nu har socialtjänsten fått utökade uppdrag, till exempel att arbeta mot spelberoende och våldsbejakande extremism. Dessutom har antalet äldre, liksom antalet barn, ökat och kommer att öka ytterligare framöver. Vi kan också se att antalet orosanmälningar har ökat. Däremot har antalet biståndshushåll per 1 000 invånare minskat något.

Figur 7. Förändrade behov inom socialtjänsten?

Utvecklingen av antal biståndsmottagande hushåll, äldre 75+, ensamkommande barn samt orosanmälningar per 1 000 invånare



Källa: Vårdanalys, 2019a bearbetning.

Socialtjänsten behöver snabbt kunna anpassa sig till förändringar i samhället. Ett exempel på en sådan förändring är hur socialtjänsten fick anpassas efter de förändrade behov som följde av det stora antalet ensamkommande barn som sökte asyl under hösten 2015 (Socialstyrelsen 2016). Men socialtjänsten kan också snabbt behöva förändras efter politiska beslut eller ändrad rättspraxis på nationell nivå, till exempel när lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) infördes och senare förändringar i hur LSS tillämpas (Socialdepartementet 2019). Sammantaget kommer de förändrade behoven att ställa krav både på att bemanningen är tillräcklig och har rätt kompetens.

Kommunernas och regionernas verksamheter påverkas också av förändringar i ansvaret mellan staten, kommunerna och regionerna. Under hösten 2019 har det varit stor debatt om förändringar av Arbetsförmedlingens verksamhet och närvaro runt om i landet. Sådana förändringar kan komma att påverka kommunernas socialtjänst, och vissa kommuner har aviserat att de kan behöva bygga ut arbetsmarknadsinsatserna för att i möjligaste mån kunna undvika att kostnaderna för försörjningsstöd ökar. Att inte ha arbete är nämligen den främsta anledningen till att personer behöver försörjningsstöd (Socialstyrelsen, 2019c).

En annan faktor som kan påverka behoven av både hälso- och sjukvård och socialtjänst är ökad sjukdomsförekomst. Här vill vi särskilt lyfta den psykiska ohälsan som påverkar alla de sektorer som vi arbetar inom. Världshälsoorganisationen uppskattar att 13 procent av världens sjukdomsburda utgörs av psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar, och arbetar för att motverka det som ett prioriterat område (WHO, 2019). Psykisk ohälsa ökar också hos barn och unga i Sverige (Socialstyrelsen, 2017a). 2016 hade omkring 10 procent av flickor, pojkar och unga män någon form av psykisk ohälsa, och motsvarande andel bland unga kvinnor var 15 procent enligt Socialstyrelsen (2017a). De diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och olika ångestsyndrom. Socialstyrelsen menar att den psykiska ohälsan sannolikt kommer att fortsätta att öka någon tid framöver baserat på att nya sjukdomsfall blir långvariga (Socialstyrelsen, 2017a).

Slutligen vill vi lyfta fram behoven av förebyggande arbete. Både kommuner och regioner har ett ansvar att arbeta förebyggande. Vi ser att det kommer att vara av ännu större vikt framöver på grund av de demografiska och ekonomiska utmaningarna, liksom utmaningarna i kompetensförsörjningen. Samtidigt finns det i dag både kunskap samt digitala och andra tekniska lösningar som gör det möjligt för befolkningen att själva arbeta förebyggande. Förebyggande arbete inom socialtjänsten är också något som särskilt lyfts fram i utredningen Framtidens socialtjänst (dir. 2017:39).



3.3.2 God medicinsk kvalitet men personcentrering och samordning behöver utvecklas

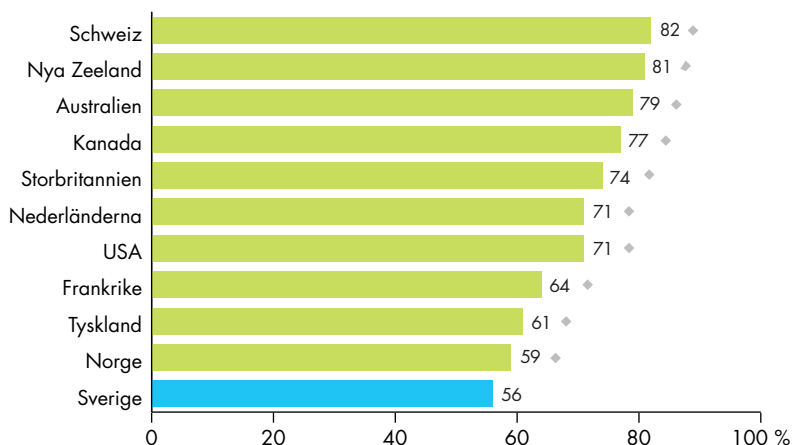
Sverige har i ett internationellt perspektiv goda resultat när det gäller den medicinska kvaliteten inom flera områden. Samtidigt finns det delar av vården som behöver utvecklas, inte minst den personcentrade vården där samordning är en viktig del. Ny teknik med digitalisering ger ökade möjligheter för fler att vara medskapare och ansvariga för egenvård.

Sverige har höga överlevnadstal för hjärtinfarkt och stroke samt för cancersjukdomar (OECD/EU, 2018). Den minskade dödligheten i cancersjukdomar kan bland annat förklaras av tidigare diagnosticering genom bland annat screening och förbättrad behandling (OECD/EU, 2018). Enligt Socialstyrelsen (2018a) hänger de goda medicinska resultaten för Sveriges del samman med det systematiska arbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården med att förhindra dödlighet genom effektiv behandling och behandling i rätt tid, genom till exempel standardiserade vårdförlopp och nationella riktlinjer för vård och behandling. Inom cancervården är nu 31 standardiserade vårdförlopp införda och det kommer att införas ytterligare, både inom cancervården och inom andra sjukdomsområden (Regeringen, 2019).

Trots de goda medicinska resultaten, finns det fortfarande stort utrymme för att utveckla det personcentrerade arbetet i Sverige. Flera studier pekar på att svensk hälso- och sjukvård har jämförelsevis svaga resultat inom en rad områden som kan sammanfattas inom ramen för ett personcentrerat arbetssätt, exempelvis delaktighet, kontinuitet, information och samordning (Vårdanalys 2014a, 2016a, 2017a). Mycket arbete görs och det finns ett stort intresse för att utveckla det personcentrerade arbetet inom hälso- och sjukvården.

En del av personcentreringen som fortsatt dras med problem är samordning. Behoven av att få samordningen att fungera bättre understryks av att allt fler i dag har många olika sjukdomar och behöver insatser från både omsorg och sjukvård under en längre tid. Samtidigt pågår en utveckling med specialisering inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård där olika aktörer ansvarar för både insatser och finansiering av det som patienten ska ta emot. Om inte de olika aktörerna tar ansvar och samordnar, faller ansvaret på patienten själv. Undersökningar bland patienter visar att de inte upplever att de får hjälp med att samordna vården i den utsträckning som de behöver (se till exempel Vårdanalys 2016a och Vårdanalys 2017a).

Figur 8. Andelen som svarat "alltid" eller "ofta" på frågan om hur ofta din ordinarie läkare eller någon på din läkares praktik hjälper till att koordinera eller planera den vård du får från andra läkare och ställen.



♦ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Exklusive de som uppgett att de inte är i behov av koordinering av sina vårdinsatser (2010 31 %, 2013 43 % och 2016 44 % av bas).

Bas: Respondenter som har fast läkare eller mottagning.

Källa: Vårdanalys, 2016 PM 2016:5 Vården ur befolkningens perspektiv.

3.3.3 Omställning pågår

Det pågår ett arbete med omställning inom hälso- och sjukvården och det påverkar också omsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Omställningen pågår på flera olika håll.

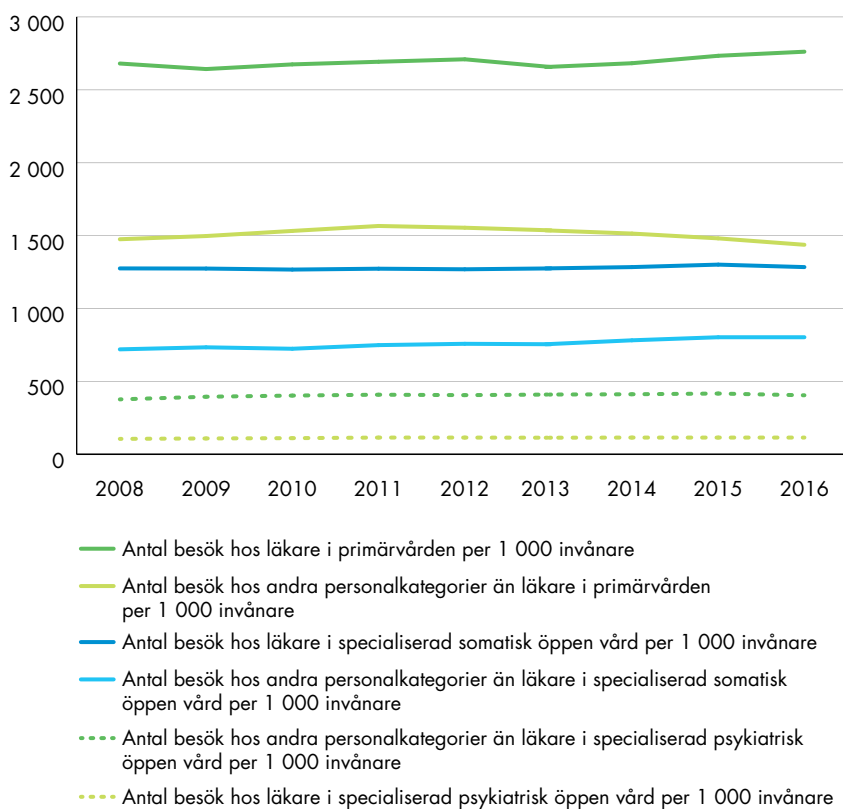
Bland annat pågår arbete med att ställa om från en sjukhusorienterad vård till en god och nära vård, vilket inte minst har beskrivits av utredningen God och nära vård (dir 2017:24). Utredningen har lämnat ett antal delbetänkanden och lämnar sitt huvudbetänkande i mars 2020. I omställningen ingår också den kommunala hälso- och sjukvården. Dessutom pågår en omställning där högspecialiserad vård koncentreras till färre vårdgivare. Digitaliseringens inverkan på hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten är en annan stor omställning.

Omställningarna kan följas på olika sätt. Ett är att studera vårdbesök och vårdtillfällen i olika delar av vården. Utifrån antalet besök per 1 000 invånare går det än så länge inte att se några större förändringar. Under de senaste 10 åren har antalet besök inom primärvården minskat något om man ser till



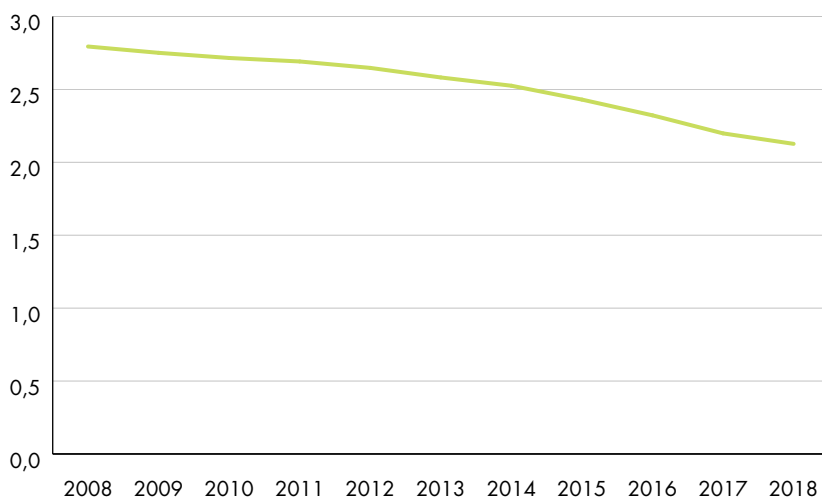
antalet besök hos läkare. Under motsvarande period har antalet besök hos andra personalkategorier än läkare i primärvården ökat något. Det finns inte någon tydlig trend för besök hos läkare respektive annan personal inom den specialiserade öppna vården. När det gäller den psykiatriska öppna vården gick antalet besök upp något i början av mätperioden men har därefter inte ändrats så mycket.

Figur 9. Antal besök inom primärvården, specialiserad öppen vård och specialiserad öppen psykiatrisk vård.



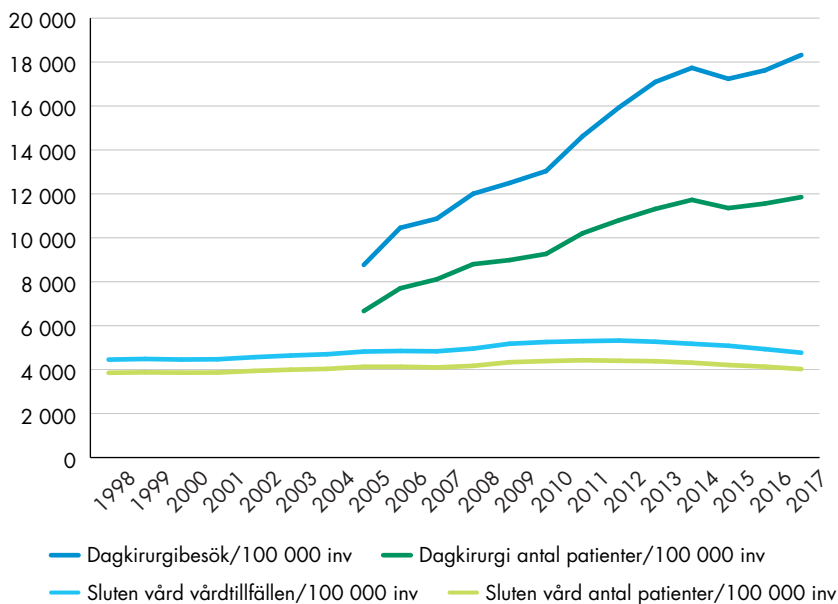
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, egen bearbetning.

Antalet disponibla vårdplatser inom den specialiserade somatiska vården har däremot minskat över tid. Det är dels en medveten utveckling där man har överfört vård från den slutna vården till den öppna vården, dels en konsekvens av att det under senare år har funnits en brist på sjuksköterskor.

Figur 10. Antal disponibla vårdplatser i specialiserad somatisk vård per 1 000 invånare.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, egen bearbetning.

En del i omställningen är också att delar av vården flyttas ut från den slutna vården till den öppna vården. Det sker till exempel i hög grad inom kirurgi, där antalet besök inom dagkirurgi har ökat kraftigt. Det totala antalet vårdtillfällen har minskat och i viss mån utgörs minskningen av att antalet vårdtillfällen inom den slutna vården har minskat.

Figur 11. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, slutenvård och dagkirurgibesök. Åldersstandardiserade värden.

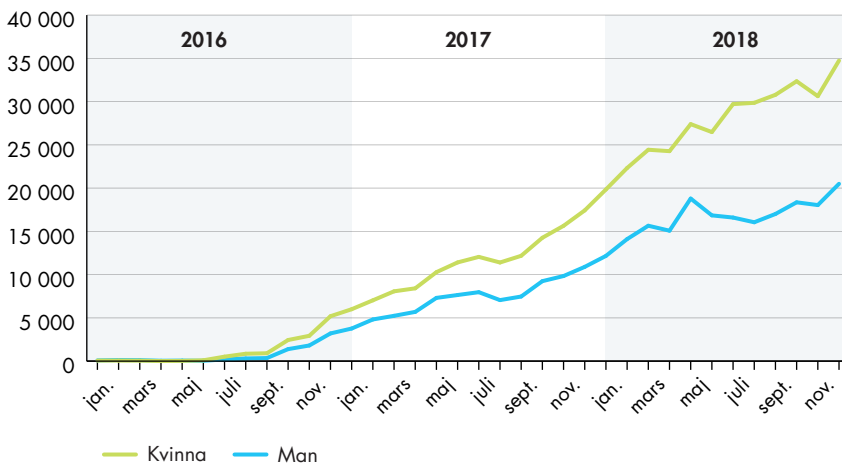
Källa: Vården i siffror (hämtat 20 november 2019).

Förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård skiljer sig åt mellan de olika regionerna. Vissa sjukdomar och sjukdomstillstånd kräver till exempel tillgång till specialiserad kunskap och behandling som inte rimligtvis kan erbjudas i alla regioner. Det finns därför ett stort värde för patienterna i att sådan vård kan koncentreras till ett mindre antal vårdgivare. Det är också rimligt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Flera statliga utredningar har gjorts inom det här området och arbetet med att koncentrera högspecialiserad vård pågår för fullt under ledning av Socialstyrelsen. Det sker också regional koncentration av vård, både inom de olika sjukvårdsregionerna och i de större regionerna, som Västra Götalandsregionen och Region Stockholm.

En annan del i omställningen är hur digitala stöd och lösningar kommer in i hälso- och sjukvården. Under senare tid har det varit mycket fokus på digitala vårdbesök och inte minst de vårdgivare som framför allt erbjuder detta. Antalet besök har ökat rejält under de senaste åren, och 2018 gjordes cirka 55 000 besök hos digitala vårdgivare (Vårdanalys, 2020). Samtidigt utgör de digitala besöken fortfarande en liten andel av de totala besöken. Det finns stora skillnader i olika åldersgrupper där barn i åldrarna 0–18 år har flest digitala vårdbesök per 1 000 invånare, medan personer som är äldre i betydligt mindre utsträckning gör digitala vårdbesök. Fokus för diskussionerna om digitala vårdbesök har framför allt varit ersättningen för besöken, och centralt är också diskussionen om ifall de digitala besöken avlastar övrig hälso- och sjukvård eller om de snarare är ytterligare ett vårdbesök. I utredningen *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42) som lämnades över till regeringen i oktober 2019, läggs förslag på att digitala vårdgivare och fysiska vårdgivare ska integreras.

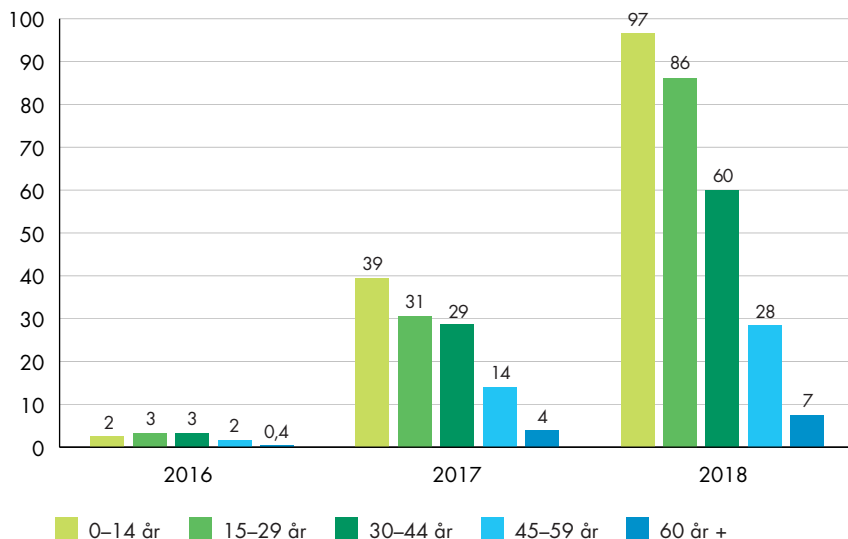
Figur 12. Digitala vårdbesök.

Antal digitala vårdbesök



Figur 13. Antal digitala vårdbesök per 1 000 invånare och åldersklass under 2016–2018.

Antal digitala vårdbesök per 1 000 invånare



Källa: Region Jönköpings län (u.å.), ej publicerade data. Befolkningsstatistik är hämtad från SCB för december 2018. Baserat på egen databearbetning.

3.3.4 Kunskapsstyrning som ett sätt att öka jämlikheten

Kunskapsstyrning är en fråga som är och har varit mycket aktuell inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Flera statliga utredningar, till exempel *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* (SOU 2017:48), och myndigheter har belyst frågan, liksom huvudmännen. Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa kunskap i mötet med patienter och brukare. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap (SOU 2017:48).

Att få ut ny kunskap och påverka praxis i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten är inte alltid lätt. Det kan till exempel vara svårt för personalen inom hälso- och sjukvården att hinna hålla sig uppdaterade om de senaste medicinska rönen, eftersom det pågår mycket forskning. Inom socialtjänstområdet finns också svårigheter att med att hinna söka kunskapen, samtidigt som det dessutom finns utmaningar i att det än så länge inte finns så mycket forskning om vad som fungerar för vem i vilka lägen.

Det finns både nationella, samregionala och regionala strukturer för kunskapsstyrningen. På nationell nivå samverkar nio myndigheter inom



både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsområdet inom ramen för Rådet för styrning med kunskap (Socialstyrelsen, 2019c). Dessutom pågår den statliga utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12).

Sveriges regioner har med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bildat ett system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Systemet består av 23 nationella programområden (NPO) som arbetar inom specifika medicinska områden eller tvärgående områden, till exempel akut vård, äldres hälsa och ett nationellt primärvårdsråd. Dessutom finns nationella samverkansgrupper som arbetar med övergripande frågor, som uppföljning och analys, läkemedel samt medicintekniska frågor. Det finns också regionala programområden som bland annat bidrar med underlag om behov till de nationella programområdena, som tar emot och anpassar den nationella kunskapsstyrningen (SKL, 2019a).

Vidare finns det två olika partnerskap till stöd för kunskapsstyrning: partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Där har ett antal myndigheter ingått partnerskap med kommuner och regioner (Socialstyrelsen, 2019d, SKL, 2019b). Partnerskapen är en modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i kunskapsstyrningsfrågor (SKL, 2019c).

Det finns också en nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (SKL, 2019b). Den nationella samverkansgruppen, som hålls samman av SKR, fungerar som ett långsiktigt och strategiskt forum på nationell nivå, där huvudmän och berörda myndigheter kan föra diskussioner i syfte att utveckla kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik i socialtjänsten. I förlängningen är visionen att nå en enhetlig och evidensbaserad praktik som leder till ökad kvalitet för människor som söker stöd via socialtjänsten (SKL, 2019b). SKR har rekommenderat kommunerna att gemensamt finansiera socialtjänstens kunskapsstyrning. Nittio procent av kommunerna har antagit rekommendationen. Den gemensamma finansieringen ska gälla kvalitetsregister som kommunerna använder, ett urval av brukarundersökningar och utveckling av systematisk uppföljning samt nationell dialog och samordning (SKL, 2019b).

3.4 PÅGÅENDE NATIONELLA INITIATIV FRÅN STATEN

Det genomförs en rad särskilda initiativ från statligt håll, där regionerna får öronmärkta medel för insatser inom vissa utpekade områden. Vissa satsningar har betalats ut genom överenskommelser mellan staten och SKL. Här ger vi exempel på några sådana initiativ baserat på information från regeringens webbplats (Regeringen, 2019 och 2020):

- Satsning på medarbetarna i vården på 3,3 miljarder 2019.
- Satsning på den nära vården med 2,4 miljarder kronor.
- Utveckling inom området psykisk hälsa med en satsning på cirka 1,7 miljarder kronor.
- Ny, uppdaterade kömiljard på 1,6 miljarder kronor under 2019 och 2,9 miljarder 2020.
- Satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa motsvarande totalt 1,59 miljarder kronor under 2019 och 970 miljoner kronor under 2020.
- Satsning på cancervården med cirka en halv miljard under 2020.
- Vision e-hälsa och det fortsatta arbetet, inklusive satsning på utveckling av 1177 Vårdguiden.
- Överenskommelser om att införa fler standardiserade vårdförlopp där patientkontrakt är en central del.

Det finns också satsningar som inte görs genom formella överenskommelser med SKR, till exempel (Regeringen, 2019 och 2020):

- Från och med 2017 har regeringen gett kommuner och landsting ett resurstillskott, de så kallade välfärdsbiljarderna. Välfärdsbiljarderna är ett generellt statsbidrag som betalats ut till kommuner och landsting.
- Regeringen satsar 950 miljoner kronor på insatser för äldre i budgeten för 2020.
- I juli 2019 aviserade regeringen att de tillsätter en välfärdskommission, för att hitta lösningar på de utmaningar som välfärdssektorn står inför. I kommissionen ska bland annat staten, kommunerna, regionerna och fackföreningarna arbeta för att hitta metoder som kan stärka välfärden.

3.5 FLERA NYA LAGAR, FÖRSLAG OCH UTREDNINGAR SOM PÅVERKAR PATIENTER OCH BRUKARE

Det pågår en rad olika nationella initiativ för att förändra och anpassa vården och omsorgen till bland annat de demografiska utmaningarna, den tekniska utvecklingen och det förändrade sjukdomspanoramat. Flera nya författningar och författningsändringar har trätt i kraft och under senare år har regeringen initierat ett antal statliga utredningar för att utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens strukturer och arbetssätt. Vissa av utredningarna har lämnat förslag på förändringar som antingen bereds eller redan har resulterat i förslag till förändringar, nya myndighetsuppdrag eller överenskommelser, och ibland också till ny lagstiftning. Andra utredningar pågår fortfarande, och kommer att presentera förslag de kommande åren.



3.5.1 Vissa förändringar påverkar hela vården och omsorgen

Det finns flera författningsändringar och pågående författningsarbeten som påverkar både vården och omsorgen. Bland annat pågår flera förändringar av vårdens och omsorgens organisation, finansiering och styrning. Men det finns också vissa ändringar och förslag som påverkar mer specifika frågor som barnrättsfrågor och funktionshindersfrågor. Här listar vi några av de centrala förändringar som pågår och som påverkar hela vården och omsorgen:

- I januari 2020 ändrades det kommunala utjämningsystemet, för att i högre grad än tidigare beakta strukturella behovs- och kostnadsskillnader mellan kommuner och regioner (se lagen (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning).
- I januari 2020 bytte landsting beteckning i lagstiftningen till regioner (enligt förslag i prop. 2018/19:162). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bytte som en följd av detta namn till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) under november 2019.
- Sedan januari 2020 gäller FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som lag i Sverige (lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter). Ett av syftena med att göra konventionen till svensk lag är att bidra till att synliggöra barnets rättigheter och skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i offentlig verksamhet. Dessutom pågår en kartläggning av hur svensk lagstiftning och praxis stämmer överens med barnkonventionen (dir. 2018:20).
- Förslag har lämnats och ska lämnas om hedersrelaterad brottslighet och våld i nära relationer (SOU 2018:69) *Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet, Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld* (SOU 2018:37) och Utredningen om straffansvar för hedersrelaterat våld och förtryck (dir. 2019:43)).

Ett antal statliga utredningar har också under 2019 lämnat förslag som kan komma att tas vidare:

- Tillitsdelegationen lämnade under 2019 sitt slutbetänkande *Med tillit följer bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten* (SOU 2019:43) och föreslår där färre detaljer och mer tillit i styrningen av välfärdstjänster. Tillitsdelegationen har tidigare lämnat flera delbetänkanden, bland annat om tillit i tillsynen, *En lärande tillsyn – Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg* (SOU 2018:48).

- I april 2019 lämnade Styretredningen för funktionshinderspolitiken sitt slutbetänkande om styr- och uppföljningssystem på funktionshindersområdet (Styrkraft i funktionshinderspolitiken (SOU 2019:23)).
- I december 2019 lämnade utredningen om idéburen välfärd förslag om idéburna aktörer i offentligt finansierade välfärdstjänster (Idéburen välfärd (SOU 2019:56)).
- Det görs en översyn av personuppgifts- och sekretessregleringen för bättre informationsöverföring inom och mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården (dir. 2019:37). Uppdraget ska slutredovisas den 31 maj 2021.
- Kapaciteten i kommunerna för att möta samhällsutvecklingen utreds (dir. 2017:13). Utredningstiden har förlängts och ska redovisas den 28 februari 2020.
- Offentlig och privat samverkan, styrning och kontroll i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården utreds (dir. 2018:9). Uppdraget ska redovisas senast den 14 februari 2020.

3.5.2 Förändringar som främst påverkar socialtjänsten

När det gäller socialtjänsten är flera författningsändringar och författningsarbeten som berör brukarna och verksamheterna aktuella. Här listar vi några av de centrala förändringarna inom området:

- Vissa ändringar har skett när det gäller hemtjänst och trygghetsboende. 2019 förtydligades kommunernas möjligheter att inrätta biståndsbedömt trygghetsboende och samma år infördes tillståndsplikt för hemtjänstverksamhet i socialtjänstlagen (2001:453).
- Möjligheten för handläggare som saknar exempelvis socionomexamen att utföra vissa uppgifter vid socialtjänstens barn- och ungdomsvård har förlängts fram till den 30 juni 2022 (socialtjänstlagen (2001:453)).
- Det har gjorts vissa förändringar av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Sedan januari 2019 gäller högre krav och utökad tillståndsplikt för verksamheter som bedrivs enligt LSS. Ett annat exempel på en genomförd ändring är att andning numera är ett sådant grundläggande behov enligt LSS som kan ge rätt till personlig assistans (9 a § LSS).
- I januari 2019 lämnades förslag om bland annat en ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning (*Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen* (SOU 2018:88)). Betänkandet har ännu inte gått ut på remiss och enligt den så kallade januariöverenskommelsen ska en ny assistansutredning tillsättas (punkt 64.).

Det pågår också flera statliga utredningar inom området, och vi listar några av dem här:

- Utredningen Framtidens socialtjänst ska bland annat se över socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter (dir. 2017:39). Utredningen har lämnat ett delbetänkande som fokuserar på socialtjänstens förebyggande arbete (SOU 2018:32). Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande 1 juni 2020.
- Utredningen om åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik inom äldreomsorgen pågår (dir. 2018:82) och ska lämna sitt betänkande senast den 1 mars 2020.
- En särskild utredare har i uppdrag att se över och lämna förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten (dir. 2019:52). Betänkandet ska lämnas 1 oktober 2020.
- En nationell samordnare fick under 2019 i uppdrag att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (dir. 2019:77). Arbetet ska avslutas 15 juni 2021.

3.5.3 Förändringar som främst påverkar hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården pågår arbete bland annat om primärvården, kunskapsstyrning, jämlik vård samt utbildnings- och legitimationsfrågor. Här listar vi några av de centrala förändringarna på området:

- I januari 2019 ändrades vårdgarantin inom primärvården, bland annat när den enskilde ska få en medicinsk bedömning (9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)). Vid samma tidpunkt infördes också ett krav på att regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen (7 kap. 2 a § HSL).
- I juli 2019 infördes legitimation för yrket hälso- och sjukvårdskurator (4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)).
- I juli 2019 trädde författningsändringar i kraft som bland annat innebär att bestämmelser om en ny läkarutbildning ska tillämpas på utbildning som startar efter juni 2021 (bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100)). Kopplat till detta är att allmäntjänstgöring tas bort som krav för att kunna få legitimation som läkare i juli 2020. I stället ska möjlighet ges till bastjänstgöring om cirka ett år (ändringar av 4 kap. 1 § PSL och 10 kap. 5 § HSL, enligt förslag i prop. 2017/18:274).

- Under 2019 infördes avgiftsfrihet för screening för livmoderhalscancer med cellprov (förordningen (2019:313) om avgiftsfrihet för screening för livmoderhalscancer med cellprovtagning).
- Flera författningsändringar träder i kraft på läkemedelsområdet under 2020. Från och med juni 2020 kommer uppgifter om förskrivna och expedierade läkemedel och vissa andra varor att samlas i ett register, den nationella läkemedelslistan, hos E-hälsomyndigheten (se lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista). Dessutom träder förändringar i kraft som gäller möjligheter till utbyte av läkemedel och säkerhetsdetaljer på läkemedel (t.ex. ändringar i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., smittskyddslagen (2004:168), apoteksdatalagen (2009:367), läkemedelslagen (2015:315) och lagen (2009:366) om handel med läkemedel).

Det pågår flera statliga utredningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Några har under 2019 lämnat in sina förslag till förändringar:

- I januari 2019 lämnades förslag på att Sverige bör tillträda Europarådets konvention mot olaglig handel med mänskliga organ (*Santiagokonventionen mot organhandel* (SOU 2019:1)).
- I juni 2019 lämnades förslag om organbevarande behandling för donation (*Organbevarande behandling för donation* (SOU 2019:26)).
- I juni 2019 lämnades förslag på nya bestämmelser om utövande av komplementär och alternativ vård och förslag på att samla dem i en ny lag (*Komplementär och alternativ medicin och vård* (SOU 2019:28)).
- Det har lämnats olika förslag om olika professioner inom hälso- och sjukvården och omsorgen, till exempel specialistsjuksköterskor (*Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter* (SOU 2018:77)) och undersköterskor (*Stärkt kompetens i vård och omsorg* (SOU 2019:20)).
- I oktober 2019 lämnades förslag som syftar till att på ett effektivt sätt nå målen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), med fokus på jämlik vård, där s.k. digifysisk vård anges som en central del (*Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42)). En central del i utredningens förslag är att patient- och invånarperspektivet behöver stärkas, med en mer personcentrerad vård som i ökad utsträckning utgår från individens olika behov. Utredningens huvudförslag syftar till att främja kontinuitet som utgångspunkt för valfrihet och organisering av primärvården, samt till att öka integrationen mellan fysisk och digital vård.



- Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) pågår sedan 2017 och har lämnat flera delbetänkanden. Huvudbetänkandet kommer att lämnas i mars 2020. Utredningen har fått ett tilläggsdirektiv om förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa (dir. 2019:49). Rapport väntas i januari 2021.
- Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (dir. 2018:95 och dir. 2019:78) utreder kunskapsstyrningen i vården och ska bland annat analysera och lämna förslag på en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen. Utredningen ska också analysera hur en sådan funktion kan samverka med hälso- och sjukvårdens huvudmän och lämna förslag på hur en sådan funktion kan regleras. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande 30 juni 2020.
- Det pågår en utredning om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77). Utredningen fick också ett tilläggsuppdrag (dir. 2019:83) om att överväga och analysera nödvändiga åtgärder för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmaterial samt läkemedel, även när inte någon allvarlig händelse påverkar försörjningen. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande den 30 september 2021.
- Olika frågor om sjukskrivning har utretts och utreds, till exempel *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring* (SOU 2018:80), Ny lag om koordineringsinsatser (Ds 2018:5) och Nationell samordnare för välfungerande sjukskrivningsprocess (dir. 2018:27).

3.5.4 Förändringar som påverkar tandvården

På tandvårdens område har Försäkringskassan fått utökade möjligheter att ingripa mot tandläkare som missköter sig (18 b och 19 §§ förordningen (2008:193) om statligt tandvårdstöd).

Vidare utreder Utredningen om jämlik tandhälsa hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Utredningens förslag ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen (dir. 2018:16). Regeringen utvidgade uppdraget till att även utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser (dir. 2020:1). Utredningens arbete ska redovisas senast den 1 mars 2021.



Vår egeninitierade verksamhet – analysområden och aktuell respons

Socialtjänstens, tandvårdens och hälso- och sjukvårdens förmåga att arbeta med utvecklingsfrågor är avgörande för att långsiktigt kunna leverera en god och jämlik hälso- och sjukvård och socialtjänst utifrån patienters och brukares behov. Förändring och utveckling är särskilt viktigt när verksamheterna nu står inför stora utmaningar, exempelvis den demografiska utvecklingen med allt fler äldre, en snabb kunskaps- och teknikutveckling, och fler som lever längre med olika och flera samtidiga sjukdomar.

Vår uppgift från regeringen är att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Vår huvudsakliga inriktning för det egeninitierade arbetet är att analysera hur hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten kan stärka sin förmåga att leverera en kvalitativt god och jämlik vård och omsorg genom systematiskt kvalitetsarbete och effektiviseringar av olika slag. Den nationella uppföljningen inom både hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst är central för den framtida utvecklingen. Viktiga delar i det systematiska kvalitetsarbetet och arbetet med effektiviseringar är också behoven av att öka personcentrering, förebygga ohälsa och utsatthet samt förbättra samordning och kontinuitet. Dessutom behöver både staten samt kommuner, regioner och privata aktörer förhålla sig till kraven på högre förändringstakt och behoven av att effektivisera personella resurser och säkra kompetensförsörjningen. För socialtjänstens del är det särskilt angeläget att också skapa förutsättningar för att följa upp resultaten



av insatserna både för den enskilde brukaren och för verksamheterna, och att lära av dessa resultat. Det är en grundförutsättning för att kunna förbättra och säkerställa kvaliteten.

4.1 VI KOMMER ATT ARBETA MED TRE ANALYSOMRÅDEN UNDER 2020

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kommer under 2020 att fortsätta arbetet inom de tre övergripande analysområden som vi arbetat med sedan 2018. Områdena speglar centrala långsiktiga mål inom hälso- och sjukvården, tandvården respektive socialtjänsten, och är områden där vi ser att det finns ett fortsatt behov av nationell uppföljning, kunskapsutveckling och analys. Dessutom kommer vi att arbeta med några projekt inom ramen för aktuell respons. Vi vill bidra med det nationella perspektivet, men också bidra till utvecklingen av arbetet inom kommuner och regioner. Under 2020 kommer vi att arbeta med en fråga för samtliga delar inom vår egeninitierade verksamhet (våra tre analysområden och aktuell respons) och med några olika fokusfrågor för de olika sektorer vi arbetar med. De projekt som vi kommer att driva inom respektive analysområde preciserar vi i myndighetens verksamhetsplan.

① En personcentrad vård och omsorg som utgår från patienternas och brukarnas behov, förutsättningar och resurser

Gemensamt hälso- och sjukvård och socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Tandvård
<p>Hur kan den nationella uppföljningen utvecklas?</p> <p>Hur kan samordning som utgår från personer som är i behov av insatser och stöd från hälso- och sjukvård och socialtjänst utvecklas?</p>	<p>Hur kan styrningen utvecklas så att den blir mer personcentrerad?</p>	<p>Hur kan personcentreringen inom socialtjänsten utvecklas?</p>	

② En jämlik vård och omsorg utan omotiverade skillnader

<p>Hur kan den nationella uppföljningen utvecklas?</p>	<p>Prioriteringar som instrument för jämlikhet – hur används det och hur kan det utvecklas?</p> <p>Digitalisering av hälso- och sjukvården – en väg till mer jämlik vård eller ett hinder?</p>	<p>Finns det omotiverade skillnader inom socialtjänsten?</p>	<p>Tandvårdens styrning – styr den mot en jämlik tandvård eller inte?</p>
--	--	--	---

③ Effektiva vård- och omsorgssystem för en god vård och omsorg

<p>Hur kan den nationella uppföljningen utvecklas?</p> <p>Framtidens kompetensförsörjning och ekonomiska förutsättningar – hur rustar vi för hållbara system? Vilken roll kan digitaliseringen spela?</p>	<p>Hur påverkar förändringar inom strukturen möjligheten till effektiva system?</p>	<p>Den kunskapsbaserade socialtjänsten – hur kan uppföljning och kunskap om resultat i socialtjänsten med fokus på brukarna utvecklas?</p>	<p>Används tandvårdens resurser på ett hållbart sätt?</p>
---	---	--	---



4.1.1 Analysområde 1: En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienternas och brukarnas behov, förutsättningar och resurser

Det finns fortsatt fokus i hälso- och sjukvården och socialtjänsten på att åstadkomma en mer personcentrerad vård och omsorg. Det finns också en medvetenhet om att det finns förbättringspotential. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har belyst förbättringspotentialen i flera tidigare rapporter, till exempel *Från mottagare till medskapare* (Vårdanalys, 2018b) och *Från medel till mål* (Vårdanalys, 2017e). Utifrån de behov som finns och det uppdrag som myndigheten har, tycker vi att det är fortsatt angeläget att stödja utvecklingen mot en mer personcentrad vård och omsorg, bland annat genom nationell uppföljning.

1 En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienternas och brukarnas behov, förutsättningar och resurser			
Gemensamt hälso- och sjukvård och socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Tandvård
<p>Hur kan den nationella uppföljningen utvecklas?</p> <p>Hur kan samordning som utgår från personer som är i behov av insatser och stöd från hälso- och sjukvård och socialtjänst utvecklas?</p>	Hur kan styrningen utvecklas så att den blir mer personcentrerad?	Hur kan personcentreringen inom socialtjänsten utvecklas?	

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser personcentrering som ett medel för att uppnå de mål som finns inom hälso- och sjukvården liksom inom socialtjänsten, men det är också ett mål i sig att vården och omsorgen är personcentrad. Personcentrering innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i hela vårdkedjan. Personcentrering kommer i praktiken att betyda olika saker, i olika situationer, för olika individer. Personcentrering består av olika delar: delaktighet, information, samordning och tillgänglighet.

Men vad är då skillnaden jämfört med i dag? Vi menar att en stor skillnad är att brukarna och patienterna ska ses som medskapare i stället för mottagare,

och betonar också helhetssynen i stället för fragmentisering och fokus på olika delar. Det handlar också om att vården och omsorgen i större utsträckning ska vara individanpassad och inte bara erbjuda färdiga lösningar som ska passa alla.

För att åstadkomma en mer personcentrerad hälso- och sjukvård och socialtjänst ser vi att det behövs ett strukturerat utvecklingsarbete på alla nivåer för att nå en mer personcentrerad vård. Under 2020 kommer vi att fokusera några delar av personcentreringen för att stödja utvecklingen, nämligen samordning respektive styrning och ledning genom bland annat nationell uppföljning.

Att stärka samordningen är centralt

Det finns fortfarande stora utmaningar med samordning både mellan vården och omsorgen och inom vården respektive omsorgen. Trots att vården och omsorgen har ett lagstadgat ansvar för samordningen som inte kan överföras till patienten, brukaren eller någon närstående, kan vi konstatera att samordning av insatser för patienter och brukare fortsatt är en av de stora utmaningarna mellan och inom den svenska hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Vårdanalys har möjligheter att se samordningen i ett brett perspektiv där vi inkluderar både socialtjänst och kommunal respektive regionkommunal hälso- och sjukvård ur ett brukar- och patientperspektiv. Vi har redan gjort en del behovsanalyser men mer kan göras. Dessa behovsanalyser är centrala för att kunna analysera hur organiseringen och kunskapsstyrningen ska kunna förbättras, liksom för att arbetssätten ska kunna förbättras.

En central del i våra analyser av samordningen är att utgå från personerna, för att framåt kunna finna exempel på hur samordningen kan fungera bättre. Om vården och omsorgen inte är samordnad, riskerar det att leda till både försämrade resultat och försämrade upplevelser för patienter och brukare. Dessutom finns en stor risk för att kostnaderna ökar på grund av till exempel onödiga upprepningar av undersökningar och tid för att söka efter saknad information.

Vi kommer bland annat under 2020 för socialtjänstens del närmare studera hur brukarna påverkas av en mer specialiserad socialtjänst. När behoven blir allt mer komplexa, ställs ökade krav på en kunskapsbaserad socialtjänst med ökad specialisering som följd. Men också andra aktörer, och samordningen dem emellan, kommer att belysas för unga vuxna med komplexa behov.



Styrning och ledning är vårt andra fokusområde

Det finns i dag begränsat med kunskap om strategier på organisations- och systemnivå som skapar förutsättningar för ett personcentrerat arbete inom hälso- och sjukvården och vilka effekter det ger. Vi ser att för att personcentrering ska få ett genomslag behöver också styrningen ta hänsyn till det. Styrningen och ledningen bör i större utsträckning ha ett användarfokus och baseras på kunskap om patienters behov, erfarenheter och preferenser.

Det finns en stor potential i ökad patientmedverkan i utvecklingsarbete. Likaså är medarbetarnas delaktighet och engagemang en central resurs. Ytterligare en del i styrningen som behöver utvecklas är den nationella uppföljningen av utvecklingen av den personcentrerade vården och omsorgen.

4.1.2 Analysområde 2: En jämlik vård och omsorg utan omotiverade skillnader

Oavsett vem man är och var man bor ska varje enskild person, patient, brukare och närstående känna sig trygg i att ha tillgång till god vård och omsorg. Därför är en jämlik vård och omsorg angelägen ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. En vård på lika villkor är också en av portalparagraferna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), och av socialtjänstlagen (2001:453) framgår att socialtjänsten ska främja människornas jämlikhet i livsvillkor. Av tandvårdslagen (1985:125) § 2 framgår att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

② En jämlik vård och omsorg utan omotiverade skillnader			
Gemensamt hälso- och sjukvård och socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Tandvård
Hur kan den nationella uppföljningen utvecklas?	Prioriteringar som instrument för jämlikhet – hur används det och hur kan det utvecklas? Digitalisering av hälso- och sjukvården – en väg till mer jämlik vård eller ett hinder?	Finns det omotiverade skillnader inom socialtjänsten?	Tandvårdens styrning – styr den mot en jämlik tandvård eller inte?

Utvärderingar av hälso- och sjukvården visar att vården inte når fram till målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen eller likvärdiga resultat för hela befolkningen. Det finns både geografiska skillnader och skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Till exempel finns det stora variationer mellan landstingen och regionerna när det gäller väntetider och hur väl de håller vårdgarantins tidsgränser, och också variationer i tillgången till läkemedelsbehandling (Vårdanalys 2014, 2015a, 2017b, 2017c, 2017d, 2018c, 2019a och 2019d). Det är också väl känt att hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen. Exempelvis är medellivslängden längre bland dem med längre utbildning än dem med kort utbildning och det finns återkommande, omotiverade skillnader i vårdens tillgänglighet, insatser och resultat (SOU 2016:55).

Men vården och omsorgen är bara ojämlig när skillnader inte kan förklaras av till exempel medicinskt motiverade överväganden, brukarens skilda behov av insatser, patientens eller brukarens preferenser eller andra legitima skäl. Vårdanalys utgångspunkt inom vårt analysområde som handlar om jämlik vård och omsorg är därför att belysa omotiverade skillnader mellan grupper i befolkningen, patientgrupper och brukargrupper inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst.

Olika behov av jämlikhetsanalyser inom våra sakområden

De fokusfrågor som är vägledande för vårt arbete under 2020 skiljer sig åt för de olika områden som vi verkar inom. Det beror på att vi ser att det finns olika behov av att öka kunskapen inom områdena. Gemensamt är dock att den nationella uppföljningen behöver utvecklas. Jämlikhet är särskilt viktigt att följa upp på nationell nivå, och en sådan analys behöver belysa omotiverade skillnader för att kunna fungera som ett relevant beslutsunderlag. På tandvårdsområdet kommer fokusfrågan att kretsa kring hur styrningen av tandvården påverkar jämlikheten. Inom hälso- och sjukvård kommer i stället prioriteringar och prioriteringsarbete att vara en fokusfråga, liksom om digitalisering ökar eller minskar jämlikheten.

Tandvården är organiserad och finansierad på annat sätt än övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vi vet att det i dag finns stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper. Vi ser också att det finns utmaningar i kompetensförsörjningen inom tandvården, både för tandläkare och tandhygienister. Behovet av ett bredare kunskapsunderlag ur ett patient- och brukarperspektiv i tandvården är stort och vi kommer därför under 2020 att arbeta med att ta fram ett sådant underlag.



Det saknas i stor utsträckning kunskap kring om det finns omotiverade skillnader inom socialtjänsten (Vårdanalys 2016b). En förklaring till att området är bristfälligt belyst, är att förutsättningarna för att belysa eventuella omotiverade skillnader med hjälp av olika datakällor överlag är begränsade (Vårdanalys 2016b). Samtidigt ökar förutsättningarna i takt med att olika mer standardiserade system för dokumentation införs, till exempel BBIC och IBIC. Under 2018 visade vi (Vårdanalys 2018e) att det är möjligt att göra analyser av omotiverade skillnader inom socialtjänsten. Under 2020 kommer vi att fortsätta vårt arbete med att belysa om det finns omotiverade skillnader eller inte inom socialtjänstområdet.

Digitala verktyg och olika medicintekniska produkter får allt större betydelse i vården och omsorgen. Samtidigt vet vi att användningen och vanan vid att använda den typen av stöd skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper. Det kan leda till en ojämlik hälso- och sjukvård och socialtjänst som inte är grundad i skillnader som är motiverade, utan har att göra med möjligheter, kunskap och förmåga att använda den typen av stöd. Vi har genom vårt arbete under 2019, bland annat med regeringsuppdraget om digitala stöd i cancervården (Vårdanalys, 2019c) konstaterat att dagens digitala stöd varken tillgodoser de behov som patienterna har eller de behov som professionen har. Vi ser även att digitala vårdbesök som erbjuds via videosamtal framför allt används i vissa grupper (Vårdanalys 2020a). Vi kommer under 2020 att fortsätta att belysa hur digitaliseringen påverkar hälso- och sjukvården ur ett jämlikhetsperspektiv, exempelvis konsumtionen av digitala vårdbesök.

I tider av mer begränsade finansiella resurser och ökade förväntningar på vad som låter sig göras, behöver man se över hur resurserna används på rätt sätt. Här kan det bli aktuellt att diskutera hur hälso- och sjukvården prioriterar. En särskild aspekt i detta är den horisontella jämlikheten som handlar om att det inte ska finnas omotiverade skillnader i vården och omsorgen samt i de resurser som läggs på vården och omsorgen mellan olika patientgrupper. Vi kommer under 2020 fortsätta att belysa den horisontella jämlikheten och hur styrning och ledningen av den kan användas som ett instrument för att motverka respektive generera skillnader.

4.1.3 Analysområde 3: Effektiva vård- och omsorgssystem för en god vård och omsorg

Att vårdens och omsorgens sammantagna resurser används så effektivt som möjligt för att infria målen om en god vård och omsorg på lika villkor är centralt för långsiktigt hållbara välfärdssystem. Detta understryks i och

med de demografiska utmaningar som vården och omsorgen står inför med en åldrande befolkning och en ökad andel av befolkningen med mer komplexa behov. I takt med ett allmänt ökat välbefinnande, har också befolkningens förväntningar på vad vård- och omsorgssystemet ska leverera växt. Dessa utmaningar kräver till exempel effektiviseringar, innovationer, prioriteringar och systemförändringar.

3 Effektiva vård- och omsorgssystem för en god vård och omsorg			
Gemensamt hälso- och sjukvård och socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Tandvård
Hur kan den nationella uppföljningen utvecklas? Framtidens kompetensförsörjning och ekonomiska förutsättningar – hur rustar vi för hållbara system? Vilken roll kan digitaliseringen spela?	Hur påverkar förändringar inom strukturen möjligheten till effektiva system?	Den kunskapsbaserade socialtjänsten – hur kan uppföljning och kunskap om resultat i socialtjänsten med fokus på brukarna utvecklas?	Används tandvårdens resurser på ett hållbart sätt?

Under 2020 kommer våra fokusfrågor att vara hur vi rustar för hållbara system. Detta kommer vi att belysa för samtliga sektorer som vi arbetar inom. Vi kommer även att arbeta med att utveckla den nationella uppföljningen och hur den kan bidra till att utveckla och stötta hållbara hälso- och sjukvårds- och omsorgssystem. För socialtjänsten kommer vi också att fokusera på frågan om hur uppföljning kan utvecklas för att stödja den kunskapsbaserade socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvårdsområdet kommer vi särskilt att fokusera på de pågående strukturförändringarna, med bland annat en omställning mot en god och nära vård och en koncentration av vården.

Flera lösningar krävs för hållbara system

För att våra vård- och omsorgssystem ska vara hållbara på sikt, behöver man arbeta med olika strategier och lösningar. Vi ser att det i dag saknas ett helhetsperspektiv när det gäller detta. Det är inte ovanligt att man hoppas hitta en lösning som löser allt, men oftast är det inte så enkelt när man arbetar med komplexa samhällsfrågor. Vi kommer därför under 2020 att



fortsätta belysa hur olika strategier och lösningar tillsammans kan göra att vi får hållbara system. Det kan till exempel handla om kompetensförsörjning, hur digitalisering används, egenvårdens roll och det förebyggande arbetets roll och hur olika kompetenser nyttjas. Det kan också bli aktuellt att i detta sammanhang belysa prioriteringar.

Digitala stöd – hjälper eller stjälper i effektivisering?

Digitala stöd och verktyg kan bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan arbeta samt möta patienter och brukare på mer effektiva sätt. Samtidigt finns det en risk för att utvecklingen förlorar i effektivitet om den inte drivs på ett sammanhållet och systematiskt sätt, där exempelvis olika verksamheter, regioner och kommuner själva utvecklar sina system och arbetssätt samt inkluderar brukare och patienters perspektiv på ett tillfredsställande sätt. Detta har vi sett är fallet i rapporten *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar* (Vårdanalys, 2019b). Vi kommer därför att belysa frågor som handlar om i vilken mån digitala system och verktyg kan bidra till att skapa effektiva och hållbara system.

Vården och omsorgen som en fungerande helhet

Ur ett effektivitetsperspektiv är det väsentligt att de olika delarna av vård- och omsorgssystemet bidrar till en väl fungerande helhet ur patientens och brukarens perspektiv. Här behöver primärvården, akutsjukvården och den högspecialiserade vården gemensamt, formas för att uppnå både sammanhållna vårdkedjor och tillräckliga patientvolym. Offentliga utredningar har bland annat pekat på behovet av att koncentrera patientvolymerna inom den högspecialiserade vården och på att det är angeläget att föra över resurser från specialiserad vård till primärvård (se exempelvis SOU 2016:2 och SOU 2015:98), och sådant arbete pågår både nationellt och regionalt. Hittills har frågan framför allt belysts ur ett patientsäkerhetsperspektiv, ett organisatoriskt perspektiv och ett ekonomiskt perspektiv. Vårdanalys belyste 2013 patientperspektivet i rikssjukvården, och såg då bland annat att patientinvolveringen var låg och att det var svårt att få till stånd fungerande vårdkedjor (Vårdanalys, 2013). Men det saknas fortfarande i hög grad information om vad patienterna och befolkningen anser och hur de resonerar när de söker vård. För att omställningen inom vården ska lyckas, är det viktigt att ha förståelse för hur patienterna och befolkningen resonerar och agerar så att man på bästa möjliga sätt kan arbeta med att motsvara de behov som finns och styra konsumtionen av vården. Vi kommer därför att fortsätta att belysa omställningen inom vården ur ett patientperspektiv.

En förutsättning för en fungerande vård och omsorg är att veta om det man gör fungerar för dem som är mottagare av den vård och omsorg som utförs. Att mäta resultat kan göras på olika sätt och på olika nivåer. Det finns i dag stora skillnader i tillgång till information om resultat inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården har man under en lång tid mätt resultat på olika sätt, exempelvis medicinska resultat och patientnöjdhet. Däremot saknas många gånger resultat som kopplar till personcentrering, exempelvis delaktighet och samordning (Vårdanalys, 2019a). Detta är något som vi kommer att belysa i våra analyser. På socialtjänstområdet saknas fortfarande mycket information, inte minst om vad som fungerar för vem i vilket sammanhang. Vi kommer under 2020 att fortsätta vårt arbete med att stödja stat och kommuner i utvecklingen av den kunskapsbaserade socialtjänsten genom att komma med förslag på hur detta kan utvecklas.

4.2 VI ANALYSERAR AKTUELLA OCH ANGELÄGNA FRÅGOR INOM AKTUELL RESPONS

Inom ramen för området aktuell respons analyserar vi aktuella och nationellt angelägna frågor som uppstår under året. Genom en kontinuerlig omvärldsbevakning samt förslag från patient- och brukarrådet och allmänheten identifierar vi relevanta frågor för aktuell respons. Analysprojekten inom aktuell respons är oftare kortare och mer avgränsade än övriga projekt inom vår egeninitierade verksamhet.

Inför 2020 finns flera relevanta och angelägna frågor som kan komma att belysas inom ramen för aktuell respons. Under det kommande året kommer vi att identifiera de frågor som blir föremål för vår analys inom ramen för aktuell respons.





Regeringsuppdrag

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får också särskilda uppdrag av regeringen. Regeringen kan löpande besluta om nya eller förändrade uppdrag. I normalfallet åtföljs regeringsuppdrag av en särskild finansiering. Här beskriver vi de regeringsuppdrag som vi i dagsläget känner till att vi kommer att arbeta med under 2020.

5.1 IHP – INTERNATIONELL UNDERSÖKNING OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vårdanalys genomför tillsammans med den amerikanska oberoende stiftelsen The Commonwealth Fund en årlig internationell undersökning av hälso- och sjukvårdens utveckling, IHP-undersökningen. Undersökningen har olika målgrupper i ett rullande treårsschema. Den beskriver hur personer som är äldre, läkare i primärvården och personer över 18 år ser på hälso- och sjukvården. Syftet med IHP är att undersöka hur hälso- och sjukvården upplevs och kunna göra jämförelser mellan elva olika länder. Den är därmed ett unikt underlag för diskussion och strategiska beslut om hur den svenska hälso- och sjukvården står sig internationellt, vilka områden som kan förbättras och hur vården fungerar ur ett patientperspektiv. År 2019 var IHP-undersökningen riktad till läkare i primärvården. Vi presenterade resultat från undersökningen i december 2019 och i mars 2020 kommer vi att presentera en fördjupad analys. IHP-undersökningen år 2020 kommer att vara riktad till personer som är 18 år och äldre.

5.2 UPPFÖLJNING AV SATSNING PÅ FÖRLOSSNINGSVÅRDEN OCH ANDRA INSATSER FÖR KVINNORS HÄLSA

Vårdanalys har i uppdrag att följa upp och analysera regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa ur patienters och medborgares perspektiv.

Vi har hittills publicerat två delrapporter. I delrapporteringen 2018 studerade vi vilka utvecklingsinsatser som fram tills dess hade gjorts inom ramen för de överenskommelser som regeringen hade ingått med SKL. Landstingen hade bland annat arbetat med insatser som rör bemanning och kompetensförsörjning, och med insatser som handlar om att förbättra bemötande och behandling inom primärvården. I delrapporten belyste vi också införandet av en avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor mellan 40 och 74 år samt införandet av kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år.

Under 2019 fortsatte vårt arbete med uppföljningen av satsningen med en fördjupningsstudie som belyste om det finns omotiverade regionala skillnader i vården av kvinnor före, under och efter förlossning. I delrapporten konstaterade Vårdanalys att det finns omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan. Framgångsfaktorer och tre utvecklingsområden för att minska de omotiverade skillnaderna lyftes också fram i delrapporten.

Under 2020 ska vi lämna över en slutrapport till regeringen. I slutrapporten ska myndigheten bland annat göra en bedömning av satsningens effekter, i den mån de kan beläggas, och peka ut fortsatta utmaningar.

5.3 UPPFÖLJNING AV LAGEN OM SAMVERKAN VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Lagen trädde i kraft den 1 januari 2018 och ersatte lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar. Syftet med uppföljningen är att regeringen ska kunna följa arbetet med att genomföra lagen och få underlag som säkerställer att lagstiftningen får den effekt som regeringen önskar. Vårdanalys kommer att analysera landstingens och kommunernas utvecklingsarbete med utskrivningsprocessen samt effekterna av lagstiftningen för huvudmännen och patienterna. Uppföljningen ska också utreda vilka åtgärder som skulle kunna stärka måluppfyllelsen för lagstiftningen.

Under hösten 2018 lämnade vi en delrapport till regeringen. I delrapporten framgår att landsting och kommuner har drivit ett brett utvecklingsarbete,

men att det samtidigt finns en del svårigheter. Tiden som patienter behöver vänta för att bli utskrivna efter att de blivit utskrivningsklara förefaller ha minskat, men det finns brister i den statistik som visar detta. Det saknas också kunskap på nationell nivå om hur patienterna upplever samordningen vid utskrivning och om de upplever någon förändring sedan lagen infördes. Vi konstaterar även att det i dag inte finns lämpliga indikatorer för att följa frågorna utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Vi kommer därför inför slutredovisningen att söka nya vägar för att belysa detta. Slutredovisningen av uppdraget ska ske under våren 2020.

5.4 KARTLÄGGNING AV EFFEKTERNA AV ÖKAD ANVÄNDNING AV VÄLFÄRDSTEKNIK

Vi har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera effekterna av välfärdsteknik, dels för enskilda som använder välfärdsteknik, dels för personal som använder välfärdsteknik i sitt arbete. Dessutom ska effekterna på arbetsmiljön, kostnaderna och effektiviteten i omsorgens organisation tas upp. I uppdraget ingår det också att göra en jämställdhetsanalys, för att bland annat se om det finns några skillnader mellan könen i vilken välfärdsteknik som används.

Ökad användning av välfärdsteknik, till exempel gps-larm och tillsyn via kamera, kan göra det möjligt att effektivisera kommunal verksamhet, och samtidigt stärka kvalitet och arbetsmiljö i omsorgen. Välfärdsteknik kan ha stor betydelse för den enskilde brukaren och innebära ökad självständighet, delaktighet och trygghet. Samtidigt uppstår både utmaningar och möjligheter när det gäller personlig integritet, livskvalitet, arbetsvillkor och organisationsformer. Regeringsuppdraget ska redovisas i mars 2020.

5.5 KARTLÄGGNING AV FÖRSKRIVNING AV ICKE MEDICINTEKNISKA PRODUKTER SOM HJÄLPMEDEL

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga förskrivningen av icke medicintekniska produkter som hjälpmedel ur ett patient-, brukar- och samhällsperspektiv. I dag kan vanliga konsumentprodukter som surfplattor och smarta mobiltelefoner fungera som hjälpmedel för en person med funktionsnedsättning. Men konsumentprodukter har inte samma säkerhetskrav på sig som ett särskilt framtaget hjälpmedel, och ansvaret vid eventuella fel är inte lika tydligt. Varje region och kommun bestämmer om konsumentprodukter ska förskrivas som hjälpmedel till patienter och brukare, och detta varierar i dag mellan olika delar av landet.



I uppdraget undersöker vi hur vanligt det är att medicintekniska hjälpmedel förskrivs av hälso- och sjukvården, hur det skiljer sig över landet och vilka ekonomiska konsekvenser som förskrivningen av sådana produkter har för huvud-männen. Vi kommer också att belysa hur brukare och förskrivare ser på konsumentprodukter som hjälpmedel. Uppdraget ska redovisas till regeringen i maj 2020.

5.6 UTVÄRDERING AV NATIONELLT KUNSKAPSCENTRUM OM ÖVERGREPP MOT BARN

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera Barnafrid, som är ett nationellt kunskapscentrum som samlar och sprider kunskap om våld och andra övergrep mot barn. Regeringen gav 2015 Linköpings universitet i uppdrag att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Linköpings universitet inrättade då kunskapscentrumet Barnafrid, som har till mål att bidra till ett förbättrat förebyggande arbete och att utveckla effektiva insatser för att skydda och stödja barn som utsatts för våld och andra övergrepp.

Vårdanalys utvärdering ska bland annat belysa Barnafrids verksamhet mot bakgrund av det behov av ett nationellt kunskapscentrum och verksamhetsnära och tvärprofessionell forskning som föranledde inrättandet av centrumet. Uppdraget ska redovisas i september 2020.

5.7 UTVÄRDERING AV DET NATIONELLA UPPDRAGET ATT MOTVERKA HEDERSVÅLD

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera Länsstyrelsen i Östergötlands läns arbete med att motverka hedersrelaterat våld och förtryck. Flera aktörer arbetar för att förebygga och bekämpa hedersrelaterat våld och förtryck. Sedan 2011 har länsstyrelsen i Östergötlands län haft uppdrag som syftar till att motverka hedersrelaterat våld och förtryck. Bland annat har länsstyrelsen skapat ett nationellt kompetensteam och driver sedan 2014 en stödtelefon som personal inom till exempel socialtjänsten, skolan och andra myndigheter kan vända sig till.

Vår utvärdering ska omfatta de regeringsuppdrag som länsstyrelsen har fått sedan 2011, särskilt arbetet med det nationella kompetensteamet och den nationella stödtelefonen till yrkesverksamma. Vårdanalys ska bland annat utvärdera i vilken utsträckning Länsstyrelsen i Östergötlands läns arbete har gjort att alla länsstyrelsers förmåga att motverka hedersrelaterat våld och

förtryck har förbättrats, hur det väglednings- och utbildningsmaterial som Länsstyrelsen i Östergötlands län har tagit fram används i kommunerna, hur stödet som har getts via stödtelefonen har fungerat, samt vilken betydelse Länsstyrelsen i Östergötlands läns arbete har haft för nationella myndigheters utveckling av kompetens på området. Vårdanalys ska beskriva kostnaderna och bedöma kostnadseffektiviteten.

Vårdanalys ska också titta på organiseringen av motsvarande verksamhet i några andra länder, för att se vad som bör testas i Sverige. Uppdraget ska redovisas till regeringen i juni 2020.

5.8 UPPFÖLJNING AV NATIONELLA VÅRDFÖRLOPP

Vårdanalys har fått i uppdrag att följa upp och analysera insatserna inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om standardiserade vårdförlopp – jämlik och effektiv vård med god kvalitet. Satsningen ska pågå 2019–2021 med syfte att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad, helhetsorienterad och professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.

Standardiserade vårdförlopp ska utgå från nationella vårdprogram och ha ett multidisciplinärt upplägg. De kan involvera primärvården, den specialiserade vården, den kommunala vården och socialtjänsten. Standardiserade vårdförlopp har tidigare införts i cancervården med syfte att bland annat korta väntetiderna och minska regionala skillnader. Enligt den nu tecknade överenskommelsen ska standardiserade vårdförlopp tas fram inom minst fem nya sjukdomsområden och införas i vården med start 2020. Uppdraget ska delredovisas till regeringen i november 2020 och slutredovisas i juni 2022.

5.9 UTVÄRDERING AV IBIC

Vårdanalys har fått i regeringsuppdrag att utvärdera den nationella modellen för enhetlig och strukturerad information, kallad Individens behov i centrum (IBIC). IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum (ÄBIC) och omfattar vuxna personer oavsett ålder och funktionsnedsättning som behöver insatser i det dagliga livet utifrån socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

IBIC bygger på delar av ICF (Internationell klassifikation av funktions-tillstånd, funktionshinder och hälsa). Socialstyrelsen har under flera år haft i

uppdrag av regeringen att verka för att IBIC införs i samtliga kommuner samt stödjade kommunerna vid införandet och genomförandet av modellen. Cirka 60 procent av landets kommuner har infört IBIC inom äldreomsorgen. Inom funktionshindersområdet är andelen något mindre. Uppdraget ska redovisas till regeringen i november 2020.

5.10 UNDERLAG FÖR LEDARSKAP INOM KOMMUNALT FINANSIERAD VÅRD OCH OMSORG

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett underlag till ett nationellt program för utveckling och samordning av ledarskapsfrågor inom kommunalt finansierad vård och omsorg. För att säkerställa det framtida kompetensförsörjningsbehovet som följer av en åldrande befolkning behöver kommunerna investera i sin personal. Arbetsgivarnas förmåga att rekrytera och behålla personer med rätt kompetens är avgörande, och ledarskapet har här en nyckelroll. Det har framkommit i flera rapporter att ledarskapet i kommunalt finansierad vård och omsorg har potential att förbättras.

I uppdraget belyser vi bland annat förutsättningarna för ledarskap inom kommunal vård och omsorg, tillgängligheten till ledarskapsutbildningar, möjliga samverkansarenor mellan olika aktörer och behovet av kunskapsunderlag. En viktig utgångspunkt i arbetet är resultatet av den nationella ledarskapsutbildning som genomfördes under 2013–2015. I uppdraget kommer vi att samråda med den nationella samordnaren för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (S 2019:04). Uppdraget ska redovisas till regeringen i februari 2021.



Referenser

- Arbetsförmedlingen (2019). *Arbetsförmedlingens årsredovisning 2018*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- Arbetsförmedlingen (2019a). *Var finns jobben? Bedömning för 2019 och på fem års sikt*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- Arbetsförmedlingen. Statistik: <https://arbetsformedlingen.se/om-oss/statistik-och-analyser/statistik> [Hämtat 2019-11-06].
- ESO, Regeringskansliet, Finansdepartementet (2018). *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Folkhälsomyndigheten (2017). *Miljöhälsorapport 2017*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Antibiotika och antibiotikaresistens*: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens> [Hämtat 2020-01-15]
- IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2018). *Utrikes föddas etablering på arbetsmarknaden*: [https://www.ifau.se/sv/Press/Forskningssammanfattningar/Utrikes-foddas-eta-pa-arbetsmarknaden-/](https://www.ifau.se/sv/Press/Forskningssammanfattningar/Utrikes-foddas-eta-pa-arbetsmarknaden/) [Hämtat 2019-11-14].
- IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2018). *Bristyrken i offentlig verksamhet. Var arbetar de utbildade?* Rapport 2018:19. Uppsala: IFAU.
- IFFS – Institutet för framtidsstudier (2019). *World Values Survey*: <https://www.iffs.se/world-values-survey> [Hämtat 2019-11-13]

- Internetstiftelsen (2019). *Svenskarna och internet 2019*. Stockholm: Internetstiftelsen.
- IOM – International Organization for Migration (2020). *World Migration Report 2020*. Geneva: IOM.
- Läkartidningen (2019). *Sjukvården spelar en viktig roll i anpassning till klimatförändringar*. 2019;116:FH9X.
- Migrationsverket. *Statistik om asyl*: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asyl.html> [Hämtat 2020-01-15]
- Nordiska rådet (2018). Increasing income inequality in the Nordics. *Nordic Economic Policy Review 2018*.
- OECD (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris: OECD Publishing.
- Prop. (2019/20:1) Utgiftsområde 9. *Hälsovård, sjukvård och social omsorg*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Regeringskansliet, Finansdepartementet (2019a). *Sveriges äldre har rätt till välfärd av hög kvalitet*: <https://www.regeringen.se/49cddb/contentassets/boaf8193b38c44b881b66df98acd4219/presentationbilder-sveriges-aldre-har-ratt-till-valfard-av-hog-kvalitet.pdf> [Hämtat 2019-11-25].
- Regeringskansliet pressmeddelanden
- Pressmeddelande Socialdepartementet 2019-05-20. *Standardiserade vårdförlopp införs för fler sjukdomsområden*: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/05/standardiserade-vardforlopp-infors-for-fler-sjukdomsomraden/> [Hämtat 2019-11-21].
- Pressmeddelande Socialdepartementet 2019-10-24. *Regeringen stärker första linjens digitala vård*: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/10/regeringen-starker-forsta-linjens-digitala-vard/> [Hämtat 2020-01-15]
- Pressmeddelande Socialdepartementet 2019-12-18. *4,7 miljarder till hälso- och sjukvården*: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/12/47-miljarder-till-halso--och-sjukvarden/> [Hämtat 2020-01-15]
- Riksdagen (2019a). *Finansutskottets bet 2019/20:FiU18: Ändringar i kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting*.
- SCB – Statistiska centralbyrån. *Statistikdatabasen*: <http://www.statistikdatabasen.scb.se>
- SCB – Statistiska centralbyrån. *Resultaträkning för kommuner efter region och resultaträkningsposter. Uttag ur statistikdatabasen*: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/> [Hämtat 2019-11-25].
- SCB – Statistiska centralbyrån. *Resultaträkning för landsting efter region och resultaträkningsposter. Uttag ur statistikdatabasen*:

- SCB – Statistiska centralbyrån. *Resultaträkning för Uttag ur statistikdatabasen* <http://www.statistikdatabasen.scb.se/> [Hämtat 2019-11-25].
- SCB – Statistiska centralbyrån. *Resultaträkning för landsting år 2010–2014:* <http://www.statistikdatabasen.scb.se/> [Hämtat 2019-11-25].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2017). *Arbetskraftsbarometern 2017. Vilka utbildningar ger jobb?* Örebro: SCB.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019). *Sveriges framtida befolkning 2019–2070.* Örebro: SCB.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019a). *Inkomstrapport 2017 – individer och hushåll.* Örebro: SCB.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019b). *Så försörjde sig flyktingar de 15 första åren i Sverige:* <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/sa-forsorjde-sig-flyktingar-de-15-forsta-aren-i-sverige/> [Hämtat 2019-11-25].
- Sjukhusläkaren (2018). *Robotkirurgin gav kortare vårdtider – utökas till fler diagnoser och robotar:* <https://www.sjukhuslakaren.se/robotkirurgin-gav-kortare-vardtider-utokas-till-fler-diagnoser/> [Hämtat 2019-11-25].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Ekonomirapporten, oktober 2017. Om kommunernas och landstingens ekonomi.* Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård* <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/> [Hämtat 2019-11-21]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Nationell kunskapsstyrning inom socialtjänsten* <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/> [Hämtat 2019-11-21]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019a). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019.* Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019b). *Ekonomirapporten, maj 2019.* Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019c). *Överenskommelse om standardiserade vårdförlopp:* <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/overenskommelse-standardiseradevardforlopp.28121.html> [Hämtat 2019-11-21].
- Socialdepartementet (2019). *Behov av hjälp med andning och sondmatning (S2019/00767/FST).* Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2016). *Analys av situationen i socialtjänsten – Läget under hösten 2015 och början av 2016 – delrapport 1.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna.* Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2019). *Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018. Krishantering och krisberedskap i samband med värmeböljan 2018 för särskilt sårbara grupper*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019a). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*:
- Socialstyrelsen (2019b). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*:
- Socialstyrelsen (2019c). *Försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, pressmeddelande 2019-09-03. *Första besluten tagna: pilotområden blir nationell högspecialiserad vård*: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/forsta-besluten-tagna-pilotomraden-blir-nationell-hogspecialiserad-vard/> [Hämtat 2019-11-21].
- SOU 2015:98. *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2016:55. *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:48. *Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2018:74. *Lite mer lika – översyn av kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting*. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- ”Januariöverenskommelsen” - Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna.
- Vinnova (2018). *Artificiell intelligens i svenskt näringsliv och samhälle. Analys av utveckling och potential (rapport 2018:08)*. Stockholm: Vinnova.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013). *Centralisering med patienten i centrum. Vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i rikssjukvården (rapport 2013:3)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig – analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (rapport 2014:7). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder* (rapport 2014:11). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (rapport 2015:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (rapport 2016:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016b). *Omotiverade skillnader i socialtjänsten. En förstudie* (PM 2016:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (PM 2017:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin* (rapport 2017:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *Ordning i leden? Utvärdering av ordnat införande av nya läkemedel* (rapport 2017:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017d). *Cancerläkemedel – ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning* (rapport 2017:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017e). *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv* (rapport 2017:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* (rapport 2018:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård* (rapport 2018:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018c). *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården* (rapport 2018:10). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019a). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1 och del 2* (rapport 2019:2 och 2019:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019b). *Social kompetens – om kompetensförsörjning av handläggare inom socialtjänsten* (rapport 2019:7). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019c). *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården* (rapport 2019:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019d). *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården* (rapport 2019:8).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Tre perspektiv på digitala vårdbesök* (rapport 2020:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- WHO – Världshälsoorganisationen (2014). *Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s*. Ort: Geneve: Världshälsoorganisationen.
- WHO – Världshälsoorganisationen (2019). *Thirteenth general programme of work, 2019–2023: promote health, keep the world safe, serve the vulnerable*. Geneve: Världshälsoorganisationen.

Vårdanalys tidigare publikationer

RAPPORTER

Rapport 2020:1	<i>Tre perspektiv på digitala vårdbesök.</i>
<hr/>	
Statistikpresentation	<i>Internationell jämförelse av primärvården.</i>
Rapport 2019:8	<i>Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården.</i>
Rapport 2019:7	<i>Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten.</i>
Rapport 2019:6	<i>Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård.</i>
Rapport 2019:5	<i>Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården.</i>
Rapport 2019:4	<i>Olik eller ojämlig? En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan.</i>
Rapport 2019:3	<i>Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården.</i>
Rapport 2019:2	<i>Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 2: Resultatredovisning.</i>
Rapport 2019:1	<i>Stegvis skillnad. En granskning av hjälplinjen PrevenTells arbete för att förebygga sexualbrott.</i>

Rapport 2018:13	<i>En akut bild av Sverige. Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning</i>
Rapport 2018:12	<i>Möten med mening. En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten.</i>
Rapport 2018:11	<i>På väg. Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.</i>
Rapport 2018:10	<i>Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn och ungdomsvården.</i>
Rapport 2018:9	<i>Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga.</i>
Rapport 2018:8	<i>Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.</i>
Rapport 2018:7	<i>Sponsring med eftertanke? En kartläggning av omfattning och konsekvenser i hälso- och sjukvården.</i>
Rapport 2018:6	<i>Bäddat för utveckling. Ett kunskapsunderlag om förutsättningar för utvecklingsprojekt i vården och omsorgen.</i>
Rapport 2018:5	<i>Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård.</i>
Rapport 2018:4	<i>Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården.</i>
Rapport 2018:3	<i>Stöd på vägen. En uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar.</i>
Rapport 2018:2	<i>I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa.</i>
Rapport 2018:1	<i>En LOB i mål? Uppföljning av satsningen för ett förbättrat omhändertagande av berusade personer.</i>

Rapport 2017:10	<i>För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter.</i>
Rapport 2017:9	<i>Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv.</i>
Rapport 2017:8	<i>Cancerläkemedel – ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning.</i>
Rapport 2017:7	<i>Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft.</i>
Rapport 2017:6	<i>Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin.</i>
Rapport 2017:5	<i>Ordning i leden? Utvärdering av ordnat införande av nya läkemedel.</i>
Rapport 2017:4	<i>Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister.</i>
Rapport 2017:3	<i>En primär angelägenhet Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum.</i>
Rapport 2017:2	<i>Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017.</i>
Rapport 2017:1	<i>Att komma överens. Uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården.</i>
<hr/>	
Rapport 2016:5	<i>Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga.</i>
Rapport 2016:4	<i>Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor.</i>
Rapport 2016:3	<i>Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv.</i>

Rapport 2016:2	<i>Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv.</i>
Rapport 2016:1	<i>Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag.</i>
<hr/>	
Rapport 2015:10	<i>Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995.</i>
Rapport 2015:9	<i>Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder.</i>
Rapport 2015:8	<i>Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg.</i>
Rapport 2015:7	<i>Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system.</i>
Rapport 2015:6	<i>Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdualets införande.</i>
Rapport 2015:5	<i>Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin.</i>
Rapport 2015:4	<i>Sjukt engagerad. Kartläggning av patient- och funktionshinderrörelsen.</i>
Rapport 2015:3	<i>Tandlösa tandvårdsstöd. En analys om hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen.</i>
Rapport 2015:2	<i>Mot en mer effektiv och jämlik användning av medicinteknik – om nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av medicinteknik.</i>
Rapport 2015:1	<i>Patientlagen i praktiken. En baslinjemätning om lagens efterlevnad.</i>
<hr/>	

Rapport 2014:10	<i>Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft. Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen.</i>
Rapport 2014:9	<i>Registrera flera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister.</i>
Rapport 2014:8	<i>Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem. Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna.</i>
Rapport 2014:7	<i>En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.</i>
Rapport 2014:6	<i>Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa. Lägesrapport 2014.</i>
Rapport 2014:5	<i>Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi.</i>
Rapport 2014:4	<i>Värdefullt men inte fullvärdigt. Om nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av klinikläkemedel.</i>
Rapport 2014:3	<i>Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdualet samt vårdgarantin och Kömiljarden?</i>
Rapport 2014:2	<i>VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.</i>
Rapport 2014:1	<i>Vem vill veta vad för att välja? Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral.</i>

Rapport 2013:10	<i>Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen. Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov.</i>
Rapport 2013:9	<i>Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens.</i>

- Rapport 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning.*
- Rapport 2013:7 *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa. Lägesrapport 2013.*
- Rapport 2013:6 *Satsningen på Nationella kvalitetsregister. Förslag på utvärderingsplan 2013–2017.*
- Rapport 2013:5 *Vad är nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av klinikläkemedel? Delrapport.*
- Rapport 2013:4 *Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation.*
- Rapport 2013:3 *Centralisering med patienten i centrum. Vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i rikssjukvården.*
- Rapport 2013:2 *Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre.*
- Rapport 2013:1 *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården.*
-
- Rapport 2012:6 *Patient-centeredness in Sweden's Health care system – An assessment and six steps for progress.*
- Rapport 2012:5 *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring.*
- Rapport 2012:4 *Grönt ljus för öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården.*
- Rapport 2012:3 *Patient-centeredness in Sweden's Health care system – an external assessment and six steps for progress. Highlight report*

Rapport 2012:2	<i>Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård. En kartläggning av kunskapsläget.</i>
Rapport 2012:1	<i>Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?</i>

PROMEMORIOR

- PM 2018:1 *Implementering i vården. En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsdirektiv.*
-
- PM 2017:5 *Primärvården i belysning. Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015.*
- PM 2017:4 *Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och målnuppfyllelse.*
- PM 2017:3 *Första linjens vård. Likheter och skillnader i kontaktmönster mellan olika grupper.*
- PM 2017:2 *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.*
- PM 2017:1 *Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien.*
-
- PM 2016:7 *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården. Lärdomar från läkarnas perspektiv.*
- PM 2016:6 *Äldreomsorgen år 2025. En modellanalys av olika strukturalternativ.*
- PM 2016:5 *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.*
- PM 2016:4 *Utvärdering av ordnat införande av nya läkemedel – en förstudie.*
- PM 2016:3 *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag.*
- PM 2016:2 *Omotiverade skillnader i socialtjänsten. En förstudie.*
- PM 2016:1 *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.*
-

- PM 2015:2 *Befolkningens värdering av alternativa former för äldreomsorg. En studie av betalningsvilja.*
- PM 2015:1 *Mätning av kvalitet i äldreomsorgen – test och utvärdering av vinjettmetoden.*
-

- PM 2014:4 *Internationella erfarenheter av hälsoekonomiska bedömningar.*
- PM 2014:3 *Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad – Beskrivning, beräkning och bedömning.*
- PM 2014:2 *Integritet i hälso- och sjukvården ur ett patient- och medborgarperspektiv.*
- PM 2014:1 *Vårdval och vårdutnyttjande – Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården?*
-

- PM 2013:3 *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?*
- PM 2013:2 *Kartläggning av kommuners arbets sätt med förenklad hantering och flexibilitet i hemtjänsten.*
- PM 2013:1 *Satsningen på nationella kvalitetsregister – Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013.*
-

Analysplan 2020

I Analysplan 2020 presenterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys den huvudsakliga inriktningen för vår verksamhet under året. Vi kommer att arbeta inom tre olika analysområden som vi ser har stor relevans för brukare, patienter och medborgare. Genom att analysera problem och utmaningar på dessa områden vill vi bidra med kunskap som kan ligga till grund för beslut om förändringar. Vi har valt ut områdena utifrån omvärldsanalys och en nära dialog med vårt patient- och brukarråd och styrelse. Analysplan 2020 bygger vidare på tidigare års analysplaner liksom på myndighetens strategiska plattform.

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



 **vårdanalys** 