

Analysplan 2023



► vård- och
omsorgsanalys

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns publicerad på www.vardanalys.se

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2023
Grafisk Design och produktion: Hellsten Kommunikation
Omslagsbild: Ingetora Gumbel
ISBN 978-91-88935-66-3

Analysplan 2023

Beslut

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys överlämnar härmed 2023 års analysplan till regeringen. Analysplanen är framtagen i dialog med myndighetens patient- och brukarråd. Utredaren Kajsa Hanspers, utvecklingsansvarige Nils Janlöv och analyschefen Caroline Olgart Höglund har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektörerna Åsa Ljungvall, Johan Strömblad och Marianne Svensson deltagit.

Stockholm den 8 december 2022

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Per Molander
Styrelseledamot

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Pär Ödman
Styrelseledamot

Förord

I analysplanen för 2023 presenterar vi en omvärldsanalys och den huvudsakliga inriktningen för vår verksamhet under det kommande året. Sedan 2018 har vi arbetat med tre analysområden inom vår egeninitierade analysverksamhet:

- en personcentrerad vård och omsorg
- en jämlik vård och omsorg
- effektiva vård- och omsorgssystem.

Områdena speglar centrala långsiktiga mål inom hälso- och sjukvård, tandvård och social omsorg där vi ser att det finns ett fortsatt behov av nationell uppföljning, kunskapsutveckling och analys. Vi kommer också att arbeta med ett antal regeringsuppdrag under 2023.

Analysplanen har tagits fram i nära dialog med vårt patient- och brukarråd. Arbetet har letts av analyschef Caroline Olgart Höglund och utredare Kajsa Hanspers. Utvecklingsansvarige Nils Janlöv, utredarna Siri Stähle, Kristin Larsson och Sofia Almlöf samt analytikerna Sara Blume och Annasara Agfors och praktikanten Vera Kjessler har också bidragit till arbetet.

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 den sociala omsorgen.

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Innehåll

1	Om analysplanen	6
1.1	Vård- och omsorgsanalys arbetar med både egeninitierade projekt och regeringsuppdrag	6
1.2	Vi arbetar mot flera mål i agenda 2030.....	7
1.3	Så här har vi lagt upp analysplanen	8
2	Vår strategiska plattform	9
2.1	Vi verkar för en god vård och omsorg som patienter, brukare och medborgare känner förtroende för	10
2.2	Vi tar fram policyrelevanta kunskapsunderlag och rekommendationer	10
2.3	Vårt arbete bygger på tre kompletterande delar	10
2.4	Verksamheten vägleds av fem bärande principer	11
3	Omvärldsanalys	13
3.1	Utvecklingen i hälso- och sjukvården	13
3.2	Utvecklingen i tandvården	18
3.3	Utvecklingen i socialtjänsten	20
3.4	Utvecklingen av vårdens och omsorgens förutsättningar	28
3.5	Vi ser väsentliga kunskapsluckor inom flera områden	40
4	Egeninitierad analys	43
4.1	Inriktning för 2023 års analysplan.....	43
4.2	Analysområde 1: En personcentrerad vård och omsorg av god kvalitet som utgår från individernas behov, resurser och förutsättningar	45
4.3	Analysområde 2: En jämlik vård och omsorg utan omotiverade skillnader mellan befolknings- och behovsgrupper.....	46
4.4	Analysområde 3: Effektiva vård- och omsorgssystem för en god, jämlik och kostnadseffektiv vård- och omsorg	48
4.5	Vi analyserar aktuella och angelägna frågor inom aktuell respons	50
5	Pågående regeringsuppdrag	51
5.1	IHP – Internationell undersökning om hälso- och sjukvården	51
5.2	Utvärdering av omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.....	52
5.3	Utvärdering av överenskommelse om digitalisering av äldreomsorg	52
5.4	Undersökning om differentiering av arbetsuppgifter i socialtjänsten	53
5.5	Uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvården	53

5.6	Analys av måluppfyllelse för utvecklingsmedel och kompetensstöd för arbetet mot våld i nära relationer.....	54
5.7	Uppdrag att genomföra en studie med fokus på hedersrelaterat våld och förtryck	54
Referenser		55

1 Om analysplanen

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) följer upp och analyserar hälso- och sjukvården, tandvården och den sociala omsorgen ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Med social omsorg avses alla verksamhetsområden inom socialtjänsten. Vårt arbete ska bidra till att förbättra och effektivisera hälso- och sjukvården, tandvården och den sociala omsorgen samt stärka patienternas och brukarnas ställning. Målet är en vård och social omsorg som patienter, brukare och medborgare känner förtroende för.

Den 1 februari varje år lämnar vi över en analysplan till regeringen enligt myndighetens instruktion. Analysplanen beskriver inriktningen för vår egeninitierade verksamhet och utgår från en omvärldsanalys som tagits fram i dialog med vårt patient- och brukarråd och myndighetens styrelse. Årets analysplan bygger vidare på tidigare års analysplaner och på den strategiska plattform som vi beskriver närmare i kapitel 2.

1.1 Vård- och omsorgsanalys arbetar med både egeninitierade projekt och regeringsuppdrag

Vi arbetar med både egeninitierade analyser och regeringsuppdrag. De egeninitierade analyserna är antingen projekt inom våra analysområden eller projekt inom ramen för aktuell respons, och de finansieras genom myndighetens ramanslag. Vi arbetar också med regeringsuppdrag som vanligen åtföljs av särskild finansiering.

Projekten är av strategisk karaktär och ska generera policyrelevanta kunskapsunderlag och rekommendationer till beslutsfattare om vårdens och omsorgens funktionssätt och styrning. Många analyser innehåller internationella jämförelser. I vårt uppdrag ingår även att följa upp och utvärdera informationen som vården och omsorgen lämnar till den enskilda patienten, brukaren och medborgaren, med fokus på innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet.

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 om vi bedömer att det kommer att vara betydelsefullt för beslutsfattare på längre sikt. Analysområdena anger den övergripande inriktningen för vårt arbete.

Inriktningen på analysområdena lägger grunden för det fortsatta arbetet med vår verksamhetsplan, där vi närmare beskriver de projekt som vi kommer arbeta med under året. När vi väljer projekt utgår vi från frågans angelägenhetsgrad och relevans. Det kan handla om omotiverade skillnader, frågor som påverkar många människor, situationen för utsatta grupper eller ineffektivt användande av resurser. Det kan också vara områden där vi vet att det finns betydande kunskapsluckor.

Inom aktuell respons kan vi under året initiera och göra avgränsade analyser av angelägna och högaktuella frågor som inte ingår i något av våra analysområden. Vi identifierar frågorna genom vår kontinuerliga omvärldsbevakning, genom patient- och brukarrådet eller genom tips från allmänheten.

1.1.2 Regeringsuppdrag

Vård- och omsorgsanalys får också särskilda uppdrag av regeringen, antingen i regleringsbrevet eller löpande under året. Normalt har regeringsuppdragen särskild finansiering för att värna styrelsens mandat att styra inriktningen på den egeninitierade verksamheten. På regeringens uppdrag analyserar och utvärderar vi ofta effekterna av statliga reformer och satsningar.

1.2 Vi arbetar mot flera mål i agenda 2030

Vår analysverksamhet, både den egeninitierade och den vi utför på regeringens uppdrag, bidrar till flera av målen i Agenda 2030 och FN:s 17 globala mål för en hållbar utveckling. I 2021 och 2022 års regleringsbrev fick vi i uppdrag av regeringen att redovisa hur vår verksamhet bidrar till genomförandet av de globala målen. Vår roll är att bidra med kunskap som ska underlätta informerade beslut på flera nivåer i samhället, och i förlängningen bidra till att utveckla vården och omsorgen. Vårt mål är att därigenom stödja en hållbar utveckling med fokus på den sociala dimensionen. De mål i Agenda 2030 som vår analysverksamhet har starkast koppling till är *mål 3, 5, 10 och 16*:

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Våra uppföljningar och analyser har ett uttalat patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Målet är att analyser och rekommendationer ska leda till förbättringar av vården och omsorgen, och i förlängningen ha positiva effekter för människors hälsa och välbefinnande.

Mål 5. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt

I våra analyser undersöker vi ojämlikheter och belyser då även eventuella omotiverade skillnader mellan könen. Målet är att analyserna och rekommendationerna ska leda till ökad jämlikhet i hälsoutfall, omhändertagande och uppväxtvillkor, ökad inkludering och ökad likabehandling och jämställdhet mellan könen.

Mål 10. Minska ojämlikheten inom och mellan länder

Analyserna tar upp ojämlikheter inom Sverige, men vi gör även internationella utblickar med jämförande ansats. Våra rekommendationer tar ofta fasta på utvecklad styrning och förbättrade arbetssätt som ska minska både geografiska och socioekonomiska ojämlikheter. Målet är att analyserna och rekommendationerna ska leda till åtgärder för att minska ojämlikheter och omotiverade skillnader i Sverige.

Mål 16. Främja fredliga och inkluderande samhällen för hållbar utveckling, tillhandahålla tillgång till rättvisa för alla samt bygga upp effektiva och inkluderande institutioner med ansvarsutkrävande på alla nivåer

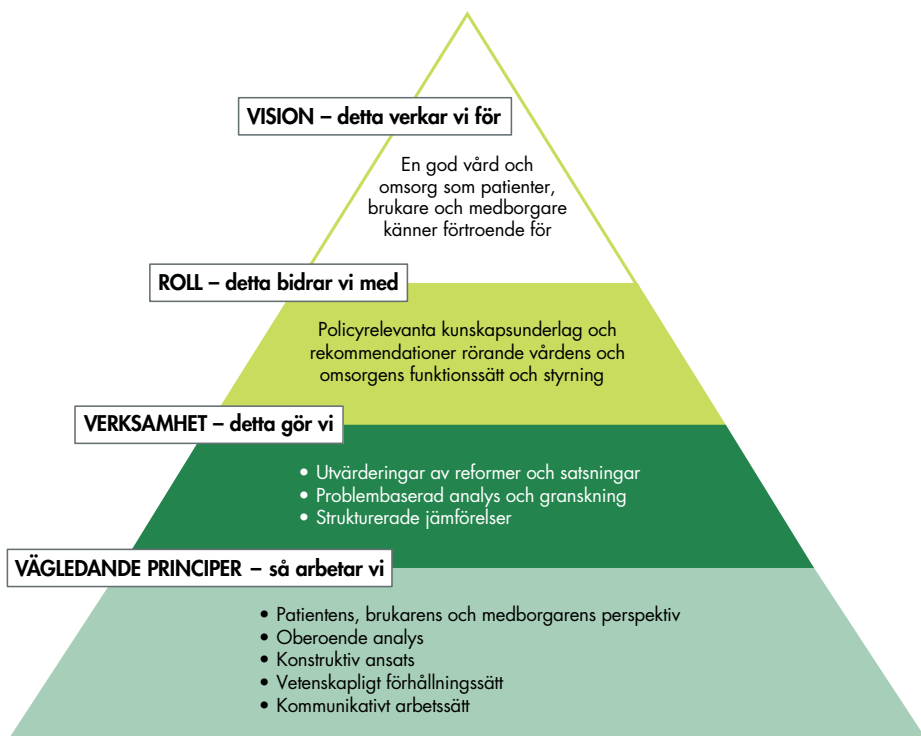
Det tydliga patient- och brukarperspektivet i våra analyser innebär att vi utgår från vad som behövs för att personer ska få den vård och omsorg som de behöver. Medborgarperspektivet innebär att vi analyserar vad som krävs för att systemet långsiktigt ska fungera och vara hållbart, pålitligt och inkluderande, men även för att förebygga utanförskap. Målet är att våra analyser bidrar till att stärka den sociala dimensionen i Agenda 2030 och bidrar till en hållbar och inkluderande samhällsutveckling.

1.3 Så här har vi lagt upp analysplanen

I kapitel 2 beskriver vi Vård- och omsorgsanalys strategiska plattform. Plattformen visar våra utgångspunkter när vi tar oss an de uppgifter som regeringen ger i sin instruktion (förordningen [2010:1385] med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). Kapitel 3 innehåller en omvärldsanalys, som lägger en grund för de områden som vi väljer att särskilt fokusera vårt egeninitierade arbete på under 2023. Därefter beskriver vi i kapitel 4 den egeninitierade verksamheten och de tre analysområdena med tillhörande fokusområden som vi kommer att arbeta med under 2023, och vårt arbete inom ramen för aktuell respons. I kapitel 5 beskriver vi slutligen de regeringsuppdrag som vi i dagsläget vet att vi kommer att arbeta med under 2023.

2 Vår strategiska plattform

Vård- och omsorgsanalys 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 den social omsorgen samt i förlängningen skapa nytta för patienter, brukare och medborgare. Med social omsorg avses alla verksamhetsområden inom socialtjänsten. Bilden nedan sammanfattar den strategiska plattformen. 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

Vård- och omsorgsanalys verkar för ett vård- och omsorgssystem som befolkningen har förtroende för. Vi verkar också för att systemet ska använda 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

Vård- och omsorgsanalys tar fram kunskapsunderlag om vårdens och omsorgens funktionssätt, det vill säga dess strukturer, processer och resultat. Vi ger även rekommendationer för bättre styrning inom sektorn. Vård- och omsorgsanalys bidrag ska vara policyrelevant. Det innebär att frågorna som vi behandlar ska vara, eller förväntas bli, angelägna och att våra rapporter ska vara användbara för beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå.

2.3 Vårt arbete bygger på tre kompletterande delar

Vård- och omsorgsanalys arbete bygger på tre kompletterande delar:

- utvärderingar av reformer och satsningar
- problembaserad analys och granskning
- 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 utvärderingar rör 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 regioner.

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 genom exempelvis förslag från vårt 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 att göra strukturerade jämförelser av kvaliteten och effektiviteten inom vården och omsorgen förbättras kontinuerligt. Syftet är att identifiera omotiverade skillnader samt förbättringsområden och framgångsfaktorer, och det gör vi genom att jämföra resultaten för olika grupper i befolkningen, mellan olika kommuner och regioner och mellan länder.

2.4 Verksamheten vägleds av fem bärande principer

Vård- och omsorgsanalys verksamhet vägleds av fem bärande principer: patientens, brukarens och medborgarens perspektiv, oberoende analyser, en konstruktiv ansats, ett vetenskapligt förhållningssätt och ett kommunikativt arbetssätt.

2.4.1 Patientens, brukarens och medborgarens perspektiv

Enligt Vård- och omsorgsanalys instruktion ska vi bedriva verksamheten ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. När det gäller patienter och brukare innebär det att vi i första hand betraktar hälso- och sjukvården, tandvården och social omsorg ur deras perspektiv snarare än ur huvudmännens, verksamheternas eller professionernas. Medborgarperspektivet innebär att vi 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. I vårt arbete har vi även anhörig- eller närståendeperspektivet. De närstående ger viktigt stöd i vård- och omsorgssituationen och påverkas ofta av den närstående patientens livssituation, men även av vård- och omsorgssystemens funktionssätt.

2.4.2 Oberoende analys

Vård- och omsorgsanalys är en statlig myndighet som lyder under regeringen. Verksamheten finansieras via det anslag som vi får från statsbudgeten och via särskilda bidrag som är kopplade till vissa regeringsuppdrag. Samtidigt är myndigheten inrättad som en oberoende och renodlad analysmyndighet, och vi har möjlighet att själva välja områden för analys och granskning, i samråd med vårt patient- och brukarråd. Vi har inget uppdrag om att exempelvis ta fram föreskrifter inom våra sektorer, och inte heller ansvar för tillsyn, och därför kan vi göra oberoende utvärderingar och analyser av alla delar och aktörer inom de sektorer som vi arbetar inom.

2.4.3 Konstruktiv ansats

Vård- och omsorgsanalys bedriver analysarbetet utifrån en konstruktiv och lösningsorienterad ansats. Våra uppföljningar och utvärderingar syftar inte i första hand till att kontrollera eller ställa någon till svars. I stället vill vi bidra till lärande och 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

Vård- och omsorgsanalys bidrag ska vara policyrelevant, så våra rapporter behöver vara tillförlitliga och hålla hög kvalitet. Vi strävar därför efter att tillämpa vetenskapliga principer och metoder. Samtidigt måste vi kunna leverera analyser och utredningar inom snäva tidsramar, och behöver kunna acceptera en viss osäkerhet. Vård- och omsorgsanalys utredningsmetodik bygger därför på en medveten och ändamålsenlig avvägning mellan vetenskaplig noggrannhet, effektiva processer och behovet av användbara kunskapsunderlag.

2.4.5 Kommunikativt arbetssätt

Vård- och omsorgsanalys eftersträvar ett arbetssätt som är kontaktskapande, inlyssnande och relationsbyggande. Vi för dialog med, och sprider våra resultat till, aktörer inom sektorn och är närvarande i olika sammanhang för att förstå våra målgruppers behov och förutsättningar, och för att kunna identifiera angelägna frågor.

3 Omvärldsanalys

Hälso- och sjukvård, tandvård och social omsorg fungerar överlag bra i Sverige, med exempelvis goda medicinska resultat i internationella jämförelser. Samtidigt finns flera utmaningar och förbättringsområden, till exempel brister i samordningen mellan olika huvudmän och vårdgivare och ett fortsatt behov av att utveckla och sprida arbetssätt som förbättrar personcentreringen. Den svenska välfärdsstaten bidrar till ett i internationellt perspektiv jämlikt samhälle, men det finns utmaningar när det gäller jämlikheten i vården och omsorgen. Bland annat finns det socioekonomiska och geografiska skillnader i hälsoutfall och vårdutbud. En särskild utmaning är de grupper eller individer vars behov inte alltid kommer till hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kännedom, och för dem har vårdens och omsorgens kompensatoriska uppdrag stor betydelse.

I det här kapitlet beskriver vi i korthet utvecklingen inom hälso- och sjukvård, tandvård och social omsorg och identifierar områden där det behövs mer kunskap. Syftet är ge en sammanfattande lägesbild mot bakgrund av målen för hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, och även mot bakgrund av målen i den sociala dimensionen av Agenda 2030. Kapitlet tjänar också som bakgrundsbeskrivning till de fokusområden som vi kommer att arbeta med inom ramen för den egeninitierade analysverksamheten (se kapitel 4).

3.1 Utvecklingen i hälso- och sjukvården

Ökad livslängd och samsjuklighet, tillsammans med befolkningstillväxten under senare år, har lett till ett större vårdbehov i befolkningen och därmed ökade krav på hälso- och sjukvårdens kapacitet. Dessutom har vården nya utmaningar, bland annat uppskjuten vård efter pandemin och den förvärrade väntetidssituation som uppstått, och som delvis orsakat dagens höga belastning på vårdplatser. Andra utmaningar är kända sedan tidigare, exempelvis brister i vårdens personcentrering och samordning samt växande värdköer, med påtagliga regionala skillnader. Vi ser även skillnader i hälsoutfall som är kopplade till bland annat socioekonomiska förhållanden.

Mot denna bakgrund ser vi det som angeläget att öka kunskapen om hur hälso- och sjukvården kan effektiviseras, vilka arbetssätt som kan bidra till att förstärka personcentreringen och samordningen och vilka insatser som kan öka jämlikheten och tillgängligheten.

3.1.1 Goda hälsoutfall i hälso- och sjukvården

Svensk hälso- och sjukvård visar på goda hälsoutfall. Detta har sin grund i allmänt förbättrade levnadsvillkor, men beror även på vårdens förebyggande insatser för att förhindra skador och ohälsosamma livsstilar, och på ett hälso- och sjukvårdssystem som blir allt bättre på att diagnostisera och behandla sjukdom. I internationell jämförelse uppvisar svensk hälso- och sjukvård goda medicinska utfall för så kallad åtgärdbar dödlighet, dvs. dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av. Den dödligheten är nu på en historiskt låg nivå (VOA 2022a, Eurostat 2022a).

I dag lever man allt längre vid flera sjukdomar, som alltså har övergått till att vara mer av kroniska tillstånd (SOU 2016:2, VOA 2014). Den utvecklingen är mycket positiv men ställer samtidigt nya krav på behandling och rehabilitering, och innebär också att hälso- och sjukvården behöver stärka sin förmåga att möta både hälso- och livskvalitetsrelaterade behov.

Det finns indikationer på att hälso- och sjukvården fungerar sämre för personer med kroniska sjukdomar eller flera olika sjukdomar eller omsorgsbehov (VOA 2021a, VOA 2021b). En annan särskild utmaning är den växande gruppen av unga med psykisk ohälsa och personer med risk för suicid.

3.1.2 Bristande samordning och en patientroll i förändring ställer krav på förbättrade arbetssätt

Samtidigt som svensk hälso- och sjukvård presterar goda resultat när det gäller personcentrering för sjukhusvård i internationella jämförelser, har Sverige sämre resultat än jämförbara länder när det gäller personcentrering och samordning i primärvården (VOA 2021a). Personcentrering innebär att individens behov, preferenser och resurser är utgångspunkten i hela vårdkedjan, och begreppet ser till flera dimensioner av vården, såsom individens möjlighet till delaktighet, information, samordning och integritet.

Vi ser också att det finns utmaningar med kontinuiteten inom primärvården, eftersom det fortfarande är få patienter som har en fast vårdkontakt, och utmaningar i vårdens samordning, både på huvudmannanivå mellan regioner och kommuner och mellan vårdgivare. Brister i vårdens kontinuitet är särskilt problematiska, exempelvis eftersom personer med en fast vårdkontakt generellt uppvisar bättre erfarenheter av vården (VOA 2022b, VOA 2021a). Samtidigt har olika patienter olika preferenser, inte minst när det gäller kontinuitet (VOA 2020a).

Många patienter som har långvariga vårdbehov, samsjuklighet eller kroniska sjukdomar, eller som behöver rehabilitering eller habilitering, vårdas och behandlas av flera olika aktörer – till exempel specialiserad vård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. För dessa grupper är det viktigt att flytta vården närmare patienten, stärka samordningen och arbeta mer förebyggande samt öka möjligheterna till egenvård.

Vårdens kontinuitet och samordningen mellan olika huvudmän är därmed fortsatt stora utmaningar i svensk hälso- och sjukvård (IVO 2022, VOA 2022a). Vi ser att det finns behov av mer kunskap om hur vården bäst kan samordnas, både inom vårdkedjor med avgränsade övergångar mellan olika aktörer och i insatser som genomförs parallellt av olika aktörer och ibland med olika huvudmän. Vi ser också att det behövs mer kunskap om hur brukare och patienter kan bli mer delaktiga och deras roll som medproducenter av vård och omsorg kan stärkas. Det är angeläget att öka kunskapen om vilka metoder för att involvera patienterna och brukarna som kan vara lämpliga, men personal och beslutfattare behöver också veta hur patienternas och brukarnas erfarenheter kan tas tillvara i utvecklingsarbetet. Det förutsätter i sin tur att patientrapporterade utfalls- och erfarenhetsmått (PROM och PREM) samlas in och används i verksamhetsutvecklingen. I kvalitetsregistren har antalet PROM och PREM ökat på senare år och det är angeläget att utvecklingen fortsätter (VOA 2019a).

3.1.3 Det finns fortfarande skillnader i hälsoutfall

Samtidigt som vårdens hälsoutfall, folkhälsan och medellivslängden generellt förbättrats, finns stora skillnader i hälsa, livsvillkor och livslängd mellan olika grupper. Personer med förgymnasial utbildning har lägre självskattad hälsa, högre dödlighet i åtgärdbara sjukdomar och kortare förväntad livslängd än personer med eftergymnasial eller gymnasial utbildning (VOA 2022a). Det är också tydligt att det finns skillnader i befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården. Trots sämre hälsa bland personer med förgymnasial utbildning upplever de i högre grad att deras behov av vård tillgodoses (VOA 2022a).

Det finns tecken på att hälso- och sjukvården blir bättre på sitt kompensatoriska uppdrag, det vill säga att utjämna hälsoskillnader. Skillnaderna mellan grupper och regioner har minskat när det gäller åtgärdbar dödlighet, liksom skillnaderna i självskattad hälsa mellan dem med och dem utan långvarig sjukdom (VOA 2022a). Personer med kortare utbildning har även högre vårdkonsumtion inom både (somatisk) öppen- och slutenvård, vilket kan tyda på att hälso- och sjukvården till viss del bidrar till minskade hälsoskillnader (VOA 2022a).

Samtidigt upplever personer med sämre hälsa i högre grad att tillgängligheten är ett problem – de är överrepresenterade bland dem som avstår från att söka vård och de upplever i lägre utsträckning att de har tillgång till den vård som de behöver. Personer med sämre hälsa har också oftare en negativ upplevelse av vårdmötet och vårdens samordning än de med bättre hälsa (VOA 2022a). Det tyder på att hälso- och sjukvården kan behöva arbeta mer kompensatoriskt och bli bättre på att nå ut till grupper där hälsan i genomsnitt är sämre, bland annat med förebyggande insatser. För att förebyggande och kompensatoriska insatser ska bli så träffsäkra och effektiva som möjligt är det viktigt att öka kunskapen om vilka grupper som har behov av sådana insatser, och att undersöka vilka typer av hinder som hälso- och sjukvården behöver hantera för att lyckas med sitt kompensatoriska uppdrag. I det arbetet kan civilsamhället spela en viktig roll, dels genom sin kunskap om grupperna de representerar, och dels genom sin förmåga att nå ut till grupper som hälso- och sjukvården har svårt att nå.

3.1.4 Det behövs insatser för stärkt tillgänglighet och mer kunskap om dagens vårdplatssituation

Ur ett internationellt perspektiv är tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård relativt låg, främst på grund av långa väntetider (VOA 2021a, SOU 2022:22). En majoritet av befolkningen anser också att de långa väntetiderna är den aspekt av hälso- och sjukvården som fungerar sämst (VOA 2022a). Förbättrad tillgänglighet har länge varit ett uttalat policymål för svensk hälso- och sjukvård, men andelen som får ett första besök och planerad operation eller behandling inom vårdgarantins gränser har minskat sedan 2014, och det varierar mycket mellan regionerna i vilken utsträckning som vårdgarantin uppfylls. Tillgängligheten försämrades därtill påtagligt under pandemin, till en början främst på grund av att vård sköts upp eller ställdes in, och under 2021 även till följd av vårdskulden som byggts upp (VOA 2022c).

Sedan 2013 vårdas en allt lägre andel patienter inneliggande på sjukhus. Detta speglar en teknisk och medicinsk utveckling och den tidigare nämnda omställningen inom svensk vård mot större fokus på öppenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Sverige har också få vårdplatser på sjukhus i ett internationellt perspektiv, och antalet platser har minskat (VOA 2022a). Samtidigt har möjligheterna att erbjuda specialiserad vård i hemmet ökat, och med digitala lösningar finns även stora möjligheter för patienter att utöva egenvård och övervaka sin sjukdom i hemmet (SKR 2022a).

Det minskade antalet vårdplatser har dock bara delvis kompensats med teknisk innovation, medicinsk utveckling och en förflyttning mot digitalisering och vård i hemmet. I dag finns flera indikationer på att belastningen på existerande

vårdplatser har ökat, med till exempel fler överbeläggningar och utlokaliseringar (Af Ugglas 2021, SKR 2022b, IVO 2022a). Överbeläggningen beror bland annat på ökade och uppskjutna behov, men det är också svårt att rekrytera och behålla personal för att bemanna vårdplatser. Situationen är allvarlig eftersom den bland annat kan leda till risker för patientsäkerheten och längre väntetider. Den kan också medföra sämre arbetsmiljö och etisk stress bland personalen, vilket i sin tur kan bidra till ytterligare svårigheter att bemanna vårdplatserna (Läkarförbundet 2022, IVO 2022a).

Vi ser därför att det behövs mer kunskap om orsakerna till vårdplatssituationen och varför läget varierar inom och mellan regionerna samt om vad som är en lämplig nivå på antalet vårdplatser, givet en optimal beläggningsgrad. Det är många komplexa faktorer i samspel som påverkar beläggningen på olika sjukhus, och det finns därför behov av kunskap om inflödet av patienter, patienternas väg i vården och den resursbrist som kan leda till brist på vårdplatser, exempelvis brist på rätt personalkompetens. Även äldreomsorgens struktur kan påverka vårdkonsumtionen. Tidigare studier visar att skillnaderna i vårdkonsumtion på sjukhus kan skilja mellan kommuner med högre kontra lägre förekomst av särskilda boenden (VOA 2015).

3.1.5 Sammantaget finns möjligheter till effektiviseringar inom vården

På systemnivå syftar begreppet effektivitet till att fånga hur väl de övergripande målen med hälso- och sjukvården uppnås, i förhållande till de resurser som används. Att utnyttja resurserna på bästa sätt är avgörande för utvecklingen framöver och det är därför angeläget att söka efter möjligheter att stärka vårdens produktivitet och effektivitet.

Det är svårt att mäta effektivitet på nationell nivå eftersom det inte finns några enskilda mått som kan sägas fånga effektivitet fullt ut. Utifrån tillgänglig statistik går det dock inte att se något samband mellan hög kvalitet och hög kostnad för vården, varken på nationell eller på regional nivå. Däremot finns betydande skillnader mellan regionerna, där ett antal regioner uppvisar både bättre sammantagna resultat för övergripande kvalitetsområden – såsom medicinska utfall, personcentrering och väntetider – och lägre behovsjusterade kostnader per invånare än genomsnittet för riket. Detta visar att det finns potential för effektivitetsförbättringar (VOA 2022a). Det finns också stora skillnader när det gäller överbeläggningar och utlokaliseringar, både inom och mellan regioner (Socialstyrelsen 2022a). Enligt Tillgänglighetsdelegationens beräkningar (SOU 2022:2) behöver antalet första-gångsbesök till specialistvården öka med 5 procent för att det ska bli balans mellan in- och utflödet av patienter. På motsvande sätt måste volymen operationer och andra planerade behandlingar öka med 3,5 procent. Det finns därmed behov av

att stärka vårdens gemensamma kapacitets- och produktionsplanering, mellan regioner men också mellan regioner och kommuner samt andra vårdgivare. Man behöver också ta bättre vara på de effektiviseringsmöjligheter som digitaliseringen ger (SOU 2022:22). Även omställningen till god och nära vård är en reform som syftar till ökad effektivitet genom att patienterna tas emot på rätt nivå (VOA 2021b, Socialdepartementet och SKR 2022a).

Sammantaget ser vi att det behövs mer kunskap om hälso- och sjukvårdens framtida behovsutveckling och om på vilket sätt framtidens behov kan tillgodoses av effektiviseringar via exempelvis digitalisering, organisatorisk utveckling och bättre kompetensmatchning.

3.2 Utvecklingen i tandvården

Tandhälsan i Sverige är god i en internationell jämförelse och har utvecklats i positiv riktning genom åren. Exempelvis behåller fler och fler personer sina tänder upp i åldrarna, och andelen som har karies minskar i de flesta åldersgrupper (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit 2022; Socialstyrelsen 2022b). Förklaringen är bland annat den allmänna barn- och ungdomstandvårdens utbyggnad, fluortandkrämens genomslag och ökad kunskap om regelbundna vanor (SOU 2021:8). Tandvården arbetar främst förebyggande och i princip alla barn besöker tandvården regelbundet, liksom de flesta vuxna i åldrarna 24 år och äldre. Tandvården präglas dock av liknande utmaningar som den övriga hälso- och sjukvården, exempelvis vad gäller jämlikhet och tillgänglighet.

3.2.1 Tandhälsan är ojämnt fördelad

Tandhälsan är god i befolkningen som helhet men varierar mellan olika delar av landet och mellan grupper i befolkningen (Socialstyrelsen 2022e, SOU 2021:8). Det finns bland annat tydliga skillnader bland patienter med olika socioekonomiska förutsättningar. Exempelvis är det vanligare att personer med kortare utbildning har karies, och de besöker tandvården mer sällan än personer med längre utbildning (Socialstyrelsen 2022b; SOU 2021:8).

Risken för karies hos barn i förskoleålder är större om föräldrarna är utrikesfödda, har kort utbildning och låga inkomster. Den grupp barn som har sämst tandhälsa ökar i storlek, vilket är en utveckling som behöver tas på allvar. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet bedrivs ofta i samverkan med andra aktörer såsom barnhälsovården (BHV) och socialtjänsten, och det framhålls som särskilt viktigt för att fånga upp barn innan de hunnit utveckla ohälsa (Socialstyrelsen 2022c).

Vårdbehoven tycks också ha ökat med anledning av pandemin, eftersom tandvård sköts upp eller ställdes in under 2020 och 2021. Det har visat sig genom

att patienter som inte undersöktes under pandemiåret 2020 sedan fick fler lagningar än tidigare (Socialstyrelsen 2022d). Uppskjutna eller inställda besök kan vara särskilt allvarligt för dem som har stora behov av tandvård och som löper ökad risk för ohälsa. Här lyfts bland annat det särskilda tandvårdsstödet *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*, vars målgrupp ofta är personer som har svårt att sköta sin dagliga munvård (Socialstyrelsen 2022d och 2022e; SKR 2022c). I en enkätstudie uppger en av fem vuxna att de avstått tandvård trots behov under de senaste tre åren. Det är vanligare att relativt unga patienter (24–34 år) uppger att de har avstått tandvård, jämfört med äldre. Skälen varierar. De som är yngre än 65 år anger framför allt att de inte haft råd, medan det för äldre framför allt har varit på grund av covid-19-pandemin (VOA 2022d).

3.2.2 Patienter vill ha mer information om tandvårdens kostnader

Tillgång till god patientinformation är en grundläggande del av en personcentrerad vård. Vård- och omsorgsanalys undersökte 2022 vuxna patienters erfarenheter av tandvården och behov av information om den (VOA 2022d). Undersökningen visar att patienterna är förhållandevis nöjda med sin tandvård och att många känner förtroende för personalen. Dessutom är det många som får träffa samma tandläkare, och denna kontinuitet är något som värderas högt.

Men när det gäller information framkommer flera områden som inte fungerar på ett tillfredsställande sätt utifrån patienternas perspektiv, trots lagkrav och bestämmelser. Det är till exempel många som efterfrågar ytterligare information om kostnader, ekonomiska tandvårdsstöd och behandlingsalternativ. Vuxna betalar en stor del av tandvårdskostnaderna ur egen ficka från året de fyller 24 år, så detta är viktigt för att patienterna ska kunna göra informerade val. Informationen är också viktig för att de grupper som stöden riktar sig till ska ha möjlighet att ta del av tandvården. En förutsättning är också att informationen anpassas till patienternas olika behov.

Generellt sett saknas kunskap om hur patienters uppfattningar om och erfarenheter av tandvården ska tas tillvara för att bidra till utveckling på organisatorisk nivå. Flera regioner har kartlagt och analyserat sitt patientsäkerhetsarbete i tandvården. En gemensam nulägesanalys visar att patienternas perspektiv kan stärkas, exempelvis patientmedverkan på organisatorisk nivå i utveckling av processer, arbetssätt och lärande (Nationellt programområde tandvård 2022). Vi har tidigare lyft fram vikten av att lära från patienter och deras närstående, och att vården behöver låta deras behov och preferenser vara en tydligare utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av vården (VOA 2018).

3.2.3 Det finns också utmaningar i tillgängligheten

Vår undersökning om patientinformation i tandvården visar att patienter i valet av mottagning bland annat anser att det är viktigt att det är lätt att komma i kontakt med mottagningen och att väntetiderna är korta, vilket är centrala tillgänglighetsaspekter (VOA 2022d). Detta hänger ihop med kompetensförsörjningen som är en aktuell fråga för både tandvården och den övriga hälso- och sjukvården. Nyhetsrapporteringen under 2022 visade också att vissa vuxna patienter fått vänta i flera år på att besöka tandvården, särskilt i några av landets norra delar och i glesbygd (Dagens nyheter 2022; SVT Nyheter 2022), men det rapporteras om brist på tandvårdspersonal i stora delar av landet (Socialstyrelsen 2022f). Det finns i dagsläget ingen nationell uppföljning på området, och inte någon vårdgaranti motsvarande den inom hälso- och sjukvården. Vi vet därför för lite om hur långa väntetiderna är för olika grupper och på olika platser i landet, och för lite om vilket arbete som bedrivs nationellt och lokalt för att stävja effekterna av väntetider och vilken påverkan det har på patienters hälsosituation. Att följa detta, med patienternas perspektiv i fokus, skulle kunna vara ett viktigt bidrag till ökad kunskap om kompetensförsörjning och tillgänglighet i tandvården.

3.3 Utvecklingen i socialtjänsten

Socialtjänsten har en viktig roll i att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänstens uppdrag är brett och innefattar olika typer av insatser för flera grupper med skiftande behov. En vanlig indelning är äldreomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg. Med personer med funktionsnedsättning menas personer under 65 år med funktionsnedsättning. Insatser till personer med funktionsnedsättning regleras antingen i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller i socialtjänstlagen (SoL).

I det här avsnittet beskriver vi den kunskap som vi samlat på området, men vår bild är att det i stor utsträckning saknas kunskap om hur väl socialtjänsten lever upp till uppdraget, och vad uppdraget egentligen bör omfatta. Det är heller inte klart om skillnader i utbudet och användningen av socialtjänstens insatser är motiverade eller inte.

Civilsamhället är ofta en viktig aktör kopplat till socialtjänstens verksamhet. Det är därför viktigt att i olika sammanhang belysa civilsamhällets erfarenheter och att öka kunskapen om dess insatser och om hur civilsamhället och offentliga aktörer samarbetar och kompletterar varandra. Dessutom ser vi ett behov av att stärka den nationella uppföljningen och öka kunskapen om hur samordningen

och det förebyggande arbetet kan stärkas. Inom äldreomsorgen är det därtill angeläget att undersöka hur de ökande behoven ska kunna tillgodoses, samtidigt som verksamheten anpassas efter brukarnas individuella behov och önskemål.

3.3.1 Äldreomsorg

På senare tid ses försämringar i flera kvalitetsindikatorer som är viktiga för brukare inom äldreomsorgen, till exempel bemötande och kontinuitet. Sammantaget har pandemin påverkat både brukare och verksamheter negativt. Den demografiska utvecklingen innebär samtidigt att behovet av äldreomsorg förväntas öka kraftigt i framtiden, vilket ställer krav på att redan nu försöka hitta sätt att möta behovet. En viktig utgångspunkt i det arbetet är de äldres egna önskemål om vilken äldreomsorg de vill ha.

Flera kvalitetsmått visar gradvis försämring

På ett övergripande plan är det svårt att mäta den samlade kvalitetsutvecklingen inom äldreomsorgen. Brukarupplevd kvalitet mäts i enkäten *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* (Socialstyrelsen 2022g, Socialstyrelsen 2015), och enligt den är nästan 90 procent av brukarna inom hemtjänsten mycket eller ganska nöjda med sin hemtjänst, och inom särskilda boenden är motsvarande andel 77 procent. Andelen nöjda brukare inom både hemtjänsten och särskilda boenden har dock minskat sedan 2013. De flesta indikatorer på brukarupplevd kvalitet visade också en viss försämring under 2022 jämfört med 2020. Dessutom ses en ökning av andelen som upplevt någon form av kränkande eller dåligt bemötande från personal.

Personcentrering och ett värdigt bemötande har i forskningen kopplats till personalens arbetsmiljö och arbetsvillkor. Till exempel kan låg bemanning inverka negativt på de boendes värdighet i särskilt boende, och tidsbrist och bristande stöd från chefer beskrivs som hinder för personcentrering (Holmberg och Godskesen 2022a och 2022b).

För personer med äldreomsorg är det viktigt med personkontinuitet, men kontinuiteten i hemtjänst försämrades nationellt under perioden 2007–2021, och det är stora skillnader mellan kommuner (SOU 2022:41). Från statlig nivå beslutades 2022 att huvudregeln är att fast omsorgskontakt ska erbjudas för personer med hemtjänst, som ett sätt att öka kontinuiteten och tryggheten. Exakt vilka arbetsuppgifter en fast omsorgskontakt ska ha regleras inte i lag, men utredningen Fast omsorgskontakt i hemtjänsten beskriver att målet är att den fasta kontakten ska ha ansvar för samordning och även utföra en stor del av ”sina” brukares insatser (SOU 2020:70). Enligt förslaget till ny äldreomsorgslag ska rätten till en fast omsorgskontakt även gälla personer på särskilt boende för äldre (SOU 2022:41).

Äldreomsorgen har koncentrerats till dem med störst behov, och skillnaderna mellan kommuner är stora

Andelen äldre personer som får insatser från äldreomsorgen har minskat över tid, och det tycks inte bara handla om minskade behov utan även om att behoven i lägre grad tillgodoses av det offentliga (VOA 2021c, Socialstyrelsen 2022h, Szebehely och Meagher 2017). En indikation på detta är att närståendes insatser är omfattande och har ökat över tid. Många av dem som ger omsorg till en äldre person är själva äldre, men även personer i medelåldern ger omfattande hjälp till framför allt sina föräldrar. Utvecklingen beskrivs som problematisk, både för närstående och för hjälpbehövande äldre, som i studier uttrycker att de inte vill vara beroende av hjälp från sin familj (Szebehely 2005, Ulmanen 2015, Szebehely och Trydegård 2007, Granvik 2015, Katzin 2014). Närståendes insatser har också ökat under pandemin (Socialstyrelsen 2022h).

Andelen hemtjänstinsatser som rör hushållsarbete har minskat. Detta bedöms handla om att insatserna koncentreras till personer med större behov, och att exempelvis städning i allt högre grad utförs av andra aktörer, bland annat i form av RUT-tjänster (Wiechel 2008, Siverskog och Jönson 2020).

Både Vård- och omsorgsanalys och andra aktörer har konstaterat att det finns stora skillnader mellan kommuner när det gäller till exempel andelen äldre som har insatser från äldreomsorgen och vad de får hjälp med samt hur kommunerna arbetar med bemanningsfrågor. Även brukarnöjdheten skiljer sig åt (VOA 2021c, Socialstyrelsen 2022h, SOU 2021:52, SOU 2022:41). Enligt en nyligen publicerad rapport finns även skillnader i hur många livsområden som utreds av socialtjänsten (VOA 2022e). Detta är problematiskt ur ett jämlikhetsperspektiv, samtidigt som det kommunala självstyret innebär stor frihet för kommunerna att utforma sin äldreomsorg inom lagens ramar.

Pandemin har påverkat äldre negativt och satt ljus på brister i äldreomsorgen

Covid-19-pandemin har haft stor påverkan på äldre personer och äldreomsorgen. Antalet personer som söker hemtjänst och särskilt boende sjönk under pandemin, när många avstod från att ansöka om insatser eller avslutade sina hemtjänstinsatser av rädsla för smitta, men nivån är nu densamma eller högre än före pandemin (Socialstyrelsen 2022h). Samtidigt kan utebliven vård och andra insatser förväntas leda till ökade behov framöver. En av fem personer över 70 år har till exempel avstått från att söka vård under pandemin (Socialstyrelsen 2022h). Socialstyrelsen ser att även faktorer såsom ensamhet och oro till följd av pandemin kan ha påverkat äldre personer negativt. Kommuner uttrycker oro för ökad isolering, i synnerhet bland äldre som bor i ordinarie bostad på landsbygden (Socialstyrelsen 2022h).

Pandemin har lett till ökat fokus på välkända brister inom vård och omsorg för äldre. Coronakommissionen skrev exempelvis i sitt första delbetänkande att äldreomsorgen har ”uppenbara och stora strukturella problem” när det gäller bland annat bemanning, kompetens och arbetsmiljö, och att det krävs en ambitionshöjning (SOU 2020:80).

Viktigt att synliggöra brukarperspektivet i äldreomsorgen

Människor lever längre och är friskare än förr, vilket betyder att fler är friska och lever utan funktionsnedsättningar vid hög ålder. Samtidigt innebär det att fler personer behöver äldreomsorg, och det är en utmaning att möta det ökade behovet samtidigt som andelen personer i yrkesverksam ålder minskar. Äldres behov av omsorg blir också alltmer olika, vilket ställer högre krav på att äldreomsorgen kan anpassas efter brukarnas olika förutsättningar (VOA 2015). Detta ställer höga krav på tillgången till personal och personalens kompetens. Utredningen om kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre har haft i uppdrag att stötta kommunerna i arbetet med kompetensförsörjning (SOU 2021:52). I sitt slutbetänkande lyfte utredningen att en ambitionshöjning i arbetet är nödvändig, och att det behövs mer kunskap och ett fortsatt nationellt stöd till kommunerna i frågan.

3.3.2 Personer med funktionsnedsättning

Kunskapen är särskilt bristfällig när det gäller hur väl socialtjänsten lever upp till sina åtaganden gentemot personer med funktionsnedsättning. Brukarundersökningar tyder på att majoriteten är nöjda, men det framkommer skillnader mellan olika typer av insatser. Centrala delar i verksamheten är att insatserna ska utgå från individens behov, men också vara jämlika. Vi har dock nyligen sett att det finns skillnader mellan grupper i behovsutredningar, och att skillnaderna är stora mellan kommuner (VOA 2022e). Vi kan inte avgöra om dessa skillnader är omotiverade, men ser en risk för ojämlikhet som bör undersökas vidare. Vidare behövs mer kunskap om hur samordningen fungerar ur brukarnas perspektiv.

Det saknas kunskap om huruvida socialtjänsten lever upp till sitt uppdrag

En viktig förutsättning för att på nationell nivå följa socialtjänstens kvalitet är att det finns individbaserad statistik med tillräcklig information om varje individ. Detta gäller för personer med funktionsnedsättningar men också för andra grupper.

Dagens data är bristfälliga men tyder på att de flesta med funktionsnedsättningar är nöjda med stödet från socialtjänsten. Detta baseras på en brukarundersökning av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), som är ett exempel på den uppföljning

som trots allt görs. Nöjdheten varierar dock mellan olika sorters insatser och boendeformer. Till exempel är personer i boenden som erbjuds enligt SoL mer nöjda än personer i LSS-boenden, dvs. boenden med särskild service för vuxna enligt LSS (SKR 2022d).

Det är också svårt att veta i vilken utsträckning socialtjänsten tillgodoser de behov som finns, eller om det finns personer som faller mellan stolarna. Andelen personer med insatser enligt LSS i befolkningen har ökat sedan 2010. Däremot minskade antalet personer med personlig assistans mellan 2020 och 2021 (Socialstyrelsen 2022i, Försäkringskassan 2022).

Risk för omotiverade skillnader i socialtjänstens insatser för personer med funktionsnedsättningar

Vi vet relativt lite om i vilken grad det förekommer omotiverade skillnader i socialtjänstens insatser för personer med funktionsnedsättningar. Vår nyligen publicerade rapport visar dock att det i vissa fall finns risk för omotiverade skillnader (VOA 2022e). Exempelvis är det en större andel vuxna kvinnor än män som beviljas insatser enligt LSS, trots liknande bedömd funktionsbegränsning. Det finns också stora skillnader mellan kommuner i hur utredningarna genomförs och vilka uppgifter som samlas in under en utredning (VOA 2022e).

Det är svårt att avgöra vilka skillnader som är motiverade eller inte, men vår rapport pekar på flera skillnader som bör undersökas närmare. Vi ser samtidigt ett behov av att stärka den nationella uppföljningen och den officiella statistiken på området för att få bättre möjligheter att göra den här typen av analyser.

Tillgängligheten kan bli bättre

Väntetiden till insatser påverkas av flera faktorer – exempelvis verkställighet av beslut och utredningstid. Utredningstiden verkar ha minskat under den senaste tiden (Socialstyrelsen 2022m), medan tiden till verkställighet har ökat. Under 2020 behövde fler personer vänta på att få insatser inom socialtjänsten jämfört med tidigare år. För personer med funktionsnedsättningar var väntetiden extra lång. Antalet beviljade insatser som inte verkställdes inom tre månader var högre än 2019 när det gäller insatser enligt LSS och insatser inom äldreomsorgen och omsorgen till personer med funktionsnedsättning enligt SoL (IVO 2021).

Svårt att veta hur samordning fungerar för personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning får ofta stöd från flera aktörer samtidigt. En brukare kan till exempel bo på ett LSS-boende, och samtidigt få insatser från kommunal hälso- och sjukvård eller ekonomisk ersättning från Försäkringskassan. Ur ett patient- och brukarperspektiv är det viktigt att samverkan mellan olika aktörer fungerar, exempelvis mellan socialtjänsten och Försäkringskassan, för att inte behov ska falla mellan stolarna eller personen själv eller hens anhöriga ska

behöva samordna insatserna. Samtidigt saknas kunskap om hur väl samordningen fungerar för gruppen. Öppna jämförelser från 2022 pekar på att andelen kommuner med skriftligt beslutade överenskommelser om extern samverkan har minskat, samtidigt som fler kommuner uppger att de ändå har en bra samverkan, om än inte genom skriftliga överenskommelser (Socialstyrelsen 2022l). Men för att avgöra hur samordningen fungerar utifrån ett brukarperspektiv behöver brukarna själva tillfrågas. Sådana uppgifter saknas till stor del i dag.

3.3.3 Individ- och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen möter ökande behov bland sina målgrupper, till följd av samhällsutvecklingen i stort. Behovet av ett förstärkt förebyggande arbete gentemot barn och unga lyfts fram särskilt. I förslaget om en ny socialtjänstlag framhålls vikten av en förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst (SOU 2020:47). Det behövs dock mer kunskap om hur socialtjänsten kan bli bättre på att fånga upp behövande barn och ungdomar, särskilt i utsatta områden, och en nyckelfaktor i det arbetet är att socialtjänsten har allmänhetens förtroende och har en förmåga att nå ut. Vi ser också ett behov av mer kunskap om samordning ur ett brukarperspektiv eftersom samverkan är central för många grupper, men ofta har omfattande brister.

Behoven ökar, bland annat till följd av pandemin och ökad ojämlikhet

Utvecklingen i samhället i stort bedöms medföra större behov av socialtjänstinsatser till barn och unga. Både före och under pandemin har man sett växande skillnader i barns och ungas livsvillkor och hälsa, vilket enligt Socialstyrelsen kräver mer förebyggande arbete med tidiga insatser (Socialstyrelsen 2022p). En studie av hedersvåld och hedersförtryck visar också att strukturell och socioekonomisk isolering spelar en viktig roll för denna problematik (Socialstyrelsen 2022c). Det finns flera områden där individ- och familjeomsorgen inte lyckas möta behoven hos målgrupperna, till exempel när det gäller möjligheten att få stöd för personer med erfarenhet av att sälja sex, och vårdens och socialtjänstens förmåga att fånga upp våldsutsatthet.

Pandemin kan också ha lett till ökade behov av stöd från socialtjänsten. Barns och ungas psykiska hälsa tycks ha försämrats (Folkhälsomyndigheten 2021b), och personer med missbruk har påverkats negativt med bland annat sämre tillgång till vård (Socialstyrelsen 2022p). Socialtjänstens arbete med till exempel samordnade individuella planer (SIP) för personer med insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård har också försvårats under pandemin eftersom det varit svårt att träffas fysiskt. Grupper med särskilt stora stödbehov har ofta lägre kunskap om socialtjänstens uppdrag och roll, vilket också påverkar möjligheten att ge grupperna det stöd som de behöver. Det behöver därför finnas en beredskap för att hantera och förebygga ökade behov (VOA 2021d).

Det förebyggande arbetet behöver stärkas

På grund av både samhällsutvecklingen generellt och pandemins påverkan bedöms behovet av förebyggande arbete inom socialtjänsten ha ökat, särskilt för barn och unga (Socialstyrelsen 2022p). Förslaget till ny socialtjänstlag innehåller bland annat förstärkta förebyggande och tidiga insatser (SOU 2020:47), och regeringen har aviserat att fler öppna stödjande insatser skulle kunna ges genom bland annat familjecentraler.

De flesta aktörer tycks vara överens om vikten av förebyggande insatser, men det behövs mer kunskap om resultat och effekter av olika arbetssätt och insatser. Inom en rad områden har man också funnit att personal inom vård och omsorg behöver bättre tillgång till den kunskap som finns. Förslaget till ny socialtjänstlag (SOU 2020:47) innehåller en skrivning om att socialtjänsten, så långt det är möjligt och lämpligt, ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En förutsättning för detta är enligt utredningen att det finns underlag för att analysera insatser och resultat inom socialtjänstområdet, något som i hög utsträckning saknas i dag. Om utredningens förslag för att stötta en sådan utveckling genomförs, till exempel en ny lag om socialtjänstdataregister, blir det lättare att göra sådana analyser (SOU 2020:47).

Parallellt med ett ökat fokus på en mer förebyggande socialtjänst pekar Föreningen Sveriges Socialchefer på en ökad politisk efterfrågan på mer repressiva åtgärder. Föreningen har uttryckt farhågor om att en mer repressiv användning av socialtjänsten kan minska tilliten för både socialtjänst och samhälle (Föreningen Sveriges Socialchefer 2022). I synnerhet förutsättningarna för att arbeta förebyggande kan undermineras om målgruppernas förtroende för socialtjänsten minskar. Under 2022 sågs också desinformationskampanjer riktade mot socialtjänsten i sociala medier, med bland annat filmer om att socialtjänsten kidnappar muslimska barn. Socialstyrelsen har med anledning av detta tagit fram informationsmaterial om socialtjänstens arbete, och i synnerhet lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Vidare har bland annat civilsamhället medverkat i olika former av informationssatsningar, och Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag om att motverka ryktesspridning och desinformation om socialtjänsten.

Samordnade insatser är centralt för många brukargrupper

Individ- och familjeomsorgen möter brukare med olika behov – det kan handla om personer som ansöker om ekonomiskt bistånd, personer med missbruksproblematik, personer som lever i våldsutsatthet, personer som behöver stöd i sitt föräldraskap eller barn och unga i behov av stöd. En brukare kan ha flera sociala behov eller svårigheter samtidigt, vilket förutsätter en god samordning runt brukaren. På samma sätt gäller att individer kan behöva insatser från både individ- och

familjeomsorgen och hälso- och sjukvården. Sammantaget finns ett stort behov av bättre samverkan och ökad samordning. Det är också angeläget att uppmärksamma behoven hos barn som är anhöriga till vuxna med olika svårigheter, så att de får stöd. Barn som växer upp i familjer med till exempel missbruk eller psykisk ohälsa är utsatta, och det riskerar att få stora negativa konsekvenser för barnens hälsa, skolgång och framtida försörjning.

Samordningen mellan vård och socialtjänst lyfts också fram som viktigt för att uppmärksamma våldsutsatthet. När det gäller personer som har erfarenhet av att sälja sex är ansvarsfördelningen oklar, trots att det ofta är kopplat till en komplex behovsbild och därmed medför behov av insatser från olika aktörer. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har också sett grundläggande brister i samordningen för barn med psykisk ohälsa, och Socialstyrelsen bedömer att samverkan runt barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården är ett område som behöver prioriteras (Socialstyrelsen 2022p). Vård- och omsorgsanalys har tidigare funnit brister i ansvarsfördelningen kring personer med missbruk. Ekonomiska system uppfattas göra det svårare att dela ansvaret mellan olika aktörer, och primärvården är en svag länk i samordningen (VOA 2017a). Vi har också funnit att integrerade verksamheter ses som ett framgångsrikt sätt att hantera utmaningarna (VOA 2017a). Socialstyrelsen ser dock ingen ökning i integrerade team på området (Socialstyrelsen 2022p).

Det är ont om kunskap om samordning ur brukarnas perspektiv. De analyser och utvärderingar som görs tenderar i stället att utgå från ett verksamhetsperspektiv (VOA 2017b). Här ser vi ett behov av att fortsätta utveckla ett ramverk för att följa upp samordning ur brukares perspektiv.

Individen som utgångspunkt behöver stärkas, särskilt när det gäller barn

Socialtjänstens insatser ska utformas och ges utifrån individens behov. I granskningar av insatser för personer med missbruk har dock IVO funnit brister i detta, bland annat att kommunala riktlinjer och utbudet av insatser bedöms styra vilka insatser som individer får tillgång till (IVO 2018).

Barns rätt är särskilt skyddad i lag. I SoL står det bland annat att barnets bästa särskilt ska beaktas vid åtgärder som rör barn (SoL 1 kap. 2 § SoL), och barns rätt har stärkts juridiskt genom att barnkonventionen 2020 blev svensk lag. I en enkätundersökning av Barnombudsmannen (2021) svarade dock varannan socialchef att man inte har förändrat sina rutiner för att göra barn delaktiga sedan barnkonventionen blev lag. Även IVO konstaterar att socialtjänsten behöver utveckla arbetet med att tillgodose barnets rättigheter, eftersom det fortfarande finns brister i socialtjänstens barn- och ungdomsvård (IVO 2022b).

Behovet av att ta vara på barns rättigheter berör de flesta områden inom socialtjänsten. Bris betonar i en rapport att barn som anhöriga till personer med missbruk är en mycket utsatt grupp. Jämställdhetsmyndigheten ser också i sin analys av våldsutsatta med skyddade personuppgifter att barns rättigheter behöver stärkas och tillvaratas i högre grad i dessa ärenden (Jämställdhetsmyndigheten 2022).

3.4 Utvecklingen av vårdens och omsorgens förutsättningar

I det här avsnittet beskriver vi hur utvecklingen av ekonomiska och personella resurser, teknisk och digital innovation och övergripande styrtrender påverkar vårdens och omsorgens förutsättningar. Vi kopplar tillbaka till det föregående avsnittet genom att beskriva i vilken uträkning de faktorer som nämns förstärker eller hanterar de utmaningar vi sett.

3.4.1 Ett ansträngt ekonomiskt läge väntas för kommuner och regioner

En växande befolkning tillsammans med en ökad andel äldre kommer att medföra ett ökat behov av hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Den ökande andelen äldre medför dessutom en högre försörjningskvot (SCB 2022a). Äldreförsörjningskvoten förväntas öka med ungefär 5 procentenheter fram till 2040, vilket dock är en betydligt mindre ökning än i övriga EU-länder (Eurostat 2022b). Det finns samtidigt stora variationer i dagens försörjningskvot och dess förväntade utveckling mellan regionerna. En högre försörjningskvot innebär ett högre förväntat vårdbehov, minskade skatteintäkter och färre som kan arbeta i hälso- och sjukvården. Förändringarna i befolkningsstrukturen påverkar också möjligheterna att finansiera verksamheterna. I Sverige ökar antalet äldre och yngre snabbare än antalet i yrkesverksam ålder, vilket medför utmaningar för att utföra och finansiera välfärden, eftersom behoven av vård och omsorg ökar samtidigt som skattebasen och tillgången på arbetskraft relativt sett minskar (SCB 2021).

Sammantaget förväntas kostnaderna för vården och omsorgen öka på sikt. Därför måste resurserna användas på ett effektivt sätt, vilket kräver utveckling av metoder och arbetssätt. Dessutom är det viktigt att grupper med stora behov prioriteras för att de jämlikhetsutmaningar som finns i vården och omsorgen inte ska förstärkas.

Pandemin har under de senaste åren haft en stor påverkan på vårdkonsumtionen och ekonomin. Under 2023 antas regionerna inte längre ha några kostnader för testning och vaccinering. Även om de direkta ekonomiska konsekvenserna av pandemin har börjat avta beräknas den ändå få indirekta ekonomiska konsekvenser

under lång tid framöver. Det handlar bland annat om kostnader för att hantera den uppskjutna vården och ge vård till personer med postcovid och efterföljande rehabilitering (SKR 2022e).

Under 2021 nådde både kommuner och regioner ett positivt resultat. Det var en följd av statsbidrag, ökade skatteintäkter, tillfälliga pandemirelaterade bidrag och minskad efterfrågan på välfärdstjänster. Den starka börsutvecklingen medförde även högre finansiella intäkter på kommunsektorns placeringar (SKR 2022e). Även för 2022 förväntas ett positivt resultat. Man räknar dock med ett underskott 2023 på grund av högre priser på drivmedel och energi, men även ökade pensionskostnader. Samtidigt minskar den totala summan för hälso- och sjukvård och social omsorg i regeringens budget för 2023. Minskningen beror framför allt på att man fasar ut de extra medel som infördes under pandemin, bland annat för att hantera uppskjuten vård och vård till personer med covid-19 (Regeringen 2022). Kostnaderna för vården förväntas öka även under de kommande åren som en konsekvens av högre löner, högre priser och den förändrade demografin (SKR 2022e).

Behov av effektivisering inom vården och omsorgen

Produktiviteten är en utmaning i både vården och omsorgen. Vi har tidigare bedömt att nedgången i vårdproduktion under 2020, tillsammans med ökade totala kostnader, ledde till minskad produktivitet. Det är svårt att skatta hur vårdens effektivitet på nationell nivå har utvecklats under perioden, men våra produktivitets- och effektivitetsjämförelser mellan regioner visar tydliga skillnader (VOA 2022a). Tidigare analyser av äldreomsorgen har visat på skillnader i produktivitet mellan kommuner, vilket tyder på att det finns sätt att åstadkomma högre produktivitet (VOA 2013).

Ett ökat vårdbehov till följd av en åldrande befolkning, parallellt med en allt svårare kompetensförsörjningssituation, innebär att vården och omsorgen måste effektivisera sina arbetssätt för att möta behoven. Arbetsgivarna behöver därmed kontinuerligt undersöka om de kan effektivisera verksamheten via nya arbetssätt, förändrad kompetensmix och annan fördelning av arbetsuppgifter. Det finns flera typer av åtgärder som diskuterats, bland annat ökad användning av välfärdsteknik och differentiering av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier. Det senare innebär att olika personal utför olika arbetsuppgifter, till exempel att vissa arbetsuppgifter utförs av utbildad omsorgspersonal och andra av anställda med kortare eller ingen utbildning. Samtidigt är det svårt att beräkna den ekonomiska potentialen av digitalisering, och det dröjer ofta länge innan tekniken ger minskade kostnader och ökad produktivitet (SOU 2020:8, VOA 2020b). På längre sikt behöver vården också ställas om till att bli mer förebyggande i syfte att förbättra hälsan i befolkningen, och därmed minska behovet av hälso- och sjukvård (SKR 2022e).

3.4.2 Kompetensförsörjning

Svårigheter att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens påverkar vården och omsorgen negativt på flera sätt. Kompetensbrist medför naturligtvis att vissa insatser blir mindre omfattande och att verksamheter tvingas till bortprioriteringar, exempelvis anges personalbrist som en viktig faktor bakom den höga belastningen på vårdplatser (se avsnitt 3.1.4). Dessutom påverkas patientsäkerheten och kvaliteten. Till exempel visar forskning på ökad dödlighet i samband med operation på sjukhus med färre sjuksköterskor och hög arbetsbelastning (Aiken m.fl. 2014).

Arbetsmiljön och arbetsvillkoren är centrala för att de som utbildat sig inom ett yrke också stannar kvar och arbetar inom det. En hållbar arbetsmiljö i vård och omsorg är inte enbart viktigt för chefer och anställda, utan även för att patienter och brukare ska få god vård och omsorg.

Bristen på arbetskraft ökar inom flera yrkesgrupper

Även om kompetensförsörjningen är en generell utmaning inom både vården och omsorgen finns några yrkesgrupper där bristen är särskilt stor. Under 2022 rapporterade samtliga regioner en brist på barnmorskor, specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor. Det varierar mellan regionerna hur stor bristen är på olika yrkeskategorier, men även inom regionerna och mellan olika verksamheter. Bristen på personal beror främst på att det råder brist på utbildade personer samt på pensionsavgångar och hög konkurrens från andra arbetsgivare (Socialstyrelsen 2022j).

Arbetsgivarna beskriver bristen som störst för specialistsjuksköterskor inom anestesi-, intensiv- och operationsvård och psykiatrisk vård samt för distriktssjuksköterskor och barnmorskor. Bristen gäller både nyutexaminerade och yrkeserfarna (SCB 2022b).

Även inom kommunerna finns det brist på personal. Det handlar framför allt om sjuksköterskor, men det är också brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter med yrkeserfarenhet (SCB 2022b). Samtidigt beskriver kommunerna att det finns en god balans mellan tillgång och efterfrågan på yrkeskategorier som dietister, kuratorer och logopedier (Socialstyrelsen 2022j).

Bristen på specialistsjuksköterskor och allmänläkare medför stora utmaningar

Bristen på sjuksköterskor pekas i flera sammanhang ut som ett viktigt skäl till svårigheterna att anpassa antalet vårdplatser till befolkningens behov. I en granskning som IVO publicerade i mars 2022 (IVO 2022a) uppgav 18 av de 21 regionerna att de hade brist på disponibla vårdplatser. Den största bristen fanns inom somatisk specialistsjukvård, men en del har även problem inom psykiatrisk specialistsjukvård, särskilt i rättspsykiatrin. IVO konstaterar att risken för vård-

skador ökar med överbeläggningar och utlokaliseringar. Enligt IVO beror den ansträngda vårdplatssituationen ofta på personalbrist. Många regioner uppger att sängplatser kan finnas, men att det saknas utbildade medarbetare som kan bemanna vårdplatserna.

IVO:s bild bekräftas av Statistiska centralbyråns (SCB:s) arbetskraftsbarometer (2022b): 87 procent av arbetsgivarna upplever brist på sjuksköterskor inom anestesi-, intensiv- och operationssjukvård. Bristen på distriktssjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inom psykiatri är av liknande omfattning och väntas också öka på sikt (SCB 2022b och 2020a). Även kommunerna beskriver brist på specialistsjuksköterskor; de vanligaste kategorierna i kommunal verksamhet är distriktssjuksköterskor och sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre (Socialstyrelsen 2022j).

Bristen på distriktssjuksköterskor gäller både sköterskor med yrkeserfarenhet och nyutexaminerade (SCB 2022a). Antalet distriktssjuksköterskor per 100 000 invånare har minskat inom hälso- och sjukvården sedan 2016. Samtidigt varierar antalet i förhållande till befolkningens mängden mellan olika regioner, exempelvis på grund av skillnader i vårdbehov och befolkningssammansättning (Socialstyrelsen 2022k). Utifrån omställningen till en god och nära vård förväntas ett ökat behov av specialistsjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2022j).

Bemanningsproblemen bidrar till att omställningen till god och nära vård går långsamt, vilket i sin tur kan bidra till att flera av de utmaningar som omställningen siktar in sig på kvarstår. Bristen på specialister i allmänmedicin är påtaglig och det är särskilt svårt att rekrytera läkare i glesbygdssområden (Socialstyrelsen 2021j, VOA 2021e). Antalet läkare i specialiseringstjänstgöring (ST-tjänster) i allmänmedicin har dock ökat (SKR 2022f). Ett exempel är Region Skåne där antalet ST-tjänster i allmänmedicin dubblerats på knappt tio år (Läkartidningen 2022). Samtidigt påverkas tillgång och efterfrågan av många faktorer, exempelvis förekomsten av deltidsarbete, uppskattat vårdbehov i befolkningen och målsättningen att alla patienter ska ha en fast läkarkontakt (Socialstyrelsen 2022k).

Ökad brist på undersköterskor på längre sikt

Bristen på undersköterskor är framför allt en utmaning för äldreomsorgen. Betydelsen av utbildning är inte helt entydig, men den kan dock antas öka i takt med att brukarna inom äldreomsorgen i allt högre grad har omfattande behov och multisjukdom. Forskningen tyder på att undersköterskeutbildning har samband med bättre bemötande (i synnerhet vid demenssjukdom och psykisk ohälsa) och större medicinsk kunskap för bättre patientsäkerhet (Törnquist 2004). Samtidigt betonas vikten av informell kompetens (erfarenhet och personlig kompetens).

Enligt SCB:s arbetskraftsbarometer (2022b) har arbetsgivarna delade meningar om rekryteringsläget för vård- och omsorgsutbildade på gymnasienivå (dvs. undersköterskor). Knappt hälften upplevde en brist, medan övriga upplevde en balans eller god tillgång. Däremot väntas bristen bli mer påtaglig på lite längre sikt, och 2030 väntas att bristen uppgår till cirka 70 000 personer (SCB 2020a). Ett sätt att öka tillgången är att skapa fler utbildningsplatser vid Komvux, som är den vanligaste utbildningsvägen (SCB 2020a).

Äldreomsorgslyftet innebär att befintlig och ny personal utbildar sig på betald arbetstid, genom statlig finansiering, och är en strategi för att förbättra kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen. Hittills har dock endast en mindre andel av medlen använts (Socialstyrelsen 2022c). Det beror bland annat på att kommunerna har haft svårt att frigöra personal, men andra orsaker är bristande långsiktighet i bidraget och begränsat antal utbildningsplatser (SVT 2021; Tidningen Äldreomsorg 2021).

För att göra yrket mer attraktivt införs 2023 en skyddad yrkestitel för undersköterskor. Möjligheten att differentiera arbetsuppgifterna inom äldreomsorgen är ytterligare ett förslag för att stärka yrkets attraktivitet, men syftet är framför allt att använda personalresurserna mer effektivt. Förslaget har diskuterats inom ramen för utredningen om kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre (SOU 2021:52). I vilken utsträckning differentiering tillämpas, och hur det fungerar, är en fråga som Vård- och omsorgsanalys studerar inom ramen för ett regeringsuppdrag som publiceras under våren 2023.

Andra kompetensutvecklingsbehov som lyfts fram, bland annat av den nationella samordnaren för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre (SOU 2021:52), handlar om att stärka kunskaperna i svenska språket bland vård- och omsorgspersonalen, stärka ledarskapet och förbättra arbetsmiljön.

3.4.3 Trender i styrningen av vård och omsorg

De flesta aktörer är överens om att effektiviteten och jämlikheten i vården och omsorgen behöver öka. Många vill se en ökad statlig styrning för att komma tillrätta med bland annat ineffektiva digitala stöd, långa väntetider och brister i likvärdighet. De brister som blivit tydligare under pandemin har också aktualiserat förslag om ökad statlig styrning, inte minst när det gäller beredskapen. Samtidigt har flera aktörer och statliga utredningar pekat på negativa konsekvenser av alltför detaljerad styrning gentemot kommuner och regioner, men att statlig styrning också kan vara av godo inom områden där det är gynnsamt och om det bidrar till lärande och verksamhetsutveckling (Välfärdskommissionen 2021, SOU 2019:43, SKR 2021, VOA 2022f).

Mot bakgrund av den utveckling inom styrningen som nu sker eller föreslås ser vi ett behov att öka kunskapen om vilka styrformer som är ändamålsenliga och inom vilka områden det är lämpligt med olika typer av styrning. Det är viktigt att styrningen av vården och omsorgen framöver baseras på noggranna analyser av för- och nackdelarna med dagens strukturer och system för ansvarsutkrävande.

Ökad statlig styrning

Politiska partier och många invånare vill se ökad statlig styrning av hälso- och sjukvården (SVT 2021a, SVT 2021b). Även i våra nordiska grannländer har man tagit initiativ för ökad centralisering. År 2022 beslutade Finland att integrera ansvaret för vård och omsorg i väsentligt färre regionala välfärdsområden, samtidigt som finansieringen centraliserats till statlig nivå. Tidigare har ökat nationellt ansvar för specialistsjukvården införts i både Norge och Danmark.

I Sverige intensifierades debatten i samband med pandemin. Coronakommissionen (SOU 2020:80) menade bland annat att erfarenheterna under pandemin visat på vikten av en förvaltningsreform på regional nivå liksom på behovet av en tydligare statlig styrning.

Mot bakgrund av Coronakommissionens kritik tillsatte regeringen en utredning för att ta fram en särskild äldreomsorgslag som komplement till socialtjänstlagen (Socialdepartementet 2020). Bakgrunden är de strukturella brister i äldreomsorgen som blivit särskilt tydliga under pandemin (SOU 2020:80). Förslagen i utredningen går mot en tydligare statlig styrning av äldreomsorgen. Den särskilda äldreomsorgslagen innebär att bestämmelser i SoL som specifikt berör äldreomsorg flyttas över till en ny lag, men man föreslår även att äldreomsorgens mål tydliggörs och att vikten av personcentrering och ett förebyggande arbetssätt betonas. Innehållet i den nya lagen ska enligt förslaget specificeras i en Nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorg (NOK) (SOU 2022:41).

Exempel på ökad statlig styrning av hälso- och sjukvården är införandet av en nationell läkemedelslista och systemet för nationell högspecialiserad vård. Nationell läkemedelslista är ett initiativ från regeringen som syftar till att samla alla patientens förskrivningar på ett ställe (e-hälsomyndigheten 2022b). Nationell högspecialiserad vård innebär att vård som är starkt specialiserad och som omfattar ett litet antal patienter, till exempel transplantationer, kan utföras på maximalt fem ställen i landet. Vårdgivarna behöver uppfylla vissa krav och väljs ut på nationell nivå av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2022a). Reformen innebär alltså att vissa beslut om vilken vård som ska produceras i regionerna fattas på nationell nivå i stället för regional.

Ett ytterligare exempel är utredningen om riksintressen i hälso- och sjukvården som föreslog stärkt statlig styrning av vårdinfrastrukturen, bland annat genom statligt ägda vårdfastigheter och definierade riksintressen för hälso- och sjukvården som ska beaktas vid regionala och kommunala vårdinfrastrukturbeslut (SOU 2021:71). Syftet med förslagen är att nationella intressen ska beaktas i större utsträckning vid regionala och kommunala beslut om investeringar i vårdinfrastruktur (SOU 2021:71). I utredningen påtalas även behovet av en digital infrastruktur som är gemensam för hela landet (se avsnitt 3.4.5). I utredningen hälso- och sjukvårdens beredskap ges förslag på ökad statlig styrning i samband med allvarliga händelser (SOU 2022:6).

I den nytilträdde regeringens reformagenda finns även flera reformförslag som medför en ökad statlig styrning. Inom hälso- och sjukvården handlar det bland annat om nationell vårdförmedling, nationella principer för ersättning och avgifter, nationella planer för kompetensförsörjningen och förlossningsvården och gemensam digital infrastruktur (Kristdemokraterna med flera 2022).

Vi ser att det är angeläget att följa upp och utvärdera effekterna av de förändringar som har gjorts, till exempel nationell högspecialiserad vård och nationell läkemedelslista. Syftet är att öka kunskapen om deras effekter och se hur tydligare nationell styrning påverkar vårdens jämlikhet och kvalitet, särskilt ur patienternas perspektiv.

Ökat regionalt ansvar för kunskapsstyrning

Parallellt med ett ökat fokus på statlig styrning har regionerna börjat ta ett gemensamt ansvar för kunskapsstyrningen inom den regiongemensamma kunskapsstyrningsorganisationen. Syftet är att bidra till att utjämna skillnader i vård, behandling och resultat mellan regioner och verksamheter genom att sprida kunskap och förbättra samverkan. Styrningen sker bland annat genom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.

Kunskapsstyrning är ett område där statliga myndigheter sedan tidigare har ett stort ansvar. Många aktörer ser positivt på ett ökat regiongemensamt ansvar för kunskapsstyrning och minskade regionala skillnader (VOA 2021f), men samtidigt uttrycker vissa också farhågor med det nya systemet. Några risker som påtalats är att det finns risk för dubbelarbete och motstridiga styrsignaler (VOA 2021f), mindre transparens och möjligheter till ansvarsutkrävande och hot mot det professionella kunnandet och integriteten liksom möjligheter att göra anpassningar utifrån patientens behov (Falkenström och Svallfors 2022). Det förekommer också kritik mot att organiseringen av nationella programområden och vårdförlopp i sjukdomsspecifika områden förstärker stuprören i hälso- och sjukvården, och att den inte tar sikte på utmaningar i samordningen av vården, framför allt för multisjuka patienter (Leading Health Care 2022).

Därför ser vi ett behov av att följa upp kunskapsstyrningens funktionssätt: Motsvarar kunskapsstyrningen de behov som finns i regionerna och bland vårdens professioner? Det är också angeläget att följa upp om kunskapsstyrningen, till exempel i form av standardiserade vårdförlopp, bidrar till att lösa de största utmaningarna i vården och omsorgen, bland annat brister i samordningen och behov av att stärka personcentrerade arbetssätt. En viktig dimension är också att styrningen sker på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Därför är det viktigt att följa upp i vilken utsträckning det finns överlappningar, konflikter och ett kompletterande förhållande mellan olika kunskapsstöd, men även andra styrmedel. Det är också relevant att studera hur kunskapsstyrning inom ramen för regionernas kunskapsstyrningsorganisation förhåller sig till demokratiska principer såsom möjligheten till insyn och ansvarsutkrävande.

Omställning till god och nära vård

Sedan 2018 pågår en omställning mot god och nära vård. Den ska bidra till att lösa flera av de utmaningar som vi diskuterat tidigare (se avsnitt 3.1), till exempel behovet av ökad samordning, personcentrering och en mer jämlik vård.

Reformens syfte är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt. I den pågående omställningen är regeringens målbild att primärvården ska vara navet i vården och bättre kunna samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, och att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser så att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt (prop. 2019/20:164).

I vår pågående utvärdering av omställningen har vi sett att en mängd aktiviteter pågår i regioner och kommuner för att omsätta regeringens målbild, särskilt på strategisk nivå. Det pågår också mycket utvecklingsarbete i form av lokala initiativ och projekt. Hittills kan vi dock inte se att vården närmat sig målen, vare sig ur ett patient- eller ett systemperspektiv. Till exempel är primärvårdens förutsättningar i form av ekonomiska resurser och kompetensförsörjning hittills i stort sett oförändrade (VOA 2022a). Andelen specialisläkare i allmänmedicin ökar inte, trots en stor brist på allmänläkare och trots att omställningens mål är att fast läkarkontakt ska vara kärnan i kontinuiteten och primärvården (VOA 2021b). Andelen i befolkningen som uppger att de har en fast vårdkontakt i primärvården har inte heller ökat utan nivån ligger på omkring 30 procent (VOA 2022h).

Vad gäller äldres vårdbehov har samverkan mellan regioner och kommuner särskilt betonats i omställningen, liksom ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2019/20:164). I samtliga län pågår också ett gemensamt

arbete mellan regioner och kommuner på strategisk nivå, till exempel med att ta fram målbilder (VOA 2022h). Samtidigt tycks kostnaden för kommunal hälso- och sjukvård öka snabbt och det finns tecken på att kommunerna tar sig an patienter med allt tyngre vårdbehov. Vi vet ännu inte vilka förutsättningar kommunerna har för att möta denna utveckling eller vilka prioriteringar de ökade kostnaderna innebär (VOA 2022h). Utredningen om en särskild äldreomsorgslag (SOU 2022:41) finner också att patienter i den kommunala primärvården inte får lika god tillgång till vård som övriga, och föreslår en rad ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för att stärka den kommunala primärvården.

Vi fortsätter att följa utvecklingen. Vår nästa rapport (mars 2023) kommer att särskilt belysa utvecklingen av kompetensförsörjningen i primärvården (se kapitel 5).

Ökat fokus på tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Som vi redan beskrivit (avsnitt 3.1.4) är tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård låg i ett internationellt perspektiv, främst när det gäller väntetider (VOA 2022a). Pandemin har satt nytt ljus på väntetiderna och förlängt dem, men i grunden är detta ett problem i svensk hälso- och sjukvård som fanns före pandemin. Det behövs långsiktigt arbete för att motverka de långa väntetiderna. En rad initiativ har skett under de senaste åren, och vi ser det som angeläget att framöver följa vilka förslag som genomförs och hur tillgängligheten påverkas.

Regionerna och regeringen har på senare år vidtagit en rad åtgärder för att korta väntetiderna. Hälso- och sjukvården har arbetat med att hantera den uppskjutna vården från pandemin samtidigt som man haft hög belastning av patienter med covid-19. Regeringen gav både 2021 och 2022 medel till regionerna för att hantera de uppdämda vårdbehoven och den uppskjutna vården (Socialdepartementet 2021a, 2021b, 2022). Därtill ser vi en rad mer riktade insatser, bland annat medel för regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning av nationella riktlinjer, riktade informationsinsatser till vård för kroniskt sjuka och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete (Socialdepartementet 2022b och 2022c). Regionerna arbetar även för att öka tillgängligheten inom ramen för regionala handlingsplaner, som en del av överenskommelsen mellan SKR och staten för 2022 (SKR 2022g). Socialstyrelsen har fått i uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, och i det ingår att följa upp regionernas handlingsplaner (Socialdepartementet 2022d). Därtill har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla sina förutsättningar för att samla in väntetidsdata (Socialdepartementet 2021c). Staten har även gjort en överenskommelse med SKR för att utveckla den nationella väntetidsdatabasen (Socialdepartementet och SKR 2021 och 2022b). Det innebär att det i framtiden förhoppningsvis blir lättare att få tillgång till väntetidsdata med god kvalitet, och då blir det också lättare att följa förändringar i vårdkonsumtionen.

Våren 2022 presenterade Tillgänglighetsdelegationen sitt slutbetänkande (SOU 2022:22). I det föreslås bland annat en utökad vårdgaranti som täcker fler delar av vårdkedjan och en tidsgräns för när information om tidpunkt för den beslutade vården ska ges samt förkortade tidsgränser i vissa delar.

3.4.4 Initiativ för ökad jämlikhet och mer stöd åt anhöriga

Under det senaste året har det kommit en rad initiativ på nationell nivå för att stärka jämlikheten i hälso- och sjukvården och tandvården.

Förslag om ett mer jämlikt tandvårdssystem

Utredningen om jämlik tandhälsa lämnade i början av 2021 ett betänkande och ger flera förslag för ett mer jämlikt och effektivt tandvårdssystem. Till exempel föreslås att tandvårdslagen ska kompletteras med en princip om att den med störst behov ska ha företräde och att en undersökning ska kosta 200 kronor per tillfälle (SOU 2021:8). Regeringen har aviserat att den avser tillsätta en utredning om att stärka tandvårdens högkostnadsskydd samt avskaffa de speciella regler som finns för asylsökande och personer utan uppehållstillstånd, med undantag för tandvård som inte kan vänta.

Förslag om att säkra vård på lika villkor

Inom hälso- och sjukvården har även initiativ tagits för att säkerställa att alla vårdgivare, både offentliga och privata, omfattas av HSL:s bestämmelser om en vård på lika villkor för hela befolkningen och om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Bestämmelserna ska gälla för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, både offentligt och privat finansierad. Frågan har utretts (SOU 2021:80 och Ds 2022:15) och tagits vidare till riksdagen. Förslaget rör privata vårdgivare som har ytterligare uppdragsgivare utöver regionen, och innebär att avtalet med regionen ska ange hur vårdgivaren ska säkerställa att övriga uppdrag inte negativt påverkar utförandet av uppgifterna från regionen. Det ska också framgå hur detta ska följas upp. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) föreslås vidare att få förelägga den som inte har fullgjort sin skyldighet att anmäla till vårdgivarregistret att de ska fullgöra denna skyldighet (prop. 2021/22:260).

Förslag om tvångsvård och tolktjänst för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet

Förslagen i två utredningar förväntas också bidra till ökad jämlikhet. Det gäller God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40) och Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet (SOU 2022:11). Den förstnämnda ska stärka rättssäkerheten för personer som

tvångsvårdas, och den andra ska bidra till ökad jämlikhet i tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. Båda områdena har präglats av regionala skillnader.

En nationell anhörigstrategi

År 2022 beslutade regeringen om en nationell anhörigstrategi inom hälso- och sjukvård och omsorg. Strategin ska hjälpa kommuner och regioner att stärka anhörigperspektivet i vården och omsorgen, och stödet till anhöriga ska bli mer individanpassat och likvärdigt över landet. Utgångspunkten är att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet. Socialstyrelsen har i uppdrag att redovisa hur en kontinuerlig uppföljning av anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvård och omsorg kan utformas (Regeringen 2022).

Vi ser positivt på detta initiativ eftersom det länge har saknats kunskap om det stöd som kommuner och regioner erbjuder till anhöriga. Det behövs också mer kunskap om hur reformer och arbetssätt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten påverkar anhöriga. Vidare är det särskilt viktigt att belysa barn som anhöriga.

3.4.5 Digitalisering och teknisk utveckling

Digitaliseringen av vården och omsorgen har kommit långt i Sverige, och pandemin har både snabbat på och bromsat den digitala utvecklingen. Till exempel har användningen av digitala kontaktvägar ökat, medan viktiga investeringar har fått vänta. Delningen av information mellan vårdgivare är fortfarande problematisk och vi ser också att det behövs en närmare analys av hur de digitala verktygen påverkar effektiviteten och jämlikheten.

Den digitala tekningen används allt oftare i vård- och omsorgsmöten, men det finns också utmaningar

Sverige är ett av de mest digitaliserade länderna i EU, enligt EU-kommissionen. Några förklaringar till det är en hög digital kompetens bland både invånare och företag, god tillgång till snabbt bredband och en hög andel digitala offentliga tjänster (EU-kommissionen 2022). Befolkningsundersökningar visar också att fler är positiva till digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och omsorg än de som är negativa (E-hälsomyndigheten 2022a).

Pandemin har påskyndat den digitala utvecklingen på flera sätt. Privata digitala vårdtjänster med offentlig finansiering har ökat samtidigt som samtliga regioner har utvecklat lösningar för digitala vårdmöten i primärvården (VOA 2022g). Också inom omsorgen har pandemin medfört att allt fler kommuner börjat använda digitala lösningar, som redan fanns tillgängliga eller var lätta att implementera, för att kunna klara av sin verksamhet. Samtidigt har större upphandlingar och projekt,

till exempel byte av verksamhetssystem och införande av e-tjänster, fått skjutas på framtiden eftersom verksamheten varit ansträngd (Socialstyrelsen 2022n).

Den nya digitala tekniken väcker frågor om jämlikhet och effektivitet. Alla har inte samma förutsättningar för att delta i det digitala samhället, till exempel på grund av kognitiva funktionsnedsättningar (Kola m.fl. 2021). Studier har också visat att patienter som nyttjar digitala vårdtjänster i högre grad är unga, socioekonomiskt starka och födda i Sverige (Ellegård och Kjellsson 2019; Dahlgren m.fl. 2020, VOA 2022g) samt att en hög andel söker vård för relativt lätta hälsoproblem såsom luftvägsinfektioner, virus och hudåkommor, jämfört med patienter som söker vård på vårdcentral (Ellegård och Kjellsson 2019, Dahlgren m.fl. 2020, Gabrielsson-Järhult 2021). Det finns ännu få studier som empiriskt undersökt i vilken grad digital vård ersätter fysisk vård, men studierna indikerar att en betydande del av den digitala vården utgörs av nya vårdbehov (Ellegård och Kjellsson 2019, VOA 2022g).

Sommaren 2022 fick en utredare i uppdrag att utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetsbaserad digifysisk primärvård, med syftet att öka integrationen mellan fysisk och digital vård och främja kontinuiteten. Utredaren ska bland annat

- se över de ersättningsprinciper som regionerna tillämpar för vårdval i primärvården och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system
- analysera och föreslå hur uppföljning och tillsyn av digitala vårdgivare kan utvecklas
- kartlägga hur digitala vårdtjänster marknadsförs och analysera hur utbudet av sådana tjänster påverkar patienter i deras vårdkonsumtion.

Kunskapen om effekterna av digitala vårdbesök har ökat under de senaste åren, men utvecklingen behöver följas vidare. Framför allt är det angeläget att på sikt följa upp vad de förändringar som infördes 1 juli 2022 innebär för de digitala vårdgivarna och hälso- och sjukvården i stort, till exempel begränsningar i möjligheten att lista om sig.

Enligt E-hälsomyndighetens invånarundersökning används kommunernas e-tjänster fortfarande i låg utsträckning (E-hälsomyndigheten 2022a). Inom äldreomsorgen har användningen av välfärdsteknik ökat, men det finns begränsad kunskap om effekterna av digital teknik i äldreomsorgen. Studier som gjorts pekar på positiva effekter för brukare, personal och närstående (till exempel ökad trygghet och bättre nattsömn), men det finns också risker (VOA 2020b). Det saknas också kunskap om hur de upplevda effekterna skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen.

Det finns ett behov av gemensam digital infrastruktur

Trots de generellt goda digitala förutsättningarna i Sverige finns stora utmaningar på systemnivå för att fullt ut dra nytta av möjligheterna med digitala lösningar i välfärden. Det gäller både teknisk infrastruktur, juridiska förutsättningar, ersättningsystem och annan styrning. Fortfarande finns tekniska och organisatoriska hinder för att dela journalinformation genom sammanhållen journalföring. Enligt E-hälsomyndigheten är det få regioner som tillämpar sammanhållen journalföring gentemot kommuner och andra regioner, och antalet minskade snarast mellan 2020 och 2021. Däremot ingår privata vårdgivare i de flesta av regionerna (E-hälsomyndigheten 2022c).

Nationella läkemedelslistan är ett exempel på att en gemensam digital infrastruktur använts för att öka samordningen. Den infördes 2021 och innebär att patienter kan dela information till olika användare om vilka läkemedel de fått förskrivna. Arbete pågår med att tillgängliggöra informationen i ett gemensamt system, men det beräknas inte vara färdigt förrän 2025.

Flera aktörer lyfter fram behov av en nationell digital infrastruktur (SOU 2021:71, Kristdemokraterna m.fl. 2022, VOA 2019b). Hälsodata och sammanhållna journaler bedöms ha en stor potential att bidra till en bättre och säkrare vård, ökad tillgänglighet och stärkt patientautonomi. Behandling av hälsodata från individer är också viktigt för att metodutveckla och kvalitetssäkra vården. Det skapar även möjligheter för mer individbaserad vård. Dessutom är det angeläget att öka kunskapen om patienternas vårdkedja för att kunna analysera effektiviteten i vården. Dagens fragmentiserade digitala struktur skapar dock hinder för vårdens utveckling. För närvarande hanteras frågan inom ramen för utredningen om hälsodata som nationellt intresse (Socialdepartementet 2022e).

3.5 Vi ser väsentliga kunskapsluckor inom flera områden

Omvärldsanalysen tar upp flera områden där vi ser ett behov av mer kunskap. I det här avsnittet beskriver vi de kunskapsluckor som vi bedömer är särskilt viktiga och som väglett prioriteringarna i vår egeninitierade analysverksamhet.

3.5.1 Personcentrering och samordning

Det behövs mer kunskap om arbetssätt för ökad personcentrering och samordning inom och mellan vården och omsorgen. Vi, liksom flera andra aktörer, har pekat på att fragmentisering och delvis otydlig rollfördelning försvårar samordning och personcentrering. Därför är det angeläget att analysera hur styrningen kan bidra till en mer samordnad vård och omsorg som utgår från patienternas och brukarnas behov och förutsättningar.

Det är också viktigt att framöver öka kunskapen om till exempel arbetssätt och organisationsformer som kan bidra till att förbättra samordningen kring patienter och brukare. Vi ser att det finns behov av mer kunskap om samordning – inom vårdkedjor, vid övergångar mellan olika aktörer och när insatser genomförs parallellt av olika aktörer och ibland olika huvudmän. Det kan handla om samordning mellan primärvård, specialiserad vård och kommunala insatser eller mellan tandvården och hälso- och sjukvården, men också om samordning mellan patientens egenvård och professionerna. Det är även relevant att öka kunskapen om hur digitala verktyg kan användas för att förbättra samordningen.

Sådana analyser förutsätter att det finns kunskap om hur patienters och brukares erfarenheter kan bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen. En annan förutsättning är att patienternas och brukarnas upplevelser och erfarenheter är kända, till exempel genom egenrapporterade mått som representerar de utfall som värderas av patienter och brukare. För omsorgen saknas i dag ramverk för nationell uppföljning. Att utveckla det är något vi ser ett stort värde i, eftersom det underlättar uppföljningen och också innebär ett tillfälle att i samarbete med brukare, medborgare, professioner och beslutsfattare att enas kring vilka mål och uppföljningsdimensioner som är viktigast. Ett sådant ramverk kan också bidra till att synliggöra vilka indikatorer som kan kopplas till uppföljning och de databehov som då aktualiseras. Inom tandvården saknas i dag nationell uppföljning med hjälp av patientrapporterade mått. Det medför att det i stor utsträckning saknas kunskap om patienternas uppfattningar och erfarenheter från tandvården.

3.5.2 Insatser för ökad jämlikhet

Det finns tydliga skillnader i utfall inom vården och omsorgen, både mellan befolknings- och behovsgrupper och mellan geografiska områden. Bland annat varierar väntetider mellan regionerna, men det finns även skillnader i hälsoutfall och personcentrering som är kopplade till kön, inkomst, utbildning och födelseland. Inom omsorgen finns också betydande skillnader mellan regionerna i hur insatser ges, och våra tidigare studier visar på skillnader utifrån kön och utländsk kontra svensk bakgrund.

Vårt fokus inom jämlikhetsområdet är omotiverade skillnader, det vill säga skillnader som inte kan förklaras av legitima skäl såsom medicinskt motiverade överväganden, brukares skilda behov av insatser eller patientens eller brukarens preferenser. Vi har tidigare studerat omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården, men inom omsorgen är kunskapen mer begränsad. Inom båda sektorerna behövs också mer kunskap om grupper som är svåra att nå och som har behov som inte kommer till vårdens och omsorgens kännedom.

Det är viktigt att civilsamhällets aktörer görs delaktiga på olika nivåer i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är ett sätt att tillvarata erfarenheter av hur vård och omsorg fungerar för de som faktiskt använder den. Civilsamhällets aktörer kan också ha bättre förutsättningar för att få kontakt med grupperna som är svåra att nå. Därför är det angeläget att belysa i vilka situationer och på vilket sätt vården och omsorgen kan samverka med civilsamhället.

3.5.3 Behovet av effektiviseringar

Det behövs kunskapsunderlag om hur hälso- och sjukvården, men också omsorgen, kan effektiviseras för att möta de demografiska utmaningar som väntas framöver. Behovet av framför allt äldreomsorg och hälso- och sjukvård förväntas öka kraftigt i framtiden, vilket ställer krav på att redan nu hitta sätt att möta behovet. Det kan handla om effektiviseringar via exempelvis digitalisering, organisatorisk utveckling och förbättrad kompetensmatchning. Det är viktigt att patient- och brukarperspektivet är en utgångspunkt i det arbetet. Det behövs även mer kunskap om socialtjänstens förbyggande arbete, särskilt hur det offentliga ska samarbeta för att insatserna ska utgå från individen.

3.5.4 Ändamålsenlig styrning

För att möta de utmaningar som finns är det viktigt att styrningen är utformad på ett ändamålsenligt sätt. I våra nordiska grannländer har det skett och pågår en rad strukturreformer, vilket ger möjlighet att lära av deras erfarenheter.

Även i Sverige pågår flera initiativ som på olika sätt förändrar styrningslandskapet, framför allt inom hälso- och sjukvården. Det är angeläget att följa upp förändringar som medför ökad centralisering, såsom nationell högspecialiserad vård och nationell läkemedelslista, både för att se vilka effekter sådana reformer har men också för att se hur tydligare nationell styrning påverkar vårdens jämlikhet och kvalitet, särskilt ur patienternas perspektiv.

Inom kunskapsstyrningen har regionerna tagit ett större gemensamt ansvar under de senaste åren, inom ramen för regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation. Kunskapsstyrningen sker bland annat genom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Vi ser det som angeläget att följa upp konsekvenserna av förändringarna inom ramen för kunskapsstyrningen, liksom standardiserade vårdförlopp som styrform.

Inom tillgänglighetsområdet pågår en rad initiativ. Eftersom tillgängligheten är en utmaning är det viktigt att öka kunskapen om resultaten av olika typer av insatser. På sikt ger de förändringar som sker eller genomförs framöver en värdefull möjlighet till uppföljning och lärande.

4 Egeninitierad analys

Vår uppgift från regeringen är att följa upp och analysera hälso- och sjukvård, tandvård och social omsorg ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Den huvudsakliga inriktningen för det egeninitierade arbetet är att analysera hur dessa sektorer, genom systematiskt kvalitetsarbete och effektiviseringar, kan leverera vård och omsorg som är god, jämlik och kostnadseffektiv.

Sedan ett antal år tillbaka gör vi egeninitierade analyser inom tre analysområden:

1. En personcentrerad vård och omsorg av god kvalitet som utgår från individernas, behov, resurser och förutsättningar
2. En jämlik vård och omsorg utan omotiverade skillnader mellan befolknings- och behovsgrupper
3. Effektiva vård- och omsorgssystem för en god, jämlik och kostnadseffektiv vård- och omsorg.

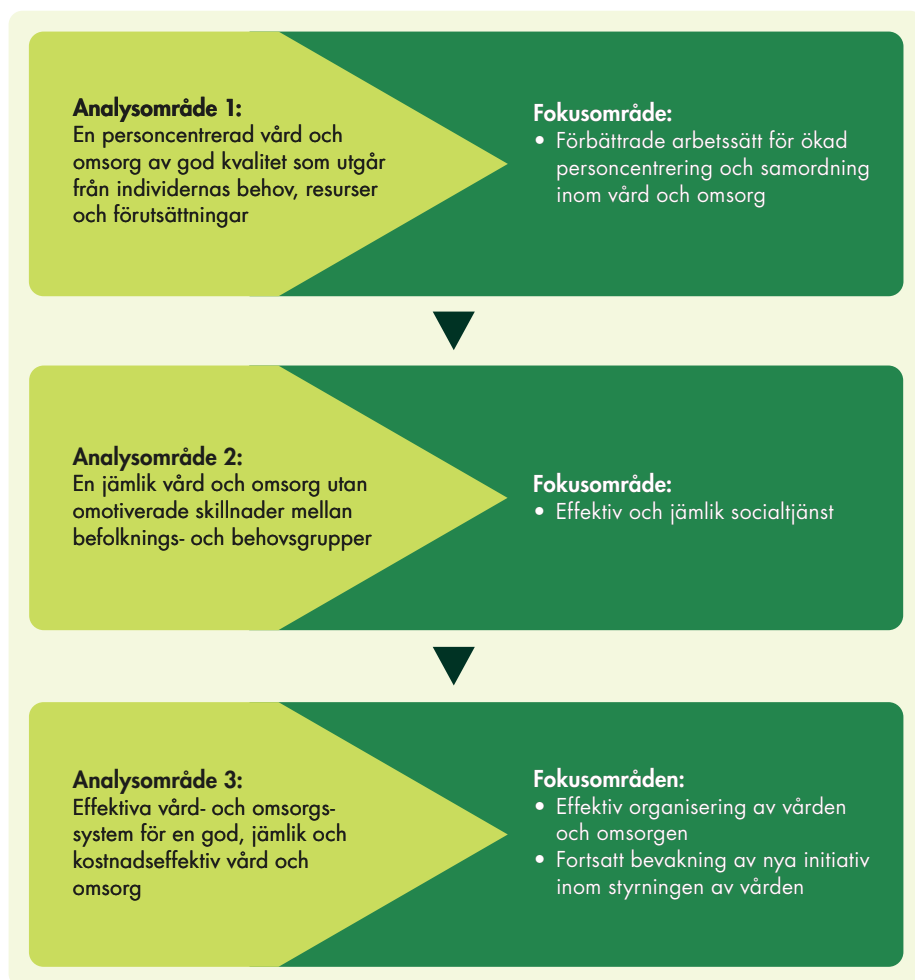
Analysområdena tar fasta på övergripande och långsiktiga mål inom vården och omsorgen. Dessa mål utgår från de grundläggande värdena och rättigheterna i svenska grundlagar och de internationella konventioner som Sverige har ratificerat, och som preciseras i bland annat HSL, patientlagen, SoL och LSS. Ramar för arbetet sätts också i vår myndighetsinstruktion, som särskilt lyfter fram uppföljning och analys av vårdens och omsorgens funktionssätt ur patienternas, brukarnas och medborgarnas perspektiv. Analysområdena kopplar också till långsiktiga utvecklingsmål inom Agenda 2030, såsom mål om social inkludering och jämlikhet. Områdena är inte ömsesidigt uteslutande – tvärtom berör många av våra projekt flera aspekter av de tre analysområdena, men de har också en unik kärna.

4.1 Inriktning för 2023 års analysplan

Utifrån de kunskapsbehov som vi pekar på i kapitel 3 har vi valt att inrikta den egeninitierade verksamheten under 2023 på fyra fokusområden (se figur 1). I dessa fokusområden anser vi att vi särskilt kan bidra med analyser med tanke på vårt oberoende och vår kompetens. Områdena har vi tagit fram genom diskussioner och workshoppar – internt, med vårt patient- och brukarråd och med myndighetens styrelse.

Beskrivningen av den egeninitierade analysen tar fasta på planerade aktiviteter under 2023. För vissa arbeten som är pågående eller som avses att startas upp inom närtid, planeras avrapportering under året. Andra delar avser igångsättande av aktiviteter där slutleverans planeras under kommande år. Snabba förändringar i omvärlden eller nya eller ändrade regeringsuppdrag, kan också påverka upplägget.

Figur 1. Inriktning för 2023 års analysplan.



Utöver fokusområdena kommer vi internt att arbeta med metodutveckling inom flera områden, bland annat svårnådda och/eller särskilt utsatta grupper. På sikt vill vi dra nytta av metodutvecklingen genom att tydligare beskriva och analysera hur vården och omsorgen fungerar för dessa grupper och vilka arbetssätt som kan behöva stärkas.

Vi kommer också att vidareutveckla våra metoder för att ta tillvara erfarenheter från patienter, brukare och medborgare: dels vidga och utveckla formerna för att dra nytta av den webbpanel som vi knutit till verksamheten, dels se över sätt att stärka samarbetet med vårt patient- och brukarråd.

Vidare ser vi ett behov av att utveckla ett ramverk för uppföljning av omsorgen, på motsvarande sätt som vi följde upp hälso- och sjukvården i *Nationell uppföljning 2022* (VOA 2022a). Under kommande år planerar vi att undersöka förutsättningarna för att utveckla ett sådant ramverk och att vidareutveckla vår uppföljning av hälso- och sjukvården.

4.2 Analysområde 1: En personcentrerad vård och omsorg av god kvalitet som utgår från individernas behov, resurser och förutsättningar

Inom analysområdet har vi återkommande följt upp och utvärderat graden av personcentrering vid möten och kontakter inom vård och omsorg samt sätt att förbättra den. Särskilt fokus har varit på strategier som kan bidra till ökad personcentrering, exempelvis delat beslutsfattande, stöd för egenvård och patientinvolvering i vårdens och omsorgens utformning. Inom analysområdet har vi även studerat hur både den medicinska och den patient- och brukarupplevda kvaliteten, tillsammans med medborgarnas förtroende, kan stärkas mer generellt inom olika sektorer och vårdområden. Att följa upp och rekommendera åtgärder för att stärka vårdens tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också centrala delar av analysområdet.

4.2.1 Fokusområde: Förbättrade arbetssätt för ökad personcentrering och samordning inom vård och omsorg

Vår omvärldsanalys visar att det fortfarande finns brister i vårdens och omsorgens personcentrering då Sverige presterar sämre än många jämförbara länder på området, trots ett antal satsningar. Personcentrering blir allt viktigare i en vård och omsorg där brukarna och patienterna ses som kunskapsbärande medskapare snarare än passiva mottagare (VOA 2018, WHO 2015). Det kräver individanpassning snarare än färdiga lösningar som ska passa alla, och helhetssyn snarare än fragmentisering och fokus på olika delar.

Under 2023 planerar vi att analysera patienters delaktighet i verksamheternas och huvudmännens arbete med att utveckla vården, och särskilt studera hur delaktigheten kan skapa värde för verksamheter och individer. Ändamålsenlig patientmedverkan kan troligen bidra till att göra hälso- och sjukvården mer effektiv och bättre anpassad till individens behov. Patienter och brukare kan i sin tur vara delaktiga på olika nivåer, i olika faser och på olika sätt – exempel på det finns i både vården och omsorgen – vilket kan leda till skillnader i förväntade resultat och effekter. Viktiga frågeställningar inom området handlar om hur dagens patientdelaktighet är utformad, vilken reell påverkan den har på utvecklingen och hur den bör utformas för att på bästa sätt motsvara både verksamheternas och patienternas behov och intentioner.

Analys av hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och omsorgens funktionssätt visar att det finns generella brister i samordningen. Vår bild är dock att samordningsfrågan ofta analyseras utifrån ett verksamhets- och organisationsperspektiv i stället för att utgå från patienters och brukares behov, vilket gör det svårare att bedöma om insatserna är de mest relevanta. Det är oklart vad som faktiskt resulterar i en samordnad vård och omsorg, så det behövs mer kunskap om de verktyg som kan användas för att möta olika samordningsbehov, liksom fortsatt metodutveckling på området. Vi planerar därför att fortsatt stärka kompetensen internt inom detta område.

En del i detta arbete är att undersöka förutsättningarna för att följa vårdkedjan för patienter med särskilt omfattande behov via svenska registerdata. För närvarande använder vi metoden i ett internationellt samarbetsprojekt där vi studerar incidens och prevalens samt vårdinsatser, kostnader och utfall längs en samlad vårdkedja.

4.3 Analysområde 2: En jämlik vård och omsorg utan omotiverade skillnader mellan befolknings- och behovsgrupper

Oavsett vem man är och var man bor ska varje enskild person, patient, brukare och närstående kunna känna sig trygg i att ha tillgång till god vård och omsorg. Skyldigheten att verka för vård och omsorg på lika villkor fastslås i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och tandvårdslagen. Men i dag har människor i Sverige olika förutsättningar för att uppnå en god hälsa och livskvalitet. Delvis beror det på att vården och omsorgen inte fullt ut lever upp till sitt kompensatoriska uppdrag.

Inom analysområdet har vi särskilt arbetat med att definiera när skillnader inom vården ska ses som omotiverade och hur lagens krav på jämlik vård efterlevs inom olika vårdområden, såsom cancerområdet. Fokus har varit på framåtblickande åtgärder för att stärka jämlikheten utifrån individuella bakgrundsfaktorer,

behovsbild och geografisk hemvist. Under senare tid har vi utvidgat analyserna till omsorgssektorn, eftersom det i stor utsträckning saknats kunskap om omotiverade skillnader inom äldreomsorg och socialtjänst (VOA 2016, 2022e), bland annat till följd av färre och mindre detaljerade datakällor. Samtidigt förbättras förutsättningarna i takt med att mer standardiserade system för dokumentation införs, till exempel Individens behov i centrum (IBIC). Vi har därför bedrivit ett arbete med att definiera och kartlägga eventuell förekomst av omotiverade skillnader i socialtjänstens omsorg enligt SoL och LSS, bland annat med hjälp av information från kommunernas behovsutredningar.

4.3.1 Fokusområde: Effektiv och jämlik socialtjänst

Som vi beskrivit i omvärldsanalysen i kapitel 3 finns det behov av att stärka jämlikheten i såväl vård som omsorg. Myndigheten har i flera rapporter analyserat jämlikheten i hälso- och sjukvården och avser framöver att öka kunskapen om jämlikheten i socialtjänsten. Ett viktigt verktyg för att stärka jämlikheten är förebyggande insatser. Myndigheten avser därför att under 2023 särskilt belysa socialtjänstens förebyggande arbete, för att få en bättre bild av förutsättningarna. Effektiva förebyggande insatser bidrar till socialtjänstens kompensatoriska uppdrag och till att utjämna skillnader på längre sikt.

Socialtjänstens utrymme för förebyggande arbete har minskat, enligt utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2018:32). Resurser går i stället till mer akuta individinriktade uppgifter inom ramen för myndighetsutövning, och flera faktorer utmanar socialtjänstens möjligheter i det förebyggande arbetet: brist på metoder och metodstöd, en instabil personalsituation, otillräcklig lagstiftning och ett lednings- och styrningssystem som försvårar långsiktighet och helhetssyn.

Förebyggande insatser kan riktas till barn och unga men också till deras vårdnadshavare. De ges oftast i öppen form och huvudregeln är att det är frivilligt att delta. Men om målgruppen inte har förtroende för socialtjänsten finns en risk för att unga och deras vårdnadshavare tackar nej till det erbjudna stödet. Vi vet sedan tidigare att pojkar med utländsk bakgrund beviljas insatser i lägre utsträckning än andra barn, ofta för att vårdnadshavarna inte samtycker (VOA 2018b), och det förekommer att insatser inte erbjuds med motiveringen att vårdnadshavarna inte vill ha något stöd. Samtidigt gör desinformation och ryktesspridning det ännu svårare för socialtjänsten att arbeta förtroendeskapande.

Som en del i att undersöka förutsättningarna för socialtjänsten att lyckas med sitt förebyggande arbete planerar vi att studera medborgarnas förtroende för socialtjänsten, både generellt och i utsatta områden. En viktig frågeställning är vilka konsekvenser befolkningens förtroende får för socialtjänstens möjligheter att arbeta förebyggande med barn och unga.

En annan viktig fråga att belysa framöver är hur jämlikhet och likabehandling inom socialtjänsten tillgodoses, utifrån aspekter såsom ålder, funktionsnedsättning, bostadsort och födelseland. Vi har tidigare belyst jämlikhet i socialtjänsten i samband med vår rapport *Ljuset på skillnader* (VOA 2022e), där vi bland annat analyserade skillnader i utredningar inom äldreomsorg och socialpsykiatri enligt SoL och stöd enligt LSS. Både Vård- och omsorgsanalys och andra aktörer har också konstaterat att det finns stora skillnader mellan kommuner när det gäller till exempel andelen äldre som har insatser från äldreomsorgen, typen av insatser, brukarnöjdhet och arbetet med bemanningsfrågor. På samma sätt finns det geografiska variationer i insatserna i individ- och familjeomsorgen och insatserna till personer med funktionsnedsättning. Det är dock viktigt att skilja på motiverade skillnader och ojämlik vård; vården och omsorgen är bara ojämlik när skillnader inte har legitima skäl. Vår utgångspunkt är därför att belysa omotiverade skillnader.

4.4 Analysområde 3: Effektiva vård- och omsorgssystem för en god, jämlik och kostnadseffektiv vård- och omsorg

Inom analysområdet har vi återkommande arbetat med breda analyser av vårdens och äldreomsorgens effektivitet och produktivitet, med fokus på att finna framgångsfaktorer på regional och kommunal nivå och att studera utjämningssystemens kompensatoriska förmåga. I arbetet med nationell uppföljning av hälso- och sjukvården har vi utvecklat ett ramverk och en samling indikatorer för att ge en helhetsbild av vårdsystemets utveckling samt identifiera styrkor och förbättringsområden. En central del i analysområdet är också att följa upp och utvärdera statliga, regionala och kommunala reformer, satsningar och initiativ för att stärka systemets samlade funktionsförmåga, såsom utvecklingsarbeten för en stärkt primärvård, ökad kvalitet inom specialiserad vård och bättre läkemedelsanvändning. Att studera effekterna av förändrade styr- och organisationsprinciper är också en viktig beståndsdel inom analysområdet.

4.4.1 Fokusområde: Effektiv organisering av vården och omsorgen

För att välfärdssystemen ska vara långsiktigt hållbara måste resurser användas på ett effektivt sätt. Vi har i omvärldsanalysen beskrivit att en äldre befolkning med relativt sett färre yrkesverksamma leder till att skattebasen urholkas, samtidigt som ökade vårdbehov intensifierar dagens brist på vård- och omsorgspersonal. De ekonomiska utmaningarna i pandemins spår tillsammans med krig och energikris medför också att behovet av prioriteringar sannolikt kommer att öka. I takt med ett allmänt ökat välstånd ökar också befolkningens förväntningar på vad vård- och omsorgssystemet ska leverera, och Sverige presterar sämre än andra jämförbara

länder inom kvalitetsaspekter såsom samordning och tillgänglighet. Sammantaget krävs effektiviseringar för att bibehålla dagens nivå och helst också höja kvaliteten.

Inom analysområdet bedriver myndigheten ett arbete med att studera framtida behovs- och finansieringsutmaningar inom vården och omsorgen samt övergripande strategier för effektiviseringar. Den så kallade babyboom-generationen som föddes efter andra världskriget närmar sig nu de åldrar där behovet av vård- och omsorgsinsatser stiger markant, och dagens vårdplatssituation med ökade överbeläggningar kan sannolikt delvis ses i det ljuset. Centrala delar i projektet är därför att studera det demografiskt betingade vård- och omsorgsbehovet på 10–15 års sikt, och se hur olika scenarier för hälsoutvecklingen kan påverka behoven.

En närliggande fråga som är angelägen även på kortare sikt är vårdens organisering i slutenvård, öppenvård, avancerad sjukvård i hemmet och kommunal sjukvård. Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar kan tyda på att vårdplatserna är för få. Frågan om det råder brist eller inte är dock komplex, och hälso- och sjukvårdens organisering påverkar också hur stort antal vårdplatser som behövs. Vi kommer därför undersöka hur vi kan bidra till att belysa i vilken utsträckning det råder brist på vårdplatser, i förhållande till behovet.

4.4.2 Fokusområde: Fortsatt bevakning av nya initiativ inom styrningen av vården

En övergripande styrdimension utgörs av vård- och omsorgssystemets samlade struktur och ansvarsfördelning. Som vi beskrivit i omvärldsanalysen pågår en rad initiativ mot en ökad statlig styrning. Centralisering eller i olika grad ett ökat statligt ansvarstagande ses ofta som lösningen på de utmaningar, såsom bristande effektivitet, jämlikhet och samordning, som svensk hälso- och sjukvård står inför idag. Det har bland annat lyfts i flera statliga utredningar (till exempel SOU 2021:71, SOU 2016:2) och statens roll inom vården är på den politiska agendan.

Norge och Danmark har utifrån liknande övergripande problembilder genomfört strukturreformer innebärande ökad grad av centraliserad styrning av vårdens organisering och finansiering under 2000-talet, och i år har en övergripande centraliseringsreform börjat implementeras i Finland. De specifika angreppssätten skiljer sig dock mellan länderna. Vi ser därför att det finns behov av ett samlat kunskapsunderlag om dels de bärande delarna i de övriga nordiska ländernas strukturreformer och dels vilka mätbara effekter, eller förväntade effekter, som reformerna haft på centrala dimensioner av vården. En bärande idé i analysarbetet är att utifrån en gemensam metodik studera reformernas bakgrund, motiv och påverkan. Målet är ett kunskapsunderlag som kan informera beslutsfattare i Sverige om vilka vägval som prövats i Norden när det gäller hälso- och sjukvårdens övergripande styrning.

Kunskapsstyrning är ett viktigt styrmedel inom hälso- och sjukvården, och allt fler aktörer på både statlig och regional nivå är involverade. Vård- och omsorgsanalys (VOA 2021f) har tidigare pekat på behovet av att följa upp om de pågående förändringarna bidrar till en effektiv kunskapsstyrning, såsom uppbyggnaden av regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation och användandet av standardiserade vårdförlopp, men det är även viktigt att undersöka hur genomslaget och möjligheterna till insyn och ansvarsutkrävande för kunskapsstyrningen påverkas. Ambitionen är att först kartlägga den samlade kunskapsstyrningen i Sverige och att sedan utvärdera hur effektiv och ändamålsenlig utformningen är. Exempel på viktiga frågor inom analysarbetet är i vilken uträkning som pågående förändringar motsvarar de konstaterade utvecklingsbehoven och behoven ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv.

4.5 Vi analyserar aktuella och angelägna frågor inom aktuell respons

Inom området aktuell respons analyserar vi aktuella och nationellt angelägna frågor, som vi identifierar genom en kontinuerlig omvärldsbevakning samt förslag från patient- och brukarrådet och allmänheten. Analysprojekten inom aktuell respons är oftare kortare och mer avgränsade än övriga egeninitierade projekt. Utvecklingen av digitala vårdkontakter, hälsodata och tandvård är exempel på områden där vi särskilt bevakar pågående förändringar.

En specifik insats under 2023 utgörs av myndighetens arbete med att ta fram och presentera en ny landrapport om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet under beteckningen *Health Systems in Transition*. Arbetet sker i samarbete med European Observatory on Health Systems and Policy gentemot vilken myndigheten sedan 2014 är så kallad National Lead Institution. Rapporten ingår i European Observatorys återkommande skriftserie och den senaste svenska versionen gavs ut 2012. Innehållet består av en aktuell och bred belysning av den svenska hälso- och sjukvårdens (inkl. tandvård och äldreomsorg till viss del) struktur och funktionssätt samt pågående policyförändringar. Ambitionen är att rapporten ska presenteras under senare delen av det svenska EU-ordförandeskapet under 2023.

5 Pågående regeringsuppdrag

Vård- och omsorgsanalys har flera pågående regeringsuppdrag med fokus på både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även i dem ingår ett tydligt patient-, brukar- och medborgarperspektiv. I det här avsnittet redovisar vi de regeringsuppdrag som pågår i dagsläget.

I flera av uppdragen arbetar vi med de kunskapsluckor som vi diskuterat i omvärldsanalysen. Regeringsuppdragen om digitalisering och differentierade arbetsuppgifter i äldreomsorgen bidrar exempelvis till frågor såsom effektivisering genom digital teknik och nya sätt att ta tillvara kompetens. Även vår utvärdering av omställningen till god och nära vård berör digitalisering och kompetensförsörjning, men den bidrar även till ökad kunskap om metoder för ökad samordning, ökad kontinuitet och ett effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

Jämlikhet ingår på ett eller annat sätt i nästan alla våra pågående regeringsuppdrag. Det kan till exempel handla om att kartlägga regionala skillnader eller analysera hur något påverkar jämlikhet, likvärdighet eller personer som tillhör vissa grupper. Exempel på uppdrag inom detta område är vår uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa, och uppföljningen av socialtjänstens och vårdens arbete mot våld i nära relationer.

5.1 IHP – Internationell undersökning om hälso- och sjukvården

På regeringens uppdrag genomför vi varje år sedan 2014 den svenska delen av International Health Policy Survey (IHP-undersökningen). IHP är en undersökning av hälso- och sjukvårdens utveckling som genomförs årligen i elva länder och som leds av den oberoende amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund. IHP beskriver hur hälso- och sjukvården upplevs och resultatet används som underlag till förbättrat beslutsfattande och för internationella jämförelser.

Undersökningen har olika målgrupper i ett rullande treårsschema. Målgrupperna är personer som är 18 år och äldre, personer som är 65 år eller äldre och läkare i primärvården. År 2022 var IHP-undersökningen riktad till läkare i primärvården och 2023 kommer hela befolkningen över 18 år att vara målgrupp. Resultaten redovisas på vår webbplats i november samma år som den genomförs och i en skriftlig rapport med fördjupade analyser i mars året efter. Rapporten om läkare i primärvården redovisas i mars 2023.

5.2 Utvärdering av omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård

Vi har fått i uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård ur ett system- och patientperspektiv, med utgångspunkt i regeringens inriktningsmål om ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet i primärvården. I uppdraget ingår att belysa hur den nära vården utvecklas och hur omställningen påverkar vården för olika grupper. Vi ska också ta upp utvecklingen när det gäller fast läkarkontakt, kompetensförsörjningen i primärvården och samverkan mellan den regionala och den kommunala vården och omsorgen.

Hittills har vi lämnat tre delrapporteringar. Vi ska också delredovisa uppdraget den 31 mars 2023, den 31 oktober 2023 och den 31 oktober 2024. Vi ska slutredovisa uppdraget senast den 31 mars 2025.

5.3 Utvärdering av överenskommelse om digitalisering av äldreomsorg

Regeringen och SKR ingick i februari 2020 en treårig överenskommelse om digitalisering i äldreomsorgen. Syftet är att stödja kommunerna i digitalisering och införande av välfärdsteknik. Vi har fått i uppdrag att utvärdera överenskommelsen ur ett patient-, brukar- och personalperspektiv. I det ingår att klarlägga om överenskommelsen bidrar till Vision e-hälsa 2025 och till de jämställdhetspolitiska målen om jämn fördelning av makt och inflytande och om jämställd hälsa. Vi ska också bedöma hur digitaliseringen av äldreomsorgen bidrar till verksamhetsutveckling och särskilt till kostnadseffektivitet.

Vi lämnade en delredovisning av uppdraget i september 2021 och ska slutredovisa uppdraget senast den 9 juni 2023.

5.4 Undersökning om differentiering av arbetsuppgifter i socialtjänsten

Det är brist på utbildad personal inom äldreomsorgen och kompetensförsörjningen är en avgörande fråga för framtiden. Det finns därför ett växande intresse för att differentiera arbetsuppgifter i hemtjänsten, det vill säga att arbetet i hemtjänsten delas upp så att olika personal utför olika arbetsuppgifter. Det kan till exempel handla om att vissa arbetsuppgifter utförs av utbildad omsorgspersonal och andra av anställda med kortare eller ingen utbildning.

Vi har fått regeringens uppdrag att undersöka förekomsten av differentiering i hemtjänsten och vilka konsekvenser den får ur ett organisations- och brukarperspektiv. Analysen utgår från en helhetssyn på omsorgen och den äldre personens behov, samt kommunernas olika förutsättningar. Uppdraget handlar om gränsdragningen mellan omsorg och hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförs av omsorgspersonal på delegation, men också om att skilja mellan service- och omvårdnadsinsatser.

Vi ska redovisa uppdraget senast den 30 april 2023.

5.5 Uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvården

Vi har fått i uppdrag att sammanställa och analysera insatser som genomförts till följd av regeringens satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvården under 2015–2022. Uppdraget omfattar både regionala och statliga insatser, och vi ska även beskriva hur området utvecklades under perioden. Vi har tidigare haft i uppdrag att följa upp satsningen 2015–2019 och publicerade då fem rapporter. Slutrapporten lämnades 2020. I stora delar är det nuvarande uppdraget en fortsättning på det tidigare.

I mars 2022 publicerade vi en promemoria som en delredovisning av uppdraget. I slutrapporten kommer vi att beskriva hur förlossningsvården och övrig vård som rör kvinnor utvecklades under den period som satsningen omfattade. Vi kommer också att sammanställa myndigheternas och regionernas samlade insatser under hela satsningen och göra en fördjupad analys av bemanning och produktivitet inom förlossningsvården. Fördjupningsarbetet ska bidra med fördjupad kunskap om faktorer som påverkar bemanningen inom förlossningsvården och regionernas arbete för att ha en adekvat bemanning året runt. Vi ska slutredovisa uppdraget senast den 1 maj 2023.

5.6 Analys av måluppfyllelse för utvecklingsmedel och kompetensstöd för arbetet mot våld i nära relationer

För att utveckla socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot bland annat våld i nära relationer har Socialstyrelsen fått i uppdrag att fördela utvecklingsmedel till kommuner, regioner och ideella organisationer samt erbjuda kompetensstöd och stödja spridningen av stödet. Vi har fått regeringens uppdrag att analysera och bedöma hur uppdraget om utvecklingsmedel och kompetensstöd har bidragit till de övergripande målen för uppdraget och det jämställdhetspolitiska delmålet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. De övergripande målen är dels att kommuner och regioner ska vara självförsörjande när det gäller baskunskaper om våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck, och dels att stöden och hjälpen ska vara likvärdiga när det gäller våld i nära relationer, sexuellt våld, hedersrelaterat våld och förtryck samt prostitution och människohandel för sexuella ändamål.

Vi ska redovisa uppdraget senast den 30 november 2023.

5.7 Uppdrag att genomföra en studie med fokus på hedersrelaterat våld och förtryck

Vi har fått i uppdrag av regeringen att inhämta kunskap och erfarenheter från personer som varit utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck och som haft kontakt med socialtjänsten för att få stöd och hjälp. Uppdraget ska ge en bild av de utsattas syn på stödet och insatserna från socialtjänsten, och innehålla en analys av kvaliteten i stödet. Vi ska, om möjligt, redovisa om det finns någon skillnad i vilken kontakt som dessa personer har haft med stödjande och behandlande verksamheter hos kommunerna, jämfört med personer som utsatts för någon annan typ av våld i nära relationer. Vi ska även redovisa hur socialtjänsten beaktat särskilda sårbarheter hos den utsatta personen.

Vi ska redovisa uppdraget senast den 30 november 2023.

Referenser

- Af Ugglas (2021). *Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?* SNS Analys 76. Stockholm: SNS.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. & Mchugh, M.D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Barnombudsmannen (2021). *Alla tar ju inte ansvar. Barnkonventionen som lag under en samhällskris. Årsrapport 2021*. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Dagens nyheter (2022). *Beskedet till Ulrika – tandläkartid om fem år*. Uppdaterad 2022-07-25. Hämtad 2022-11-01 från: <https://www.dn.se/sverige/beskedet-till-ulrika-tandlakartid-om-fem-ar/>
- Dahlgren C, Hagman M, Sveréus S, Rehnberg C. (2020). *Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018*. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm.
- Ds 2022:15. *Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Ellegård, LM., Kjellsson, G. (2019). Användare av digitala vårdtjänster kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och gjorde inte färre akutbesök. *Läkartidningen*. 2019;116.
- E-hälsomyndigheten (2022a). Uppföljning Vision e-hälsa 2025. Rapport avseende år 2021. Kalmar: E-hälsomyndigheten.
- E-hälsomyndigheten (2022b). *Nationella läkemedelslistan*. Nationella läkemedelslistan • E-hälsomyndigheten (ehalsomyndigheten.se), [hämtat 2022-12-15].
- E-hälsomyndigheten (2022c). *Sammanhållen journalföring. Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet*. Slutrapportering av uppdraget att föreslå hur sammanhållen journalföring kan nyttjas i större utsträckning S2021/O3119 (delvis). Kalmar: E-hälsomyndigheten.
- EU-kommissionen (2022). *Digital Economy and Society Index (DESI) 2022*. <https://ec.europa.eu/newsroom/dae/redirection/document/88764>, hämtad 2022-12-22.

- Eurostat (2022). *Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/line?lang=en. [Hämtad 230113]
- Eurostat (2022). Demographic balances and indicators by type of projection. Hämtad 2022-10-26 från: Statistics | Eurostat (europa.eu).
- Falkenström, E. och S. Svallfors (2022). The knowledge–management complex: From quality registries to national knowledge-driven management in Swedish health care governance. *Politics & Policy*. 2022;50:1053–1066.
- Folkhälsomyndigheten (2021a). *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*. Hämtad 2022-11-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>.
- Folkhälsomyndigheten (2021b). *Har covid-19-pandemin och smittskyddsåtgärderna påverkat gymnasieungdomars och universitets- och högskolestudenters hälsa och levnadsvanor?* En kartläggande litteraturöversikt över internationell forskning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Föreningen Sveriges Socialchefer (2022). *Håller tillitsfönstret på att stängas?* Hämtad 2022-11-01 från: <https://socialchefer.se/haller-tillitsfonstret-pa-att-stangas/>.
- Försäkringskassan (2022). *Antal personer som fått assistansersättning*. Statistik inom området funktionsnedsättning.
- Gabrielsson-Järhult, F., Kjellström, S., Areskoug-Josefsson, K. (2021). Telemedicine consultations with physicians in Swedish primary care: a mixed methods study of users' experiences and care patterns. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.
- Granvik (2015) Det obetalda omsorgsarbetet – demenssjukdomar, i Takter, M. (red.) *Vem ska betala för det obetalda omsorgsarbetet? Om Socialt hållbar utveckling*. Malmö: Malmö stad.
- Holmberg, B. och T. Godskesen (2022a). Barriers to and facilitators of ethical encounters at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Palliative Care*, Vol. 2.
- Holmberg, B. och T. Godskesen (2022b). Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Geriatr*, Jul 25;22(1):593.
- IVO (2018). *Med missbruksvården i fokus Socialtjänstens planering och uppföljning av insatser till vuxna med missbruksproblem*. Hämtad 2022-03-02 från: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2015/med-missbruksvarden-i-fokus-rapport.pdf>. 48.
- IVO (2019). *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*. Hämtad 2022-03-02 från: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2019/rapport-vad-har-ivo-sett-2018.pdf>.
- IVO (2022a). *Stor brist på disponibla vårdplatser inom sjukhusvården*. Stockholm: Inspektionen för vård- och omsorg.
- IVO (2022b). *Vad har IVO sett 2021?* Stockholm: Inspektionen för vård- och omsorg.

- Jämställdhetsmyndigheten (2022). *Skyddade personuppgifter – oskyddade personer*. Delredovisning av uppdraget att höja kunskapen om våldsutsatta personer som lever med skyddade personuppgifter med fokus på kvinnor och barn. Rapport 2022:10. Göteborg: Jämställdhetsmyndigheten.
- Katzin, M. (2014). Tillbaka till familjen: privat och offentligt ansvar i den svenska äldreomsorgen. *Nordisk juridisk tidsskrift*, nr. 2, s. 37-53.
- Kristdemokraterna, Liberalerna, Moderaterna och Sverigedemokraterna (2022). *Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige*.
- Leading Health Care (2022). *Kunskap (s)om styrmedel. Organisationsteoretisk genomlysning av nationellt system för kunskapsstyrning*. LHC-rapport 2022:3. Stockholm: Leading Health Care.
- Läkarförbundet (2022). *Vårdplatsbristen har förvärrats*. Stockholm: Läkarförbundet.
- Läkartidningen (2022). *Rekordmånga nya specialister i allmänmedicin i Skåne* (lakartidningen.se).
- Nationellt programområde tandvård (2022). Uppgifter via e-post 2022-11-15 samt 2022-12-20. Nulägesanalys patientsäkerhetsarbete i tandvården.
- prop. 2019/20:164. *Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform*.
- prop. 2021/22:260. Ökad kontroll i hälso- och sjukvården.
- Regeringen (2022). *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* (regeringen.se).
- SCB (2020a). *Trender och prognoser 2020*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SCB (2020). *Stor brist på distriktssköterskor* (scb.se)
- SCB (2021). *Stora inkomstökningar i Sverige under 2000-talet*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2021/stora-inkomstokningar-i-sverige-under-2000-talet/> [Hämtat 2022-10-26].
- SCB (2022a). *Försörjningskvot. Befolkningsframskrivningar* (scb.se), [Hämtat 2022-10-26].
- SCB (2022b). *Arbetskraftsbarometern. Arbetskraftsbarometern* (scb.se), [Hämtat 2022-10-26].
- SKR (2021). Är verkligen ökad statlig *styrning svaret?* Ekonomibloggen 21/11 2021.
- SKR (2022a). *Specialiserad vård i hemmet*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2022b). Överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter | Väntetider i vården | SKR, [hämtad 2022-10-15].
- SKR (2022c). *Regionernas tandvårdsstöd. Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2021*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2022d). *Brukarundersökning på funktionshinderområdet*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2022e). *Ekonomirapport maj 2022*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2022f). *Läkartillgång i primärvården*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2021g). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

- Siverskog, A. och H. Jönson (2020). Vart är äldreomsorgen på väg? – Argument för och emot förenklad biståndshandläggning. *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr. 1, s. 91–110.
- Sveriges kommuner och regioner (2022a). *Nationell patientenkät*. Sveriges regioner i samverkan. Hämtad 2022-11-01 från: <https://patientenkät.se/nationellpatientenkät.44334.html>.
- Socialdepartementet (2020). *En äldreomsorgslag*. Dir. 2020:142. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2021a). *Utbetalning av medel till regionerna för covid-19 relaterad vård och uppskjuten vård*. S2021/01353 (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2021b). *Utbetalning av medel till regionerna för covid-19 relaterad vård och uppskjuten vård*. S2021/1919. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2021c). *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*. S2021/06332. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022a). *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven*. S2022/00456. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022b). *Utbetalning av medel till regionerna för covid-19 relaterad vård och uppskjuten vård*. S2022/01054. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022c). *Uppdrag att fördela medel för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. S2022/00454. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022d). *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*. S2022/01664 (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022e). *Hälsodata som nationellt intresse – en lagstiftning för interoperabilitet*. Dir. 2022:98. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet och SKR (2021). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2022a). *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2022b). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialstyrelsen (2015). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022a). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022b). *Statistik om tandhälsa 2021*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022c). *Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder. Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2022d). *Effekter av covid-19 på munhälsa och tandvårdsbesök bland barn och vuxna – del 4*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022e). *Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser – slutredovisning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022f). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. Nationella planeringsstödet 2022. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022g). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022h). *Vård och omsorg för äldre – lägesrapport 2022*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022i). *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2021*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022j). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022k). *Kompetensförsörjning inom primärvården*. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022l). *Öppna jämförelser 2022 – Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022m). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2022*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022n). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022o). *Om nationell högspecialiserad vård*. Nationell högspecialiserad vård - Socialstyrelsen, [hämtat 2022-12-01].
- Socialstyrelsen (2022p). *Individ- och familjeomsorg - Lägesrapport 2022*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2018:32. *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*. Delbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.
- SOU 2020:8. *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget*. Slutbetänkande av Kommunutredningen. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst - En ny socialtjänstlag*. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.
- SOU 2020:70. *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*. Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten.
- SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Coronakommissionen.
- SOU 2021:8. *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa*.

- SOU 2021:52. *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*. Betänkande av utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.
- SOU 2021:71. *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*. Betänkande av utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.
- SOU 2021:80. *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*. Betänkande från utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar.
- SOU 2022:6. *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*. Slutbetänkande av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap.
- SOU 2022:11. *Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet*. Betänkande av 2020 års tolktjänstutredning.
- SOU 2022:22. *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*. Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
- SOU 2022:40. *God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Betänkande av Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor.
- SOU 2022:41. *Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer*. Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner.
- Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (2022). Årsrapport 2021.
- SVT (2021a). Alla partier vill ha ökad statlig kontroll av vården. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/alla-partier-vill-ha-okad-statlig-kontroll-av-varden>, [Hämtat 2021-10-12].
- SVT (2021b). Många svenskar vill ha statligt styrd vård. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/manga-svenskar-vill-ha-statligt-styrd-varld>, [Hämtat 2021-10-12].
- SVT Nyheter (2022). Fem års väntetid till tandläkaren: ”Blev en lång tystnad i telefonen”. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/tandlakarkrisen-upp-till-fem-ars-vantan-for-anders>, [Hämtat 2022-11-01].
- Szebehely, M. (2005). Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser. I *SOU 2005:66: Forskarrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen* (s. 133-203). Stockholm: Fritzes.
- Szebehely, M. och G. Meagher (2017). Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy* 28(1).
- Szebehely, M och G-B Trydegård (2007). Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14 (2-3), s. 197-219.
- Törnquist, A. (2004). *Vad man ska kunna och hur man ska vara: en studie om enhetschefers och vårdbiträdens yrkeskompetens inom äldreomsorgens särskilda boendeformer*. Stockholm: Stockholms universitet.

- Ulmanen, P. (2015). *Omsorgens pris i åtstramningens tid. Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*. Avhandling. Rapport i socialt arbete nr. 150.
- VOA (2013). *Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen. Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov*. Rapport 2013:10. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2014). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2015). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*. Rapport 2015:8. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2016). *Omotiverade skillnader i socialtjänsten – En förstudie*. PM 2016:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2017a). *Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården*. Rapport 2017:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2017b). *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.
- VOA (2018a). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Rapport 2018:8. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (201b). *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Rapport 2018:10. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2019a). *Örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Rapport 2019:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2019). *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården*. Rapport 2019:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2020a). *Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*. Rapport 2020:9. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2020b). *Innovation efter funktion. Välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv*. Rapport 2020:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2021a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Rapport 2021:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2021b). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. Rapport 2021:8. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- VOA (2021c). *Den nordiska äldreomsorgen. En jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll*. Rapport 2021:7. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2021d). *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*. Rapport 2021:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2021e). *Långt borta men nära. Kartläggning av primärvården i landsbygden*. Rapport 2021:11. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2021f). *Ledas lika, ledas rätt? Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp*. Rapport 2021:9. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022a). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet*. PM 2022:3. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022b). *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021*. Rapport 2022:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022c). *Från uppdämt vårdbehov till förlängda köer. Uppföljning av förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av covid-19-pandemin*. PM 2022:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022d). *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*. PM 2022:6. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022e). *Ljuset på skillnader. En studie om omotiverade skillnader i LSS-verksamhet, äldreomsorg och socialpsykiatri*. Rapport 2022:6. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022f). *I rätt riktning – Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg*. Rapport 2022:3. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022g). *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*. Rapport 2022:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VOA (2022h). *Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluuppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård*. PM 2022:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Välfärdskommissionen (2021). *Välfärdskommissionens slutredovisning till regeringen*. Välfärdskommissionens slutredovisning till regeringen (Finansdepartementet), hämtat 2023-01-15.
- Wiechel, A. H. (2008). *Den omskolade hemsamariten. En studie om den kommunala hemtjänstens förändring från 1960 till 2006*. Umeå Papers in Economic History No. 38 2008.

Analysplan 2023

I analysplanen för 2023 presenterar vi den huvudsakliga inriktningen för vår verksamhet under det kommande året. Sedan 2018 har vi arbetat med tre analysområden inom vår egeninitierade analysverksamhet: en personcentrerad vård och omsorg, en jämlik vård och omsorg samt effektiva vård- och omsorgssystem. Områdena speglar centrala långsiktiga mål inom hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen där vi ser att det finns ett fortsatt behov av nationell uppföljning, kunskapsutveckling och analys. Vi kommer också att arbeta med ett antal regeringsuppdrag under 2023.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.