

Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m.

**Överenskommelse mellan staten och Sveriges
Kommuner och Landsting 2016**

Innehåll

1. INLEDNING	4
1.2 ÖVERENSKOMMELSENS OLIKA DELAR	5
2. INSATSER FÖR ATT FÖRBÄTTRA VÅRDEN FÖR PERSONER MED KRONISKA SJUKDOMAR	6
2.1 BAKGRUND	6
2.2 INSATSER UNDER 2016	8
2.2.1 Effektivare kunskapsspridning genom arbete med programråd	8
2.2.2 Utveckla former för att långsiktigt samordna landstingens kunskapsstöd	10
2.2.3 Främja uppföljning inom primärvården	11
2.2.4 Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat	11
2.2.5 Främja nya patientcenterade arbetssätt i primärvården	12
2.2.6 Utvecklingsmedel till landstingen	12
2.2.7 Ekonomisk omfattning av insatserna	13
2.2.8 Kommande överenskommelser och uppdrag till Socialstyrelsen	13
3. SAMORDNAD UPPFÖLJNING OCH UTVECKLING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS TILLGÄNGLIGHET	13
3.1. CANCERVÅRDEN	14
3.2 PRIMÄRVÅRDEN	14
3.3 INSATSER UNDER 2016	16
4. MOT EN SÄKRARE VÅRD	16
4.1 INSATSER UNDER 2016	18
5. FÖRBÄTTRAD KUNSKAP OCH UPPFÖLJNING AV LÄKEMEDEL OCH MEDICINTEKNIK	19
5.1 INSATSER FÖR FÖRBÄTTRAD UPPFÖLJNING PÅ INDIVIDNIVÅ	19
5.2 MÖJLIGGÖR ELEKTRONISK RAPPORTERING AV LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR	20
5.3 INSATSER UNDER 2016	21
5.4 MEDICINTEKNISKA PRODUKTER	22
5.5. INSATSER UNDER 2016	23
6. UTVECKLING AV ARBETET MED UPPFÖLJNING AV VÅRDENS PROCESSER OCH RESULTAT	23
6.1 INSATSER UNDER 2016	25
6.1.1. Från data till förbättringsarbete	25
6.1.2. Utvecklad tillgänglighet av data och indikatorer	25
7. EKONOMISKA VILLKOR OCH VERKSAMHETSRAPPORT	26
8. UPPFÖLJNING	27
9. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	27

10. BILAGOR	28
10.1 BILAGA 1: FÖRDELNING AV MEDLEN INOM ÖVERENSKOMMELSEN.	28
10.2 BILAGA 2: INFORMATION SOM SKA INGÅ I REKVISITION OCH EKONOMISK REDOVISNING AV MEDEL INOM RAMEN FÖR DENNA ÖVERENSKOMMELSE	29

1. Inledning

Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Medellivslängden bland Sveriges befolkning ökar och antal döda i bl.a. cancer och hjärt- och kärlsjukdom minskar.

Samtidigt som hälso- och sjukvården i Sverige uppvisar ett gott resultat överlag finns det behov av att fortsätta utveckla verksamheterna. Framtidens utmaningar förutsätter ett ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser. Vidare visar mätningar och uppföljning av vårdresultat att det finns obefogade skillnader i både hälsa och vård mellan olika grupper.

Det behöver skapas mer sammanhållna vårdprocesser som utgår från patientens behov. Vården behöver samordna sina insatser i större utsträckning. Det gäller såväl mellan olika delar av vården som mellan kommuner och landsting. Patienternas delaktighet i den egna vården behöver också förbättras. Vårdens ledare och medarbetare har en nyckelroll i att utveckla hälso- och sjukvården i denna riktning.

Hälso- och sjukvårdens medarbetare är dess viktigaste resurs och en förutsättning för en effektiv vård av hög kvalitet. Överenskommelserna stödjer en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styrsignaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetssättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvd samverkan.

Överenskommelserna ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmönster klarläggs och analyseras i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen liksom att eventuella brister i jämställdhetshänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning/identitet, funktionsförmåga m.fl. faktorer ska beaktas i analysarbetet.

På hälso- och sjukvårdsområdet syftar överenskommelserna under 2016 till att bidra till utvecklingen av en vård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker, effektiv och av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges utifrån behov oavsett t.ex. kön, socioekonomisk bakgrund eller födelseland.

Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna. Samverkan med akademi och näringsliv för att bidra till utvecklingen av nya behandlingar och ny teknik för en effektivare vård är central.

Överenskommelserna omfattar all vård som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård och som finansieras av landstingen kan komma att omfattas.

1.2 Överenskommelsens olika delar

Överenskommelsen innehåller fem olika delar:

- Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar.
- Insatser för samordnad uppföljning och utveckling av tillgängligheten i cancervård och primärvård.
- Insatser för att stärka och följa upp patientsäkerheten i vården.
- Insatser för att främja kunskap och uppföljningen av läkemedel.
- Insatser för att följa upp processer och resultat inom hälso- och sjukvården.

2. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

2.1 Bakgrund

Det är av strategisk betydelse att vården för personer med kroniska sjukdomar förbättras. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80-85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper.¹ Många bedömare i Sverige såväl som internationellt menar att utvecklingen av hälso- och sjukvården för personer med kroniska sjukdomar är en avgörande fråga för att skapa ett socialt och ekonomiskt hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Det finns mycket som talar för att utvecklingen med en växande andel personer med kroniska sjukdomar går att bryta. Många sjukdomar kan förebyggas och behandlas. Enligt WHO kan 80 procent av alla hjärt- och kärlsjukdomar och stroke, samt 30 procent av alla cancersjukdomar i världen förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. För dem som redan har fått en kronisk sjukdom kan komplikationerna minska och hälsan förbättras med hjälp av hälsofrämjande insatser. Det finns dessutom stora möjligheter för bättre behandlingsresultat om vården i högre utsträckning möter personer med kroniska sjukdomar utifrån deras individuella behov.

I budgetpropositionen för 2014 föreslogs en fyraårig satsning för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Satsningen pågår mellan åren 2014–2017 och omfattar totalt 450 000 000 kronor. Tillsammans med företrädare för professions- och patientorganisationer, landsting och berörda myndigheter har en Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar tagits fram (dnr S2014/395/FS). Ett övergripande syfte med strategin är att främja en mer hållbar och jämlik hälso- och sjukvård med särskilt fokus på primärvården. I strategin lyfts tre områden fram som angelägna att utveckla. Dessa är patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig uppmärksamhet.

Patientcentrerad vård innebär att personer med kroniska sjukdomar och deras närstående aktivt medverkar i vården och att deras individuella behov, preferenser och värderingar är vägledande när insatser för prevention och vård utformas. Inom detta område är behovet av utveckling stort. Patientens möjligheter att aktivt medverka i och styra sin egen vård behöver stärkas. Likaså måste patienterna ges bättre förutsättningar att skaffa sig kunskap om den egna sjukdomen och om

¹ Vårdanalys (2014) VIP i vården

bästa behandling. Patientcentrerad vård innebär också att vården samordnas och koordineras mellan vårdenheter och vårdnivåer. Det är särskilt viktigt för patienter med kroniska sjukdomar som ofta har flera olika vårdkontakter.

Kunskapsbaserad vård innebär att den vård som erbjuds i hälso- och sjukvården ska baseras på bästa möjliga kunskap. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar är ett av verktygen för att säkerställa att alla patienter vid varje vårdkontakt erbjuds insatser som vilar på sådan kunskap. Det finns nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar såsom diabetes, stroke, hjärt- och kärlsjukdomar med flera. För att de nationella riktlinjerna ska få genomslag i vården behöver lokala vårdprogram och behandlingsrekommendationer utvecklas och spridas. Denna utveckling behöver i högre grad ske i samverkan mellan landstingen.

Prevention och tidig uppmärksamhet är centralt både för att minska förekomsten av kroniska sjukdomar och för att minska komplikationerna för den som redan har en diagnos. Ohälsosamma levnadsvanor såsom tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol och andra droger spelar stor roll för insjuknande och utvecklingen av ett flertal kroniska sjukdomar.

Regeringen har under 2014 och 2015 fördelat medel till insatser som ska främja utvecklingen av dessa områden. Bland annat har Socialstyrelsen fått flera uppdrag att utveckla det nationella kunskapsstödet för olika kroniska sjukdomar. Vidare har regeringen ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om Kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015 (dnr. S2015/469/FS). I överenskommelsen ingår bl.a. att stödja spridning och tillämpning av kunskapsstöd, främja resultatuppföljning och utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården. Därutöver har Livsmedelsverket fått i uppdrag att främja arbetet med hälsosamma matvanor inom hälso- och sjukvården för att förebygga kroniska sjukdomar (dnr. S2015/1206/FS).

Primär- och närsjukvården har en nyckelroll inom hälso- och sjukvården både när det gäller att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Primärvården ska stå för kontinuitet och samordning i mötet mellan patient och hälso- och sjukvården. Det är viktigt att den nära vården har förutsättningar att erbjuda hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt att vård och behandling ges i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Ett patientcentrerat förhållningssätt som inkluderar patienter och närstående i vård och behandling är också av central betydelse.

Insatser för att stärka och utveckla primärvården och dess medarbetare är därför angelägna. Flera av de insatser som har genomförts inom ramen för satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under 2014 och 2015 har bidragit till en sådan utveckling.

Regeringen har vidare tagit initiativ till flera andra insatser som också bidrar till att förbättra vården och medicinsk rehabilitering samt att minska sjukfrånvaron för personer med kroniska sjukdomar. Till dessa hör bland annat PRIO psykisk hälsa, en nationell cancerstrategi, satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvård, en nationell läkemedelsstrategi och en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2016.

Målsättningen med regeringens satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar är att bidra till och stärka de insatser som redan har inletts för att utveckla en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. I första hand handlar det om att främja ett mer kunskapsbaserat och patientcentrerat arbetssätt samt stärka vårdens arbete med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

2.2 Insatser under 2016

Parterna är överens om att SKL under 2016 kommer att arbeta för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, med särskilt fokus på primärvården. I detta arbete ingår att SKL fortsatt kommer att stödja konkret utvecklingsarbete hos landsting och vårdgivare när det gäller patientcentrerad vård och uppföljning inom primärvården. SKL kommer även att stödja tillämpningen och spridningen av nationella kunskapsstöd och behandlingsrekommendationer. SKL kommer under året att arbeta med att skapa lösningar för att långsiktigt förvalta och finansiera de insatser som ingår i överenskommelsen.

Parterna är vidare överens om att SKL kommer att samordna sina insatser med det arbete som bedrivs inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Det gäller särskilt insatser som tar sikte på att utveckla infrastruktur, tekniska lösningar och it-plattformar för spridning av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer. En viktig utgångspunkt ska vara att skapa samordnade lösningar som underlättar för mottagare i hälso- och sjukvården att samlat ta del av kunskapsstöden.

2.2.1 Effektivare kunskapsspridning genom arbete med programråd

För att främja utvecklingen av kunskapsbaserad vård har staten och SKL tidigare ingått flera överenskommelser. Inom ramen för dessa har SKL

bland annat genomfört en kartläggning av hur landstingen har arbetat med att sprida och använda kunskapsunderlag inom hälso- och sjukvården och identifierat framgångsfaktorer för att kunskap ska omsättas i vården.

SKL har också, inom ramen för tidigare överenskommelser med staten, etablerat ett antal s.k. nationella programråd för diabetes, stroke, astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), samt startat en nationell kompetensgrupp för primärvård och en för levnadsvanearbete inom hälso- och sjukvården. Syftet med programråden är att samverka nationellt för att ta fram, sprida och tillämpa kunskapsstöd i vården, bland annat utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Inom ramen för programråden har SKL identifierat och analyserat nationellt viktiga förbättringsområden för hälso- och sjukvården och föreslagit insatser som bedöms utveckla området.

Under 2015 har SKL etablerat ytterligare nationella programråd och kompetensgrupper: Nationellt programråd ADHD, Nationell kompetensgrupp Strama (se även avsnitt 4), Nationell kompetensgrupp biobanksrådet samt Nationell kompetensgrupp internetbaserad stöd och behandling. Förberedelser för Nationellt programråd barn och ungas psykiska hälsa och Nationellt programråd depression och ångest har genomförts. Ett tidsbegränsat uppdrag inom området smärta har påbörjats. Under året har flera insatser genomförts för att stödja utvecklingen av vården inom ramen för programrådets arbete. Bland annat har framgångsfaktorer identifierats inom programrådet för stroke och en förstudie har genomförts om ordnat införande av trombektomier. Vidare har SKL följt upp vissa av programrådets insatser och genomfört en utvärdering av programrådsmodellen. Resultatet ska ligga till grund för utvecklingen av programråden och en mer långsiktig strategi för att utveckla styrningen med kunskap.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att stödja samordningen av landstingens implementering av nationella kunskapsstöd. I detta ingår att utveckla arbetet med etablerade programråd och de nationella kompetensgrupperna för primärvård och levnadsvanearbete inom hälso- och sjukvården. Det huvudsakliga syftet med programrådets verksamhet är att aktivt bidra till att nationella kunskapsstöd sprids och används inom hälso- och sjukvårdens verksamheter med särskilt fokus på primärvård.

SKL kommer att genomföra insatser för att:

- Särskilt stödja användningen av nationella kunskapsstöd inom primärvården och främja kunskapsutbyte mellan landstingen.

- Analysera nationellt viktiga förbättringsområden och genomföra insatser för att stödja en utveckling på dessa områden.
- Inom relevanta programråd bidra till ett mer samordnat kunskapsstöd när det gäller landstingens arbete med hälso- och sjukvård för asylsökande.
- Föreslå en långsiktig strategi för hur programråden ska förvaltas och finansieras av landstingen själva på längre sikt.

2.2.2 Utveckla former för att långsiktigt samordna landstingens kunskapsstöd

På flera håll i landet arbetar landstingen med att ta fram egna diagnos- och behandlingsrekommendationer som fungerar som stöd i vården. Detta sker inom professionella grupperingar i respektive landsting och är ett omfattande arbete. Landstingen har kommit olika långt i detta arbete och vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården använder även kommersiella källor för sådan information.

I en studie som SKL genomförde under 2014 framkom att det fanns ett stort behov av kunskapsstöd i mötet med patienten och att arbetet med kunskapsstöd till primärvården behövde samordnas i syfte att öka förutsättningarna för en likvärdig vård över landet.

SKL har under 2015 genomfört ett förarbete som syftar till att undersöka hur diagnos- och behandlingsrekommendationer kan tas fram och förvaltas nationellt samt hur ett sådant arbete långsiktigt kan finansieras av landstingen. I projektet har ingått att beskriva vilka insatser som krävs, föreslå lämpliga tillvägagångssätt för arbetet, teknisk infrastruktur och en process för hur innehållet i rekommendationerna ska tas fram. Arbetet har skett i samverkan med bl.a. företrädare för landstingen, professionen och berörda myndigheter.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att genomföra insatser för att samordna landstingens arbete med att ta fram, sprida och tillämpa nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer inom primärvården. Insatserna ska samordnas med Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och relevanta it-lösningar. En viktig utgångspunkt är att skapa samordnade lösningar som underlättar för mottagare i hälso- och sjukvården att samlat ta del av relevanta kunskapsstöd. SKL kommer dessutom att lägga fram ett förslag på hur arbetet med behandlingsrekommendationerna kan förvaltas och finansieras på lång sikt inom landstingen.

2.2.3 Främja uppföljning inom primärvården

Under 2014 genomförde SKL en kartläggning av angelägna förbättringsområden och möjligheter för systematisk verksamhetsuppföljning inom primärvården. Kartläggningen visade att det fanns ett stort behov av att stödja en mer systematisk användning av de data som fanns att tillgå i respektive landsting. Verksamheterna inom primärvården hade inte alltid kännedom om sina resultat på aggregerad nivå och återkopplingen från huvudmännen var otillräcklig. Den visade också att det i många fall inte var möjligt att jämföra mellan landsting eftersom underlagen varierade och det inte fanns några gemensamt överenskomna indikatorer.

Under 2015 har SKL samverkat med landsting och nationella aktörer för att stödja utvecklingen av uppföljning i primärvården. Inom ramen för regeringens och landstingens gemensamma satsning på kvalitetsregister har indikatorer utvecklats i syfte att utgöra en första version av en nationell standard för verksamhetsnära uppföljning och utveckling inom primärvården. En ny datainsamling från landstingen har genomförts under hösten med utgångspunkt från dessa indikatorer. Inom ramen för den nationella kompetensgruppen har därutöver en särskild arbetsgrupp för uppföljning inom primärvården tillsatts som ska arbeta med fortsatt indikatorutveckling och presentation av data.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att främja uppföljning inom primärvården. I detta ingår att vidareutveckla de nationellt framtagna indikatorerna och stödja implementeringen av dessa i landstingen. Vidare ingår att främja samverkan mellan landstingen och att stödja landstingen i analys- och tolkningsfrågor som rör uppföljning av primärvårdens resultat.

2.2.4 Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat

Hälso- och sjukvården är en komplex miljö där traditionella styr- och ledningsformer inte alltid är tillräckliga för att styra organisationen på ett ändamålsenligt sätt. Ledningssystemen behöver kompletteras med styrsystem som tar sikte på resultaten för patienterna. Det är viktigt att främja medarbetarnas delaktighet i denna process. För att möta detta behöver utbildning för ledare innehålla en mer mångfasetterad kunskap där förståelsen för system och teambaserat lärande står i centrum.

SKL har inom ramen för tidigare överenskommelser utvecklat ett webbaserat kompetensutvecklingsmaterial om att leda mot förbättrade patientresultat. Materialet riktar sig till första och andra linjens chefer och ledningsgrupper. I kompetensutvecklingsmaterialet finns till

exempel information om att sätta mål, identifiera förbättringsområden, och att skapa hållbarhet i förbättringsarbetet.

Under 2015 har SKL arbetat med att stödja ledningsnivåerna att fokusera på förbättrade resultat för patienterna och ledning i komplexa system. Insatser har genomförts för att testa, vidareutveckla och sprida kompetensutvecklingsmaterialet.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att främja styrning och ledning som syftar till att stödja vården att bli mer patientcentrerad, ständigt förbättra resultaten för patienterna och underlätta användningen av bästa tillgängliga kunskap. I detta arbete ingår att sprida kompetensutvecklingsmaterialet om att styra mot förbättrade behandlingsresultat för patienterna.

2.2.5 Främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården

Under 2015 har SKL initierat ett projekt för att främja utvecklingen av nya patientcentrerade arbetssätt och metoder inom primärvården. Utgångspunkten har varit att utforma tjänster som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar. En systematisk nationell behovssegmentering har påbörjats för att få mer information om patienternas behov, drivkrafter och beteenden. En primärvårdsenhet från varje sjukvårdsregion (två i Uppsala-Örebro) har deltagit i projektet. Under 2015 har samtliga primärvårdsenheter påbörjat inventering av behov och insatser för att utforma och testa nya arbetssätt och metoder. Flera sjukvårdsregioner har också påbörjat planering för lärande och spridning av resultat till flera primärvårdsenheter i regionen.

Under 2016 kommer SKL fortsatt att främja patientcentrerade arbetssätt inom primärvården. I detta arbete ingår att stödja de enheter som redan ingår i projektet samt spridningen och utökningen inom respektive sjukvårdsregion utifrån regionernas behov och önskemål. SKL kommer även att skapa förutsättningar för spridning av nya arbetssätt och metoder mellan sjukvårdsregionerna.

2.2.6 Utvecklingsmedel till landstingen

Det är viktigt att insatser för att utveckla primärvården kan genomföras i landstingen och hos vårdgivare. Fördelning av stimulansmedel till landstingen ska ske i relation till deras befolkningsandel, baserat på befolkningsunderlaget den 31 december 2015.

En förutsättning för att få stimulansmedel ska vara att de insatser som genomförs har direkt koppling till de utvecklingsområden som ingår i överenskommelsen, dvs. spridning och tillämpning av nationella

kunskapsstöd, behandlingsrekommendationer inom primärvården, ledarskapets betydelse för uppföljning av resultat samt utvecklingen av resultatuppföljning och patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården.

Landstingen ska även redovisa till SKL vilka insatser som har genomförts för utvecklingsmedlen. SKL kommer att ansvara för att sammanställa och redovisa insatserna till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2017.

2.2.7 Ekonomisk omfattning av insatserna

För insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar avsätts sammantaget totalt 78 000 000 kronor under 2016. Av dessa ska 48 000 000 kronor fördelas direkt till landstingen utifrån lokala behov och förslag på utvecklingsprojekt som har tydlig koppling till de utvecklingsområden som ingår i överenskommelsen.

2.2.8 Kommande överenskommelser och uppdrag till Socialstyrelsen

Parterna har för avsikt att ingå en överenskommelse om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar även för 2017, under förutsättning att riksdagen beviljar medel för detta.

Utöver denna överenskommelse med SKL har regeringen även för avsikt att besluta om ett uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet. I uppdraget ska ingå bl.a. att stödja utvecklingen av nationella kunskapsstöd, främja tillämpningen av sjukdomsförebyggande metoder och att fördela statsbidrag till relevanta organisationer för insatser som främjar utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Uppdraget ska omfatta totalt 68 000 000 kronor.

3. Samordnad uppföljning och utveckling av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet

Under de senaste åren har väntetiderna förbättrats på flera områden, men tillgänglighet och väntetider är fortfarande en utmaning inom hälso- och sjukvården, exempelvis inom cancervården och primärvården.

Den nationella väntetidsdatabasen har utvecklats för att kontinuerligt följa, återkoppla och visualisera uppföljningen samt ge insikter om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Uppföljningen omfattar såväl förstabesök och återbesök som operationer/åtgärder och ledtider inom diagnostik.

Syftet med uppföljningen är att ge underlag till verksamhetsutveckling och jämförelser och på så sätt möjliggöra utveckling och förbättring av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

För att säkerställa en regelbunden och kvalitetssäkrad inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen erbjuder landstingen att använda en automatiserad teknik med möjlighet till månatlig rapportering av primärvård och specialiserad vård.

3.1. Cancervården

Den nationella väntetidsdatabasen erbjuder möjlighet att realisera uppföljningen av aktuella mätpunkter i cancerledtider i arbetet med standardiserade vårdförlopp i cancervården, i enlighet med överenskommelsen om kortare väntetider i cancervården. Införandet av standardiserade vårdförlopp kräver att gemensamma definitioner av mätpunkter och urval, rutiner för registreringar och avvikelser etc. fastställs, tillsammans med metoder, anvisningar och tillämpningar av regelverk i nära samarbete med landstingen, Regionala cancercentrum (RCC) och Socialstyrelsen. Det är en väsentlig aktivitet i utvecklingen av de stödprocesser som behövs för en kvalitetssäkrad registrering och uppföljning av de standardiserade vårdförloppen i landstingens IT-stöd. Dessa måste omfatta hela det standardiserade vårdförloppet, oberoende av gränsövergångar mellan system och/eller utförare.

I den nationella uppföljningen under 2016 kommer mätpunkterna ”beslut välgrundad misstanke” och ”start av första behandling” att vara obligatoriska. Dessa mätpunkter ska även kunna användas av andra intressenter som exempelvis kvalitetsregister via INCA-plattformen. Den uppföljning som idag finns som stöd för verksamhetsutveckling i landstingen kommer att utvecklas och anpassas specifikt för införandet av standardiserade vårdförlopp. Nuvarande uppföljning i den nationella väntetidsdatabasen utgör ett viktigt verktyg för att kunna se om, och i så fall förstå hur, tillgängligheten för övriga patienter eventuellt kan komma att förändras vid införandet av standardiserade vårdförlopp.

3.2 Primärvården

De nationella mätningarna av tillgängligheten till primärvården som omfattar samtliga landsting sker idag två gånger per år. Femton av landstingen rapporterar dock månadsvis, under årets alla månader, vilket presenteras på www.vantetider.se. Uppföljningen omfattar

tefontillgänglighet och läkarbesök i enlighet med den nationella vårdgarantin. Det innebär att det idag inte finns någon nationell kontinuerlig uppföljning av primärvården ur annat perspektiv än vårdgarantiuppfyllelse.

SKL genomförde under 2014 projektet ”Tillgänglighet i primärvård ur ett vårdvalsperspektiv” – modell för lokal registrering, uppföljning och automatiserad redovisning till den nationella väntetidsdatabasen, som en del i överenskommelsen om den s.k. kömiljarden. Projektet resulterade i ett förslag till en utvecklad modell där den nuvarande uppföljningen föreslås kompletteras med ett utökat antal urvalskriterier och utökad basinformation. Under 2016 kommer SKL att införa utökade möjligheter i den nationella väntetidsdatabasen uppföljning av primärvård i enlighet med projektets resultat.

Under 2015 har SKL samverkat med andra projekt och aktörer angående uppföljning av primärvård i syfte att utveckla en modell som kompletterar annan uppföljning ur ett tillgänglighetsperspektiv. Arbetet utgår från en helhetssyn på tillgänglighet och ska bidra till att ge en integrerad bild av primärvårdens struktur, resurser och resultat. Modellen ska ge möjlighet att redovisa vad man åstadkommer, samtidigt som den ska ge information för lokal planering, styrning, jämförelse och verksamhetsutveckling samt nationell uppföljning. Resultatet förväntas under 2016 ge underlag för att införa en utvecklad lokal och nationell uppföljning av primärvård.

För att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån den äldres behov är en väsentlig uppgift att stödja samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg, i det samarbetet har primärvården en mycket viktig roll. En särskild nationell uppföljning av vårdtillfällen i slutenvård har initierats inom ramen för projektet ”Bättre liv för sjuka äldre. Projektet omfattar bl.a. indikatorerna ”utskrivningsklara, undvikbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar”. Uppföljningen har ingått i överenskommelsen Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård 2015. SKL och landstingen ansvarar för förvaltningen av uppföljningen. Inom sammanhållen vård och omsorg har det tidigare saknats relevanta mått och indikatorer.

Uppföljningen av vårdtillfällen under 2016 utgör ett viktigt stöd för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån den äldres behov.

En utvecklad uppföljning av tillgänglighet i primärvården lokalt och nationellt, är ett viktigt instrument för utvecklingen av primärvården.

3.3 Insatser under 2016

SKL kommer under 2016 att:

1. Fortsätta arbetet med att vidareutveckla registrering och inrapportering av väntetider och ledtider till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med utvecklade modeller.
2. Ge landstingen stöd i övergången från manuell till automatiserad överföring till den nationella väntetidsdatabasen.
3. Tillsammans med landstingen implementera uppföljning av ledtider inom patologi i enlighet med modell för ledtider inom bildiagnostik.
4. Stödja landstingen i arbetet med implementeringen av standardiserade vårdförlopp inom cancervården.
5. Ge underlag för utveckling och förbättringar i vårdförloppen inom cancervården genom att ha fokus på primärvård, förstabesök hos specialist, gastroskopi, kirurgiska åtgärder, återbesök och ledtider i nuvarande uppföljning samt utveckla den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med överenskommelsen om kortare väntetider i cancervården 2016.
6. Fortsätta arbetet tillsammans med landstingen att, med en särskild nationell uppföljning av vårdtillfällen i slutenvård som omfattar bl.a. indikatorerna ”utskrivningsklara, undvikbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar”, ge stöd för att utveckla effektiva flöden och åtgärder för att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting
7. Utveckla modeller för förbättrad tillgänglighet inom primärvården för ökad kunskap och stöd till verksamhetsutveckling.
8. Tillgängliggöra information ur den nationella väntetidsdatabasen via Vården i siffror.

För dessa ändamål sammantaget avsätts totalt 9 000 000 kronor. Av dessa beräknas 3 900 000 kronor avsättas till förvaltning av den nationella väntetiddatabasen och övriga medel till utvecklingsinsatser.

4. Mot en säkrare vård

Patientsäkerhet är ett viktigt kvalitetsområde inom hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetslagen, som trädde i kraft den 1 januari 2011, definierar begreppet vårdskada och reglerar exempelvis vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att informera patienten vid en inträffad vårdskada. Hög patientsäkerhet är också ett grundläggande krav enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Den vanligaste vårdskadan, även globalt sett, utgörs av vårdrelaterade infektioner (VRI). Utöver vårdrelaterade infektioner är kirurgiska skador, fallskador, överfylld urinblåsa, trycksår och skador orsakade av läkemedel de mest frekventa skadorna i samband med vård. Vårdskador orsakar lidande för enskilda och kostnader för samhället. Kostnaden för extra vårddagar orsakade av vårdskador har beräknats av SKL till ca 8 miljarder kronor. Den metod som idag används för att identifiera och mäta antalet vårdskador är strukturerad journalgranskning. Den första vårdskademätningen gjordes av Socialstyrelsen 2008.

Patientsäkerhetsöverenskommelserna mellan staten och SKL tecknades mellan 2011-2014. Under denna period avsattes även medel till bl.a. myndigheter och till SKL för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Utvecklingen inom centrala delar på patientsäkerhetsområdet har följts bland annat genom ett antal databaser som hanteras av SKL. Under 2015 avsattes medel till SKL för fortsatt förvaltning av databaserna och för fortsatt mätning av utvecklingen på patientsäkerhetsområdet.

Socialstyrelsen har genomfört ett antal insatser för att stödja vårdgivarnas arbete inom patientsäkerhetsområdet. Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att följa utvecklingen på området i årliga lägesrapporter. I april 2015 publicerades den senaste rapporten i vilken Socialstyrelsen bl.a. bedömer att landstingens systematiska patientsäkerhetsarbete har utvecklats och att kunskapen om vårdskadornas omfattning och typ har ökat. Myndigheten bedömer att utvecklingen går åt rätt håll men att stora regionala skillnader föreligger.

SKL publicerade i september 2015 sin fjärde rapport om skador i vården. Rapporten visar att det totala antalet skador och vårdskador har minskat mellan 2013 och 2014. Den minskning som ses mellan åren innebär att uppskattningsvis 15 000–20 000 färre patienter årligen undviker en vårdskada, enligt SKL. Våren 2016 kommer SKL att publicera en fördjupad analys av utvecklingen över tid för de större skadeområdena, samt resultaten från mätningarna 2015.

Regeringen har tagit initiativ till att ta fram en nationell strategi mot antibiotikaresistens. Det är av betydelse att det i landstingen ges

möjlighet att arbeta med implementering av de mål och insatser som beskrivs i strategin.

Inom ramen för det arbete med programråd som SKL bedriver har Nationell kompetensgrupp Strama bildats. Kompetensgruppen syftar till att samverka nationellt för att minska antibiotikaanvändningen och förebygga antibiotikaresistens.

Den långsiktiga hanteringen av Nationell kompetensgrupp Strama sker inom ramen för översynen av hur programråden ska förvaltas och finansieras av landstingen själva på längre sikt som SKL enligt denna överenskommelse ska genomföra (se avsnittet 2.2.1).

4.1 Insatser under 2016

De gemensamma nationella målsättningarna är enligt SKL:s plan att förebygga allvarliga vårdskador, förebygga vårdrelaterade infektioner och förebygga trycksår.

För att uppnå detta kommer SKL i samråd med landstingen bland annat att:

- Fortsätta mäta skador i vården månatligen både på sjukhus och kliniknivå genom strukturerad journalgranskning. Utveckling kommer också successivt att ske inom andra områden än den somatiska slutenvården.
- Genomföra punktprevalensmätningar en gång per år (vår) avseende VRI, basala hygienrutiner och klädregler, samt trycksår och fortsätta utveckla användningen av Infektionsverktyget.
- Fortsätta mätningarna av överbeläggningar och mata in dessa i SKL:s databas.
- Fortsätta använda mätresultaten i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

SKL kommer under 2016 att arbeta kontinuerligt med överföringen av förvaltning och utveckling till löpande verksamhet. Förankringen sker via kontaktpersonsätverket inom patientsäkerhet och med hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Kommunikation sker även med representanter för den kommunala hälso- och sjukvården. Sammanställningar och analyser av data från nationella mätningar som görs sprids till landstingen i lärande syfte för att underlätta utvecklingen för alla landsting.

För dessa ändamål avsätts totalt 5 000 000 kronor. Därutöver avsätts 2 000 000 kronor för att stödja utvecklingsinsatser inom ramen för Nationell kompetensgrupp Strama, som en del i genomförandet i den nationella strategin mot antibiotikaresistens.

5. Förbättrad kunskap och uppföljning av läkemedel och medicinteknik

5.1 Insatser för förbättrad uppföljning på individnivå

Behovet av att kunna följa läkemedelsanvändningen på individnivå är stort, både i det kliniska arbetet och i uppföljningssyfte. Tillgång till individdata över läkemedelsanvändning är avgörande för heltäckande uppföljning som kan stärka kunskapen om och erfarenheterna av läkemedelsanvändningen och ytterst förbättra för den enskilde patienten att få god och säker vård. Det är av största vikt att uppföljning kan göras oavsett vårdform och oavsett distributionsform för läkemedlen. I dag är det dock betydligt lättare att följa användningen av receptförskrivna läkemedel i öppenvården, än användningen av rekvisitionsläkemedel i både öppen- och slutenvård.

Under 2015 har SKL arbetat med att kartlägga övergripande mål för uppföljning av läkemedelsanvändning samt inlett arbetet med en sammanhängande och användbar informationsstruktur - domänmodell - för läkemedel. Två områden har studerats mer i detalj: identifiering av läkemedel och hanteringen av information om landstingens läkemedelssubventioner utanför förmånen. Identifiering av läkemedel är en förutsättning för allt annat strukturarbete, och därmed en nödvändig start för domänmodellarbetet. Båda områdena är centrala ur uppföljningssynpunkt och har under 2015 dessutom varit särskilt viktiga för aktuellt utvecklingsarbete nationellt och på landstingsnivå.

Under 2016 fortsätter SKL utvecklingen av domänmodellen. Fokus kommer då att vara ordination och administrering av rekvisitionsläkemedel. Huvudsyftet är att klargöra hur Läkemedelsregistret kan utökas med individdata om rekvisitionsläkemedel och att lämna förslag till en stegvis, långsiktig utbyggnad av registret. Ambitionen är också att arbetet ska stödja ett kommande införande av en samlad läkemedelslista genom att skapa större förståelse och enhetlighet i gränsen mellan läkemedelslistan och den lokala journalen. Därför kommer även informationsbehov i vårdens övergångar att beaktas. Arbetet kommer också att beskrivas som en "metodguide" för denna typ av verksamhetsnära arbete med informationsstrukturer. Målet är att det arbetssätt som utvecklas för läkemedelsdomänen ska kunna ligga till grund för strukturarbete inom andra områden som är centrala för vård och omsorg.

Vidare kommer SKL att fortsätta arbetet med att beskriva strukturen för landstingens subventioner av läkemedel utanför förmånen. Ett mer enhetligt och strukturerat sätt att uttrycka landstingens subventionsregler kommer att bidra till mer effektiva processer både

inom landstingen och på apotek. Dagens rutiner är administrativt omfattande, och det är svårt för landstingen att följa upp såväl kostnader som medicinska resultat. Arbetet kompletterar den tekniska lösning som E-hälsomyndigheten utvecklar för läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen, vilket är den största gruppen landstingssubventionerade läkemedel. Under 2016 kommer SKL tillsammans med övriga intressenter inom området att ge ett förslag till hur strukturbeskrivningen ska användas. Arbetet är särskilt viktigt för att bidra till en enhetlig och jämlik tillämpning av patientlagen. Redan mer enhetliga beskrivningar i text förväntas bidra till effektivisering, men målet på sikt är att hitta möjligheter till en mer tekniskt automatiserad hantering.

5.2 Möjliggör elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar

Årligen tar Läkemedelsverket emot cirka 5 000 biverkningsrapporter ifrån hälso- och sjukvården. Med populationen över 9 miljoner och antalet potentiella rapportörer över 200 000 inom svensk hälso- och sjukvård, är det fråga om stora mörkertal i rapporteringen. I dag upplevs rapporteringen som alltför tidskrävande av flera instanser och bättre återkoppling efterlyses.

Rapportering av läkemedelsbiverkningar är en viktig förutsättning för att upptäcka brister i läkemedelshanteringen och öka läkemedelssäkerheten. Alla biverkningsrapporter från hälso- och sjukvården skickas idag till Läkemedelsverket, antingen via en pappersblankett eller via ett webbformulär. Det finns behov av smidigare och användarvänligare inrapporteringssätt, t.ex. direkt inifrån journalsystem, för att motivera och stimulera ökad biverkningsrapportering och kunskapsåterföring för en ökad patientsäkerhet.

Läkemedelsverket fick 2013 i uppdrag av regeringen att ta fram ett koncept och lösningsförslag för att möjliggöra elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar från hälso- och sjukvården.

Lösningskonceptet fick namnet Sjukvårdens elektroniska biverkningsrapportering (SEBRA). Läkemedelsverket har i sitt uppdrag identifierat grunden för en modern elektronisk rapportering och återkoppling av läkemedelsbiverkningar för hela hälso- och sjukvården.

För att sjukvården ska kunna utveckla och införa sin del av rapporteringsfunktionaliteten i vårdsystemen, behöver Läkemedelsverkets lösningskoncept involvera flera parter i informationskedjan, t.ex. landsting och journalsystemsleverantör. Bland annat behöver den nationella tjänsteplattformen, med tjänstekontrakt,

specificeras så att den kan hantera biverkningsinformation mellan hälso- och sjukvården och Läkemedelsverket.

Elektronisk biverkningsrapportering minskar administrationen för förskrivaren och ökar patientsäkerheten på sikt. Det underlättar också för Läkemedelsverket och Sverige att kunna leva upp till regulatoriska krav. Det finns alltså en ömsesidig nytta för staten och landstingen att biverkningsrapporteringen blir elektronisk.

5.3 Insatser under 2016

Parterna är överens om att ha kontinuerlig avstämning om hur arbetet för förbättrad uppföljning av läkemedel på individnivå fortskrider under året. Konkreta resultat i form av förslag på utökning av Läkemedelsregistret, metodguide samt underlag för eventuell teknisk lösning för subventionshanteringen redovisas i december 2016. En analys av hur arbetet kan bedrivas vidare efter år 2016 ska under året genomföras. I detta arbete ingår att ta fram förslag på konkreta resultat som skulle kunna uppnås på kort och lång sikt. Utifrån denna analys ska flera alternativ för det fortsatta arbetet redovisas.

Parterna är eniga om att det är angeläget att det påbörjade arbetet kan slutföras. Under 2016 – 2017 kommer därför en förstudie och en pilot att genomföras i två faser.

Under mars 2016-maj 2016 (fas I) genomförs en förstudie med syfte att identifiera processer och funktioner som behövs för att rapporteringen ska fungera optimalt för vården samt för att kopplingen till journalsystemen ska fungera. Förstudien ska bl.a. utgå från de arbeten som gjorts i Läkemedelsverkets projekt (SEBRA) samt ta hänsyn till utformningen av redan införda elektroniska rapporteringar mellan vården och andra myndigheter. Målet är att förstudien ska resultera i ett beslutsunderlag för att parterna ska kunna ta beslut om fortsatt förberedelse, planering, genomförande och utvärdering av pilot i skarp miljö. Mellan fas I och II kommer utvärdering och nytt finansieringsbeslut fattas. Regeringens beslut om att avsätta medel för fas 2 baseras på beslutsunderlag från fas 1.

Under perioden juni 2016 och juni 2017 genomförs, under förutsättning att finansieringsbeslut fattas, systemutveckling och pilot (fas 2) med syfte att förbereda, genomföra och utvärdera en skarp pilot i ett landsting. Med skarp pilot avses klinisk studie med elektronisk biverkningsrapportering från vårdsystem till mottagande system hos Läkemedelsverket. Syftet med piloten är att ge kunskap och vägledning för fortsatt anpassning av informationskedjan, effektiv framtida

förvaltning samt patientsäkert och kostnadseffektivt nationellt införande.

Regeringens finansiering av förstudien och piloten innebär inte att landsting och regioner har gjort ett åtagande avseende implementering och långsiktig förvaltning.

För ändamålet avsätts totalt 6 000 000 kronor. Av dessa avsätts 5 000 000 kronor för förbättrad uppföljning av läkemedel på individnivå och 1 000 000 kronor för att genomföra en förstudie avseende biverkningsrapportering. Medlen för att genomföra en pilot och en utvärdering av piloten ingår ej i dessa medel. Regeringen kommer efter det att förstudien är genomförd att ta ställning till finansieringen av denna del.

5.4 Medicintekniska produkter

Varje år lägger hälso- och sjukvårdshuvudmännen i Sverige omkring 20 miljarder kronor på medicinteknik och utbudet av metoder och produkter ökar därtill kontinuerligt. Beloppet är jämförbart med den årliga statliga kostnaden för läkemedel inom förmånssystemet. Medicinteknik är ett brett område och inkluderar en mängd olika produkter och lösningar som används i vården och omsorgen. Röntgen- och strålbehandlingsapparatur, ortopediska implantat, stentar, skalpeller, journalsystem, rollatorer, pacemakers, dialysapparater och förband är några exempel. Det finns idag över 500 000 olika medicintekniska produkter världen över.

Av hälso- och sjukvårdslagen(1982:763) framgår att det ska råda en rimlig relation mellan kostnader och effekter av en vårdinsats. Det innebär att för de skattepengar som fördelas för medicinteknik ska patienter och brukare få ut mesta möjliga hälsa.

Flertalet landsting saknar tillräckliga resurser och nödvändig kompetens för att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar trots att landstingen har ett uttryckligt behov av ökat hälsoekonomiskt stöd i sitt beslutsfattande.

Under åren 2013-2014 bedrevs ett projekt runt ordnat införande av nya läkemedel, kallat OtiS. Projektet leddes av SKL och drevs inom ramen för överenskommelsen om kunskapsstöd och utveckling, i tät samverkan med myndigheterna Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Läkemedelsverket och SBU. I projektets uppdrag ingick från början även medicinsk teknik och metoder men efter det första året beslutade styrgruppen för projektet att projektet var så pass omfattande att det

behövde avgränsas till läkemedelsområdet. Det innebar att medicinsk teknik fick avvakta. Den rekommendationsfunktion som föreslogs för ordnat införande, NT-rådet, tänktes dock in som en tänkbar funktion att bygga vidare på i framtiden, även för medicinsk teknik.

5.5. Insatser under 2016

Parterna är överens om att SKL tillsammans med landsting och regioner ska genomföra en förstudie kring ordnat införande av medicintekniska produkter. Förstudien syftar till att hitta former för landstingen att samarbeta kring och samordna ett mer ordnat och systematiskt införande av medicintekniska produkter och metoder. Dessutom ska förstudien kartlägga landstingens behov av hälsoekonomiska kunskapsunderlag samt på vilket sätt landstingen kommer att använda dessa i införandeprocessen av medicintekniska produkter. Staten avser att parallellt med detta se över hur de statliga myndigheternas kunskapsunderlag på området kan bli mer samordnat samt analysera myndigheternas framtida roller på området.

För detta ändamål avsätts 500 000 kronor.

6. Utveckling av arbetet med uppföljning av vårdens processer och resultat

Det råder internationell konsensus om att verksamheterna inom hälso- och sjukvård kontinuerligt måste följas upp och utvärderas för att förbättras och nå de övergripande målen om god hälsa och vård för alla. En milstolpe för arbetet med att följa upp hälsosystemen i världen var WHO:s rapport *The World Health report 2000 - Health systems improving performance*. Därefter har många olika initiativ, både internationellt och i Sverige, inriktats på att utarbeta indikatorer och mått som syftar till att mäta, följa upp och beskriva viktiga aspekter av hälso- och sjukvården.

Utifrån denna övergripande intention har staten och SKL sedan 2006 i samförstånd arbetat med att mäta, följa och analysera processer och resultat med hjälp av bland annat rapporter med öppna jämförelser. Syftet har varit och är dels att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd i arbetet med att utveckla kvalitet och effektivitet, dels att stärka, patienternas och invånarnas kunskap om sjukvården.

Transparent publicering av data och indikatorer som mäter processer och resultat inom hälso- och sjukvården utgör underlag för såväl nationella, regionala som lokala analyser. Analyserna fungerar sedan som grund för prioriteringar i verksamheternas förbättringsarbete.

Under 2014 och 2015 har SKL och övriga intressenter arbetat i linje med den inriktning som lades fast i en handlingsplan för arbetet med öppna jämförelser. Planen omfattade inriktningen på aktiviteter för åren 2014-2015, och togs fram av en arbetsgrupp med medarbetare från Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Famna och Vårdföretagarna.

Handlingsplanen syftade bl.a. till att ange inriktning och fokus för arbetet under 2014-2015, förtydliga aktörernas olika roller och ansvar, samt bidra till samordning och samverkan så att berörda aktörer arbetar mot gemensamma mål.

Följande två insatsområden prioriterades i handlingsplanen och är fortsatt relevanta för arbetet under 2016:

- Öka potentialen för analys och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården
- Förbättra tillgängligheten av indikatorer och data för olika intressenter

SKL har en särskilt viktig roll när det gäller att stödja det lokala och regionala förbättringsarbetet. Det handlar bl.a. om att bistå sjukvårdshuvudmännen med metodutveckling, kunskapsöverföring, tolkning av data och analys.

Under 2015 har SKL fortsatt arbetet med att skapa ett mer flexibelt och ändamålsenligt stöd utifrån den övergripande inriktningen i handlingsplanen. Avsikten är bland annat att skapa en webbaserad presentation av indikatorer som kan anpassas utifrån respektive verksamhets behov. En enhetlig teknik för att tillgängliggöra och publicera indikatorer från olika källor har tagits fram för att möjliggöra det. Genom att använda den nationella tjänsteplattformen, en nationell infrastruktur för dataöverföring, skapas förutsättningar för presentation av indikatorerna med automatiska uppdateringar på olika webbplatser, till olika målgrupper, utan dubbelarbete.

Ett webbaserat system för att beskriva och definiera indikatorer, den s.k. kvalitetsindikatorkatalogen, har också byggts upp. Överföring av data och publicering av indikatorer sker nu inom denna webblösning för några nationella kvalitetsregister, databasen väntetider i vården samt den nationella patientenkäten. Data blir på så sätt mer aktuella, vilket gör att landstingen och verksamheterna kan dra mer nytta av dem.

Förberedelser har även gjorts för att kunna presentera data för andra tillgängliga indikatorer i denna webblösning.

6.1 Insatser under 2016

Under 2016 kommer arbetet fortsatt att utgå från inriktningen i den handlingsplan som nämns ovan.

6.1.1. Från data till förbättringsarbete

SKL har ett särskilt ansvar för att stödja landstingen och sjukvårdens verksamheter så att rapporteringarna omsätts i lokalt analys- och förbättringsarbete. Särskilda målgruppsanpassade analyser och aktiviteter kommer därför att genomföras av SKL i samråd med landstingen för att identifiera förbättringsområden. Det kan handla om områden där de regionala skillnaderna är särskilt stora, där det finns generell förbättringspotential eller områden där det finns omotiverade skillnader mellan olika patientgrupper. Stödet kommer att anpassas till lokala och regionala förutsättningar. Det kan till exempel handla om utbildning och analysstöd, samt att främja samutnyttjande av kompetens mellan landsting och regioner.

Inom ramen för detta arbete kommer SKL också, i samverkan med landstingen, att ta fram särskilda landstingsprofiler. En viktig del i arbetet är att utforma presentationer och analyser av vårddata så att det enskilda landstingets användning av dessa kunskapsunderlag underlättas.

6.1.2. Utvecklad tillgänglighet av data och indikatorer

Arbetet med att systematiskt ta fram och förvalta gemensamma indikatorer behöver fortgå kontinuerligt. Arbetet kommer att drivas gemensamt av de nationella aktörerna. SKL kommer därför fortsatt att samverka med Socialstyrelsen i arbetet med indikatorbaserade jämförelser. SKL ska vidare upprätthålla ett nära samarbete med landstingen, och företrädare för kvalitetsregister och andra relevanta källor om aktuella data och relevanta indikatorer för publicering i olika rapporter och verktyg.

SKL kommer vidare att fortsatt stödja anslutning av fler källor till nationella tjänsteplattformen, samt i samverkan med Socialstyrelsen utveckla ett mer automatiserat och kontinuerligt datautbyte.

Slutligen kommer SKL att fortsatt ansvara för förvaltning och utveckling av databasen KPP (kostnad per patient) och KPP inom psykiatri så att dessa uppgifter, i högre grad än i dag, kan ingå i arbetet med öppna jämförelser. Uppgifterna i databasen ska också på sikt i högre

utsträckning utgöra grund för riktade studier kring effektivitet. En vidareutveckling under 2016 blir att möjliggöra presentation av data med KPP som källa tillsammans med övriga data.

För insatserna för avsätts totalt 7 950 000 kronor.

7. Ekonomiska villkor och verksamhetsrapport

Beslut om utbetalning av 108 450 000 kronor ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg regleringsbrev för 2016 avseende anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposterna 3 Kroniska och långvariga sjukdomar, 15 Säkrare och effektivare hälso- och sjukvård, 18 God vård och folkhälsa, 29 Ordnat införande och strukturerad uppföljning samt anslag 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition*) ställd till Kammarkollegiet. Rekvirering av medel ska ske senast den 1 december 2016. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

SKL kommer att lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2017, om inte annat anges. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits med stöd av bidraget. En prognos över bidragsförbrukningen för 2016 samt en delredovisning ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 oktober 2016.

Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisningen inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

8. Uppföljning

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och utvärderas.

9. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och landstings styrelse samt att riksdagen beslutat att bevilja erforderliga medel.

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Stockholm den 14 december 2015

Stockholm den 14 december 2015

Agneta Karlsson
Statssekreterare

Håkan Sörman
Verkställande direktör

10. Bilagor

10.1 Bilaga 1: Fördelning av medlen inom överenskommelsen.

Insatsområde	Mnkr	Sid
Insatser inom ramen för satsningen på kroniska sjukdomar	78	13
Medel till SKL för att främja de områden som ingår i överenskommelsen	30	
Medel till utvecklingsinsatser inom landstingen	48	
Tillgänglighet	9	16
Medel till SKL för väntetidsdatabasen, förvaltning etc.	3,9	
Medel till SKL för olika utvecklingsinsatser	5,1	
Patientsäkerhet	7	18
Insatser inom patientsäkerhetsområdet	5	
Nationell kompetensgrupp Strama	2	
Förbättrad kunskap och uppföljning av läkemedel	6,5	22, 23
Insatser för förbättrad uppföljning på individnivå	5	
Biverkningsrapportering	1	
Medicintekniska produkter	0,5	
Utveckling av vårdens processer och resultat	7,95	256
<u>Totalt för överenskommelsen</u>	108,45	26

10.2 Bilaga 2: Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av medel inom ramen för denna överenskommelse

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress 	1. Kontaktuppgifter <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvireras • Rekvisitionen avser perioden 	2. Bidrag som ansökan avser <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning <ul style="list-style-type: none"> • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens 	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet <ul style="list-style-type: none"> • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande 	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen <ul style="list-style-type: none"> • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Namn • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande