



Handläggare

Cecilia Läräng Westerlund
0152-29138

Socialnämnden

Meddelandeärenden till socialnämnden 2023-02-15

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

1. lägga föreliggande meddelanden till handlingarna

Beskrivning av ärendet

Socialnämnden har att lägga bifogade meddelanden till handlingarna.

Ekonomiska konsekvenser för kommunen

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser för kommunen.

Övriga konsekvenser

Beslutet medför inga övriga konsekvenser.

Uppföljning

Ingen uppföljning krävs.

Beslutsunderlag

Överenskommelse, Överenskommelse - God och nära vård - En omställning av hälso-och sjukvården med primärvården som nav, 2023-01-31

Protokollsutdrag, KF § 8, 2023-01-23, Revidering - Regler för uppvaktning av förtroendevalda i Strängnäs kommun, 2023-01-30

Styrdokument, Regler för uppvaktning av förtroendevalda i Strängnäs kommun, antagen, 2023-01-30

Rapport, Kommunstatistik Strängnäs 2022, Familjerådgivningsbyrån, 2023-01-30

Beslutet skickas till

-

Tobias Rundström
Chef administrativa enheten

Cecilia Läräng Westerlund
Nämndsekreterare

Regionstyrelserna
Kommunstyrelserna samt Regionala
samverkans- och stödstrukturer

Överenskommelse - God och nära vård - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav

Ärendenr: SKR2022/00764

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 27 januari 2023 beslutat

att för SKR:s del godkänna överenskommelsen God och nära vård 2023 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, samt

att i en skrivelse informera regionerna och kommunerna via de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) om överenskommelsen

Bakgrund

Överenskommelsen God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav 2023 bidrar till fortsatt utveckling av den nära vården. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.

Årets överenskommelse innehåller några mindre förändringar jämfört med föregående år. Den finansiella omfattningen har justerats något och de prestationsbaserade medlen för att utöka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor har utvecklats. För utveckling av regionernas primärvård i landsbygd finns särskilda medel.

Medel från överenskommelsens ska användas inom ramen för fyra

utvecklingsområden:

- Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025
- Förstärkning av ambulanssjukvården

Överenskommelsen 2023 omfattar totalt 6 394,5 miljoner kronor och fördelas på de olika utvecklingsområdena ovan. Av dessa avsätts 5 043 miljoner kronor till regionerna, 1 050 miljoner kronor till kommunerna samt 250 miljoner kronor till kommuner och regioner för en VFU-satsning för sjuksköterskor i grundutbildning. Inom ramen för utvecklingsområde Goda förutsättningar för vårdens medarbetare finns särskilda medel för utbildning till specialistsjuksköterska. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition till Kammarkollegiet senast den 1 december 2023.

SKR tilldelas 51,5 miljoner kr för att stödja regionerna och kommunerna i omställningen av hälso- och sjukvården till nära vård.

Överenskommelsen redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Regioner

Peter Danielsson
Ordförande



Regeringskansliet
Socialdepartementet



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**

God och nära vård 2023

En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav

**Överenskommelse mellan staten och Sveriges
Kommuner och Regioner**

Innehåll

1. Bakgrund	4
1.1 Överenskommelsen för 2023	6
1.2 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen.....	6
2. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav	8
Primärvården blir navet i hälso- och sjukvården.....	9
Flera statliga utredningar på området	10
Reformeringen förutsätter personcentrering	12
2.1 Insatser för att stödja omställningen till en nära vård	13
2.1.1 Generella insatser	13
2.1.2 Särskilda insatsområden	14
2.1.3 Insatser som SKR ska genomföra	17
2.2 Insatser för att förbättra tillgängligheten i primärvården.....	18
Ett integrerat digitalt och fysiskt arbetssätt i primärvården.....	19
2.2.1 Insatser som regionerna ska genomföra	20
2.3 Insatser för att öka kontinuiteten och relationsskapande i hälso- och sjukvården.....	20
2.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra	22
2.3.2 Insatser som SKR ska genomföra	23
2.4 Insatser för att öka delaktighet och medskapande i hälso- och sjukvården	23
2.4.1 Patientkontrakt ska fortsätta utvecklas	24
2.5 Insatser för att utveckla primärvården i landsbygd	25
3. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare	27
3.1 Bakgrund	27
3.2 Inriktningen för 2023.....	29
3.3 En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård	30
3.3.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	32
3.4 Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen	32
3.4.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	34
3.5 Utbilda vårdens framtida medarbetare.....	34
3.5.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	36
3.6 Verksamhetsförlagd utbildning för bland annat sjuksköterskestudenter	37
3.6.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	38
3.7 Vidareutbildning för sjuksköterskor	39
3.7.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	39
3.8 Utvecklings- och karriärmöjligheter	39
3.8.1 Insatser som regionerna ska genomföra	40

3.9 Insatser som SKR ska genomföra.....	40
4. Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.....	42
4.1 Strukturerad vårdinformation och standardisering	43
4.1.1 Insatser som regionerna ska genomföra	44
4.1.2 Insatser som SKR ska genomföra	45
5. Förstärkning av ambulanssjukvården	46
5.1.1 Insatser som regionerna ska genomföra	47
5.1.2 Insatser som SKR ska genomföra	47
6. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklingsinsatser	49
7. Medelstildelning 2023	49
8. Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna	50
9. Ekonomiska villkor och rapportering	51
9.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR	51
9.2 SKR:s rapportering	52
10. Uppföljning	53
11. Godkännande av överenskommelsen.....	54

1. Bakgrund

Runtom i Sverige pågår omställningen till en god och nära vård. Omställningen syftar till en hälso- och sjukvård som tillhandahålls sammanhållet med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Utvecklingen av nära vård innebär inte en ny organisationsform eller vårdnivå. Nära vård är heller inte en ny benämning på dagens primärvård. Innebörden av begreppen nära och tillgänglig ska definieras med utgångspunkt i patientens behov. Det handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är central. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att skapa ett mer samhällsekonomiskt effektivt och långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Det tydliggörs att primärvården, som utförs av såväl kommuner, regioner som privata utförare, är basen och navet i vården. Primärvården behöver samspela med den specialiserade vården både på och utanför sjukhusen, kommunernas socialtjänst samt andra intressenter som behövs utifrån patientens perspektiv. Den nära vården har hälsan i fokus och kan inte uppnås om inte primärvården och folkhälsoarbetet sker i nära samverkan.

Det nationella arbetet med omställningen till en god och nära vård går i linje med WHO:s mål om att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO fastslår att om detta mål ska kunna uppnås så krävs också ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner. WHO förespråkar en integrerad och personcentrerad ansats när hälsotjänster och system utvecklas. WHO framhåller att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade och sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför. Primärvården framhålls tydligt som basen vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet. Den nära vården behöver växa fram utifrån regionala och lokala behov och förutsättningar för att säkerställa att rätt vård ges vid rätt tidpunkt och på rätt plats. En utvecklad nära vård med en starkt primärvård ger förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt.

Omställningen till en god och nära vård pågår i kommuner och regioner. Arbetet kräver långsiktighet och uthållighet hos såväl regioner och kommuner som staten. Det handlar bl.a. om att utveckla personcentrerade, effektiva och ändamålsenliga arbetsätt som utgår från patientens behov och underlättar för huvudmän, vårdgivare, specialiteter och professioner att samarbeta. Det handlar också om att i hela landet bli bättre på att möta invånarnas krav på tillgänglighet och flexibilitet genom tekniska eller mobila lösningar samt snabbare och enklare ge tillgång till rätt vårdnivå inom ramen för de gemensamma resurser som finns tillgängliga. Utvecklingen av nya arbetsätt är också centralt i arbetet för att möta kompetensförsörjningsutmaningen i kommuner och regioner. Det har visat sig att de verksamheter och arbetsätt som utvecklats inom ramen för nära vård-arbetet har haft en viktig roll för att klara sjukvården under covid-19-pandemin. Samarbetet mellan kommun och region var centralt för att möta det stora tryck som uppstod på vården under pandemin och många vittnar om en mycket positiv utveckling av samarbetsformerna. Covid-19-pandemin har även inneburit en ökning av arbetet med mobila team samt av digitala vårdmöten med chatt och eller video. Samtidigt har andra delar av omställningsarbetet bromsats upp under pandemin, då vissa utvecklingsarbeten och utbildningsinsatser har behövts skjutas på framtiden. När pandemin inte längre utgör en akut krissituation är det centralt att även dessa delar av arbetet åter plockas upp. Det fortsatta arbetet med omställningen behöver bygga vidare på och dra nytta av de erfarenheter och strukturer som skapats under pandemin.

Regeringen har tagit flera steg i omställningen till en god och nära vård, bl.a. genom de lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019. Lagändringarna innebär att regionerna ska organisera hälso- och sjukvården så att den kan ges nära befolkningen och att den enskilde inom tre dagar garanteras en medicinsk bedömning av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården som bäst kan möta patientens behov, detta inom ramen för den förstärkta vårdgarantin. Regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård innebar att en reformering av primärvården inleddes, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet (prop. 2019/20:164). Under 2022 togs ytterligare steg genom propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72). Den 1 juli 2022 trädde nya lagändringar i kraft som bl.a. innebär att valet av enskilda personers vårdcentraler och motsvarande vårdenheter ska ske genom listning på

förhand. Listning ska få göras enbart hos utförare vars verksamhet bedrivs i en regions egen regi eller som har ett kontrakt med en region. Byte av utförare ska få göras högst två gånger under en period om ett år, om det inte finns särskilda skäl. Vårdgarantin gäller enbart där den enskilde är listad.

1.1 Överenskommelsen för 2023

Överenskommelsen för 2023 består av fyra olika utvecklingsområden som alla syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården. Dessa utvecklingsområden är:

- Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025
- Förstärkning av ambulanssjukvården

I överenskommelsen för 2020 ingick barnhälsovården som ett eget utvecklingsområde med särskilt allokerade medel. I senare överenskommelser utgör barnhälsovård inte ett eget utvecklingsområde. Området utgör emellertid en del av den nära vården och kan därmed omfattas av delar av de utvecklingsområden som handlar om utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården och goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Det innebär att medlen inom ramen för överenskommelsen kan användas för insatser som genomförs i syfte att stödja utvecklingen av barnhälsovården.

1.2 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

Överenskommelsen omfattar 2023 totalt 6 394,5 miljoner kronor och fördelas på de olika utvecklingsområdena enligt nedan.

Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav (avsnitt 2)

För utvecklingsområde Nära vård avsätts totalt 3 139 miljoner kronor. Av dessa medel avsätts 2 389 miljoner kronor till regionerna och 750 miljoner kronor till kommunerna. Av regeringens totala satsning på utvecklingsområdet avsätts 300 miljoner kronor till regionerna för arbete med att utveckla primärvården i landsbygd.

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare (avsnitt 3)

För detta utvecklingsområde avsätts totalt 3 049 miljoner kronor. Av dessa medel avsätts 1 999 miljoner kronor till regionerna och 200 miljoner kronor till kommunerna för övergripande insatser. Av regeringens totala satsning på

utvecklingsområdet avsätts 400 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna för att fler sjuksköterskor ska ges möjlighet att läsa till specialistsjuksköterska. Därtill avsätts 100 miljoner kronor till regionerna för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor med fördjupad kompetens inom centrala områden samt 250 miljoner kronor till regioner och kommuner för en satsning på verksamhetsförlagd utbildning (VFU).

Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025 (avsnitt 4)

För detta utvecklingsområde avsätts 70 miljoner kronor till regionerna för insatser inom strukturerad vårdinformation och standardisering. Medlen får användas till att stärka nya, redan pågående insatser eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar.

En förstärkt ambulanssjukvård (avsnitt 5)

För detta utvecklingsområde avsätts 85 miljoner kronor till regionerna.

Insatser som genomförs av SKR (avsnitt 2–5)

SKR ska stödja regionerna och kommunerna i omställningen av hälso- och sjukvården till god och nära vård och i genomförandet av insatserna inom ramen för de fyra olika utvecklingsområdena i överenskommelsen. SKR tilldelas totalt 51,5 miljoner kronor för detta arbete.

2. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården ska ställa om så att primärvården blir navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

För utvecklingsområdet avsätts i överenskommelsen 2023 totalt 3 139 miljoner kronor.

Stödet ska ges till regioner och kommuner för att:

- Stödja omställningen till en nära vård
- Förbättra tillgängligheten i primärvården
- Öka kontinuiteten och relationsskapande i hälso- och sjukvården
- Öka delaktigheten och medskapande i hälso- och sjukvården
- Utveckla primärvården i landsbygd

En central del i den pågående strukturomvandlingen av hela hälso- och sjukvården är utvecklingen av primärvården, som innefattar såväl den kommunala hälso- och sjukvården som den primärvård som utförs av regionerna eller drivs på deras uppdrag. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhålls att det blir alltmer tydligt att primärvården har svårt att klara uppdraget som första linjens vård och det gör att det blir svårare att möta demografiska utmaningar i form av ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning. I det sammanhanget blir den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården än viktigare. Den vård som utförs på särskilda boenden eller i den enskildes ordinarie hem bedrivs redan nära individen och utgör tillsammans med den regionalt drivna primärvården basen för den nära vården i Sverige.

Arbetet behöver fortgå med att säkerställa att barnets bästa särskilt beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. Genom att fortsätta arbeta systematiskt för att stärka barns och ungas rättigheter, bl.a. genom att utveckla och anpassa befintliga verktyg som används för att nå en ökad delaktighet,

samordning och kontinuitet, kan barn och ungas behov tillgodoses. I planering, organisering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga behöver barnrättsperspektivet således vara centralt. Den nära vården, och i synnerhet primärvården, har en viktig roll både vad gäller förebyggande och främjande insatser samt hälso- och sjukvård för barn och unga. Detta gäller även andra grupper med komplexa behov, t.ex. personer med psykisk ohälsa.

Svensk hälso- och sjukvård byggdes upp i en annan tid, med andra utmaningar än vad systemet ska kunna hantera i dag. En liknande situation ses i många andra länders hälso- och sjukvårdssystem. I dag behöver sjukvården i större omfattning hantera kroniska och långvariga sjukdomstillstånd, ofta med hög komplexitet. Den medicinska utvecklingen har över tid avsevärt förbättrat möjligheterna att behandla och bota många medicinska tillstånd och därmed förändrat människors behov av hälso- och sjukvård. Kunskapen är också större om att mycket går att förebygga, både ohälsa och stora folksjukdomar, genom hälsosamma levnadsvanor. Det hälsofrämjande arbetet kan också handla om att t.ex. utsatthet för våld eller våldsutövande upptäcks för att undvika fysisk och psykisk ohälsa under lång tid. För att möta befintliga och framtida utmaningar behöver hälso- och sjukvården arbeta mer med förebyggande och hälsofrämjande insatser. En utvecklad nära vård med en stärkt primärvård kan ge förbättrade förutsättningar för att möta dessa utmaningar och för att åstadkomma en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt.

Primärvården blir navet i hälso- och sjukvården

En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Den 1 juli 2021 trädde nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i kraft, bl.a. ett nationellt grunduppdrag för primärvården, baserat på propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164). Reformen innebär att hälso- och sjukvården ska ställa om så att primärvården blir navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.

Primärvårdens grunduppdrag enligt HSL (2017:30)

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

I den forskningspolitiska proposition som regeringen beslutade 2020 anges att medel bör tillföras Vetenskapsrådet för att bygga upp och utveckla forskningskompetens i primärvården. I utlysningar under 2022 har såväl Nationella forskarskolan i allmänmedicin som två forskarskolor i nära vård tilldelats medel. Detta är centralt för att ge kraft till omställningen och möjlighet för primärvårdens personal att bedriva forskning.

Flera statliga utredningar på området

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnade under våren 2020 betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). I betänkandet föreslår utredningen bl.a. lagreglerad planering och samverkan mellan huvudmännen, utvecklad individuell plan och en reglering av patientkontrakt. Utredningen lämnade i januari 2021 sitt slutbetänkande God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6), i vilket utredningen bl.a. beskriver olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa och lanserar en samlad modell under namnet ”Rätt stöd till psykisk hälsa” som berör hur primärvården bör arbeta med psykisk hälsa. Betänkandena har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Vidare lämnade utredningen Styrning för en mer jämlik vård sitt slutbetänkande Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) under hösten 2019. I betänkandet presenteras förslaget som syftar till att stärka måluppfyllelsen enligt hälso- och sjukvårdslagen, särskilt målen om en vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, bl.a. genom att digital och fysisk vård i primärvården ska kunna integreras på ett bättre sätt.

Under våren 2021 lämnade utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga betänkandet – Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). I betänkandet föreslår utredningen att hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att främja hälsa ska tydliggöras i lagstiftning och att ett nationellt hälsovårdsprogram ska tas fram och implementeras. I oktober 2021 lämnade utredningen slutbetänkandet Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78) med förslag om att stöd och insatser ska följas upp på ett mer jämlikt sätt oavsett bostadsort, vårdgivare eller skola. Betänkandena har remitterats och bereds i Regeringskansliet. Den 8 september 2021 fick Socialstyrelsen, mot bakgrund av utredningens förslag, i uppdrag att genomföra en förstudie om ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. I uppdraget ingick bl.a. att analysera hur ett sådant hälsovårdsprogram bör utformas och implementeras för att bäst möta barn och ungas behov, och inkludera alla berörda parter. Myndigheten har slutredovisat uppdraget och rapporten bereds i Regeringskansliet.

Utredningen Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd tillsattes av regeringen i juni 2020 (dir. 2020:68). Syftet är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg. Uppdraget ska redovisas senast den 1 januari 2023. Den 25 november 2021 överlämnade utredningen delbetänkandet Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93). Utredningen föreslår en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Bland annat föreslås att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård och att behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Den pågående pandemin har visat på utmaningar i bl.a. kommunalt finansierad hälso- och sjukvård samt på behovet av att stärka den medicinska kompetensen och samverkan mellan huvudmännen. Mot bl.a. den bakgrunden beslutade regeringen i december 2020 att tillsätta en utredning med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag och lämna förslag för att stärka den kommunala hälso- och sjukvården. Den 28 juni 2022 lämnade utredningen sitt betänkande Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU2022:41). Utredningens förslag rörande den kommunala hälso- och sjukvården knyter an till och bygger i stora delar vidare på förslagen i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Reformeringen förutsätter personcentrering

Flera av regeringens inriktningsmål för reformeringen av hälso- och sjukvården förutsätter ett personcentrerat angreppssätt i hälso- och sjukvården (prop. 2019/20:164). Det är därför viktigt att samtliga insatser som görs inom ramen för denna överenskommelse utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys innebär personcentrering att vården utgår från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – före, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården samt att man tar hänsyn till anhörigas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser för att motverka ohälsa.

Primärvårdens roll som navet i Sveriges hälso- och sjukvårdssystem skapar förutsättningar för en sammanhängande första linjens vårdnivå där insatserna i större utsträckning utgår från den enskilda människans behov och mindre utifrån hur hälso- och sjukvården organiserar sig. Att i arbetet med omställningen till en nära vård beakta såväl somatiska som psykiska vårdbehov är angeläget.

Att utveckla primärvårdens arbete med psykisk hälsa och en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, utifrån de förslag som lämnats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård och utredningen

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga ingår således som en övergripande del i omställningen och bör beaktas inom ramen för de utvecklingsområden som ingår i denna överenskommelse. Vägledande i arbetet med primärvårdens utveckling avseende psykisk ohälsa kan vara de slutsatser som lämnats i betänkandena God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) samt Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). Initiativ för att utveckla primärvårdens arbete med fokus på psykisk (o) hälsa kan även vidtas med stöd av överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Det aktuella utvecklingsområdet, Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav, bygger för 2023 huvudsakligen vidare på inriktningen i överenskommelsen för 2022. Det handlar övergripande om att genomföra insatser som bidrar till omställningen till en nära vård.

För detta utvecklingsområde avsätts 2 389 miljoner kronor till regionerna och 750 miljoner kronor till kommunerna under 2023.

2.1 Insatser för att stödja omställningen till en nära vård

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet Nära vård ska regionerna och kommunerna fortsätta att genomföra insatser som stödjer omställningen till en nära vård med primärvården som nav (hädanefter utvecklingsområde Nära vård).

2.1.1 Generella insatser

Medlen kan användas för generella insatser som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. Det kan t.ex. handla om att utveckla samordning inom eller mellan vårdgivare, kontinuitet och relationsbyggande och tillgänglighet. Vidare kan det handla om insatser för medskapande och delaktighet för patienter och närstående bl.a. genom patientkontrakt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, en säkrad kompetensförsörjning i den nära vården samt anpassning av vårdtjänster till de målgrupper som i hög grad behöver vårdens tjänster – t.ex. personer som lever med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Övriga insatser för att utveckla den nära vården kan handla om utveckling av ersättningsystem, utveckling av datadelning och dokumentation för att möjliggöra stärkt samverkan mellan huvudmännen och andra berörda aktörer, utveckling av proaktiva arbetssätt, utveckling av arbetssätt med stöd av digital teknik samt att möta de

utmaningar som finns i glesbefolkade områden samt i socioekonomiskt utsatta områden.

Digitaliseringsfrågorna har länge varit prioriterade hos regioner och kommuner. Det är önskvärt att detta fokus ligger kvar och att insatserna integreras i arbetet med att nå en nära vård. Det kan t.ex. handla om att i ökad utsträckning använda digitala stöd vid konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans, egenmonitorering, triagering och beslutsstöd. Det finns också en stor innovations- och effektiviseringspotential i att kombinera nationellt täckande tjänster och lösningar från privata och offentliga aktörer med lokala och regionala erbjudanden till medborgarna. Detta underlättas av en vidareutvecklad samverkan och systematiskt erfarenhetsutbyte regionerna emellan.

Kopplat till digitaliseringen av hälso- och sjukvården har regeringen med bl.a. betänkandet Digifysiskt vårdval (SOU2019:49) som beredningsunderlag fört fram propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (Prop. 2021/22:72) vilken riksdagen har antagit. Den 1 juli 2022 trädde lagändringar i kraft som bl.a. innebär att val av vårdcentral och liknande vårdenheter i primärvården ska ske genom listning. Det har förtydligats i patientlagen att man även ska kunna välja en fast läkarkontakt, hos den vårdgivare där man är listad. Vidare ska varje region tillhandahålla ett elektroniskt system för listning (listningstjänst). Förslagen och bedömningarna i propositionen syftar till att genom inrättande av denna listningstjänst för vårdval bygga upp grundförutsättningar för bl.a. en ökad kontinuitet i vården.

2.1.2 Särskilda insatsområden

Utöver generella insatser ska regioner och kommuner för att ta del av medlen under 2023 särskilt genomföra insatser inom följande områden för att stödja omställningen till den nära vården.

Samverkan mellan regioner och kommuner

Regioner och kommuner ska arbeta för att utveckla samverkan mellan sig då detta är en förutsättning för att kunna ställa om till en nära vård.

Primärvårdsnivån är delad mellan huvudmännen, vilket också förutsätter en etablerad struktur för samverkan. Etablering av långsiktig samverkan är en framgångsfaktor för det fortsatta arbetet. En central del för att kunna tillhandahålla en sammanhängande primärvård är att huvudmännen har en

gemensam struktur för planering av primärvården, hur den ska utformas och utvecklas. Andra centrala aspekter är att regionen och kommunerna i länet har en gemensam målbild för omställningen till en god och nära vård, en gemensam systemledning samt en struktur för hur omställningen ska utvecklas och följas upp. Samverkan bör inte bara ske mellan regionernas och kommunernas primärvård utan också med andra berörda verksamheter och aktörer, t.ex. tandvården, socialtjänsten, skolan och dess elevhälsa, företagshälsovården, den specialiserade vården samt med aktörer inom det civila samhället och genom samordningsförbunden. Inom ramen för samverkan är det viktigt att det hälsofrämjande, förebyggande och det habiliterande/rehabiliterande arbetet prioriteras. Ett annat viktigt fokus som har förstärks ytterligare av Coronakommissionens första delbetänkande (SOU 2020:80) är dimensioneringen av kompetens såsom sjuksköterskor och undersköterskor samt planering av läkarinsatser i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Regioner och kommuner ska redogöra för hur samverkan och samarbete har utvecklats och hur det ska utvecklas under kommande år, inklusive gällande gemensam planering för primärvården.

Hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt

Ett hälsofrämjande, preventivt och habiliterande/rehabiliterande fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt använda hälso- och sjukvårdens resurser effektivt. Det är också en förutsättning för god hälsa för de personer som lever med kroniska och långvariga tillstånd. Det är angeläget att primärvården arbetar med insatser som bidrar till att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt bidrar till att personer återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. Den pågående pandemin har bidragit till att belysa behovet av dessa insatser. Regionernas erbjudande av koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet är viktigt. Funktionen har ofta benämningen rehabiliteringskoordinator.

Definitionen av primärvård som framgår av 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen omfattar uttryckligen såväl förebyggande arbete som rehabilitering. Regioner och kommuner bör därför särskilt arbeta med utveckling av hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt inom ramen för denna överenskommelse, avseende både vuxna, oavsett ålder, och barn och unga.

Undvik slutenvård genom proaktiva arbetssätt

Hälso- och sjukvården i Sverige är fortfarande i hög utsträckning organiserad utifrån ett slutenvårds- och sjukhusfokus. Sjukhusbunden slutenvård är en betydligt dyrare vårdform än öppenvård och behöver prioriteras för de patienter och de åkommor som kräver sjukhusens specialiserade vård och teknik. En sammanhållen personcentrerad nära vård som utgår från behov och förutsättningar samt har ett främjande, förebyggande och proaktivt förhållningssätt kan minska undvikbara sjukhusvistelser. Genom att rätt person får rätt insats kan såväl kvaliteten som effektiviteten öka. Regioner och kommuner ska redogöra för genomförda och planerade insatser som syftar till att minska den undvikbara slutenvården framför allt för personer med kroniska sjukdomar och för dem med stora och varaktiga funktionsnedsättningar som riskerar återkommande vistelser på sjukhus.

Ett ändamålsenligt resursutnyttjande för omställningen

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) bedömer att det behöver ske en överföring av resurser för omställningen till en nära vård. Resursöverföring handlar inte bara om finansiella medel utan också till exempel om kompetens, utbildning, lokaler och forskning. Resurserna skulle kunna användas mer optimalt genom t.ex. utvecklade it-stöd, tjänstgöring hos flera olika huvudmän, vårdgivare eller utförare. Den resursöverföring, bl.a. gällande kompetens och utbildning, från sjukhusvård till primärvård som beskrivs av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, ska regionerna verka för inom ramen för de insatser som görs med stöd av medlen i denna överenskommelse. Det är viktigt att detta sker stegvis och utan att patientsäkerheten äventyras eller att etiska principer, däribland behovsprincipen, inom hälso- och sjukvården åsidosätts. I arbetet med en ändamålsenlig resurssättning kan grunduppdraget för primärvården, som trädde i kraft den 1 juli 2021, behöva brytas ned ytterligare inom varje region. Regioner och kommuner ska redovisa hur de har arbetat under 2023 för en ändamålsenlig och effektiv resurssättning av primärvården.

Hur ersättningssystem inom ramen för vårdval utformas har betydelse för den övergripande resurssättningen av primärvården. De har också betydelse för styrning mot en nära och jämlik vård efter behov. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård menar att det finns starka skäl att använda mer gemensamma ersättningsprinciper inom vården i syfte att främja en mer jämlik, behovsbaserad och tillitsbaserad vård (SOU 2019:42). Vidare poängteras i ett delbetänkande från Tillitsdelegationen (SOU 2017:56)

behovet av ett antal gemensamma utgångspunkter eller principer som bör ligga till grund för ersättningssystemens utformning. Ersättningsprinciperna är ett centralt styrmedel för regionerna. I dag varierar utformningen av regionernas ersättningssystem sinsemellan. Kunskapen om hur ersättningssystemen påverkar bl.a. tillgång, kvalitet och resursutnyttjandet i hälso- och sjukvården behöver utvecklas i syfte att bidra till ökat lärande i och mellan regioner och kommuner. Den ökade kunskapen om effekterna av ersättningssystemen ska ytterst medverka till att hälso- och sjukvården är jämlik, effektiv och ges efter behov.

Säkerställa privata aktörers medverkan i omställningen

Regionerna är sedan 2009 skyldiga att ha vårdvalssystem i primärvården. Regionerna kan också organisera den öppna specialiserade vården i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) och därmed erbjuda patienterna ökad valfrihet. Inom ett valfrihetssystem har alla vårdgivare som uppfyller regionens krav rätt att etablera verksamhet med offentlig ersättning. Regionen har därmed möjlighet att inom ramen för upphandling av hälso- och sjukvårdsverksamhet från privata aktörer, oavsett om det görs inom ett valfrihetssystem enligt LOV eller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, ställa krav och villkor som syftar till att även privata aktörer integreras i den omställning som just nu pågår i hela hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av att privata vårdcentraler utgör drygt 40 procent av alla vårdcentraler i landet, är deras medverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvårdens central. Regionerna bör därför säkerställa att de privata och offentliga aktörerna involveras på lika villkor i omställningsarbetet. Medel inom ramen för denna överenskommelse ska således kunna tilldelas såväl offentliga som privata aktörer för att samtliga berörda aktörer ska involveras och bidra i det pågående utvecklingsarbetet. Medlen kan också användas till insatser som syftar till att involvera privata aktörer i det pågående utvecklingsarbetet.

2.1.3 Insatser som SKR ska genomföra

Regionerna och kommunerna behöver stöd i omställningen till en nära vård. I detta arbete har SKR en central roll. Stödet ska utvecklas i nära samverkan med regioner och kommuner samt myndigheter och utgå från regionala och lokala behov och förutsättningar. Under 2023 kommer SKR bl.a. att:

- Stödja kommunernas och regionernas strategiska arbete för omställningen till nära vård, bl.a. i form av samordnade insatser tillsammans med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter.
- Stödja utvecklingen av den regionala och lokala styrningen av hälso- och sjukvården. I det ingår stöd till huvudmännens uppföljning av omställningen till den nära vården samt att arbeta fram metoder för att följa upp resursutnyttjande och ekonomisk bärkraft i omställningen.
- Stödja kommuners och regioners förändringsledning i relation till omställningen.
- Bidra till systematisk spridning av goda, lärande exempel på hur den nära vården tar form och aktivt stödja kommuner och regioners erfarenhetsutbyte och gemensamma lärande.
- Stödja kommuners och regioners arbete med kompetensförsörjning, utbildning och forskning i relation till omställningen till den nära vården.
- Stödja nya personcentrerade arbetssätt med inriktning på proaktiva, hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande insatser och arbetssätt med stöd av digital teknik. Det kan tex. handla om stöd till arbeten för ökad tillgänglighet i barnhälsovården och ökad samverkan mellan barnhälsovården och andra aktörer.

2.2 Insatser för att förbättra tillgängligheten i primärvården

Patienter ska ges vård efter behov och i rätt tid. För att det ska vara möjligt behöver tillgängligheten i vården öka och väntetiderna kortas. Regeringens primärvårdsreform har ett särskilt fokus på tillgänglighet och kontinuitet, inte minst för personer med komplexa vårdbehov. Detta inkluderar även tillgänglighet till primärvårdens hälsofrämjande arbete, såsom barnhälsovårdens verksamhet dit barn och familjer går för hälsosamtal och annat stöd. Tillgängligheten till primärvården påverkar patientens upplevelse av vården och i förlängningen även förtroendet. När tillgängligheten till primärvården är god och patienter möts av rätt kompetens, ökar förutsättningarna för att patienterna i första hand söker sig till primärvården. God tillgänglighet handlar också om kontakter med vården utifrån personers individuella behov och förutsättningar. I arbetet med ökad tillgänglighet är det viktigt att tillgängligheten för delar av befolkningen inte tränger ut vård av grupper som har större behov och att den förbättrade tillgängligheten är kostnadseffektiv och långsiktigt hållbar.

Det finns många goda exempel på utveckling för att öka tillgängligheten. Ett sätt är att nå patienter med stora behov med hjälp av mobila team där

regionerna ofta samarbetar med kommunerna. Ett annat sätt är utvecklingen av digitala tjänster som t.ex. digitala vårdmöten, webbtidbokning och digital specialistkonsultation. Sådan digital specialistkonsultation används runt om i landet. I en del regioner har specialistkompetenser fysiskt flyttat ut till vårdcentralerna för att finnas närmare patienterna, t.ex. gällande äldreomsorg, tillgång till gynekolog eller psykiatrikompetens. Ytterligare ett exempel är utökade hembesöksprogram i samverkan mellan region (bl.a. barnhälsovård) och kommun (förebyggande socialtjänst) för att tillsammans erbjuda barn och familjer tidigt och anpassat stöd i syfte att främja hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera risker och problem. Tillgänglighet handlar också om ökad jämlikhet mellan grupper och om jämställdhet mellan kvinnor och män. Särskilda insatser kan behövas för grupper som är mindre benägna att söka vård eller av olika skäl som t.ex. socioekonomi, minoritetsspråk eller funktionsnedsättning har en sämre tillgänglighet till en nära vård.

Ett integrerat digitalt och fysiskt arbetssätt i primärvården

En ökad tillgänglighet i primärvården inbegriper, liksom nämnts ovan, både fysisk och digital tillgänglighet. Genom att utföraren erbjuder fler kontaktvägar blir både fysiska och digitala arbetssätt centrala i vården vilket innebär att patienterna lättare kan få tillgång till vårdens tjänster i sin närmiljö och kan tas om hand på rätt vårdnivå. När patienten själv ges möjlighet att bidra digitalt i anamnesupptagning, triagering och i egenvård stärks patientens ställning. Teknik behöver tillgänglighetsanpassas samt vara användarvänlig och inkluderande, bl.a. för personer med funktionsnedsättningar. På så vis kan även effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet öka. Den digitala och fysiska vården i primärvården behöver dock integreras på ett bättre sätt än i dag, vara kostnadseffektiv och i enlighet med den pågående reformeringen av primärvården.

Arbetssätt där det digitala och fysiska är integrerat är även till gagn för vårdens medarbetare genom att det kan avlasta och frigöra resurser. För att åstadkomma en ökning av arbetssätt i primärvården där det digitala och fysiska är integrerat har regionerna möjlighet att i vårdvalens förfrågningsunderlag ställa krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare som verkar inom regionens vårdvalssystem.

2.2.1 Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen inom utvecklingsområdet Nära Vård ska regionerna utveckla och förbättra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker såväl den digitala som den fysiska tillgängligheten i primärvården. Detta kan bland annat ske genom ett fortsatt arbete med den förstärkta vårdgarantin inom primärvården. Här ska särskilt utvecklingen av tillgängligheten i glest befolkade områden och i socioekonomiskt utsatta områden beaktas. Vidare behöver regionerna, som Coronakommissionen också har uppmärksammat, arbeta systematiskt och tillsammans med kommunerna med att förbättra tillgängligheten till sjukvård för äldre personer som i övrigt får sin hälso- och sjukvård inom kommunalt finansierade verksamheter.

2.3 Insatser för att öka kontinuiteten och relationsskapande i hälso- och sjukvården

En del i ett personcentrerat arbetssätt är att bygga på relationer. För att kunna bygga relationer är en god kontinuitet en viktig förutsättning. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lyfter i sitt andra delbetänkande (SOU 2018:39) att kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet i befolkningen. Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett helt vårdteam med flera olika professioner. Samtidigt behöver vården respektera att alla patienter inte efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare. Graden av kontinuitet bör därför, såsom allt annat i vården, anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser. Regeringens primärvårdsreform har särskilt fokus på att öka kontinuiteten.

Sedan mitten av 1990-talet ska patienter ges möjlighet att få tillgång till och välja en *fast läkarkontakt i primärvården*. Inledningsvis fanns ett krav i hälso- och sjukvårdslagen om att en fast läkarkontakt måste vara specialist i allmänmedicin. Det kravet togs bort 2010 – numera finns inte något särskilt kompetenskrav för att kunna ha funktion som fast läkarkontakt i primärvården. I en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys från 2021 redovisas att endast en tredjedel i befolkningen uppger att de har en fast läkare eller annan fast vårdkontakt på sin ordinarie vårdcentral. En fast läkarkontakt i primärvård ska syfta till en ökad kontinuitet i vården. Därför är det viktigt att arbetet med att möjliggöra för patienterna att få välja

en fast läkarkontakt inte reduceras till ett ”mått” eller annan administrativ åtgärd som saknar betydelse för en relationell kontinuitet.

Förutom bestämmelser om fast läkarkontakt i primärvård har det sedan 2010 funnits en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla *fast vårdkontakt*. En fast vårdkontakt ska enligt patientlagen utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator eller psykolog. Vid livshotande tillstånd ska en läkare utses. Patienten ska enligt patientlagen få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa detta behov och att en fast vårdkontakt utses. En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och när en person behöver vård från flera olika vårdgivare kan det finnas flera fasta vårdkontakter.

Mål för området: I överenskommelsen för 2021 etablerades mål för området. Senast vid utgången av 2022 skulle andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex* till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i primärvården i regionen.

För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård skulle andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent vid utgången av 2022 samtidigt som en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett.

Utvecklingen ska följas särskilt genom bl.a. patientenkäter och på sikt även genom likvärdig datainsamling från regionerna. Detta förutsätter att verksamheterna dokumenterar när en person har fått en namngiven fast läkarkontakt. Även förekomsten av fast vårdkontakt behöver kunna följas över tid. Möjligheter, hinder och effekter behöver lyftas fram för fördjupat lärande och utveckling.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag att följa upp dessa mål, och genomföra kvantitativa kartläggningar av patienters tillgång till fast läkarkontakt. I oktober 2022 lämnades en första delrapport. Myndigheten har använt flera datakällor för att ge en sammantagen bild av måluppfyllelsen och utvecklingen (både ur patient- och

verksamhetsperspektiv), men konstaterar att det ännu saknas datakällor för att de ska kunna kartlägga måluppfyllelsen på ett tillräckligt bra sätt. De resultat man får varierar också beroende på hur man mäter, för några av målen saknas i princip helt data för att göra en analys.

De rapporterade svårigheterna med att kartlägga måluppfyllelsen, de varierande resultaten samt att det ännu inte finns en samlad rapportering för hela 2022 gör sammantaget att det saknas tillräckliga underlag för en revidering av målen i överenskommelsen för 2023. Målnivåerna förändras därmed inte för 2023. De kommer istället under 2023 ses över, bl.a. utifrån det underlag som inkommer från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

* *Kontinuitetsindex* är ett internationellt index – continuity of care – som väger samman hur många olika läkare (eller den yrkesgrupp som mätningen gäller) patienten träffar samt frekvensen av besök till de olika läkarna. Måttet används inom Primärvårdskvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården.

2.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra

Arbetet med att säkerställa att patienter som önskar en namngiven fast läkarkontakt i primärvården ska få möjlighet att välja en sådan, kopplad till den utförare som patienten har valt ska fortsätta.

För att få ta del av medlen ska följande insatser genomföras, med stöd i upprättade handlingsplaner som utgår ifrån hur målen ska uppnås på kort sikt och hur en allt större andel i befolkningen ska få en namngiven fast läkarkontakt och fast vårdkontakt på längre sikt (2025):

- Regionerna ska utarbeta rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om en patients fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, så att datainsamling kan ske effektivt och likvärdigt och det blir möjligt att följa den nationella utvecklingen löpande och över tid. I rutinerna ska säkerställas att dokumentationen ska kunna ske på ett sådant sätt att den administrativa bördan för vårdpersonalen kan hållas nere.
- Regionerna ska säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, i möjligaste mån via 1177.se.
- Regionerna ska ge en redovisning av hur man avser arbeta mot Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården

om 1100 invånare per specialistläkare och 550 st per ST-läkare. Riktvärdet är framtaget som ett stöd när regionerna och enskilda hälso- och vårdcentraler planerar, fördelar resurser och gör uppföljningar. I planeringen är det av central betydelse att även väga in lokala förutsättningar. Siffran 1 100 är varken ett golv eller ett tak, utan behöver anpassas lokalt, utifrån bland annat vårdtyngd, vilka övriga professioner som finns verksamma på mottagningen och teamarbetets utformning.

För att i övrigt få ta del av medlen inom utvecklingsområdet Nära vård ska regionerna genomföra insatser för att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet med särskild inriktning mot att erbjuda fast vårdkontakt och fast läkarkontakt till patienter i primärvården. I detta bör behoven av personer med kommunal hälso- och sjukvård särskilt beaktas. Som exempel ska regionerna arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar samt upparbeta rutiner för att informera om möjligheten att få en fast vårdkontakt och/eller läkarkontakt.

2.3.2 Insatser som SKR ska genomföra

SKR ska stödja regionerna i utvecklingsarbetet med att främja kontinuitet och att utarbeta rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om en patients fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt. Utvecklingen ska bidra till en effektiv och likvärdig datainsamling och indikatorer för att mäta kontinuitet och beakta pågående statliga initiativ, så att den nationella utvecklingen på sikt kan följas över tid.

2.4 Insatser för att öka delaktighet och medskapande i hälso- och sjukvården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska enligt patientlagen utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. När delaktighet och medskapande diskuteras är det också mycket viktigt att närståendeperspektivet finns med, oavsett om det handlar om barn, unga, vuxna eller äldre personer.

I ett samhälle där allt fler lever med sjukdomar av kronisk och långvarig karaktär blir det viktigare än förr att tillgodose behovet av delaktighet i beslut om den långsiktiga målsättningen med givna insatser och behandling. Även tillgänglighet till planerade åtgärder och personkontinuitet i kontakten med vården är centrala faktorer. För att kunna vara en delaktig och medskapare i sin egen vård behöver patienten också ha tillgänglig information, inte bara om vård- och behandlingsåtgärder, utan även annan typ av information om vården, t.ex. väntetider.

2.4.1 Patientkontrakt ska fortsätta utvecklas

För att åstadkomma en bättre och mer personcentrerad samordning i vården, som kan utgöra ett stöd både för patienter, närstående och vårdens medarbetare, ska systemet med patientkontrakt fortsätta att utvecklas.

Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som säkerställer delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt. Patientkontrakt kan finnas i alla delar av vården – oavsett organisationsform. Det ska stödja relationen mellan patienten och vården, och avser en sammanhållen dokumentation över patientens samtliga vård- och omsorgskontakter som på sikt ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden. I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov.

Patientkontrakt bidrar till informationskontinuitet och ska leda till utveckling av personcentrerade arbetssätt och på sikt bidra till vårdens effektivisering. En utgångspunkt för arbetet med patientkontrakt är att det ska underlätta för vårdens medarbetare och inte leda till administrativt merarbete. Patientkontrakt är också ett verktyg för samordning mellan vårdgivare och olika verksamheter samt mellan huvudmännen, bl.a. mellan den regionfinansierade hälso- och sjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

Patientkontraktet ska innehålla de insatser som vårdgivare och patient har kommit överens om, inklusive de insatser som patienten själv ansvarar för, samt information om patientens fasta vårdkontakt. I detta ingår även hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen för utvecklingsområdet Nära vård ska regionerna fortsätta utveckla arbetet med patientkontrakt. Regionerna ska:

- Fortsätta införandet av patientkontrakt utifrån upprättade handlingsplaner för hur patientkontrakt implementeras, följs upp och utvärderas samt samverka med den kommunala hälso- och sjukvården i utvecklingen av patientkontrakt för patienter med insatser från båda huvudmännen..
- Inkludera patientkontrakt i arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, som implementeras i enlighet med beslut inom Regionernas nationella system för kunskapsstyrning.
- Ge information och utbildning till personal samt samverka med invånare och patienter för spridning av patientkontrakt.
- Bidra till utvecklingen av arbetssätt och rutiner för en strukturerad dokumentation av patientkontrakt i lämpliga it-stöd.

Insatser som SKR ska genomföra

SKR ska fortsätta stödja regioner och kommuner i utvecklingen av patientkontrakt bland annat genom att stödja utvecklingen av arbetssätt och rutiner för en strukturerad dokumentation av patientkontrakt i lämpliga it-stöd. SKR ska vidare stödja arbetet med att införa patientkontrakt som en del i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen samt i Min vårdplan cancer.

2.5 Insatser för att utveckla primärvården i landsbygd

Befolkningens behov av en tillgänglig och nära vård ska tillgodoses oavsett var i landet man bor och det är viktigt att invånare i alla delar av landet har tillgång till en vård med ökad kontinuitet och delaktighet för patienterna. Många av de utmaningar primärvården står inför, t.ex. gällande kompetensförsörjning och tillgänglighet, är extra påtagliga för primärvården i landsbygd. För att möta dessa utmaningar finns ett behov av nya arbetssätt och modeller, utifrån lokala förutsättningar. Med digitaliseringens hjälp finns t.ex. stora möjligheter till innovativa lösningar, bl.a. när det gäller att ge tillgång till vård på olika sätt. Även samverkan mellan regioner och kommuner är avgörande för att lösa olika utmaningar.

I regeringens budgetproposition för 2023 anges att 300 miljoner kronor ska användas för arbetet med att fortsätta utveckla den pågående reformeringen

av primärvården så att den blir mer effektiv och kan svara upp mot de behov som finns för personer som bor i landsbygd t.ex. avseende tillgänglighet. Medlen fördelas till regionerna med hjälp av en viktad fördelningsnyckel (se avsnitt 8). Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna). Då fördelningsnyckeln är ny kommer parterna att följa upp och vid behov utveckla fördelningsnyckeln inför framtida överenskommelser.

Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen ska regionerna genomföra insatser vilka syftar till att utveckla primärvård i landsbygd, inom sina respektive regioner. Medlen kan exempelvis användas för att utveckla nya arbetssätt och modeller, införa eller utveckla digitala lösningar samt stärka teambaserade arbetssätt och samverkan mellan huvudmännen. Regionerna bör i denna del samverka med relevanta kommuner inom länet när det gäller att stärka primärvården i landsbygd.

3. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Kompetensförsörjningen är regionernas och kommunernas största utmaning. I takt med att befolkningen växer och andelen äldre blir större så ökar behoven av välfärd. Samtidigt kommer sannolikt konkurrensen om arbetskraften att vara hård de kommande åren. För att möta kompetensutmaningen behöver kommuner och regioner fortsätta fokusera på att aktivt rekrytera och samtidigt arbeta med fler lösningar som att utveckla arbetssätten, ta tillvara kompetens på bästa sätt, söka nya samarbeten och prioritera arbetsmiljöarbetet.

Pandemin har och fortsätter att innebära en utmaning för vårdens medarbetare. För att möjliggöra för verksamheterna att omhänderta ett stort antal patienter svårt sjuka i covid-19 har många medarbetare behövt ställa om både när det gäller arbetsuppgifter och att utveckla sin kompetens. Samtidigt behöver den uppskjutna vården fortsatt hanteras inom ordinarie verksamheter. Åtgärder som syftar till att säkerställa behovet av personal i hälso- och sjukvården både på kort och på lång sikt är därför fortsatt viktiga.

3.1 Bakgrund

Under 2016–2018 ingick staten och SKR överenskommelser om den s.k. Professionsmiljarden. Överenskommelserna hade tre övergripande utvecklingsområden som medlen skulle användas till:

- It-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- Smartare användning av medarbetarnas kompetens
- Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning

Överenskommelsen för 2017–2018 innehöll en särskild satsning på 300 miljoner kronor för respektive år som avsattes för specialistutbildningar av sjuksköterskor.

År 2018 avsatte regeringen dessutom två miljarder kronor med inriktning på att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Medlen fördelades 2018 till regionerna via överenskommelsen Goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Överenskommelsen täckte två övergripande områden:

- Utveckling av medarbetarnas arbetssituation – innefattar ledarskap, arbetsmiljö, rätt antal medarbetare samt insatser för att behålla och utveckla medarbetare.

- Utveckling av vårdens verksamheter – innefattar förutsättningar för utvecklingsarbete, kapacitets- och produktionsplanering och verksamhetsstöd.

För 2019 enades regeringen och SKR om att förnya ovanstående överenskommelser och att lägga samman dem till en gemensam överenskommelse, En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare på totalt 3 360 miljoner kronor. Denna överenskommelse innehöll även en satsning på 100 miljoner kronor till kommunerna för arbete med att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Därutöver tillfördes regionerna 400 miljoner kronor för 2019 för att erbjuda sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning.

Överenskommelsen om en God och nära vård 2020 var en sammanslagning av de tidigare överenskommelserna God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. och En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Överenskommelsen delades in i fyra övergripande områden, varav ett var Goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Området omfattade totalt 2 919 miljoner kronor. Av dessa medel avsattes 1 819 miljoner kronor till regionerna och 500 miljoner kronor till kommunerna för övergripande insatser. Vidare avsattes 500 miljoner kronor till regionerna för specialistsjuksköterskeutbildning samt 100 miljoner kronor till regionerna för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor.

Samma upplägg tillämpades 2021 då Goda förutsättningar för vårdens medarbetare utgjorde ett av fyra utvecklingsområden. Totalt avsattes 3 281 miljoner kronor under 2021. Av dessa medel avsattes 2 531 miljoner kronor till regionerna och 150 miljoner kronor till kommunerna (för den kommunala hälso- och sjukvården) för övergripande insatser som ska bidra till att stärka huvudmännens planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård. Därutöver avsattes 400 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor. Ytterligare 100 miljoner kronor avsattes till regionerna för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor med fördjupad kompetens inom centrala områden.

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare utgjorde även ett av fyra utvecklingsområden 2022. Totalt avsattes 2 963 miljoner kronor. Av dessa medel avsattes cirka 1 963 miljoner kronor till regionerna och 150 miljoner kronor till kommunerna (för den kommunala hälso- och sjukvården) för övergripande insatser som ska bidra till att stärka huvudmännens planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård. Därutöver avsattes 400 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor. Ytterligare 100 miljoner kronor avsattes till regionerna för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor med fördjupad kompetens inom centrala områden. Slutligen avsattes 250 miljoner kronor till de regioner och kommuner som under året utökade antalet VFU-veckor för studenter på utbildning mot sjuksköterskeexamen. Medlen fördelades utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet VFU-veckor som aktuell kommun/region stod för.

3.2 Inriktningen för 2023

Det aktuella utvecklingsområdet, Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, bygger för 2023 i stort vidare på inriktningen i de tidigare överenskommelser som har nämnts ovan. Denna del i överenskommelsen omfattar hälso- och sjukvård som bedrivs i både kommuner och regioner.

För detta utvecklingsområde avsätts totalt 3 049 miljoner kronor under 2023. Av dessa medel avsätts 1 999 miljoner kronor till regionerna och 200 miljoner kronor till kommunerna (för den kommunala hälso- och sjukvården) för övergripande insatser som ska bidra till att stärka huvudmännens planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård.

Medlen för utvecklingsområdet får användas för följande områden:

- En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård
- Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen
- Utbilda vårdens framtida medarbetare

Medlen får användas till att stärka nya, pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar.

Därutöver avsätts 400 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor (se avsnitt 4.6).

Ytterligare 100 miljoner kronor avsätts till regionerna för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor med fördjupad kompetens inom centrala områden (se avsnitt 4.7).

Slutligen avsätts 250 miljoner kronor för en satsning på verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för sjuksköterskor.

3.3 En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård

En central förutsättning för omställningen till en nära vård är en ändamålsenlig kompetensförsörjning. Därtill behövs fungerande strukturer för planering av vårdens långsiktiga kompetensförsörjning och forum för samverkan med utbildningsanordnare både på regional och nationell nivå. En förutsättning för planeringen av vårdens långsiktiga kompetensförsörjning är tillgången till ändamålsenlig personalstatistik. Vidare är det avgörande att det finns medarbetare med kompetens för den vård som bedrivs samt att medarbetarna arbetar tillsammans på ett optimalt sätt. Det senare är av stor betydelse för vårdens medarbetare – för en god arbetsmiljö och för att medarbetarna ska kunna utföra sitt arbete med hög kvalitet. Ytterligare en central aspekt är utvecklingen för teamet och för respektive yrkesroll. En viktig utgångspunkt för hälso- och sjukvården är att medarbetarna har den kompetens som behövs för att bedriva och utveckla en vård av hög kvalitet. Behovet av olika yrkesgrupper behöver sättas i relation till framtida förändringar i sjukdomspanoramata, vårdens innehåll och till vilken arbetsfördelning som kommer att råda i framtidens hälso- och sjukvård. Samtidigt är kompetensförsörjningen en stor utmaning för regioner och kommuner. Det finns därför ett behov av att fler ser vården som en intressant karriärmöjlighet och insatser för att säkra kompetensförsörjningen bör riktas mot såväl män som kvinnor.

Därtill har nya sätt att organisera hälso- och sjukvården tillkommit och kommer att behövas i än högre grad framöver. Detta kräver nya arbetssätt för att ta tillvara och utveckla medarbetarnas kompetens. Inom vissa områden, exempelvis psykisk ohälsa och hälsofrämjande och personcentrerade arbetssätt, kommer specifik kompetens behövas i större omfattning och potentiellt även på nya platser i hälso- och sjukvårdssystemet.

En nyckel till en hållbar kompetensförsörjning inom den nära vården är att främja interprofessionella arbetssätt och goda lärandemiljöer. En sammanhållen vård av hög kvalitet förutsätter att medarbetarnas

kompetenser används effektivt, vilket i sin tur kräver en god samverkan mellan huvudmännen. För detta krävs god kännedom och förståelse för såväl den egna kompetensen som för de andras kompetenser i teamet.

En utgångspunkt bör vara att kompetensen används på ett för verksamheten och hälso- och sjukvårdssystemet optimalt sätt. Insatserna behöver utformas så att patienten är delaktig och utifrån dennes behov. När olika kompetenser kompletterar varandra stärks också förutsättningarna för ett mer teambaserat arbetssätt.

Många arbetsgivare inom vården arbetar med att utveckla strukturerade modeller för kompetens- och karriärutveckling.¹ Modellerna, som utgår från verksamhetens kompetensbehov, syftar till att skapa tydligare förutsättningar för kompetensutveckling, karriär- och löneutveckling samt ska bidra till verksamhetens utveckling, samtidigt som de ska attrahera, motivera och bidra till att behålla medarbetare. Genom ansvar för verksamhetsutveckling kan hög kompetens och lång erfarenhet användas på ett strukturerat sätt exempelvis för att utveckla samverkan mellan olika huvudmän, utveckling av goda lärmiljöer för medarbetare och studenter eller implementering av evidens och beprövad erfarenhet.

Inom hälso- och sjukvården pågår arbete som syftar till att skapa god tillgänglighet och en effektiv vård av hög kvalitet. Ett exempel är kapacitets- och produktionsplanering, dvs. strukturerad planering och styrning av tillgängliga resurser med och för patienterna. För att göra detta möjligt behövs god kompetens om flöde, logistik och vårdprocesser. Det krävs vidare ändamålsenliga it-stöd för att stödja processarbetet och ge underlag för en förbättrad planering vilket kommer patienten till del.

Den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården har en central roll i omställningen till en nära vård. Den tekniska utvecklingen gör att patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder även till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. I syfte att stärka omställningen bör medel inom ramen för utvecklingsområdet användas till kompetenshøjande

¹ Det handlar t ex om möjligheter att bli specialist, men också annan utveckling inom yrket t ex som handledare, uppdrag som samordnare och/eller att driva olika utvecklingsarbeten. De strukturerade modeller som idag finns i vissa regioner och större kommuner har olika namn, t ex kompetensstegar eller karriärutvecklingsmodeller. Oavsett detta har de liknande grunder och syfte, d v s att skapa tydligare förutsättningar för kompetens- och karriärutveckling utifrån verksamhetens behov, oftast inom det egna yrket och med fokus på det vårdnära arbetet.

insatser och utvecklade arbetssätt, i detta ingår att stärka samverkan mellan regionerna och kommunerna.

3.3.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet ska regionerna och kommunerna genomföra insatser som syftar till att bidra till en ändamålsenlig kompetensförsörjning inom ramen för omställningen till en nära vård. En ändamålsenlig kompetensförsörjning kan bidra till att stärka det medicinska omhändertagandet, tillgodose hög patientsäkerhet och en vård av god kvalitet. Detta är inte minst viktigt inom den kommunala hälso- och sjukvården. Insatserna ska nå både kvinnor och män. Medlen kan exempelvis användas till kompetenshöjande insatser, utveckla arbetssätt samt att stärka samverkan mellan kommuner och regioner.

3.4 Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen

En god arbetsmiljö är centralt för att säkra kompetensförsörjningen både på kort och på lång sikt. Insatser behövs både för att skapa förutsättningar för utveckling och engagemang hos dagens medarbetare och för att attrahera och rekrytera morgondagens medarbetare. För att kontinuerligt utveckla verksamheten, möta de framtida behoven i vården och arbeta för en god arbetsmiljö behöver det vara möjligt att avsätta resurser, exempelvis i form av tid och kompetens för utvecklingsarbete. Att vara delaktig och ha möjlighet att bidra till förbättringsarbete på den egna arbetsplatsen främjar hälsa och ökar engagemang. En nära vård ska utgå från patientens behov och därför behöver patienter och närstående göras delaktiga i utvecklingsarbetet.

Insatser för att säkra kompetensförsörjningen kan även handla om att stödja fler medarbetare att välja heltidsarbete och att hålla sig friska för att kunna bidra fullt ut till verksamheten. Om fler av dem som nu arbetar deltid utökar sin arbetstid minskar rekryteringsbehovet samtidigt som de anställdas inkomster och pensioner ökar, vilket också förbättrar den ekonomiska jämställdheten.

Arbetsgivare i regioner och kommuner behöver även nyttja potentialen i att förändra och förlänga arbetslivet för både unga och äldre. Det kan handla om att erbjuda flexibla lösningar för att få såväl fler att arbeta längre som att få fler unga att komma in tidigare på arbetsmarknaden. Arbetsgivare behöver även arbeta aktivt för att bredda rekryteringsbasen genom att personer av

underrepresenterat kön inom vissa yrkeskategorier ska söka sig till, och stanna kvar i, arbeten inom vården.

Under 2021 ökade kostnaden för hyrpersonal med 12 procent från 5,6 miljarder till 6,3 miljarder, vilket motsvarar knappt 4 procent av regionernas totala personalkostnader. I förhållande till regionernas egna personalkostnader ökade andelen hyrpersonal med 0,3 procentandelar jämfört med 2021. Ökningen mellan åren har ett tydligt samband med effekten av pandemin. Under 2021 var trycket på covid-vården fortsatt stort, parallellt med hanteringen av planerad vård och vård som skjutits upp. Ökat antal sjukskrivningar skapade stor personalbrist. Vaccinationerna inleddes, vilket inneburit att många regioner behövt täcka upp med inhyrda sjuksköterskor.

Att uppnå en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten och därigenom minska behovet av inhyrd personal bidrar såväl till trygga vårdkontakter med god kontinuitet och kvalitet, som till god arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. En bemanning med egna medarbetare har även betydelse för kontinuitet i personalgrupperna för att kunna bedriva ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Regional samverkan kring oberoende av inhyrd personal är viktigt för att nå resultat.

Ett gott ledarskap skapar förutsättningar för medarbetare att utvecklas, komma till sin rätt och göra sitt bästa för och med patienter och närstående. Ledarskapet är också avgörande för möjligheten att lyckas med den förbättring och utveckling av hälso- och sjukvårdens verksamheter som behövs. För att chefer ska ha möjlighet att utöva ett gott ledarskap och driva nödvändig utveckling krävs förståelse och kompetens i att leda förändring och en tydlig gemensam strategi för hur förändring ska åstadkommas. Det krävs också organisatoriska förutsättningar för att verksamheten ska styras och ledas på ett sätt som är väl anpassat till verksamhetens karaktär och ger chefer tid och utrymme att leda. Det kan handla om att chefer får ett gott stöd och ett tydligt uppdrag, att ansvar och befogenheter hänger samman och att det finns möjlighet till dialog om resultat och inflytande över beslut som påverkar det egna ansvarsområdet. En utjämning har skett mellan antalet kvinnor och män på de högsta chefsnivåerna där det tidigare rådde könsobalans. På förstalinjechefnivå dominerar kvinnor. Ett fortsatt arbete behövs för att utveckla möjligheter som underlättar för kvinnor att göra fortsatt karriär i kommuner och regioner. En arbetsplats där män och kvinnor har samma möjligheter till positioner med makt och inflytande är

viktig för möjligheten att rekrytera, ta tillvara på dem med rätt kompetens och vara en arbetsgivare där medarbetare vill stanna och utvecklas.

Att använda kompetens rätt handlar om att kompetenserna i arbetsgruppen sätts samman på ett ändamålsenligt vis och att arbetsuppgifterna fördelas på ett sätt som möter patientens behov på ett så säkert och effektivt sätt som möjligt. Det kan till exempel innebära att uppgifter växlas mellan yrkesgrupper, att uppgifter fördelas utifrån medarbetares individuella kompetens inom en yrkesgrupp eller att se över om nya yrkesgrupper kan utföra arbetsuppgifterna såsom vårdnära service.

Den digitala utvecklingen bär med sig nya möjligheter att förbättra förutsättningarna för vårdens och omsorgens medarbetare. Den ger möjligheter för medarbetare att arbeta, samverka, nå kunskap och interagera med varandra och med patienter på nya sätt, ofta oberoende av geografiska eller organisatoriska gränser. Moderna it-stöd i kombination med bättre tillgång till information innebär även att medarbetares kompetens kan användas smartare och arbetsmiljön förbättras.

3.4.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet ska regionerna och kommunerna genomföra insatser som syftar till att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen. Medlen kan exempelvis användas till insatser för att:

- Stödja hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö.
- Stärka förutsättningarna för ledarskapet.
- Använda kompetensen rätt utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt.
- Stärka ett teambaserat arbetssätt och samverkan mellan huvudmän.
- Minska behovet av inhyrd personal, bl.a. genom fortsatt och utvecklad regional samverkan t.ex. avseende system och rutiner för uppföljning och avrop samt samarbete vid upphandling.
- Utveckla förutsättningarna för primärvårdens medarbetare genom utvecklings-, utbildnings- eller forskningsaktiviteter, som stödjer omställning till en nära vård. Insatserna kan rikta sig till samtliga yrkesgrupper inom primärvården.

3.5 Utbilda vårdens framtida medarbetare

Lärandet i vården har stor betydelse för dess kompetensförsörjning, framtida rekryteringsmöjligheter och är en förutsättning för omställning till nära vård.

Vårdens medarbetare behöver kontinuerligt utveckla sin kompetens och de behöver samtidigt utveckla nya arbetssätt som är teambaserade, personcentrerade och hälsofrämjande samt förmågan att arbeta i nya vårdmiljöer med digitalt stöd.

Utöver att skapa goda förutsättningar för det kontinuerliga lärandet i verksamheten har hälso- och sjukvården ett stort och delvis i lag reglerat utbildningsuppdrag.² Det handlar om att tillhandahålla utbildnings- tjänstgöring för AT- och ST-läkare, ST-tandläkare och praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) samt verksamhetsförlagd utbildning och verksamhetsintegrerat lärande för studenter på högskoleutbildningar och studerande på YH-utbildningar. Därutöver tillkommer elever från andra utbildningar som till exempel vård- och omsorgsprogram.

För att regioner och kommuner ska kunna möta utbildningsbehovet och ta emot studenter och elever under utbildning är det centralt att fler lärandemiljöer och utbildningsplatser utformas för verksamhetsintegrerat lärande i vården. För detta behöver verksamheten säkerställa tillgången på kvalificerad handledarkompetens. Ett sätt är att utbilda fler handledare, ett annat att utveckla modeller för handledning.

I syfte att stärka kompetensen också hos nya medarbetare kan insatser handla om att erbjuda strukturerad introduktion på arbetsplatsen, såsom exempelvis introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter med flera yrkesgrupper. Andra exempel är att ge ersättning för utbildningsplatser för vårdbiträden som vill vidareutbilda sig till undersköterskor, specialisering för undersköterskor och kompetensutveckling för skötare.

Kompetensen hos personer med utländsk utbildning som kommer till Sverige utgör en värdefull resurs för hälso- och sjukvården. För att underlätta vägen till arbete och legitimation är det av vikt att regioner och kommuner bidrar med exempelvis praktisk tjänstgöring, praktik, verksamhetsförlagd utbildning eller olika former av språkstöd.

Den 1 januari 2020 inrättades ett nationellt vårdkompetensråd vid Socialstyrelsen. Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom vården. Det nationella rådet har även i uppgift att stödja utvecklingen av de regionala samverkanstrukturerna. Den regionala samverkan bör bygga på ett

² 10 Kap. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

gemensamt kunskapsutbyte om behov och planerade förändringar framåt, till exempel om omställningen i vården, forskningsrön som påverkar behoven och planerade förändringar av utbildning och verksamhet.

Tillgången till rätt kompetens i primärvården är en förutsättning för omställningen till en god och nära vård och för att möta befolkningens behov. En central del i arbetet handlar om att arbeta strategiskt med prognoser och dimensionering för att säkra en bred sammansättning av kompetens från olika yrkesgrupper. Tillgången på flera yrkesgrupper behöver stärkas såsom exempelvis undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och läkare. Vad gäller läkare behöver exempelvis antalet ST-tjänster i allmänmedicin öka.

Ett nytt utbildningssystem för läkare infördes 2021, med en ny läkarexamen som motsvarar sex års heltidsstudier och som ligger till grund för legitimation samt en ny bastjänstgöring (BT) som en inledande del av ST. Parallellt med den nya läkarutbildningen och BT kommer AT att finnas kvar under en lång period, för de som läser till läkarexamen enligt de äldre bestämmelserna. Antalet AT-tjänster behöver fortsatt öka för att utökningen av den svenska läkarutbildningen och inflödet av läkare med utländsk utbildning ska resultera i fler legitimerade och specialistkompetenta läkare. De regioner som har få AT-tjänster i relation till antalet invånare behöver ta ett större ansvar för att den nationella tillgången ska möta det samlade behovet. Fler AT-tjänster innebär att tiden till legitimation kan kortas och att övergången till den nya utbildningsstrukturen för läkare ges bättre förutsättningar. Parallellt med detta behöver strukturer för BT utvecklas i verksamheterna.

3.5.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet vårdens medarbetare ska regionerna och kommunerna genomföra insatser i syfte att utbilda vårdens medarbetare och framtida medarbetare. Medlen kan exempelvis användas till insatser för att:

- Stärka kompetensutvecklingen för medarbetarna utifrån verksamhetens behov.
- Utveckla förutsättningarna för att utöka verksamhetsintegrerat lärande i primärvården.
- Utveckla utbildnings- och handledarkapaciteten, exempelvis genom olika former av handledarutbildning och modeller för handledning.
- Utveckla goda lärandemiljöer i vården.

- Tillvarata kompetens hos personer med utländsk utbildning genom åtgärder som underlättar vägen till arbete och till svensk legitimation, t.ex. olika former av introduktionsprogram, praktik, verksamhetsförlagd utbildning, praktisk tjänstgöring och språkstödande insatser.
- Utveckla den regionala samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och lärosäten genom deltagande i sjukvårdsregionala råd.
- Förstärka det strategiska arbetet med prognoser och dimensionering av läkarnas AT och ST för att den långsiktiga tillgången till läkare ska motsvara befolkningens behov och stödja omställningen till nära vård, samt åiterrapportera om detta arbete.

3.6 Verksamhetsförlagd utbildning för bland annat sjuksköterskestudenter

En förutsättning för en utbyggnad av vårdutbildningar som kan möta behoven av utbildad personal inom hälso- och sjukvården, är tillräcklig tillgång till verksamhetsförlagd utbildning (VFU) i regioner och kommuner.

För att regioner och kommuner ska kunna möta utbildningsbehovet och ta emot ett utökat antal hälso- och sjukvårdsstudenter och -elever är det centralt att fler goda lärandemiljöer och platser för verksamhetsintegrerat lärande utformas i vården. Inte minst med utvecklingen av en nära vård där en allt större del av hälso- och sjukvården ges i hemmet av både regionala och kommunala utförare, behöver fler platser för den verksamhetsförlagda utbildningen tillgängliggöras både inom primärvården, i kommunernas verksamheter och hos privata vårdgivare.

Det behövs ett arbete för att långsiktigt stärka förutsättningarna och utveckla verksamheterna så att kapaciteten att erbjuda VFU-platser ökar. Samtidigt ska den verksamhetsförlagda utbildningen hålla en hög kvalitet. I definitionen av en VFU-plats bör ingå att det ska finnas tillgång till handledare och huvudhandledarkompetens. För detta behöver verksamheten säkerställa tillgången på kvalificerad handledarkompetens och pedagogiska stödfunktioner exempelvis genom att utveckla modeller för handledning och utbilda fler handledare. Strategisk samordning av olika utbildningars VFU-platser är en viktig förutsättning liksom samverkan mellan sjukvårdens huvudmän och lärosätena. De regionala vårdkompetensrådets arbete är centralt i den fortsatta utvecklingen och för att inkludera lärosätena i den omställning mot nära vård som nu sker inom kommuner och regioner. I detta är patientcentrering, att utgå från patienten ett viktigt fokus liksom den

digitala utvecklingen, såväl i vården som i en effektiv hantering av VFU-platser.

En särskild satsning på utökade VFU-platser har som målsättning att bidra till att öka antalet studenter på sjuksköterskeutbildningen och säkerställa genomströmningen. Detta för att antalet legitimerade sjuksköterskor på sikt ska öka och därmed skapa en bredare bas för framtida rekrytering av sjuksköterskor och möjliggöra utbildning av fler specialistsjuksköterskor. Syftet med satsningen är att öka incitamenten för samtliga regioner och kommuner att ta emot fler studenter under utbildning. Förutsättningarna för de verksamhetsförlagda delarna av sjuksköterskeutbildningen behöver förbättras så att fler platser kan erbjudas och bättre möjligheter ges till att bedriva vårdutbildning i hela landet. Denna särskilda satsning syftar därför till att stimulera utökningen av varaktiga platser under den tre-åriga grundutbildningens samtliga terminer. Regioner och kommuners utvecklingsarbete som görs i samverkan med lärosätena är långsiktigt och behöver åtföljas av ett kontinuerligt kvalitetsarbete dem emellan.

3.6.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

Under 2023 fördelas totalt 250 miljoner kronor till de regioner och kommuner som under året utökar antalet VFU-veckor för studenter på utbildning mot sjuksköterskeexamen. Medlen fördelas utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet VFU-veckor som aktuell kommun/region står för.

Ett grundläggande krav för att ta del av medlen är att regionen/kommunen redovisar:

- antalet VFU-veckor och platser som genomförts i regionens/kommunens regi för sjuksköterskeutbildningen under vårterminen 2022
- en uppskattning av antal VFU-veckor och platser som kommer att kunna genomföras i regionens/kommunens regi vårterminen 2023.

Redovisning ska ske till Socialstyrelsen senast den 31 mars 2023. Utbetalning av medel sker i april 2023. Kommunernas redovisningar får om så önskas samordnas av de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). Antalet VFU-veckor och platser ska framgå på kommunnivå.

Under förutsättning att riksdagen beslutar om medel för området nästkommande år, är intentionen att satsningen vidareutvecklas, t.ex. genom att eventuellt tidigarelägga inrapporteringen.

3.7 Vidareutbildning för sjuksköterskor

Tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor är en viktig faktor för att möta kompetensbehovet inom framtidens sjukvård, inte minst i den nära vården. Trots att antalet sjuksköterskor ökat under senare år har också efterfrågan varit betydligt högre under en längre tid, till stor del beroende på den demografiska förändringen som ger upphov till ökad efterfrågan på välfärdstjänster. Särskilt stort är behovet av specialistsjuksköterskor. Ett sätt att stimulera medarbetarna inom hälso- och sjukvården till kompetensutveckling och att stärkas och utvecklas i sina yrkesroller är att arbeta med olika former av incitament. Regeringens nuvarande satsning på vidareutbildning för sjuksköterskor är permanent och omfattar 400 miljoner kronor per år. Satsningen har en tillfällig förstärkning om 100 miljoner kronor årligen mellan 2020–2023.

För detta område avsätts 400 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna under 2023.

3.7.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

För att få ta del av medlen 2023 ska regionerna och kommunerna genomföra insatser som syftar till att stimulera sjuksköterskor till att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska, inom områden där de nationella behoven är stora eller inom prioriterade områden utifrån hälso- och sjukvårdens behov och omställning till nära vård. Vidare ska medlen, utöver de resurser regioner och kommuner redan själva förfogar över, användas på ett sätt som syftar till att fler sjuksköterskor kombinerar studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner, som delvis eller full lön under studierna och vid behov bidrag till resor.

3.8 Utvecklings- och karriärmöjligheter

För att öka attraktiviteten att bli specialistsjuksköterska och som ett led i att stärka kompetensförsörjningen samt förbättra villkoren för specialistsjuksköterskor behöver utvecklings- och karriärmöjligheter stärkas. En alltmer avancerad sjukvård kräver tillgång till välutbildade specialistsjuksköterskor som kan arbeta självständigt och ge god och säker vård till patienterna. Det är därför viktigt att stärka

specialistsjuksköterskeyrkets attraktivitet. För att öka tillgången på specialistsjuksköterskor och öka attraktiviteten i yrket är det viktigt att regionerna bedriver ett aktivt utvecklingsarbete med t.ex. karriärutvecklingsmodeller, stödjande av kompetensväxling och vidareutbildning. Stimulansmedlen kan bidra till regionernas arbete med att utveckla kompetens- och karriärmodeller för specialistsjuksköterskor.

För detta område avsätts 100 miljoner kronor till regionerna under 2023.

3.8.1 Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen ska regionerna genomföra insatser som syftar till att öka attraktiviteten att bli specialistsjuksköterska och för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor med fördjupad kompetens inom centrala områden.

3.9 Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för utvecklingsområdet ska SKR under 2023 genomföra följande åtgärder:

- Stöd till kommuner och regioner kring utbildningsfrågor, exempelvis stödjande arbete för omställningen till en nära vård, utveckling av goda miljöer för lärande i det dagliga arbetet för nya och framtida medarbetare samt utveckling av utbildningar för olika professioner så som ny utbildningsstruktur för läkare.
- Stöd till kommuner och regioner ur ett kompetensförsörjningsperspektiv som bidrar till en omställning till en nära vård.
- Stödjande arbete med strategier för att möta rekryteringsutmaningen, exempelvis genom att kompetensen ska används på rätt sätt bland annat genom spridning av goda exempel.
- Fortsätta stödja regioner och kommuner i arbetet med att minska beroendet av inhyrd personal exempelvis genom regelbunden uppföljning på nationell och regional nivå.
- Stöd till det lokala arbetet i regioner och kommuner för att ta fram, utveckla och implementera karriärmodeller bland annat genom erfarenhetsutbyte och mötesplatser.
- Stöd till kommuner och regioner när det gäller att öka sin attraktivitet som arbetsgivare och möta rekryteringsutmaningen genom identifierade rekryteringsstrategier.

- Stödja kommuner och regioner i arbetet utifrån identifierade behov av insatser och förutsättningar som krävs för att regioner och kommuner ska kunna utöka antalet VFU-veckor med bibehållen kvalitet.
- Stödja regionerna i arbetet med att öka antalet AT- och BT-tjänster, korta vägen till legitimation och underlätta övergången till ny utbildningsstruktur för läkare.

4. Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025

Digitaliseringen bär med sig nya möjligheter att utveckla kvalitet och effektivitet och att förbättra förutsättningarna för vårdens medarbetare. Digitala vårdtjänster kan bidra till en mer nära, tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdens kunskap, kompetens, information och stöd kan göras digitalt tillgänglig på de platser behoven finns och på de sätt patienter önskar och har behov av samtidigt som informationssäkerheten och skyddet för den personliga integriteten säkerställs.

Ett flertal statliga utredningar, däribland Coronakommissionen, har påtalat behovet av en stärkt samordning när det gäller hälso- och sjukvårdens digitala system, för att kunna säkerställa en god och samordnad vård och omsorg för patienterna. Coronakommissionen påpekar också att avsaknaden av individdata har försvårat utvärderingen och forskningen om hur hälso- och sjukvården har påverkats av pandemin. Enligt Coronakommissionen är utvecklad nationell uppföljning ett prioriterat utvecklingsområde.

För att nationellt samordna arbetet med digitalisering av hälso- och sjukvård och socialtjänst har staten och SKR kommit överens om en gemensam vision, Vision e-hälsa 2025. Visionen följs av treåriga strategier. I visionen lyfts tre områden fram som grundläggande förutsättningar för att möjliggöra en hållbar förnyelse av hälso- och sjukvården och socialtjänsten med stöd av digitalisering. Dessa är regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder.

Inom ramen för denna överenskommelse ska fokus under 2023 ligga på arbete med två av dessa grundläggande förutsättningar – enhetligare begreppsanvändning och standarder – med särskild inriktning mot strukturerad vårdinformation och utvecklingen av en mer enhetlig och nationell digital infrastruktur. Insatser som syftar till att bidra till en långsiktigt hållbar nationell och mer enhetlig digital infrastruktur för hälso- och sjukvården behöver ta sin utgångspunkt i de behov som finns. Det innebär även att regioner och kommuner behöver vara delaktiga, så att en behovsdriven utveckling kan säkerställas och skapa nytta för verksamheterna, patienterna, brukare och anhöriga.

Parterna har enats om att överenskommelsen för 2023 ska stimulera regionernas deltagande i nationellt gemensamt arbete inom dessa områden.

För utvecklingsområdet avsätts 70 miljoner kronor 2023 till regionerna för insatser enligt nedan. Medlen får användas till att stärka såväl nya som redan pågående insatser eller för att bibehålla eller förstärka effekter av redan gjorda satsningar.

4.1 Strukturerad vårdinformation och standardisering

I regionerna pågår eller förbereds införskaffandet av nya vårdinformationssystem eller större utvecklingar av de befintliga. Detta kommer att föra med sig nya tekniska möjligheter att hantera och utbyta information för vård av enskilda patienter, eller för att arbeta med prevention, uppföljning, kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling. Ambitionen är att vårdinformationssystemen alltmer ska bygga på en gemensam och enhetlig struktur, gemensam praxis för registrering av information i verksamheter och lika grad av tillämpning av strukturer och standarder för att främja den primära informationsförsörjningen inom vård och omsorg. I syfte att nå en mer enhetlig begreppsanvändning och informationsstruktur driver regionerna, med stöd av SKR och i samverkan med berörda myndigheter, en nationell samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation. Arbetet i samverkansgruppen omfattar bland annat utveckling av regiongemensamma kodverk, urval och informationsmängder samt arbete för en ökad användning av Snomed CT. Snomed CT är ett begreppssystem som Socialstyrelsen har uppdraget att förvalta och vidareutveckla. Under 2022 har också förutsättningarna för att sprida regiongemensamma specifikationer via E-hälsomyndighetens nationella NGS-tjänst börjat undersökas.

I och med den nya lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som träder i kraft den 1 januari 2023 ökar möjligheterna att dela information över verksamhetsgränser. Delningen av information underlättas av gemensamma begrepp och dokumentationsstrukturer i systemen. En behovsbaserad och strukturad primär dokumentation förbättrar också förutsättningarna för att åstadkomma en effektiv dataförsörjning för sekundär användning av vårddata för olika intressenter och ändamål. Socialstyrelsen har i regeringsuppdrag S2022/02974 att utveckla ett stöd för tillämpning av lagen, med särskilt fokus på semantiska förutsättningar utifrån den Nationella informationsstrukturen.

DIGG har regeringens uppdrag att tillsammans med flera andra myndigheter etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte (I2019/03306). Inom ramen för DIGG:s uppdrag håller en struktur för styrning och samverkan på att utvecklas. Det är viktigt både att den förvaltningsgemensamma digitala infrastrukturen tar hänsyn till de behov som finns inom hälso- och sjukvården och att det utvecklingsarbete som sker inom hälso- och sjukvården förhåller sig till den förvaltningsgemensamma digitala infrastrukturen för att information ska kunna utbytas med andra delar av samhället. E-hälsomyndigheten samordnar regeringens satsningar på e-hälsa och följer utvecklingen på e-hälsoområdet sektorsspecifikt för hälso- och sjukvården.

Standardiseringsarbete pågår på många olika nivåer, och mycket sker inom EU. Det är viktigt att i kommande arbete beakta de processer och initiativ som bland annat internationella och europeiska standardiseringsorganisationer gör och som kan ha bäring på standarder inom e-hälsoområdet. Till exempel har EU-kommissionen presenterat ett förslag om ett europeiskt hälsodataområde (EHDS) som för närvarande förhandlas med medlemsstaterna.

4.1.1 Insatser som regionerna ska genomföra

I regionerna kan medlen användas för

- arbete med utveckling av kodverk, urval och informationsstrukturer inom ramen för nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation,
- framtagande av regionspecifika planer för införande av Snomed CT i vårdinformationssystemen. Framtagandet ska göras i samråd med Socialstyrelsen,
- att möjliggöra för medarbetare att delta i kompetenshöjande insatser kring Snomed CT,
- det arbete som regionerna, med stöd av SKR och berörda myndigheter, påbörjat för att tillvarata möjligheterna för informationsutbyte över professions-, verksamhets- och huvudmannagränser som möjliggörs med den nya lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som träder i kraft den 1 januari 2023,
- utveckling av samarbetet om en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte enligt DIGG:s sektorsövergripande uppdrag och E-hälsomyndighetens sektorsspecifika uppdrag.

4.1.2 Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för utvecklingsområdet ska SKR under 2023 bidra till samordning av och stöd till regionernas arbete med de insatser som listas ovan. Samordningen ska syfta till att uppnå en mer enhetlig informationshantering inom och över system- och vårdgivargränser.

SKR ska inom ramen för denna överenskommelse under 2023, i dialog med E-hälsomyndigheten, tillgängliggöra de specifikationer som är resultatet av det regiongemensamma arbetet med strukturerad vårdinformation i E-hälsomyndighetens tjänst för e-hälsospecifikationer, NGS-tjänsten. Detta inbegriper även specifikationer som avser administrativ information.

5. Förstärkning av ambulanssjukvården

Hälso- och sjukvård i Sverige ska vara likvärdig och tillhandahållas på lika villkor för hela befolkningen. Det finns därför behov av att skapa en närmare, mer jämlik, jämställd och tillgänglig vård i hela landet som bättre motsvarar olika människors och gruppers behov. Ambulanssjukvården ingår som en naturlig och allt viktigare del i vårdkedjan. Därför behöver ambulanssjukvården utvecklas, såväl vad gäller kompetens, kvalitet, samordning som tillgänglighet. Ambulanssjukvården behöver också utvecklas för att möta kraven på en god och nära vård.

Ambulanssjukvården är en grundläggande del av akutsjukvården och kompetenskraven påverkas och ökar genom framsteg inom medicinska behandlingsmetoder och den medicintekniska utvecklingen. Ambulanssjukvården ska ta hand om de svårast sjuka patienterna som har behov av sjukvårdsinsatser redan på vägen till vårdinrättning samt mellan vårdinrättningar. En del av uppdraget innebär att bedöma patienten och styra till rätt vårdnivå. Ambulanssjukvård bedrivs på land, vatten och i luften.

Regionerna ansvarar för ambulanssjukvården och ska upprätta en plan för den i sitt geografiska område. Av planen ska det framgå vilka mål som fastställts, vilka resurser som ska finnas och hur ambulanssjukvården ska vara organiserad. Förutsättningarna, behoven och utmaningarna inom ambulanssjukvården kan se olika ut i regionerna t.ex. utifrån folkmängd och geografiskt läge. Ambulanssjukvården är därför olika organiserad i de olika regionerna. Det finns regionala skillnader i t.ex. tillgängligheten avseende hur länge patienter behöver vänta på ambulans utifrån de tre föreskriftsreglerade prioriteringsgraderna. Insatserna för att stärka ambulanssjukvården bör därför syfta till ökad jämlikhet i form av höjd kompetens, bättre effektivitet och kortare responstider i hela landet.

SOS Alarm Sverige AB är ett offentligt ägt bolag med ett särskilt beslutat samhällsuppdrag att ta emot och besvara nödsamtal och annan nödkommunikation som inkommer till nödnummer 112. Samhällsuppdraget regleras i ett avtal mellan staten och SOS Alarm. Flertalet regioner har tecknat avtal med SOS Alarm om prioritering och dirigerings av resurser. Några regioner har valt att gå samman och driva larmcentral i egen regi. Det är dock alltid SOS Alarm som besvarar 112-samtalen. En larmcentral bedömer om det finns ett behov av ambulans samt vilken prioriteringsgrad ambulansuppdraget har utifrån de tre föreskriftsreglerade

prioriteringsgraderna. Därtill kan larmcentralen ge råd till den nödställda tills ambulans anländer.

Vårdgivaren ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna ge prehospital akutsjukvård under ett ambulansuppdrag. Vårdgivaren ansvarar även för att ambulanserna är utrustade på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Inom ambulanssjukvården arbetar sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare. Specialistinriktning för sjuksköterskor kan till exempel vara ambulanssjukvård, anestesijukvård eller intensivvård. Operativa läkare förekommer i mindre omfattning. Ett led i att göra ambulanssjukvården jämlik och effektiv i hela landet är kompetenshöjande insatser för personalen. Kompetenshöjande insatser kan t.ex. vara utveckling och introduktion av digitala arbetsätt.

5.1.1 Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen ska regionerna genomföra insatser som syftar till att utveckla ambulanssjukvården, göra ambulanssjukvården mer jämlik och effektiv och anpassa den till de förändringar som omställningen till god och nära vård innebär. Medlen kan exempelvis användas till:

- Insatser som utvecklar ambulanssjukvården för att möta hela hälso- och sjukvårdens utveckling och behov. Det gäller såväl god och nära vård som högspecialiserad vård.
- Insatser för ökad effektivitet avseende responstider, exempelvis ökad samverkan med andra aktörer för omställningen till nära vård.
- Kompetenshöjande insatser för medarbetare inom ambulanssjukvården. Insatserna kan rikta sig till medarbetare inom hela larmkedjan.
- Insatser som ger utvecklade förutsättningar för samordning av sjuktransporter. Det kan t.ex. handla om samverkan mellan regioner och med andra aktörer.

5.1.2 Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för utvecklingsområdet ingår det i SKR:s arbete 2023 att:

- Stödja regionernas arbete med att utveckla ambulanssjukvården för att möta hela hälso- och sjukvårdens utveckling och behov.
- Synliggöra och sprida goda exempel som avser utveckling av ambulanssjukvården, för att möta hälso- och sjukvårdens behov och omställning till en nära vård.

- Bidra till utveckling av samarbete och samverkan avseende samordning av sjuktransporter mellan regioner och med andra aktörer.

6. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklingsinsatser

Regionerna ska redovisa genomförda insatser, uppnådda resultat och användningen av medlen inom ramen för överenskommelsen utifrån ett frågeunderlag som kommer att tas fram av Socialstyrelsen senast den 31 maj 2023. Redovisningen ska inkomma till Socialstyrelsen senast den 31 mars 2024. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

Ovanstående krav på redovisning gäller även för de medel som avsätts till kommunerna men i detta fall är det de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) i respektive län som lämnar in redovisningarna till Socialstyrelsen.

Regionernas och kommunernas redovisning och uppföljning syftar till att staten på ett effektivt och ändamålsenligt sätt ska kunna följa utvecklingen inom området och de insatser som regioner och kommuner vidtar med stöd av medlen från överenskommelsen.

7. Medelstilleddning 2023

Totalt uppgår överenskommelsen för 2023 till 6 394,5 miljoner kronor. I tabellen nedan redovisas medelstilleddningen uppdelat per insatsområde och mottagare.

Överenskommelse	Belopp, mnkr	Mottagare*
<i>Utveckling av den nära vården med fokus på primärvård</i>	2 389	Regionerna
<i>Utveckling av den nära vården med fokus på primärvård</i>	750	Kommunerna via RSS
<i>Goda förutsättningar för vårdens medarbetare</i>	1 999	Regionerna
	200	Kommunerna via RSS
<i>Vidareutbildning för sjuksköterskor</i>	400	Regionerna
	100	

		Kommunerna via RSS
Karriärtjänster för specialistsjuksköterskor	100	Regionerna
VFU-satsning	250	Kommuner och regioner
Insatser inom ramen för Vision e-hälsa	70	Regionerna
Förstärkning av ambulanssjukvården	85	Regionerna
Medel till SKR för insatser som stödjer genomförandet av överenskommelsen	51,5	SKR
Totalt – Överenskommelsen	6 394,5	

*Förklaring av mottagare

SKR innebär att medlen betalas ut till SKR för att användas av SKR.

Regionerna innebär att medlen betalas ut till regionerna.

Kommunerna via RSS innebär att medlen för kommunernas insatser utbetalas till RSS länsvis, varifrån medel kommer betalas vidare till kommunerna

8. Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna

Fördelningen av medlen för insatser för att utveckla primärvården i landsbygd fördelas med hjälp av en viktad fördelningsnyckel, som bygger på antal invånare i regionen som bor på landsbygd, i förhållande till det totala antalet invånare på landsbygd i riket. Fördelningsnyckeln innebär att invånare i glesa landsbygdskommuner har en fyrdubblad vikt och invånare i mycket glesa landsbygdskommuner ges en sexdubblad vikt (jämfört med invånare i tätortsnära landsbygd (se bilaga 4 för fördelning).

Fördelningsnyckel tar således större hänsyn till den glesa och mycket glesa landsbygden i förhållande till den tätortsnära landsbygden.

Fördelningen av medlen avseende vidareutbildning för sjuksköterskor baseras på antalet anställda sjuksköterskor hos regioner och kommuner, inklusive privata utförare.

Medlen för VFU-satsningen fördelas till de regioner och kommuner som utökar antalet VFU-veckor på sjuksköterskeutbildningen. Medlen kommer

att fördelas utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet VFU-veckor som aktuell kommun/region står för.

Medlen avseende insatser inom ramen för Vision e-hälsa och ambulanssjukvården fördelas med ett grundbelopp på 500 000 kronor per region resterande del av medlen inom dessa delar av satsningen fördelas utifrån befolkningsunderlag den 1 november 2022 i enlighet med bilaga 3.

Fördelningen av de resterande medlen till regionerna inom överenskommelsen som helhet sker i relation till befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 1 november 2022 i enlighet med bilaga 3.

Avseende övriga medel som är avsatta till kommunerna inom överenskommelsen som helhet fördelas hälften länsvis utifrån antalet individer som fått kommunal hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap 1§ i hälso- och sjukvårdslagen fördelat per län baserat på Socialstyrelsens register för insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Den andra hälften av de resterande medlen till kommunerna fördelas utifrån befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 1 november 2022 i enlighet med bilaga 2.

9. Ekonomiska villkor och rapportering

9.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR

Överenskommelsen för 2023 omfattar totalt 6 394,5 miljoner kronor. Av medlen avsätts 5 043 miljoner kronor till regionerna, 1 050 miljoner till kommunerna, 51,5 miljoner till SKR samt 250 miljoner kronor för kommuner och regioner för en VFU-satsning. Se bilaga 2 och 3 över medelsfördelningen inom ramen för överenskommelsen (exklusive VFU-satsningen).

Parterna är överens om att regionerna och kommunerna ska uppfylla vissa grundläggande krav som anges i avsnitten 2–5 i överenskommelsen för att få ta del av medel inom överenskommelsen för 2023.

Beslut om utbetalning av medlen till regionerna, kommunerna (via RSS) och SKR sker i separata regeringsbeslut ställda till Kammarkollegiet och Socialstyrelsen.

Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård och sjukvård och social omsorg för budgetåret 2023 uppförda anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 1 Professionssatsningen, anslagsposten

7 Personalsatsning, anslagsposten 38 Kvalitetshöjande insatser i hälso- och sjukvården, anslagsposten 14 Karriärtjänster för specialistsjuksköterskor, anslagsposten 39 Specialistsjuksköterskeutbildning och anslagsposten 17 Stärkt ambulanssjukvård.

Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition till Kammarkollegiet senast den 1 december 2023. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Medel som inte har använts för avsett ändamål ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2024.

Tabell över fördelning av medel inom ramen för överenskommelsen återfinns i avsnitt 7.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur de medel som tilldelats SKR, regionerna och RSS har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2024. Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning beskrivs i bilaga 1. Ekonomichefen (eller motsvarande) på var och en av organisationerna 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 redovisning 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 behörig företrädare för SKR eller den region som rekviderar medel. Medel som har rekviderats av RSS ska undertecknas av behörig företrädare för RSS.

Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i bilaga 1, den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen.

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

9.2 SKR:s rapportering

SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2023. I delrapporten ska SKR redogöra för den

verksamhet som har bedrivits under första halvåret 2023. SKR ska även redogöra för eventuella hinder och utmaningar som förhindrar att mål och ambitioner för insatserna inom ramen för överenskommelsen kommer att uppfyllas innan årets slut. Det ska av delrapporten även framgå vilka insatser som SKR preliminärt bedömer kan vara aktuella för en eventuell överenskommelse nästkommande år.

SKR ska lämna en verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2024. I verksamhetsrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits och resultatet av denna under 2023 med stöd av bidraget. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

10. Uppföljning

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och analyseras. Socialstyrelsen ska ansvara för att följa upp genomförandet av regionernas och kommunernas insatser inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR för 2023. Uppdrag till Socialstyrelsen beslutas i särskild ordning. Socialstyrelsen har även i uppdrag att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023 (S2021/02144), vilket inkluderar förstärkningen av ambulanssjukvården som ingår i denna överenskommelse. Myndigheten för vård och omsorgsanalys har i uppdrag att årligen genomföra kvantitativa kartläggningar av patienters tillgång till fast läkarkontakt samt på nationell nivå analysera graden av måluppfyllelsen för de angivna målen (S2020/03320).

11. Godkännande av överenskommelsen

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Regioner

Stockholm den 26 januari

Stockholm den 27 januari

Miriam Söderström
Statssekreterare

Palle Lundberg
Verkställande direktör



Bilaga 1. som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning avseende från Kammarkollegiet rekviderade medel inom ramen för denna överenskommelse. I den ekonomiska redovisningen ska SKR redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2023 med stöd av bidraget. SKR ska verka för att omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen ska kunna redovisas i så stor utsträckning som möjligt.

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress	1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning Överenskommelsens benämning Belopp som rekvireras Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser 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 Bankgiro/Plusgiro Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet 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 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 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. (Avvikelsena och eventuella åtgärder ska också redovisas.) Namn Befattning Telefon inkl. riktnummer E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. Datum Underskrift Namnförtydligande

Bilaga till regeringsbeslut
20223-01-26 nr. II:x

SKR2022/00764

Bilaga 2. Medel till kommunerna (länsvis) (exklusive VFU-satsning)

Länsvis	Befolkning 1/11 - 2022	Andel befolkning	Antal insatser* per län	Andel insatser* per län	Nära vård	Vårdens medarbetare	Vidareutbildning	Totalt
Stockholm	2 437 158	0,232	23 926	0,059	109 093 090	29 091 490	14 545 745	152 730 325
Uppsala	400 070	0,038	16 150	0,040	29 235 332	7 796 089	3 898 044	40 929 465
Sörmland	302 473	0,029	11 297	0,028	21 257 054	5 668 548	2 834 274	29 759 876
Östergötland	471 797	0,045	22 881	0,057	38 031 423	10 141 713	5 070 856	53 243 992
Jönköpingslän	368 963	0,035	16 561	0,041	28 506 820	7 601 818	3 800 909	39 909 547
Kronoberg	204 257	0,019	14 121	0,035	20 371 411	5 432 377	2 716 188	28 519 976
Kalmarlän	247 791	0,024	19 266	0,048	26 692 182	7 117 916	3 558 957	37 369 055
Gotland	61 167	0,006	2 772	0,007	4 750 447	1 266 785	633 394	6 650 626
Blekinge	158 876	0,015	12 376	0,031	17 135 739	4 569 531	2 284 765	23 990 035
Skåne	1 413 080	0,134	82 461	0,204	126 817 770	33 818 071	16 909 036	177 544 877
Halland	342 658	0,033	11 073	0,027	22 482 631	5 995 368	2 997 684	31 475 683
Västra götaland	1 757 225	0,167	51 006	0,126	109 940 329	29 317 421	14 658 711	153 916 461
Värmland	283 951	0,027	17 257	0,043	26 119 949	6 965 320	3 482 660	36 567 929
Örebro län	307 656	0,029	16 921	0,042	26 653 981	7 107 729	3 553 864	37 315 574
Västmanland	280 584	0,027	14 110	0,035	23 083 364	6 155 564	3 077 782	32 316 710
Dalarna	288 343	0,027	15 879	0,039	24 999 517	6 666 538	3 333 269	34 999 324
Gävleborg	287 431	0,027	9 168	0,023	18 747 527	4 999 340	2 499 670	26 246 537
Västernorrland	243 334	0,023	12 663	0,031	20 413 854	5 443 695	2 721 847	28 579 396
Jämtland Härjedalen	132 484	0,013	5 837	0,014	10 134 426	2 702 513	1 351 257	14 188 196
Västerbotten	276 136	0,026	13 318	0,033	22 190 739	5 917 530	2 958 766	31 067 035
Norrbotten	249 285	0,024	15 594	0,039	23 342 415	6 224 644	3 112 322	32 679 381
Totalt	10 514 719	1	404 637	1	750 000 000	200 000 000	100 000 000	1 050 000 000

0150000/20764

Bilaga 3. Medel till regionerna (exklusive VFU-satsning)

Region	Befolkning 1/11 - 2022	Nära vård	Vårdens medarbetare	Vidareutbildning	Karriärtjänster	Vision e-hälsa	Ambulans	Totalt
Region Stockholm	2 437 158	491 776 817	463 338 948	92 714 147	23 178 536	14 291 229	17 768 009	1 103 067 686
Region Uppsala	400 070	83 603 470	76 059 087	15 219 427	3 804 857	2 763 890	3 334 618	184 785 349
Region Sörmland	302 473	64 158 006	57 504 487	11 506 651	2 876 663	2 211 614	2 643 114	140 900 535
Region Östergötland	471 797	99 000 119	89 695 426	17 948 059	4 487 015	3 169 774	3 842 826	218 143 219
Region Jönköpings län	368 963	93 701 305	70 145 197	14 036 057	3 509 014	2 587 864	3 114 216	187 093 653
Region Kronoberg	204 257	44 275 788	38 832 207	7 770 327	1 942 582	1 655 836	1 947 223	96 423 963
Region Kalmar län	247 791	57 458 549	47 108 649	9 426 443	2 356 611	1 902 183	2 255 675	120 508 110
Region Gotland	61 167	27 038 942	11 628 731	2 326 910	581 727	846 128	933 387	43 355 825
Region Blekinge	158 876	42 940 937	30 204 623	6 043 947	1 510 987	1 399 037	1 625 685	83 725 216
Region Skåne	1 413 080	316 218 820	268 646 924	53 756 263	13 439 066	8 496 244	10 512 104	671 069 421
Region Halland	342 658	79 669 496	65 144 237	13 035 365	3 258 841	2 439 011	2 927 837	166 474 787
Västra Götalandsregionen	1 757 225	386 891 661	334 073 861	66 848 196	16 712 048	10 443 669	12 950 477	827 919 912
Region Värmland	283 951	71 460 992	53 983 188	10 802 039	2 700 510	2 106 803	2 511 880	143 565 412
Region Örebro län	307 656	67 829 471	58 489 851	11 703 822	2 925 956	2 240 944	2 679 837	145 869 881
Region Västmanland	280 584	57 382 031	53 343 072	10 673 951	2 668 488	2 087 750	2 488 023	128 643 315
Region Dalarna	288 343	72 895 526	54 818 170	10 969 119	2 742 280	2 131 656	2 542 998	146 099 749
Region Gävleborg	287 431	87 261 723	54 644 786	10 934 424	2 733 606	2 126 496	2 536 537	160 237 572
Region Västernorrland	243 334	73 020 128	46 261 309	9 256 890	2 314 223	1 876 962	2 224 096	134 953 608
Region Jämtland Härjedalen	132 484	41 247 254	25 187 124	5 039 944	1 259 986	1 249 692	1 438 690	75 422 690
Region Västerbotten	276 136	66 500 466	52 497 443	10 504 741	2 626 185	2 062 580	2 456 508	136 647 923
Region Norrbotten	249 285	64 668 499	47 392 680	9 483 278	2 370 819	1 910 638	2 266 260	128 092 174
Totalt	10 514 719	2 389 000 000	1 999 000 000	400 000 000	100 000 000	70 000 000	85 000 000	5 043 000 000

Bilaga 4.

**Tabell Fördelning av ekonomiska medel till primärvård i landsbygd (medlen ingår i bilaga 3, kolumn "Nära vård").
Kronor**

	Utfall fördelningsnyckel
Blekinge	11 363 924
Dalarna	15 591 418
Kalmar	8 213 012
Sörmland	4 086 174
Uppsala	4 119 787
Värmland	15 013 740
Västernorrland	24 768 930
Västmanland	1 654 929
Norrbottn	15 256 445
Gotland	14 831 210
Gävleborg	30 219 735
Halland	11 481 660
Jämtland	14 897 341
Jönköping	20 390 269
Kronoberg	3 704 642
Skåne	35 450 386
Örebro	6 766 811
Östergötland	5 242 564
Stockholm	7 497 722
Västerbotten	11 732 814
Västra Götaland	37 716 485
Totalt	300 000 000

Källa: egna beräkningar, Tillväxtverket, Statistikmyndigheten (SCB)



KF § 8

D.nr. KS/2022:586 – 003

Revidering - Regler för uppvaktning av förtroendevalda i Strängnäs kommun

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar att

1. upphäva beslut KF § 231, Minnesgåvor till förtroendevalda, förslag, d.nr. 321/2004-028 KK,
2. anta Regler för uppvaktning av förtroendevalda i Strängnäs kommun enligt förslag daterat 2022-11-28, att gälla från och med 1 feb 2023.

Yrkanden

Magnus Stuart (M) och Anders Härnbro (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag till beslut.

David Aronsson (V) och Yvonne Knuutinen (V) yrkar bifall till attsats 1.

David Aronsson (V), Yvonne Knuutinen (V), Camilla Zetterström (SD) och Marie Eriksson Drotte (STRP) yrkar avslag till attsats 2.

Beslutsgång

Ordföranden ställer bifall mot avslag till attsats 2 i kommunstyrelsens förslag till beslut och finner att kommunfullmäktige bifaller förslaget.

Ordföranden finner sedan att det endast finns ett förslag till beslut och att detta blir kommunfullmäktiges beslut.

Reservationer

Björn Karlsson (SD), Haakon Hansen (SD), Camilla Zetterström (SD), Anders Kroné (SD), Christoffer Olsson (SD), Thomas Wernered (SD), Simon Simonsson (SD) och Ingemar Bylund (SD) reserverar sig mot beslutet med följande motivering:

Vi tycker det sänder helt fel signaler att med skattemedel avsätta medel för att uppvakta förtroendevalda med gåvor. Därför yrkande vi avslag på beslutet och härmed reserverar vi oss mot det tagna beslutet i attsats 2.

Att vara förtroendevald är i sig ett hedersuppdrag som man fått av kommuninvånarna och sitt politiska parti. Den gärningen är förstås viktig för samhället på många sätt. Men vi anser istället att varje parti ska själva välja med egna medel när och hur man visar uppskattning för sina förtroendevalda.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
------------------	--	--	--------------------



Beskrivning av ärendet

Regler för uppvaktnings av förtroendevalda i Strängnäs kommun som beslutades av fullmäktige 2004 har reviderats och föreslås ersättas med förtydligade regler och annan disposition. Förslaget innehåller en tydligare ansvarsfördelning och villkor för vad som ska vara gällande vid uppvaktnings.

Ekonomiska konsekvenser för kommunen

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser för kommunen.

Övriga konsekvenser

Beslutet medför inga övriga konsekvenser.

Uppföljning

Ingen uppföljning krävs.

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag, KS § 303, 2022-12-14, Revidering - Regler för uppvaktnings av förtroendevalda i Strängnäs kommun

Styrdokument, Regler för uppvaktnings av förtroendevalda i Strängnäs kommun, förslag, 2022-11-28

Styrdokument, Regler för uppvaktnings av förtroendevalda i Strängnäs kommun, antagen, 2004-12-08

Protokollsutdrag, ARV § 11, KS § 421, KF § 231, Minnesgåvor till förtroendevalda, förslag, d.nr. 321/2004-028 KK, 2004-11-22

Beslutet skickas till

Gruppledare för fullmäktigepartierna

Barn- och utbildningsnämnden för kännedom

Kulturnämnden för kännedom

Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden för kännedom

Socialnämnden för kännedom

Teknik- och fritidsnämnden för kännedom

Valnämnden för kännedom

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
------------------	--	--	--------------------



Beslutad:	2023-01-23 § 8
Myndighet:	Kommunfullmäktige
Diarienummer:	KS/2022:586 - 003
Ersätter:	Regler för uppvaktning av förtroendevalda i Strängnäs kommun beslutad av kommunfullmäktige § 231 2004-12-20
Gäller för:	Alla nämnder och förvaltningen
Gäller fr o m:	2023-01-31
Gäller t o m:	tills vidare
Dokumentansvarig:	Kansliavdelningen
Uppföljning:	Vid behov

Regler för uppvaktning av förtroendevalda i Strängnäs kommun

Innehållsförteckning

1.	Inledning.....	2
1.1	Avsteg	2
2.	Ansvarsfördelning	2
2.1	Ordförande	2
2.2	Gruppledare.....	2
2.3	Förvaltning	2
3.	Tre mandatperioder - villkor	3
3.1	Anmälan för uppvaktning	3
3.2	Gåva	3
3.3	Uppvaktningens tid och plats	3
3.4	Dokumentation	3
4.	Jubilar - villkor	3
4.1	Gåva	3
4.2	Uppvaktningens tid och plats	3
5.	Avgående förtroendevald - villkor.....	4
5.1	Gåva	4
5.2	Uppvaktningens tid och plats	4
5.3	Specifika villkor	4



1. Inledning

Regler i detta dokument skall tillämpas vid all uppvaltning av förtroendevalda med uppdrag i kommunfullmäktige, kommunstyrelse, nämnd eller kommunalt bolag i Strängnäs kommun.

Utöver kommunfullmäktige benämns samtliga fortsatt som nämnd i dokumentet.

1.1 Avsteg

Beslut om avsteg från dessa regler fattas av kommunfullmäktiges presidium och ska dokumenteras i kommunens gemensamma ärendehanteringssystem.

2. Ansvarsfördelning

2.1 Ordförande

Ordförande ansvarar för att uppvaltning sker enligt gällande regler samt tillser inköp av gåva.

Vid förfall för ordföranden övergår ansvaret till vice ordförande.

2.1.1 Vid fler uppdrag

Ordföranden för berörda nämnder beslutar gemensamt om vilken nämnd som ansvarar för uppvaltning.

2.1.2 Vid uppdrag i fullmäktige

Förtroendevald som innehar fler uppdrag varav ett är ledamot i kommunfullmäktige, uppvaltning uteslutande vid fullmäktigesammanträde.

2.2 Gruppledare

Respektive partis gruppledare ansvarar för att information om jubilerande förtroendevald delges berörd ordförande. Gruppledare ansvarar också för anmälan enligt punkt 3.1.

2.3 Förvaltning

Förvaltningen ansvarar för vad som sägs om dokumentation samt är behjälpliga med administration.

Förvaltningen ansvarar inte för

- att uppvaltning genomförs
- gåvans värde
- urval av förtroendevalda



3. Tre mandatperioder - villkor

Gäller förtroendevald som uppnått tre sammanhängande mandatperioder (12 år) och som inte tidigare har uppvaktats.

3.1 Anmälan för uppvaktning

Gruppledare ska anmäla förtroendevald som enligt fastställda regler är berättigad till minnesgåva senast den 1 oktober.

Anmälan ska innehålla namn, parti och uppdragstid.

3.2 Gåva

Består av minnesgåva samt blommor alternativt blomstercheck till ett värde som bestäms i enlighet med punkt 3.2.1.

Med minnesgåva menas särskilt framtagen gåva för representationsuppvaktning för uppdrag under tre mandatperioder.

3.2.1 Gåvovärde

Summa för gåva ska, efter samråd med gruppledare för samtliga partier representerade i kommunfullmäktige, fastställas av kommunfullmäktiges presidium och vara utifrån gällande skatteregler.

3.3 Uppvaktningens tid och plats

Sker på kommunfullmäktiges sammanträde i december månad eller vid annan tidpunkt som ordföranden anser lämplig.

3.4 Dokumentation

Förteckning ska dokumenteras i ärendehanteringssystemet och innehålla namn och parti för samtliga uppvaktade förtroendevalda, uppvaktningens datum samt gåvovärde.

4. Jubilar - villkor

Gäller förtroendevald som under nuvarande kalenderår fyller, eller har fyllt 50 år.

4.1 Gåva

Blommor alternativt blomstercheck till ett mellan partierna överenskommet värde.

4.2 Uppvaktningens tid och plats

Sker i den nämnd förtroendevald har uppdrag, på ordinarie sammanträde som berörd ordförande anser lämpligt.



5. Avgående förtroendevald - villkor

Gäller förtroendevald som avgår på egen begäran eller som av annat skäl avslutar sitt uppdrag.

5.1 Gåva

Blommor alternativt blomstercheck till ett mellan partierna överenskommet värde.

5.2 Uppvaktnings tid och plats

Sker på mandatperiodens sista ordinarie sammanträde i den nämnd förtroendevald senast haft ett uppdrag.

5.3 Specifika villkor

Vid tidpunkt för avsägelse ska förtroendevald inte uppnå en sammanhängande uppdragstid om tre mandatperioder, alternativt tidigare ha uppvaktats enligt punkt 3.

Förtroendevalds uppdragstid ska därutöver vara sammanhängande och uppnå minst 2,5 år (30 månader) i nuvarande mandatperiod.

Kommunstatistik: Strängnäs

Statistikperiod 2022-01-01 - 2022-12-31

Sammanfattning av perioden:

	Antal
Antal nya tidsbeställningar under perioden:	93
- tidsbeställningar som avstår:	2
Antal nya ärenden under perioden:	91
- antal behandlingssamtal i dessa:	199
Antal pågående ärenden vid perioden början:	41
- antal behandlingssamtal i dessa:	72
Antal pågående ärenden vid perioden slut:	52
- antal behandlingssamtal i dessa:	126
Antal avgiftsbefriade nya ärenden:	81
- antal avgiftsbefriade samtal i dessa:	84
Antal nya ärenden med två familjerådgivare:	5
- antal behandlingssamtal i dessa:	16
Medelväntetid i nya ärenden (dagar):	12
Totalt antal ärenden under perioden (avslutade och pågående):	132
Totalt antal behandlingssamtal producerade under perioden:	271

Uppgifter om besökande (nya ärenden):

Tidsbeställning gjord av:	Antal	
Makar/parter tillsammans	23	26,7%
Makan/kvinnan	39	45,3%
Maken/mannen	21	24,4%
Annan	3	3,5%
Sa:	86	

Initiativ/hänvisning:	Antal	
Eget initiativ	78	92,9%
Läkare, kurator m.fl	4	4,8%
Sociala myndigheter	2	2,4%
Sa:	84	

Avstått från kontakt:	Antal	
Sökt hjälp inom privat verksamhet	1	50,0%
Vet ej	1	50,0%
Sa:	2	

Kommunstatistik: Strängnäs

Statistikperiod 2022-01-01 - 2022-12-31

Uppgifter om besökande (nya ärenden):

Nya registrerade per månad:

	Antal	
Januari	11	12,1%
Februari	11	12,1%
Mars	6	6,6%
April	5	5,5%
Maj	6	6,6%
Juni	8	8,8%
Juli	4	4,4%
Augusti	5	5,5%
September	8	8,8%
Oktober	6	6,6%
November	13	14,3%
December	8	8,8%
Sa:	91	

Relationens art:

	Antal	
Gift	23	26,7%
Gift (Styvfamilj)	4	4,7%
Sambo	28	32,6%
Sambo (Styvfamilj)	10	11,6%
Separerade/skilda	12	14,0%
Särbo	5	5,8%
Övriga	4	4,7%
Sa:	86	

Samkönade relationer:

	Antal	
Kvinna - Kvinna	3	100,0%
Sa:	3	

Kommunstatistik: Strängnäs

Statistikperiod 2022-01-01 - 2022-12-31

Uppgifter om besökande (nya ärenden):

Relationens längd:	Antal	
<1 år	1	1,2%
1-4 år	10	11,6%
5-9 år	24	27,9%
10-14 år	23	26,7%
15-19 år	8	9,3%
20-24 år	7	8,1%
25-29 år	9	10,5%
30- år	1	1,2%
Vet ej	2	2,3%
Övriga	1	1,2%
	Sa: 86	

Klients ålder:	Antal	
< 20 år	1	0,6%
20 - 29 år	16	9,6%
30 - 39 år	58	34,7%
40 - 49 år	64	38,3%
50 - 59 år	23	13,8%
60 - 69 år	3	1,8%
> 70 år	2	1,2%
	Sa: 167	

Födelseland:	Antal	
Sverige	163	95,3%
Annat land	1	0,6%
Europa	5	2,9%
Utom Europa	2	1,2%
	Sa: 171	

Kommunstatistik: Strängnäs

Statistikperiod 2022-01-01 - 2022-12-31

Uppgifter om besökande (nya ärenden):

Sysselsättningsgrad:	Antal	
Arbetar heltid	137	80,1%
Arbetar deltid	3	1,8%
Föräldraledig	10	5,8%
Hemarbetande	1	0,6%
Studerande	3	1,8%
Arbetslös	2	1,2%
Sjukskriven/Sjukbidrag	7	4,1%
Pensionär	4	2,3%
Vet ej	4	2,3%
	Sa: 171	

Klienters kön:	Antal	
Kvinna	90	52,6%
Man	81	47,4%
	Sa: 171	

Hemmavarande barn:	Antal	
Par med hemmavarande barn under 18 år	54	59,3%
Par utan hemmavarande barn under 18 år	37	40,7%
	Sa: 91	

Antal hemmavarande barn:	Antal	
0 - 6 år	61	55,5%
7 - 12 år	35	31,8%
13 - 17 år	9	8,2%
18 - 20 år	4	3,6%
21 ->	1	0,9%
	Sa: 110	

Antal umgängesbarn:	Antal	
0 - 6 år	1	12,5%
7 - 12 år	2	25,0%
13 - 17 år	3	37,5%
18 - 20 år	2	25,0%
	Sa: 8	

Kommunstatistik: Strängnäs

Statistikperiod 2022-01-01 - 2022-12-31

Uppgifter om besökande (nya ärenden):

Antal växelvist boende barn:	Antal	
0 - 6 år	4	7,1%
7 - 12 år	16	28,6%
13 - 17 år	30	53,6%
18 - 20 år	5	8,9%
21 ->	1	1,8%
	Sa: 56	

Antal barn under 18 år:	Antal	
Hemmavarande barn	105	65,2%
Umgängesbarn	6	3,7%
Växelvist boende	50	31,1%
	Sa: 161	

Ärenden med barn under 18 år:	Antal	
Inga barn	17	18,7%
Ett barn	18	19,8%
Två barn	36	39,6%
Tre barn	11	12,1%
Fyra barn eller fler	9	9,9%
	Sa: 91	

Kommunstatistik: Strängnäs

Statistikperiod 2022-01-01 - 2022-12-31

Uppgifter om behandlingsarbetet (samtliga ärenden):

Antal behandlingssamtal med:	Antal	
Par	242	89,3%
Kvinna	14	5,2%
Man	9	3,3%
Hel eller del av familj	6	2,2%
	Sa: 271	

Antal uteblivna från bokad samtal:	Antal	
Sent återbud	141	91,6%
Uteblev	9	5,8%
Tidigt återbud	2	1,3%
Ombokat av familjerådgivare	2	1,3%
	Sa: 154	

Betalningssätt:	Antal	
Kontant	178	66,2%
Postgiro	1	0,4%
Avgiftsbefriat	90	33,5%
	Sa: 269	

Summa timfaktor. Samtal med:	Antal	
Par	484	95,5%
Kvinna	14	2,8%
Man	9	1,8%
	Sa: 507	

Kommunstatistik: Strängnäs

Statistikperiod 2022-01-01 - 2022-12-31

Uppgifter om behandlingsarbetet (avslutade ärenden):

Behandlingskontaktens omfattning:	Antal	
Engångsärenden 1 samtal	35	43,8%
Kortidsärenden 2-4 samtal	32	40,0%
Kortidsärenden 5-8 samtal	10	12,5%
Långtidsärenden 9 > samtal	3	3,8%
Sa:	80	

Antal samtal i genomsnitt/ärende:	Antal	
Antal samtal i genomsnitt/ärende	2,6	100,0%
Sa:	2,6	

Behandlingsarbetets innehåll:	Antal	
Klargörande samtal/information	11	14,3%
Reparationsarbete i parrelation	47	61,0%
Separationsarbete i parrelation	4	5,2%
Redan separerade med vårdnads- och umgängesfrågor	6	7,8%
Problem i andra relationer	6	7,8%
Övriga	3	3,9%
Sa:	77	

Parets situation vid första samtalet:	Antal	
Ville förändra	45	60,0%
Skilsmässa aktuell	11	14,7%
Hade flyttat isär	8	10,7%
Annat	11	14,7%
Sa:	75	

Parets situation vid sista samtalet:	Antal	
Fortsätter bo ihop	30	57,7%
Separerar	4	7,7%
Fortsätter bo isär	8	15,4%
Flyttar ihop	1	1,9%
Annat	9	17,3%
Sa:	52	

