

Socialdepartementet**Bemyndigande att underteckna överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2024 – En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav**

Ett förslag till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har upprättats efter förhandlingar mellan företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet) och SKR. Förslaget har den lydelse som framgår av *bilagan*.

Regeringen bemyndigar statsrådet Ankarberg Johansson, eller den som hon sätter i sitt ställe, att underteckna en överenskommelse som i huvudsak stämmer överens med förslaget.

Utdrag till

Statsrådsberedningen, SAM
Finansdepartementet, BA
Kammarkollegiet
Socialstyrelsen
Sveriges Kommuner och Regioner



Regeringskansliet
Socialdepartementet



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**

God och nära vård 2024

En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav

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

Innehåll

1. Bakgrund	5
1.1 Överenskommelsen för 2024	8
1.2 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen.....	8
2. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav	10
Primärvården blir navet i hälso- och sjukvården.....	11
Flera statliga utredningar på området	11
Reformeringen förutsätter personcentrering	13
3. Tidigare professions- och personalsatsningar	14
4. Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden	15
4.1 Insatser för att stödja omställningen till en nära vård.....	15
4.1.1 Generella insatser.....	15
4.1.2 Särskilda insatsområden	16
4.2 Hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetsätt	19
4.2.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	20
4.3 Insatser för att förbättra tillgängligheten i primärvården.....	21
Ett integrerat digitalt och fysiskt arbetsätt i primärvården.....	22
4.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra	22
4.4 Insatser för att öka kontinuiteten och relationsskapande i hälso- och sjukvården.....	22
4.4.1 Insatser som regionerna ska genomföra	24
4.5 Insatser för att öka delaktighet och medskapande i hälso- och sjukvården	25
4.5.1 Insatser som regionerna ska genomföra	26
4.6 Insatser för att utveckla primärvården i landsbygd	27
4.6.1 Insatser som regionerna ska genomföra	27
4.7 Insatser för goda förutsättningar för vårdens medarbetare.....	28
4.8 En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård	28
4.9 Regioner och kommuner ska genomföra insatser för att främja kompetensförsörjningen.....	30
4.9.1 Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen	30
4.9.2 Exempel på insatser som regionerna och kommunerna kan genomföra.....	32
4.9.3 Utbilda vårdens framtida medarbetare.....	33
4.9.4 Exempel på insatser som regionerna och kommunerna kan genomföra.....	35

4.10 Insatser som SKR ska genomföra	36
5. Förstärkning av ambulanssjukvården	37
5.1 Insatser som regionerna ska genomföra	38
5.2 Insatser som SKR ska genomföra.....	38
6. Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd.....	39
6.1 Insatser 2024	39
6.1.1 Centrum för sällsynta diagnoser.....	39
6.1.2 Nationell samordning.....	40
6.2 Medelstildelning 2024.....	41
7. Nationella kvalitetsregister	42
7.1 Bakgrund	42
7.1.1 Bakgrund till överenskommelsen inom området nationella kvalitetsregister.....	42
7.1.2 Andra pågående initiativ och insatser som berör området nationella kvalitetsregister.....	43
7.1.3 Organisation och ansvarsområden	44
7.2 Överenskommelsens inriktning och syfte.....	46
7.3 Överenskommelsens innehåll och fokusområden 2024.....	47
7.3.1 Statens bidrag till kvalitetsregistren	47
7.3.2 Regionernas bidrag till kvalitetsregistren	47
7.3.3 Dialog	48
7.4 Medelstildelning i 2024 års överenskommelse	48
8. Insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen	50
8.1 Nationell arbetsgrupp Strama.....	50
8.2 Insatser under 2024.....	50
8.3 Medelstildelning 2024.....	50
9. Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet	51
9.1 Insatser och medelstildelning 2024.....	52
10. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklingsinsatser.....	53
10.1 Redovisning gällande avsnitt 4, fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden och avsnitt 5, förstärkning av ambulanssjukvården.....	53
11. Medelstildelning 2024	53
11.1 Total medelstildelning 2024.....	53
11.2 Statens medelstildelning för överenskommelsen.....	54

12. Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna gällande avsnitt 4 och 5.....	55
13. Ekonomiska villkor och rapportering	56
13.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR	56
13.2 SKR:s rapportering	58
13.2.1 Rapportering gällande avsnitt 4, Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden och 5, Förstärkning av ambulanssjukvården	58
13.2.2 Rapportering gällande avsnitt 6, Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd	58
13.2.3 Rapportering gällande avsnitt 7 Nationella kvalitetsregister	58
13.2.4 Rapportering gällande avsnitt 8 Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet	59
14. Uppföljning	59
15. Godkännande av överenskommelsen.....	60

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 den enskildes hela livssituation kan beaktas. Utvecklingen av nära vård innebär inte någon 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 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 är i linje med WHO:s mål om att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO slår fast att om detta mål ska kunna uppnås krävs också ett skifte från nuvarande 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 att inte någon 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 stärkt primärvård, som också bidrar i det förebyggande arbetet, 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 och har sedan 2017 gått från att vara något som engagerar enstaka personer och beslutsfattare, till att många personer och organisationer agerar för att forma den nära vården och omsorgen. Arbetsätt för att stödja omställningen till nära vård har tagit form. Det handlar till exempel om mobila team som i dag finns i alla regioner och kommuner, om särskilt omhändertagande av sköra äldre på vårdcentraler, befolkningsinriktat förebyggande arbete, samarbete mellan specialiserad vård och primärvård och digital kommunikation och triagering inom primärvården. En bidragande faktor till utvecklingen är de läns gemensamma målbilderna för nära vård, som har tagits fram av kommuner och regioner tillsammans, och som finns i samtliga län.

Omställningen till nära vård kräver långsiktighet och uthållighet hos såväl regioner och kommuner som staten. Det handlar bl.a. om att fortsätta 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. Det fortsatta arbetet med omställningen behöver bygga vidare på och dra nytta av erfarenheter och strukturer med anledning av pandemin.

Regeringen har tagit flera steg i omställningen till en god och nära vård, bl.a. genom de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) 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, bet. [2021/22:SoU22], rskr. [2021/22:225]). Den 1 juli 2022 trädde nya ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen 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.

De nationella kvalitetsregistren utgör en stor tillgång för svensk hälso- och sjukvård samt omsorg och har bidragit till de goda resultaten för patienterna som svensk sjukvård kan uppvisa i internationella jämförelser. I enlighet med denna överenskommelse ska därför kvalitetsregistrens huvudmän, SKR och staten verka för att upprätthålla systemet för nationella kvalitetsregister.

Registret nationell läkemedelslista innebär att fler uppgifter om läkemedel finns tillgängliga i vården liksom på öppenvårdsapotek. Regionernas arbete för att implementera systemet är av stor vikt för att förbättra patientsäkerheten.

Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uppdrag att följa omställningen till en god och nära vård. De redovisar bl.a. att kommuner och regioner har kommit långt vad gäller att bygga upp samverkansstrukturer, målbilder och handlingsplaner. Nya arbetssätt införs och exempel finns på att tidigare pilot- eller utvecklingsprojekt är på väg att införas brett i verksamheten. Myndigheterna redovisar även om fortsatta utmaningar, bl.a. vad gäller kontinuitet och patienternas tillgång till fast läkarkontakt och att arbetet nu behöver förankras tydligare i linjeverksamheten, samt att regioner och kommuner i ökad utsträckning behöver styra genom formella uppdrag till verksamheterna för att inkludera både offentliga och privata utförare.

När omställningen nu går in i en ny fas är avsikten att delar av överenskommelsen från och med 2025 ska hanteras genom ett förordningsstyrt statsbidrag.

1.1 Överenskommelsen för 2024

Överenskommelsen för 2024 består av sju delar som stödjer utvecklingen av hälso- och sjukvården med inriktning på en nära och patientsäker vård:

- Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Förstärkning av ambulanssjukvården
- Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd
- Nationella kvalitetsregister
- Insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen
- Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet

1.2 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

Överenskommelsen omfattar 2024 totalt 3 430 250 000 kronor och fördelas enligt nedan.

Utveckling av den nära vården med primärvården som nav och goda förutsättningar för vårdens medarbetare (avsnitt 4)

För de delar i överenskommelsen som avser nära vård och vårdens medarbetare (avsnitt 4) avsätts totalt 3,2 miljarder kronor. Av dessa medel avsätts 2,42 miljarder kronor till regionerna och 750 miljoner kronor till kommunerna. Av de medel som avsätts till regionerna ska 300 miljoner kronor användas för arbete med att utveckla primärvården i landsbygd.

En förstärkt ambulanssjukvård (avsnitt 5)

För detta utvecklingsområde avsätts 46 miljoner kronor till regionerna.

Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd (avsnitt 6)

För detta utvecklingsområde avsätts totalt 10 miljoner kronor. Av dessa medel avsätts 6 miljoner kronor till de sjukvårdsregionala CSD som finns vid universitetssjukhusen och 4 miljoner kronor till den samverkansregionala strukturen för kunskapsstyrning inklusive Region Stockholm samt SKR för samordning och stöd.

Nationella kvalitetsregister (avsnitt 7)

För nationella kvalitetsregister avsätts totalt 168 miljoner kronor, varav staten bidrar med 68 miljoner och regionerna med 100 miljoner kronor.

Insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen (avsnitt 8)

För detta utvecklingsområde avsätts totalt 3 miljoner kronor för att stödja utvecklingsinsatser inom ramen för Strama, som en del i genomförandet av den nationella strategin mot antibiotikaresistens.

Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet (avsnitt 9)

För de delar i överenskommelsen som avser strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet avsätts totalt 2,5 miljoner kronor till SKR:s arbete med dessa frågor.

Insatser som genomförs av SKR

SKR ska stödja regionerna och kommunerna i genomförandet av insatserna inom ramen för överenskommelsen utifrån beskrivningar i respektive avsnitt.

SKR tilldelas av statens medel totalt 34 250 000 kronor för detta arbete.

2. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav

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 patienten 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. Det handlar om såväl primär- som sekundärprevention, för att förebygga både insjuknande och återinsjuknande. En utvecklad nära vård med en starkt 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.

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 och utvecklad individuell plan. 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 10 augusti 2023 gav regeringen flera myndigheter ett uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för alla barn och unga till och med 20 års ålder (S2023/02379). Syftet med uppdraget är bl.a. att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning, oavsett var i landet barnet eller den unge bor. Inom ramen för uppdraget ska bl.a. kunskapsstöd tas fram som bygger på ett personcentrerat förhållningssätt, vilka ska utgöra grunden för programmets hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd samt att förslag på en långsiktig och ändamålsenlig uppföljning av barns och ungas hälsa och utveckling samt utvärdering av programmets insatser ska lämnas. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 oktober 2026.

I april 2023 tillsattes utredningen om hälsodataregister (S 2023:02). Utredningen ska bl.a. lämna förslag på ett regelverk som möjliggöra insamling av uppgifter från primärvården, av uppgifter om väntetider och vårdköer och av uppgifter om samtliga patienter som behandlas inom den specialiserade öppenvården i nationella hälsodataregister. Dessa uppgifter är nödvändiga för att följa upp primärvårdens verksamhet och utbyggnad, vårdförlopp och att patienter erbjuds vård i rimlig tid. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2024.

Utredningen Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd överlämnade i november 2021 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.

Regeringen beslutade 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 den enskildes 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.

3. Tidigare professions- och personalsatsningar

Sedan 2016 har staten och SKR ingått överenskommelser i syfte att stärka kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Sedan 2020 har dessa satsningar ingått i överenskommelsen om en God och nära vård. För en närmare beskrivning av hur satsningarna historiskt sett har utvecklats hänvisas till tidigare års överenskommelser.

4. Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden

4.1 Insatser för att stödja omställningen till en nära vård

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

4.1.1 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 dokumenterad överenskommelse mellan patienten och vården (i tidigare överenskommelser benämnt som 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 ersättningssystem, 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 samt att tillgänglighetsanpassa tekniken så att den är användarvänlig och inkluderande, bl.a. för personer med funktionsnedsättningar. 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.

Regeringen har en målsättning om en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården där staten tar ett större ansvar. Hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård, såväl kommunal som regional, och för tandvård oavsett huvudman. Regeringen har inlett arbetet genom att ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att ta fram ett förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården (S2023/02108). E-hälsomyndigheten har också fått i uppdrag att genomföra en förstudie om hur en sammanhållen intygshantering i hälso- och sjukvården, omsorgen och tandvården kan utvecklas, organiseras och förvaltas (S2023/02107). Det pågår också flera statliga utredningar med bäring på den nationella infrastrukturen, bl.a. Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse (S 2022:10) som syftar till att förbättra informationsförsörjningen av hälsodata mellan system och aktörer, och Utredningen om sekundäranvändning av hälsodata (S 2022:04) som ska föreslå utökade möjligheter att använda hälsodata för t.ex. forskning, innovation och uppföljning.

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.

4.1.2 Särskilda insatsområden

Utöver generella insatser ska regioner och kommuner för att ta del av medlen under 2024 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 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.

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 som bygger på kontinuitet, 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 ersättningsystem 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 ersättningsystemens utformning. Ersättningsprinciperna är ett centralt styrmedel för regionerna. I dag varierar utformningen av regionernas ersättningsystem sinsemellan. Kunskapen om hur ersättningsystemen 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 ersättningsystemen 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, såväl vinstdrivande som idéburna, 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 och idéburna 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 sjukvården central. Regionerna bör därför säkerställa att de privata, idéburna och offentliga aktörerna involveras på lika villkor i omställningsarbetet. Medel inom ramen för denna överenskommelse ska således kunna tilldelas såväl offentliga som privata och idéburna 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 och idéburna aktörer i det pågående utvecklingsarbetet.

4.2 Hälsöfrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt

I 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen regleras primärvårdens grunduppdrag. Den 1 januari 2024 förs en ny punkt in i grunduppdraget, som innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. Sedan tidigare framgår av grunduppdraget att regioner och kommuner ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.

Ett hälsofrämjande, förebyggande 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. Trots detta avsätts i dag en mycket liten del av hälso- och sjukvårdens resurser till det förebyggande arbetet.

Covid-19-pandemin har bidragit till att belysa behovet av bl.a. hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande 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.

Inom flertalet regioner arbetar man genom hälsosamtal för att hitta personer i riskzon för insjuknande, och på så sätt kan hälso- och sjukvården sätta in förebyggande insatser för att förhindra insjuknande.

Primärvårdens närhet till människors vardag och möjligheten att bygga långvariga relationer har en särskilt viktig roll när det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Inom bl.a. mödra- och barnhälsovården finns det goda exempel på hur närhet till människors vardag är en viktig del för att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska få genomslag, t.ex. arbetet med utökade hembesöksprogram inom barnhälsovården eller att organisera sin verksamhet i form av en familjecentral.

I det hälsofrämjande arbetet är samverkan viktigt. Att tillsammans möjliggöra verksamhet, sprida kunskap, intresse och förutsättningar för hälsofrämjande insatser är en nyckel till framgång. Det offentliga kan tillsammans med civilsamhälle, näringsliv och akademi skapa förutsättningar för att fler människor, även barn och unga, ska kunna ta del av hälsofrämjande insatser.

Definitionen av primärvård som framgår av 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen omfattar uttryckligen såväl förebyggande arbete som rehabilitering.

4.2.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

För att få ta del av medlen ska regioner och kommuner:

- Arbeta med insatser som bidrar till att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt bidrar till att personer återvinner eller bibehåller bästa möjliga hälsa och funktionsförmåga. Det kan t.ex. göras genom stödjande insatser för att uppnå hälsosamma levnadsvanor.
- Arbeta med strukturerad utveckling av hälsofrämjande, förebyggande, habiliterande/rehabiliterande och försäkringsmedicinskt arbetssätt i samverkan, så som hembesöksprogram och hälsosamtal, avseende både vuxna, äldre, barn och unga.
- Arbeta med riskbedömning och åtgärdsplanering, t.ex. för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, eller utveckla ohälsa.

4.3 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 och förebyggande arbete, såsom hälsosamtal för att förändra levnadsvanor eller barnhälsovårdens verksamhet dit barn och familjer går för att få råd och 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 äldremottagningar, 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. Att bidra till att varje barn får en bra start i livet är av stor betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa över livsloppet. 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.

4.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen 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.

4.4 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 mycket 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. Kontinuitet är trygghetsskapande och tidsbesparande såväl för vårdtagare som för vårdgivare. Forskning visar att ju längre en vårdrelation pågått med kontinuitet inom primärvården desto mindre blir behovet av att uppsöka akutsjukvård och är starkt associerat med minskad dödlighet. Graden av kontinuitet bör, såsom allt annat i vården, anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser. Regeringens primärvårdsreform har därför särskilt fokus på att öka kontinuiteten – för patienternas skull och för vårdens medarbetare.

Sedan mitten av 1990-talet ska patienter ges möjlighet att få tillgång till och välja en *fast läkarkontakt i primärvården*. Regionernas skyldighet att organisera primärvården så att detta blir möjligt regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen. Inledningsvis fanns ett krav 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. Den lagstadgade rätten till 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, utan behöver bygga på den patientupplevda kontinuiteten.

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.

Alla invånare ska kunna välja och få tillgång till en fast läkarkontakt – liksom tilldelas en fast vårdkontakt om den enskilde patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Under åren 2021–2023 har överenskommelsen om god och nära vård innehållit särskilda siffrersatta mål för området. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp målen, 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 gör sammantaget att målen som sådana utgår ur överenskommelsen. Denna åtgärd ska inte påverka de fortsatta insatserna för att öka kontinuiteten i primärvården och i hälso- och sjukvården i stort.

Utvecklingen på området ska fortsatt följas särskilt genom bl.a. patientenkäter och på sikt även genom likvärdig datainsamling från regionerna. Detta förutsätter att verksamheterna dokumenterar på ett likvärdigt sätt 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.

4.4.1 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, måste fortsätta.

För att få ta del av medlen ska följande insatser genomföras, med stöd i upprättade handlingsplaner som utgår ifrån hur en allt större andel i befolkningen ska få en namngiven fast läkarkontakt och fast vårdkontakt:

- 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 och att jämföra utvecklingen mellan regioner. I rutinerna ska säkerställas att dokumentationen ska kunna ske på ett sådant sätt att den administrativa bördan för vårdpersonalen hålls nere, bl.a. i själva vårdmötet.
- Regionerna ska säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt.
- Regionerna ska arbeta i syfte att närma sig Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården om 1 100 invånare per specialistläkare och 550 invånare per ST-läkare, och redovisa hur tidplanen för arbetet ser ut. 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 ska regionerna genomföra insatser för att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet med särskild inriktning mot kravet 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 fortsatt arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt baserat på uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar samt informera om möjligheten att få en fast läkarkontakt och en fast vårdkontakt.

4.5 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. planerade insatser, kontaktuppgifter och väntetider.

För att åstadkomma en bättre och mer personcentrerad samordning i vården, som kan utgöra ett stöd både för patienter, närstående och vårdens medarbetare, ska arbetet med dokumenterade överenskommelser mellan patient och vårdgivare som säkerställer delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt, fortsätta. Syftet är att stödja relationen mellan patienten och vården, med sikte på en god kontinuitet och en sammanhållen dokumentation över patientens samtliga vård- och omsorgskontakter som på sikt ska kunna visualiseras digitalt.

Den dokumenterade överenskommelsen bidrar till informationskontinuitet och leder till utveckling av personcentrerade arbetssätt och bidrar till vårdens effektivisering. En utgångspunkt för arbetet är att det ska underlätta för vårdens medarbetare och inte leda till administrativt merarbete, i vårdmötet eller i andra delar av verksamheten.

Den dokumenterade överenskommelsen 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.

4.5.1 Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen ska regionerna fortsätta utveckla arbetet med att öka delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt. Regionerna ska:

- Fortsätta införandet av dokumenterade överenskommelser utifrån bl.a. sedan tidigare upprättade handlingsplaner för hur sådana överenskommelser implementeras, följs upp och utvärderas samt samverka med den kommunala hälso- och sjukvården i utvecklingen av dokumenterade överenskommelser för patienter med insatser från båda huvudmännen.
- Ge information och utbildning till personal samt samverka med invånare och patienter för att bidra till utvecklingen av arbetssätt och rutiner för en strukturerad dokumentation av dokumenterade överenskommelser i lämpliga it-stöd.

4.6 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. Samverkan mellan regioner och kommuner är avgörande för att lösa olika utmaningar. Med digitaliseringens hjälp finns även t.ex. möjligheter till innovativa lösningar.

I regeringens budgetproposition för 2024 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 12. Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna).

4.6.1 Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen ska regionerna genomföra insatser som 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.

4.7 Insatser för goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Kompetensförsörjningen är en av regionernas och kommunernas största utmaningar. 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.

4.8 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 bland annat i syfte att medarbetarna ska ges förutsättningar att orka och vilja arbeta heltid i större utsträckning. 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 arbetsätt 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 arbetsätt.

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 kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Kortare vårdtider och snabbare

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 i dag 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.

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

4.9 Regioner och kommuner ska genomföra insatser för att främja kompetensförsörjningen

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.

4.9.1 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. Likaså är det viktigt att attrahera tillbaka personal som redan har relevant utbildning, men som av olika skäl valt att lämna yrket. 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 2022 ökade kostnaden för hyrpersonal med 25 procent från 6,3 miljarder till 7,8 miljarder, vilket motsvarar knappt 5 procent av regionernas totala personalkostnader. Under första halvåret 2023 har ökningen av kostnaderna fortsatt. Flera regioner har dock genomfört omfattande insatser för att minska användningen av hyrpersonal men dessa insatser har sannolikt ännu inte fått tydligt genomslag i kostnadsutvecklingen för första halvåret.

Samtliga regioner samlar sig nu för att kraftigt minska användningen av hyrpersonal. Genom att minska beroendet av inhyrd personal och stärka arbetsmiljön kan andelen fast anställd personal successivt öka och kontinuiteten, tryggheten och tillgängligheten för patienterna förbättras.

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 fundamentalt för att nå goda resultat.

Ett gott ledarskap med tydligt mandat 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 såväl kvinnor som för män 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.

4.9.2 Exempel på insatser som regionerna och kommunerna kan genomföra

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.

4.9.3 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 utbildningstjänstgöring för BT, 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

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

verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom vården. Det nationella rådet har även i uppgift att stödja utvecklingen av de regionala samverkansstrukturerna. Den regionala samverkan bör bygga på ett 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 i syfte att även dessa ska öka.

Tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor är en viktig faktor för att möta kompetensbehovet inom framtidens sjukvård, inte minst i den nära vården. Medlen får därför användas till 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 kan medel 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.

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 personcentrering, att utgå från patienten ett viktigt fokus liksom den digitala utvecklingen, såväl i vården som i en effektiv hantering av VFU-platser.

4.9.4 Exempel på insatser som regionerna och kommunerna kan genomföra

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 BT, AT och ST för att den långsiktiga tillgången till läkare ska motsvara befolkningens behov och stödja omställningen till nära vård.
- Stimulera till fler VFU-mottagare.

4.10 Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för avsnitt 4 ska SKR under 2024 stödja huvudmännen i genomförandet av insatser enligt detta kapitel. SKR:s stöd kan bl.a. riktas mot att:

- Stödja regioners och kommuners arbete med att utveckla ledning, styrning och uppföljning för att aktivt arbeta med omställningen till nära vård.
- Stimulera breddinförande av välfungerande personcentrerade arbetssätt i nära vård.
- Sprida berättelserna om hur nära vård tar form.

5. Förstärkning av ambulanssjukvården

Hälso- och sjukvård i Sverige ska bidra till en god hälsa och tillhandahållas på lika villkor för hela befolkningen. Det finns därför behov av att utveckla en kunskapsbaserad, mer jämlik, och tillgänglig vård i hela landet.

Ambulanssjukvården ska sträva efter att vara en naturlig och allt viktigare del i vårdkedjan. Därför behöver ambulanssjukvården utvecklas, såväl vad gäller kompetens, kvalitet, samordning som tillgänglighet, för att säkerställa att resurser och kompetens används så ändamålsenligt som möjligt.

Ambulanssjukvården är en grundläggande del av akutsjukvården och kompetenskraven påverkas av framsteg inom medicinska behandlingsmetoder och utvecklingen av medicinsk teknik.

Ambulanssjukvården ska tillgodose befolkningens behov av sjukvårdsinsatser där individen befinner sig, liksom på vägen till eller mellan, vårdinrättningar. En viktig del av uppdraget innebär att göra bedömningar och att styra till rätt vårdnivå.

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.

Vårdgivaren ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna ge prehospital akutsjukvård. Vårdgivaren ansvarar även för att ambulanserna är utrustade på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Ett led i att göra ambulanssjukvården jämlik och effektiv i hela landet är kompetenshöjande insatser för personalen. Personalen inom ambulanssjukvården verkar i en arbetsmiljö som kräver ett snabbt agerande i en många gånger utmanande situation. För att säkerställa att personalen får förutsättningar att utföra sitt arbete i t.ex. en situation som utöver de ordinarie utmaningarna kan innebära hot och våld, behövs fortlöpande utbildning och träning.

5.1 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, exempelvis insatser för ökad effektivitet avseende responstider och som möter hälso- och sjukvårdens utveckling inklusive omställningen till en nära vård.
- Kompetenshöjande insatser för medarbetare inom ambulanssjukvården som t.ex. utbildningsinsatser.

5.2 Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för utvecklingsområdet ingår det i SKR:s arbete 2024 att:

- Stödja regionernas arbete med att utveckla ambulanssjukvården för att möta hela hälso- och sjukvårdens utveckling och behov.
- Bidra till utveckling av samarbete och samverkan avseende samordning av sjuktransporter mellan regioner.

6. Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd

Ett sällsynt hälsotillstånd är enligt den europeiska definitionen en sjukdom som färre än fem av 10 000 invånare har. Ny kunskap och utvecklad diagnostik har bidragit till att såväl antal personer som lever med ett sällsynt hälsotillstånd som antalet sällsynta hälsotillstånd har ökat. Sällsynta hälsotillstånd är ofta obotliga och kräver därför livslång vård, behandling och rehabilitering. Trots den intensiva utvecklingen som har pågått under hela 2000-talet finns fortfarande betydande kunskapsluckor och tillgång till vården varierar över landet. Mot denna bakgrund beslutades en långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar genom en överenskommelse mellan regeringen och SKR redan 2018. Parterna är överens om att det gemensamma arbetet med vård och behandling är långsiktigt och att det ska fortsätta. Målsättningen med den långsiktiga inriktningen är att skapa ökade förutsättningar för en god, jämlik, jämställd och tillgänglig vård med patienten i centrum. Detta ska göras genom att stödja centrumstrukturen, stärka och utveckla den nationella samordningen samt öka patientperspektivet när det gäller vård och behandling av personer med sällsynta hälsotillstånd. I genomförandet av detta arbete är patientdeltagandet och samverkansregionernas centrumstruktur centralt. Nationell samordning, inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, är en förutsättning för att stärka området sällsynta hälsotillstånd. Det finns en upparbetad samverkanskultur mellan olika aktörer, såväl patientföreträdare som myndigheter och regioner, på området som bör värnas och utvecklas.

I budgetpropositionen för 2024 har regeringen aviserat att en nationell strategi för sällsynta hälsotillstånd ska tas fram.

6.1 Insatser 2024

6.1.1 Centrum för sällsynta diagnoser

I varje samverkansregion har det redan inrättats ett centrum för sällsynta diagnoser (CSD). Under 2024 ska verksamheten vid centrumen fortsatt utvecklas i enlighet med de kriterier som SKR utarbetade under 2018 samt aktivt bidra i lokalt, regionalt och nationellt arbete med kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Av dessa framgår att målet för CSD bl.a. är att verka för att personer som har sällsynta hälsotillstånd får möjlighet till diagnos och adekvat behandling. CSD ska dessutom aktivt bidra i lokalt, regionalt och

nationellt arbete med spridning av kunskap inom området sällsynta hälsotillstånd.

Parterna är överens om följande mål för 2024:

- CSD i samverkan ska intensifiera arbetet med att sprida information för att öka kunskapen om sällsynta hälsotillstånd samt kommunicera och lättillgängliggöra information om vilka strukturer och aktörer som finns för personer med sällsynta hälsotillstånd. I detta ingår bl.a. att tillhandahålla en uppdaterad och aktuell nationell förteckning över Sveriges Europeiska referensnätverk (ERN) samt expertteam, inklusive en diagnosförteckning som täcks inom ERN respektive expertteam, men även utföra andra insatser som bidrar till att uppmärksamma sällsynta hälsotillstånd.
- CSD i samverkan ska fortsatt arbeta med att integrera och bidra till att synliggöra det arbete som ERN gör i hälso- och sjukvårdssystemet, inklusive klinisk praxis, med utgångspunkt i den av EU finansierade ”Joint Action on the Integration of ERNs into National Healthcare Systems”.
- CSD i samverkan ska fortsatt utveckla och skapa förutsättningar för systematisk uppföljning inom området sällsynta sjukdomar.

6.1.2 Nationell samordning

Sedan 2019 utgår den nationella samordningen av sällsynta hälsotillstånd från regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Den nationella samordningen ska öka förutsättningarna för en sammanhållen vårdstruktur för vård och behandling som rör sällsynta hälsotillstånd. Arbetet inom kunskapsstyrningen bedrivs för närvarande framför allt genom nationella arbetsgrupper (NAG) som inrättas inom det nationella programområdet (NPO) för sällsynta sjukdomar, kring olika sjukdomsgrupper eller andra insatsområden. Vården ska utvecklas med patienten i centrum. I den nationella samordningen ingår att stödja det arbete som sker inom ramen för kunskapsstyrningen, dess nationella arbetsgrupper och vid CSD samt föra dialog med relevanta aktörer där både professions- och patientperspektivet är representerat. I arbetet ingår även att utveckla relevanta kunskapsunderlag samt i samverkan med NPO för sällsynta sjukdomar analysera vilken kunskap som långsiktigt behöver säkras, med särskild hänsyn till målgruppernas behov. Det är viktigt att CSD och NPO/NAG har en helhetsbild om de olika vårdinsatser som är tillgängliga

för respektive diagnos, både sporadiska behandlingar och nödvändiga, regelbundna habiliterings- eller rehabiliteringsinsatser utifrån diagnosen.

Parterna är överens om följande mål för 2024:

- Fortsatt ansvar, drift och utveckling av webbsidan <https://csdsamverkan.se/> samt sprida och kommunicera information om sällsynta hälsotillstånd med utgångspunkt i patienternas och professionens behov.
- Den nationella samordningen ska stödja arbetet med att skapa förutsättningar för och utveckla uppföljningen inom området sällsynta hälsotillstånd. Arbetet ska ske i dialog med berörda aktörer och beakta utvecklingsarbeten som pågår såväl regionalt som nationellt.
- Den nationella samordningen ska stödja NPO för sällsynta sjukdomar i utvecklingsarbete kopplat till generiskt kunskapsstöd för utredning och omhändertagande av sällsynta syndrom med komplexa vård- och omsorgsbehov.
- Den nationella samordningen ska i samarbete med berörda myndigheter stödja och bidra i aktiviteter som sker inom ramen för de EU initiativ, med särskilt fokus på JARDIN och EJP RD, som berör sällsynta hälsotillstånd samt sprida information och kommunicera om dessa.

6.2 Medelstildelning 2024

Regeringen avsätter totalt 10 000 000 kronor inom ramen för denna överenskommelse till området sällsynta hälsotillstånd. Medlen ska användas till att skapa ökade förutsättningar för en god, jämlik och tillgänglig vård med patienten i centrum. Av dessa ska 6 000 000 kronor tilldelas de sjukvårdsregionala CSD som finns vid universitetssjukhusen. Resterande 4 000 000 kronor tilldelas den samverkansregionala strukturen för kunskapsstyrning, inklusive Region Stockholm som är värddregion för området sällsynta diagnoser, samt SKR för samordning och stöd.

7. Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren utgör en stor tillgång för svensk hälso- och sjukvård samt omsorg och har bidragit till de goda resultaten för patienterna som svensk sjukvård kan uppvisa i internationella jämförelser. Det finns många exempel på att kvalitetsregistren har bidragit till färre vårdskador, till att snabbt utrangera metoder och produkter som har sämre resultat, till att variationen mellan olika enheter minskat och framför allt till minskat lidande och bättre livskvalitet för patienterna. Det finns också ett stort internationellt intresse av att studera svenska kvalitetsregister för att försöka åstadkomma liknande uppföljningssystem.

7.1 Bakgrund

7.1.1 Bakgrund till överenskommelsen inom området nationella kvalitetsregister

Staten har sedan 1990 gett ekonomiskt stöd till kvalitetsregistren och sedan 2010 har staten och regionerna via SKR gemensamt finansierat området. Sedan 2012 har staten och SKR ingått överenskommelser om att stärka arbetet med och användningen av nationella kvalitetsregister. Det finns i för närvarande ett hundratal kvalitetsregister som får nationellt stöd. Registren täcker flera olika områden som till exempel cancer, lungsjukdomar, psykiatri och tandvård. Det finns även register som rör vården och omsorgen om personer med demenssjukdom och riskförebyggande arbete som har betydelse för utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Enligt patientdatalagen (2008:355) definieras ett kvalitetsregister som en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättas särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registren ska möjliggöra jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå.

Kvalitetsregistren har olika utformning och det är verksamheternas behov som ska ligga till grund för registrens innehåll. Gemensamt för alla är att de är individbaserade och att de innehåller diagnos, insatta åtgärder och resultat för patienten. På så sätt får verksamheterna en löpande återkoppling av sina egna resultat och ges möjlighet att se hur det går för deras verksamheter i förhållande till andra och i jämförelser med andra regioner och nationellt.

Kvalitetsregistren har utvecklats primärt för syftet att stödja det kliniska förbättringsarbetet. Kvalitetsregistren är också en av huvudkällorna till

öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens resultat, bl.a. i Öppna jämförelser, Vården i Siffror och i Socialstyrelsens utvärderingar av vårdens kvalitet i relation till de nationella riktlinjerna. Därutöver utgör kvalitetsregister värdefulla källor för forskning och innovation. Data från kvalitetsregistren används löpande för forskning men det finns fortfarande outnyttjad potential i dessa datakällor.

7.1.2 Andra pågående initiativ och insatser som berör området nationella kvalitetsregister

Regeringen har gett E-hälsomyndigheten ett uppdrag att utreda förutsättningarna för utveckling av en nationell teknisk lösning som möjliggör automatisk informationsöverföring till nationella kvalitetsregister (S2023/02109). Uppdraget bygger vidare på slutrapporten Förstudie om digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister (S2021/06170). Målet är att utveckla en sammanhållen teknisk lösning för automatisk informationsöverföring till nationella kvalitetsregister. Regeringen har också gett Socialstyrelsen ett uppdrag att analysera och lämna förslag på hur myndigheten kan stödja ansvariga registerhållare för de nationella kvalitetsregistren med nödvändig juridisk kompetens för datahantering och datautlämnande (S2023/02116). Uppdragen ska redovisas senast den 31 oktober 2024. Det pågår också arbete på europeisk nivå som syftar till att främja tillgång och utbyte av hälsodata, för närvarande förhandlas förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om ett europeiskt hälsodataområde (COM(2022) 197 final).

Regioner i samverkan har beslutat om inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023–2027. Av beslutet framgår att regioner i samverkan tillsammans kan ha fokus på att utveckla och stärka förutsättningarna för bland annat en effektiv och ändamålsenlig informationsförsörjning, en mer sammanhållen, ändamålsenlig och effektiv uppföljning samt ett systematiskt arbete för en ändamålsenlig utveckling och användning av nationella kvalitetsregister utifrån vårdens behov

Inom det nationella systemet för kunskapsstyrning pågår, via Nationella samverkansgruppen för data och analys, ett arbete för konsolidering av registerplattformar. Arbetet påbörjades september 2023 och under 2024 kommer kvalitetsregister påbörja plattformsflytt. Prioritering görs av tillsatt nationell arbetsgrupp.

Samverkan mellan kvalitetsregistren och näringslivet bedrivs inom ramen för ett särskilt samverkansavtal mellan SKR och näringslivets företrädare som gäller sedan 2020. Avtalet innehåller riktlinjer för samverkan mellan kvalitetsregistren och näringslivet och beskriver hur de etiska, juridiska och ekonomiska frågorna ska regleras i samverkan.

7.1.3 Organisation och ansvarsområden

Arbetet med kvalitetsregister sker på flera olika nivåer. Organisationen och respektive grupps ansvarsområde beskrivs nedan.

Nationella kvalitetsregisters huvudmän och registerstyrgrupper

De nationella kvalitetsregistren ska utvecklas i sådan riktning att överenskommelsens inriktning och syfte uppfylls. De ska:

- verka inom strukturerna för det nationellt gemensamma kunskapsstyrningssystemet inom hälso- och sjukvård, och särskilt samverka med de nationella programområdena.
- samverka med regionala register- och cancercentrum.
- verka för att registerdata ska kunna vara användbara i förbättringsarbete i vården och omsorgens verksamheter och som kunskapskälla för klinisk forskning, inklusive samarbete med life science-sektorn.
- ska tillhandahålla fullständiga och uppdaterade variabellistor som kan användas för flera syften.
- verka i enlighet med de mål som finns uppsatta för överenskommelsen, exempelvis i enlighet med det certifieringssystem som finns för att certifiera kvalitetsregistren.

Registercentrumorganisationer

Registercentrumorganisationerna (RCO) som består av regionala register- och cancercentrum (RC och RCC) ska bedriva arbete utifrån överenskommelsen. RCO:s primära uppgift är stöd till befintliga kvalitetsregister inom ramen för överenskommelsen. RCO ska driva på och stimulera konsolidering, samverkan och gemensam utveckling av

kvalitetsregistren och säkerställa att det finns adekvat stöd för detta. RCO ska samverka med Stödfunktionen och övriga relevanta aktörer inom exempelvis nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Samtliga RCO har följande uppdrag:

- att aktivt arbeta tillsammans med de nationella kvalitetsregistrens huvudmän och registerstyrgrupper för att utarbeta och tillhandahålla registren samordnade processtöd (it-plattformar, metoder och verktyg, inklusive stöd i kontakten med registrens centralt personuppgiftsansvariga myndigheter (CPUA)), enskilt eller i samverkan med andra RCO.
- Stödja automatisk informationsutlämning till nationella kvalitetsregister. Kvalitetsregistren ska få stöd att specificera och ensa informationsbehov genom att RCO utgör en aktiv part vid förarbeten och projekt.
- att erbjuda RCO-gemensamma funktioner för registren att presentera öppna data och resultat (statistikvisningar).
- att stödja god datahantering i registren och verka för ökad tillgänglighet av registerinnehåll för uppföljning, förbättringsarbete, forskning och life science.
- att erbjuda processtöd för registren att möjliggöra koppling av registerdata samt säkerställa säker datautlämning och att data som nationella kvalitetsregister lämnar ut är aktuella och uppdaterade. RCO ska även stödja registrens huvudmän och styrgrupper i deras arbete att ansluta registren till metadaverktyget RUT vid Vetenskapsrådet.
- att bidra med kompetens i den lokala och regionala utvecklingen mot ett mer sammanhållet system för kunskapsstyrning. För arbetsinsatser och tjänster kopplat till detta ansvarar dock respektive huvudman.

RCO i samverkan

Under 2024 är RCO i samverkans (RCO Sam) uppdrag att samordna grunduppdragen till RCO och det övergripande målet är att nationella kvalitetsregister ska kunna få motsvarande stöd oavsett vilket RCO de är anslutna till och oavsett CPUA. RCO Sam ska arbeta för att uppnå bästa möjliga nytta och bästa möjliga kostnadseffektivitet ur ett nationellt perspektiv för stödsystemet till de nationella kvalitetsregistren. RCO Sam ska

på den nationella nivån arbeta för att kvalitetsregister integreras i systemet för kunskapsstyrning och kommer till ökad nytta inom forskning och samverkan med life science-sektorn. RCO Sam ska samordna kvalitetsregistren i regioner och kommuners informationsförsörjningsarbeten och säkerställa att kvalitetsregister kan informationsförsörjas på ett mer enhetligt sätt.

Stödfunktionen

En nationell stödfunktion för kunskapsstyrning, inbegripet kvalitetsregister, är organisatoriskt placerat på SKR. Stödfunktionen stödjer och samordnar arbetet inom ramen för överenskommelsen. Stödfunktionens arbete består främst av att bidra i arbetet med att skapa förutsättningar för enhetliga, effektiva och långsiktiga lösningar för kvalitetsregisterområdet samt att samordna eventuella utvecklingsinsatser med andra pågående utvecklingsarbeten. I uppdraget ingår bland annat att samordna frågor som rör juridik, forskning, life science, internationellt samarbete, IT, informationsförsörjning och infrastruktur samt att samordna arbetet avseende kvalitetsregister på nationell nivå gentemot regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

7.2 Överenskommelsens inriktning och syfte

Parterna är överens om att nationella kvalitetsregister bidrar till att rädda liv och uppnå jämlik och jämställd hälsa och ska användas aktivt för uppföljning, lärande, kvalitetsutveckling, förbättring, forskning samt ledning. Vidare ska kvalitetsregistren vara en integrerad del i ett nationellt hållbart system för den samlade kunskapsstyrningen och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård och ett viktigt stöd för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik hälsa och resurseffektiv vård och omsorg. Nationella kvalitetsregister ska också användas i förbättringsarbete i vårdens och omsorgens verksamheter samt som kunskapskälla för klinisk forskning, inbegripet samarbete med life science-sektorn.

I enlighet med denna överenskommelse ska kvalitetsregistrens huvudmän, SKR och staten verka för att upprätthålla systemet för nationella kvalitetsregister så att fastställd inriktning och syfte uppnås.

7.3 Överenskommelsens innehåll och fokusområden 2024

7.3.1 Statens bidrag till kvalitetsregistren

Staten ska övergripande följa upp och utvärdera hälso- och sjukvårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet och i det arbetet fyller kvalitetsregistren en viktig funktion. Parterna är överens om att statens bidrag till kvalitetsregistren främst är avsett att bidra till att upprätthålla en effektiv infrastruktur avseende it, statistik, och tillgänglighet. Statens bidrag till kvalitetsregistren kan också användas för att bidra till att upprätthålla juridisk kompetens, säkerställa att registren kan användas för statlig uppföljning, stödja registrens tillgängliggörande för klinisk forskning, samt samarbete med life science-sektorn. Ett av målen i den nationella life science-strategin är just effektiv, säker och etisk användning av registerdata, vilket inkluderar nyttjande av kvalitetsregister för forskningsändamål.

7.3.2 Regionernas bidrag till kvalitetsregistren

Regionerna ansvarar för kvalitetsregistrens arbete i kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården, utveckling av registrens innehåll, tillse att samtliga kvalitetsregister som beviljas medel uppnår hög anslutnings- och täckningsgrad samt tillse att system och tid säkras som möjliggör att registren används som en integrerad del i förbättringsarbete på alla nivåer.

Inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård pågår arbete för framtagande, implementering och uppföljning av olika typer av kunskapsstöd, bland annat personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Det arbetet ska bedrivas i samverkan med relevanta aktörer i den nationella kvalitetsregisterorganisationen, som är en del av regionernas kunskapsstyrningssystem. Information och kompetens från relevanta aktörer i kvalitetsregisterorganisationen ska tas tillvara och kvalitetsregisterorganisationen ska säkra att kvalitetsregistren utvecklas på ett ändamålsenligt sätt utifrån vårdens behov.

Regionerna ska också verka för att minska den s.k. dubbeldokumentationen genom att i arbetet med de nationella kvalitetsregistren kontinuerligt och över tid möta upp arbete med strukturerad vårdinformation. Kontinuerligt arbete med enhetlig och strukturerad information är förutsättning för effektiv informationsförsörjning i hälso- och sjukvården. Det behövs även för att hälsodata ska hålla god kvalitet och vara användbar i olika sammanhang.

7.3.3 Dialog

Parterna och övriga berörda aktörer bör ha en dialog om systemet för nationella kvalitetsregister. Utbytet kan innefatta kunskap- och informationsutbyte gällande de regionala och nationella behoven kopplat till nationella kvalitetsregister.

7.4 Medelstildelning i 2024 års överenskommelse

För 2024 är parterna överens om att gemensamt avsätta 168 miljoner kronor för den fortsatta utvecklingen av nationella kvalitetsregister. Av dessa bidrar regionerna med 100 miljoner kronor och staten med 68 miljoner kronor. Medlen ska användas till registrens grundanslag, sex regionala register- och cancercentrum samt den nationella stödfunktionen inklusive övergripande nationella aktiviteter.

Inriktningen är att andelen av fördelade medel mellan grundanslag till kvalitetsregistren, RCO samt den nationella stödfunktionen följer samma principer som 2023 års överenskommelse. Det innebär att majoriteten av medlen i överenskommelsen tilldelas de nationella kvalitetsregistrens huvudmän och registerstyrgrupper. Slutlig fördelning av medel beslutas av den nationella samverkansgruppen för data och analys inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Minst 65 procent av medlen totalt ska fördelas till de nationella kvalitetsregistrens huvudmän. Totalt får stödfunktionen hos SKR 29,535 miljoner kronor³ från de medel som regionerna bidrar med. Del av medlen ska användas för fortsatt arbete utifrån tidigare beslutad strategi för effektivare informationsförsörjning mellan vårdinformationssystemen och nationella kvalitetsregister.

Kommuner och regioner ansvarar för att finansiera användandet av kvalitetsregistren i den egna verksamheten. Parterna är överens om att statens medel till nationella kvalitetsregister under 2024 ska användas till att finansiera och upprätthålla en fungerande infrastruktur och tillgängliggörande för klinisk forskning, statlig uppföljning och samarbete med life science-sektorn. Huvudmännens medel ska användas till kunskapsutveckling, utveckling av registrens innehåll samt till att ge

³ Beloppet är exklusive moms

förutsättningar för kontinuerlig användning av registren i vårdens och omsorgens förbättring.

Kommunerna avsätter utanför överenskommelsen medel för att stödja utvecklingen av de kvalitetsregister som används inom kommunal hälso- och sjukvård.

8. Insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen

8.1 Nationell arbetsgrupp Strama

Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens är ett viktigt verktyg i regeringens patientsäkerhetsarbete. Det är av betydelse att det i regionerna ges möjlighet att arbeta med implementering av de mål och insatser som beskrivs i strategin. Inom ramen för det arbete med kunskapsstyrning som regionerna bedriver har Nationell arbetsgrupp Strama bildats. Arbetsgruppen syftar till att samverka nationellt för att förbättra antibiotikaanvändningen och förebygga antibiotikaresistens. Ordförandeskapet och processtöd till NAG Strama finns för närvarande i Region Uppsala och har genom det ett koordinerande uppdrag för samordningen av NAG Stramas verksamhet inom nationellt system för kunskapsstyrning. SKR har en samordnande och stödjande roll i arbetet inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

8.2 Insatser under 2024

I arbetet med denna överenskommelse kommer regionernas nationella arbetsgrupp för Strama genomföra Stramarelaterade aktiviteter för att förebygga antibiotikaresistens genom att främja rationell användning av antibiotika i enlighet med den nationella strategin mot antibiotikaresistens. I arbetet ingår bland annat att stödja regionala Stramagrupper och ge fortbildningsinsatser.

8.3 Medelstildelning 2024

Regeringen avsätter 2024 totalt 3 000 000 kronor för att stödja utvecklingsinsatser inom ramen för Strama, som en del i genomförandet av den nationella strategin mot antibiotikaresistens. SKR tar emot medlen, som förmedlas vidare till Region Uppsala, som koordinerar och processleder NAG Strama.

9. Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet

SKR:s stödfunktion för strukturerad vårdinformation läkemedel förvaltar och vidareutvecklar en kunskapsbank som innehåller uppgifter inom läkemedelsområdet. Uppgifterna som SKR hanterar rör läkemedel och hantering av läkemedel på olika sätt. I kunskapsbanken finns det bl.a. en beskrivning av läkemedelsbegrepp som används i olika sammanhang inom vården. Därutöver innehåller kunskapsbanken insamlad information om bland annat processer för ordination, förskrivning och administrering av läkemedel utifrån vårdens perspektiv. Informationen är strukturerad i form av olika modeller och kallas för Läkemedelsdomänen. Informationen kan ses som utgångspunkt för till exempel behovsanalys eller underlag för upphandling av vårdinformationssystem.

För närvarande används information som har samlats in bl.a. i regiongemensamma arbeten inom läkemedelsområdet, i diskussioner om regioners långsiktiga informatikarbete och i kravställning på systemfunktionalitet eller som del i underlaget vid upphandling av nya vårdinformationssystem. Informationen är av stort värde för bl.a. arkitektur och anpassning av vårdinformationssystem samt fortsatt utveckling av registret nationell läkemedelslista.

Informationen är publicerad i samverkan med regionernas system för kunskapsstyrning och fritt tillgänglig via nätet. Tillgång till samlad och strukturerad sakkunskap i denna form bidrar till grundläggande förutsättningar för en mer ändamålsenlig struktur för uppgifter om läkemedel både i patientjournaler och i andra vård- och stödsystem.

Med Läkemedelsdomänen som grund stödjer SKR sina medlemmar i arbetet med strukturering av läkemedelsrelaterade uppgifter.

SKR bedriver även arbete med att stödja regionerna i deras implementering av nationell läkemedelslista. I detta ingår att vara regionernas part i samverkan med bl.a. Regeringskansliet, E-hälsomyndigheten och andra berörda myndigheter i det gemensamma arbetet med att implementera registret. Under 2024 är samverkan med utredningen Fortsatt utveckling av registret nationell läkemedelslista särskilt prioriterad i syfte att delge information om de behov och den kunskap som finns samlade i den s.k. Läkemedelsdomänen.

SKR stödjer även vid behov Socialstyrelsen i myndighetens uppdrag om nationell informationsstruktur, Läkemedelsverket och eventuellt andra myndigheter i frågor kopplade till informatik, begrepp och processer gällande läkemedel.

9.1 Insatser och medelstildelning 2024

Under 2024 kommer SKR att:

- fortsätta stödja hälso- och sjukvårdens arbete med modeller och kunskap inom läkemedelsområdet,
- fortsätta stödja regionernas implementering av nationell läkemedelslista, utifrån SKR:s arbete med modeller och kunskap inom läkemedelsområdet, samt bidra i både den vidare utvecklingen genom utredningen Fortsatt utveckling av registret nationell läkemedelslista (S 2023:09) och i implementeringen av dagens system för nationell läkemedelslista,
- vid behov stödja myndigheternas arbete med bland annat nationell informationsstruktur för läkemedel och struktur- och metodfrågor gällande läkemedel och läkemedelsbegrepp,
- utreda lämpliga former för förvaltning av Läkemedelsdomänen från år 2025 och framåt.

Arbetet ska, där så är lämpligt, genomföras i samverkan med E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och eventuella andra berörda aktörer. SKR och regeringen är överens om att ha en avstämning om arbetet i maj 2024 samt vid behov kontinuerliga avstämningar under året. Regeringen avsätter 2024 totalt 2 500 000 kronor till SKR:s fortsatta arbete med förbättrad läkemedelsinformation.

10. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklingsinsatser

10.1 Redovisning gällande avsnitt 4, fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden och avsnitt 5, förstärkning av ambulanssjukvården

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 2024. Redovisningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den 31 mars 2025. 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.

11. Medelstildelning 2024

11.1 Total medelstildelning 2024

Totalt uppgår överenskommelsen för 2024 till 3 430 250 000 kronor, varav regionerna står för 100 000 000 kronor och staten för 3 330 250 000 kronor. I tabellen nedan redovisas medelstilledningen uppdelat per insatsområde.

Kapitel/Överenskommelse	Belopp (kr)
4. Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden	3 200 000 000
5. Förstärkning av ambulanssjukvården	46 750 000
6. Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd	10 000 000
7. Nationella kvalitetsregister	168 000 000
7.1 Regionernas medel	100 000 000
Omfattar:	
i) kvalitetsregistrens grundanslag, sex RCO: 70 465 000 kronor (mottagare regionerna via SKR), och	

ii) stödfunktionen vid SKR 29 535 000 kronor (mottagare SKR)	
7.2 Statens medel	68 000 000
8. Insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen	3 000 000
9. Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet	2 500 000
Totalt – Regionernas andel av överenskommelsesatsningen	100 000 000
Totalt – Statens andel av överenskommelsen	3 330 250 000
Totalt	3 430 250 000

11.2 Statens medelstilleddning för överenskommelsen

I tabellen nedan redovisas statens totala medelstilleddning för 2024 uppdelat per insatsområde och mottagare.

Överenskommelse	Belopp, kr	Mottagare*
Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden	3 200 000 000	Regionerna, kommunerna och SKR
Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden	2 420 000 000	Regionerna
Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden	750 000 000	Kommunerna via RSS
Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden	30 000 000	SKR
Förstärkning av ambulanssjukvården	46 750 000	Regionerna och SKR
Förstärkning av ambulanssjukvården	46 000 000	Regionerna
Förstärkning av ambulanssjukvården	750 000	SKR
Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd	10 000 000	Regionerna och SKR
Sjukvårdsregionala CSD	6 000 000	Regionerna via SKR
Samordning och stöd	3 000 000	Region Stockholm via SKR

Samordning och stöd	1 000 000	SKR
Nationella kvalitetsregister	68 000 000	Regionerna via SKR
Insatser för att förbättra antibiotikaanvändningen	3 000 000	Region Uppsala via SKR
Medel för strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet	2 500 000	SKR
Totalt - Medel till SKR för insatser som stödjer genomförandet av överenskommelsen	34 250 000	SKR
Totalt – Överenskommelsen	3 330 250 000	

*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

12. Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna gällande avsnitt 4 och 5

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.

Medlen avseende insatser inom ramen för 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 2023 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 2023 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 2023 i enlighet med bilaga 2.

13. Ekonomiska villkor och rapportering

13.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR

Överenskommelsen för 2024 omfattar totalt 3 430 250 000 kronor. Av statens medel avsätts 2 546 000 000 kronor till regionerna, 750 000 000 kronor till kommunerna, 34 250 000 kronor till SKR. Se bilaga 2 och 3 över medelsfördelningen inom ramen för avsnitt 4 och 5 i överenskommelsen.

Parterna är överens om att regionerna och kommunerna ska uppfylla vissa grundläggande krav som anges i avsnitten 4–9 i överenskommelsen för att få ta del av medel inom överenskommelsen för 2024.

Beslut om utbetalning av medlen till regionerna, kommunerna (via RSS) och SKR tas i ett separat regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet. Medlen till regionerna, regionerna via SKR och kommunerna (via RSS) betalas ut engångsvis efter rekvisition till Kammarkollegiet senast den 1 december 2024. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Rekvisitionen ska hänvisa till diarienummer för denna överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om god och nära vård 2024. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård och sjukvård och social omsorg för budgetåret 2024 uppförda anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 3 Kroniska och långvariga sjukdomar, anslagsposten 5 Kvalitetsregister, anslagsposten 17 Stärkt ambulanssjukvård, anslagsposten 18 God vård och folkhälsa, anslagsposten 29 Ordnat införande och strukturerad uppföljning och anslagsposten 38 Kvalitetshöjande insatser i hälso- och sjukvården.

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

Medel till SKR betalas ut engångsvis efter rekvisition till Kammarkollegiet senast den 1 december 2024. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg för budgetåret 2024 uppförda anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård anslagsposten 3 Kroniska och långvariga sjukdomar, anslagsposten 17 Stärkt ambulanssjukvård, 29 Ordnat införande och strukturerad uppföljning och anslagsposten 38 Kvalitetshöjande insatser i hälso- och sjukvården. Medel som inte har använts för avsett ändamål ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2025. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur de medel som tilldelats SKR har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2025. Rekvisition, återbetalning och redovisningar ska hänvisa till diarienumret för denna överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner om god och nära vård 2024. Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning beskrivs i bilaga 1.

Tabell över fördelning av medel inom ramen för överenskommelsen återfinns i avsnitt 11.

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. Om redovisning inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar.

13.2 SKR:s rapportering

13.2.1 Rapportering gällande avsnitt 4, Fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden och 5, Förstärkning av ambulanssjukvården

SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2024. I delrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits under första delen av 2024. 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.

SKR ska lämna en verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2025. I verksamhetsrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits och resultatet av denna under 2024 med stöd av bidraget. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

13.2.2 Rapportering gällande avsnitt 6, Inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd

SKR ska lämna en slutrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2025. Slutrapporten ska innehålla beskrivning av den verksamhet som bedrivits under 2024 med stöd av överenskommelsen inklusive analys av måluppfyllelsen. Parterna är överens om att SKR tillsammans med övriga parter ska verka för att omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen ska kunna redovisas i så stor utsträckning som möjligt. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet samt patientperspektivet belysas.

13.2.3 Rapportering gällande avsnitt 7 Nationella kvalitetsregister

SKR ska lämna en slutrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2025. I slutrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2024 med stöd av bidraget. Parterna är överens om att SKR tillsammans med övriga parter ska redovisa omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen. I detta ingår att så långt det är möjligt särredovisa de statliga kostnaderna för bidrag till registrens infrastruktur, juridisk kompetens och arbete avseende förbättrat tillgängliggörande för statlig uppföljning, klinisk forskning samt

samarbete med life science-sektorn. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är möjligt och lämpligt.

13.2.4 Rapportering gällande avsnitt 8 Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet

SKR ska lämna en slutrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2025. I slutrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits under 2024 med stöd av bidraget som betalas ut till SKR i samband med denna överenskommelse. Parterna är överens om att SKR tillsammans med övriga parter ska verka för att omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen ska kunna redovisas i så stor utsträckning som möjligt. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas.

14. Uppföljning

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och analyseras. Utöver den redovisning av insatserna som staten och SKR kommer överens om inom ramen för överenskommelsen har Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp genomförandet av regionernas och kommunernas insatser inom ramen för avsnitt 4, fortsatt stöd till centrala utvecklingsområden, i överenskommelsen mellan staten och SKR för 2024. Uppdraget innebär att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930). Myndigheten för vård och omsorgsanalys har ett 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).

15. Godkännande av överenskommelsen

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Regioner

Stockholm den 20 december 2023

Stockholm den 15 december 2023

Petra Noreback
Statssekreterare

Palle Lundberg
Verkställande direktör



Bilaga 1. som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning avseende från Kammarkollegiet rekvirerade medel inom ramen för denna överenskommelse. I den ekonomiska redovisningen ska SKR redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2024 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)
<p>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</p>	<p>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. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) Namn Befattning Telefon inkl. riktnummer E-postadress</p>
	<p>5. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. Datum Underskrift Namnförtydligande</p>

Bilaga 2. Medel till kommunerna (länsvis) för insatser inom ramen för avsnitt 4

Länsvis	Befolkning november 2023	Andel befolkning	Antal insatser* per län	Andel insatser* per län	Nära vård (kronor)
Stockholm	2 455 914	23,3%	24 975	6,0%	109 737 356
Uppsala	404 714	3,8%	16 349	3,9%	29 107 434
Sörmland	302 310	2,9%	12 377	3,0%	21 890 900
Östergötland	472 660	4,5%	23 232	5,6%	37 723 195
Jönköpings län	369 201	3,5%	17 543	4,2%	28 921 974
Kronoberg	204 028	1,9%	11 714	2,8%	17 802 567
Kalmar län	247 063	2,3%	20 089	4,8%	26 877 974
Gotland	61 093	0,6%	2 926	0,7%	4 806 635
Blekinge	158 226	1,5%	12 032	2,9%	16 462 273
Skåne	1 422 288	13,5%	86 788	20,9%	128 724 464
Halland	343 989	3,3%	11 868	2,9%	22 912 635
Västra Götaland	1 767 641	16,7%	51 744	12,4%	109 412 430
Värmland	283 661	2,7%	17 804	4,3%	26 118 856
Örebro län	308 413	2,9%	17 571	4,2%	26 788 066
Västmanland	280 965	2,7%	14 519	3,5%	23 062 933
Dalarna	287 451	2,7%	16 801	4,0%	25 349 655
Gävleborg	286 085	2,7%	9 352	2,2%	18 588 729
Västernorrland	242 343	2,3%	12 985	3,1%	20 308 801
Jämtland Härjedalen	132 466	1,3%	5 575	1,3%	9 728 798
Västerbotten	278 518	2,6%	13 790	3,3%	22 319 105
Norrbotten	248 653	2,4%	16 117	3,9%	23 355 220
Totalt	10 557 682	100,0%	416 151	100,0%	750 000 000

**Bilaga 3. Medel till regionerna för insatser
inom ramen för avsnitt 4 och 5**

Region	Befolkning november 2023	Nära vård (kronor)	Ambulans (kronor)	Totalt (kronor)
Region Stockholm	2 455 914	500 798 626	8 757 963	509 556 589
Region Uppsala	404 714	85 386 508	1 860 843	87 247 351
Region Sörmland	302 310	64 758 934	1 516 511	66 275 445
Region Östergötland	472 660	100 198 062	2 089 310	102 287 372
Region Jönköpings län	369 201	94 440 921	1 741 431	96 182 352
Region Kronoberg	204 028	44 647 281	1 186 040	45 833 321
Region Kalmar län	247 063	57 790 754	1 330 745	59 121 499
Region Gotland	61 093	27 221 652	705 424	27 927 076
Region Blekinge	158 226	43 162 920	1 032 032	44 194 952
Region Skåne	1 422 288	321 131 063	5 282 416	326 413 479
Region Halland	343 989	80 761 168	1 656 656	82 417 824
Västra Götalandsregionen	1 767 641	392 757 745	6 443 659	399 201 404
Region Värmland	283 661	72 054 972	1 453 805	73 508 777
Region Örebro län	308 413	68 598 079	1 537 033	70 135 112
Region Västmanland	280 965	58 038 040	1 444 739	59 482 779
Region Dalarna	287 451	73 342 950	1 466 548	74 809 498
Region Gävleborg	286 085	87 564 635	1 461 955	89 026 590
Region Västernorrland	242 343	73 332 831	1 314 874	74 647 705
Region Jämtland Härjedalen	132 466	41 520 914	945 414	42 466 328
Region Västerbotten	278 518	67 465 475	1 436 511	68 901 986
Region Norrbotten	248 653	65 026 470	1 336 091	66 362 561
Totalt	10 557 682	2 420 000 000	46 000 000	2 466 000 000

Bilaga 4.

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

Region	Utfall fördelningsnyckel (kronor)
Stockholm	7 647 035
Uppsala	4 119 268
Sörmland	4 054 586
Östergötland	5 287 153
Jönköpings län	20 304 750
Kronoberg	3 678 121
Kalmar län	8 180 095
Gotland	14 954 077
Blekinge	11 390 878
Skåne	35 533 281
Halland	11 687 608
Västra Götaland	37 812 510
Värmland	15 095 374
Örebro län	6 668 239
Västmanland	1 619 803
Dalarna	15 622 314
Gävleborg	30 118 294
Västernorrland	24 669 956
Jämtland Härjedalen	14 921 522
Västerbotten	11 538 600
Norrbotten	15 096 536
Totalt	300 000 000

Källa: egna beräkningar, Tillväxtverket, Statistikmyndigheten (SCB)