



Regeringskansliet
Socialdepartementet



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**

God och nära vård 2022

En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav

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

Innehåll

1. Inledning	4
1.1 Överenskommelser inom hälso- och sjukvård och folkhälsa 2022.....	7
1.1.1 Förutsättningar för överenskommelserna	7
2. Bakgrund	9
2.1 Överenskommelsen för 2022	10
2.2 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen.....	11
3. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav	13
Primärvården blir navet i hälso- och sjukvården.....	14
Flera statliga utredningar på området	15
Reformeringen förutsätter personcentrering	16
3.1 Insatser för att stödja omställningen till en nära vård.....	17
3.1.1 Generella insatser	17
3.1.2 Särskilda insatsområden	18
3.1.3 Insatser som SKR ska genomföra	21
3.2 Insatser för att förbättra tillgängligheten i primärvården.....	22
Ett integrerat digitalt och fysiskt arbetssätt i primärvården.....	23
3.2.1 Insatser som regionerna ska genomföra	24
3.3 Insatser för att öka kontinuiteten och relationsskapande i hälso- och sjukvården.....	24
3.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra	25
3.3.2 Insatser som SKR ska genomföra	26
3.4 Insatser för att öka delaktighet och medskapande i hälso- och sjukvården.....	26
3.4.1 Patientkontrakt ska fortsätta utvecklas	27
4. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare	30
4.1 Bakgrund	30
4.2 Inriktningen för 2022.....	31
4.3 En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård	32
4.3.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	34
4.4 Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen	34
4.4.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	36
4.5 Utbilda vårdens framtida medarbetare.....	37
4.5.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	39
4.6 Verksamhetsförlagd utbildning för bland annat sjuksköterskestudenter	39
4.6.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	41

4.7 Vidareutbildning för sjuksköterskor	41
4.7.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra.....	42
4.8 Utvecklings- och karriärmöjligheter	42
4.8.1 Insatser som regionerna ska genomföra	42
4.9 Insatser som SKR ska genomföra.....	43
5. Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.....	44
5.1 Rätt information och kunskap.....	45
5.1.1 Strukturerad vårdinformation och standardisering	45
6. Förstärkning av ambulanssjukvården	47
6.1 Stöd till utveckling av ambulanssjukvården.....	47
6.1.1 Insatser som regionerna ska genomföra	48
6.1.2 Insatser som SKR ska genomföra	48
7. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklings- insatser	50
8. Medelstildelning 2021	50
9. Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna	51
10. Ekonomiska villkor och rapportering	52
10.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR	52
10.2 SKR:s rapportering	53
11. Uppföljning	54
12. Långsiktig strategisk samverkan	54
13. Godkännande av överenskommelsen.....	55

1. Inledning

Sveriges hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig mycket väl i jämförelse med andra länder. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är stort.

Pandemin visar på kraften i svensk hälso- och sjukvård

De senaste två åren har hälso- och sjukvården påverkats kraftigt av den pågående covid-19-pandemin. Hälso- och sjukvården har visat på en mycket god förmåga till omställning för att möta utmaningarna under pandemin. Personal inom vård och omsorg har gjort, och gör fortsatt, ovärderliga insatser för att detta ska vara möjligt.

Samtidigt står hälso- och sjukvården nu inför betydande utmaningar. Den pågående pandemin ska fortsatt hanteras samtidigt som konsekvenserna – i form av bland annat stora rehabiliteringsbehov och uppskjuten vård – måste adresseras. De uppdämda vårdbehov som uppstått som en konsekvens av den uppskjutna vården under pandemin kommer att ställa höga krav på hälso- och sjukvården. Vidare har pandemin ytterligare satt ljuset på hälsans ojämlika fördelning och förstärkt behovet av ett långsiktigt, förebyggande och tvärsektorielt hälsoarbete. Pandemin har även synliggjort vikten av att bygga en långsiktig, hållbar krisberedskap i hela samhället, inte minst inom hälso- och sjukvården. Arbetet med att stärka beredskapen att möta framtida kriser kommer att behöva prioriteras under lång tid framöver och arbetet för att stärka motståndskraften i hälso- och sjukvården behöver vidareutvecklas och fördjupas.

Den demografiska utvecklingen medför utmaningar för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården står inför en rad långsiktiga och strukturella utmaningar. Befolkningen lever allt längre, vilket är en framgång för det svenska välfärdssamhället, och under den kommande 10-årsperioden prognostiseras gruppen 80 år och äldre att öka med cirka 50 procent. Den demografiska förändringen leder till stora utmaningar när det gäller att finansiera, och inte minst bemanna, hälso- och sjukvårdens verksamheter. Hälso- och sjukvården måste därför ställa om för att bättre kunna möta denna utmaning – en utmaning som redan är påtaglig i stora delar av landet. Det ökande behovet av hälso- och sjukvård behöver också mötas på ett kostnadseffektivt sätt. Som en del av lösningen krävs att kommuner och

regioner förändrar sina arbetssätt och utvecklar sina organisationer, bland annat genom ett innovativt och ändamålsenligt nyttjande av teknik och digitala tjänster. Ett mer främjande, förebyggande och proaktivt arbetssätt är också en utveckling som kan ge ett mer ändamålsenligt och effektivt resursutnyttjande. Samhället i stort, inte minst hälso- och sjukvården, har en viktig roll både i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Kvarstående skillnader i hälsa och ökad psykisk ohälsa

Sveriges genomförande av FN:s Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling har en tydlig koppling till folkhälsopolitiken. Det övergripande målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och för stora delar av befolkningen utvecklas hälsan positivt. Men det finns skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor mellan såväl kvinnor och män, flickor och pojkar som mellan socioekonomiska grupper och vissa andra utsatta grupper.

Den självskattade psykiska ohälsan ökar bland barn och unga men även i den yrkesverksamma befolkningen och hos äldre. Den som söker hjälp för psykisk ohälsa behöver mötas med trygghet, förståelse och kompetens. Primärvården och övriga aktörer som möter barn och unga behöver vara särskilt rustade för att hantera denna målgrupps behov. Samverkan mellan olika delar av den regionala och kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra relevanta aktörer behöver fungera mer effektivt, så att den som har stora behov eller samsjuklighet i beroendesjukdomar och annan psykisk ohälsa, till exempel till följd av våldsutsatthet, inte riskerar att falla mellan stolarna.

En närmare, mer jämlik och tillgänglig vård i hela landet

Sveriges hälso- och sjukvård ska vara likvärdig och tillhandahållas på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Det finns ett behov av att skapa en närmare, mer jämlik, jämställd och tillgänglig vård i hela landet som bättre möter olika människor och grupper

utifrån individuella behov och förutsättningar. Kontinuitet, både för patient och medarbetare, är centralt i den här utvecklingen. Patientens möjlighet till delaktighet och självbestämmande behöver stärkas och principen om vård efter behov tryggas. Patientens möjlighet till information och rätt att välja behöver värnas och utvecklas. Den nära vården behöver vidareutvecklas samtidigt som vissa delar av vården behöver koncentreras och högspecialiseras. Primärvården, som har både kommunal och regional huvudman, ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården. Den ska finnas nära invånarna och ha goda möjligheter att arbeta främjande, förebyggande och proaktivt. I primärvården byggs kontinuitet upp för att främja relationer och bidra till ökad trygghet och tillgänglighet. I november 2020 antog Sveriges riksdag regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård, som innebär att en reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet (prop. 2019/20:164).

Väntetiderna och köerna inom hälso- och sjukvården behöver minska för att ge fler patienter vård i rätt tid. Utöver väntetider och köer handlar tillgänglighet om geografisk närhet, öppettider, nyttjande av digital vård och digitala lösningar för kontakter med vården. I begreppet ingår också ett bemötande som bidrar till att patienter upplever sig sedda och en hälso- och sjukvård utformad så att den inte utestänger någon. Det kan röra sig om fysiska anpassningar eller om anpassad information och kommunikation utifrån olika patienters behov.

En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvården ska fungera väl är att det finns tillgång till personal med rätt kompetens. Att människor vill utbildas för att arbeta, och stanna kvar, inom hälso- och sjukvården är därför centralt, inte minst inom primärvården. Det är avgörande att hälso- och sjukvården också arbetar för att utnyttja kompetensen bättre. Nya arbetssätt, inte minst med stöd av ny teknik och ökad samverkan, kan bidra till den utvecklingen.

Andra centrala faktorer för utvecklingen av hälso- och sjukvården är en bättre förmåga att utnyttja digitaliseringens möjligheter tillsammans med säkra och ändamålsenliga it-system. Detta ger personalen bättre förutsättningar att tillhandahålla en god och nära vård med hög tillgänglighet och god kvalitet. Likaså är användningen av tekniska och vetenskapliga framsteg inom life science-området centralt ur ett långsiktigt perspektiv eftersom forskning och innovationer möjliggör hälso- och sjukvårdens utveckling.

1.1 Överenskommelser inom hälso- och sjukvård och folkhälsa 2022

För att nå den önskade utvecklingen behöver stat, regioner och kommuner arbeta med samma inriktning. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommer därför för 2022 att ingå ett antal överenskommelser på områden som på olika sätt bidrar till hälso- och sjukvårdspolitiska mål och till det nationella målet för folkhälsopolitiken.

Överenskommelser kan användas inom områden där staten och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Exempel på områden är god och nära vård, tillgänglighet och väntetider, kompetensförsörjning, psykisk hälsa och suicidprevention, förlossningsvård, cancervård, ambulanssjukvård, civilt försvar samt testning av, och vaccination mot, covid-19.

1.1.1 Förutsättningar för överenskommelserna

Överenskommelserna mellan staten och SKR är värdefulla verktyg för att åstadkomma förändring, eftersom de ger möjlighet att gemensamt formulera en vision och långsiktigt styra i den önskvärda riktningen.

Inriktningen är att arbetet med överenskommelserna ska vara strategiskt och långsiktigt och bygga på en samsyn kring de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Genom överenskommelserna ges förutsättningar för att insatser kan ske samordnat på lokal, regional och nationell nivå. Viktiga utgångspunkter för överenskommelser är ett tillitsbaserat förhållningssätt, hög kostnadseffektivitet och ett tydligt jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv utifrån det jämställdhetspolitiska målet om jämställd hälsa. Arbetet bör i ökad utsträckning utgå från regionala och lokala behov, förutsättningar och utmaningar för att ge kommuner och regioner bättre planeringsförutsättningar.

Överenskommelserna omfattar hälso- och sjukvård och insatser som är offentligt finansierade, oavsett vem som utför dessa. Det betyder att såväl regioner och kommuner, som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård som är offentligt finansierad, omfattas. Den enskildes valfrihet är en central del av den svenska välfärdsmodellen och därför behövs en mångfald av aktörer, och goda villkor för enskilt drivna verksamheter inom välfärden, som underlättar den enskildes aktiva val. Alla aktörer inom välfärden oavsett driftsform ska ha likvärdiga villkor. Av den anledningen ska även offentligt finansierade privata aktörer kunna ta del av medlen, givet att juridiska

förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelserna genomförs.

Överenskommelserna utvecklas löpande tillsammans med SKR för att de ska bli så ändamålsenliga och kostnadseffektiva som möjligt, bland annat avseende antal och detaljeringsgrad. Parterna avser särskilt att utveckla arbetssättet för att uppnå ökad samordning av rapportering och redovisning avseende de ingångna överenskommelserna. Utvärdering och analys av vilka styrmedel som är mest ändamålsenliga beroende på insatsens karaktär sker löpande. En tydlig målsättning under de kommande åren är att stärka samverkan mellan regioner och kommuner i syfte att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg.

Staten avser även att utveckla arbetssättet för att uppnå ökad samordning när det gäller de styrsignaler som ges till kommuner och regioner. I detta ligger bland annat att se över hur den administrativa bördan för regionerna kan minska avseende överenskommelserna. Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process. Samtidigt behöver relevant data kunna samlas in och analyseras, t.ex. jämföringsanalyser, för att ge stöd till ökad kvalitet och effektivitet och för att kunna följa utvecklingen av hälso- och sjukvården och de satsningar som görs genom bland annat överenskommelserna.

2. Bakgrund

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

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

Omställningen till en god och nära vård pågår i kommuner och regioner. Arbetet kräver långsiktighet och uthållighet hos såväl regioner och kommunerna som staten. Det har visat sig att de verksamheter och arbetssätt som utvecklats inom ramen för nära vård-arbetet har haft en viktig roll för att klara sjukvården under pågående pandemi. För att på ett säkert sätt möta patienter som tillhör riskgrupper har t.ex. regionernas primärvård ställt om och ökat antalet hembesök. Det synes gälla för såväl nybesök som uppföljning. De mobila team som redan fanns på plats innan pandemin bröt ut har utgjort en viktig bas för mötet mellan personer med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar och vården. Flera regioner beskriver att de utökat antalet mobila team i snabbare takt än planerat, vilket är mycket positivt. Samarbetet mellan kommun och region har varit centralt för att möta det stora tryck som uppstod på vården och många vittnar om en mycket positiv utveckling av samarbetsformerna. Covid-19-pandemin har även inneburit en ökning av digitala vårdmöten med chatt och eller video. Användandet av mobila team behöver fortsätta öka i hela landet. Vidare handlar det handlar om att utveckla effektiva och ändamålsenliga arbetssätt som utgår från patientens behov och underlättar för specialiteter och professioner hos olika huvudmän att samarbeta. Det handlar också om att bättre möta invånarnas krav på tillgänglighet och flexibilitet genom tekniska eller mobila lösningar samt snabbare och enklare tillgång till rätt vårdnivå inom ramen för de gemensamma resurser som finns tillgängliga.

Regeringen har tagit flera steg i omställningen, bl.a. genom de lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019 och som 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. Dessutom genom regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård, som innebär att en reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet (prop. 2019/20:164).

2.1 Överenskommelsen för 2022

Överenskommelsen för 2022 består av fyra olika utvecklingsområden som alla syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården. Dessa utvecklingsområden är:

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

I överenskommelsen för 2020 ingick barnhälsovården som ett eget utvecklingsområde med särskilt allokerade medel. I överenskommelsen för 2021 utgör barnhälsovård inte ett eget utvecklingsområde. Området utgör emellertid en del av den nära vården och kan därmed omfattas av delar av de utvecklingsområden som handlar om utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården och goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Det innebär att medlen inom ramen för överenskommelsen kan användas för insatser som genomförs i syfte att stödja utvecklingen av barnhälsovården. Folkhälsomyndigheten har under 2021 ett fortsatt uppdrag att stödja utvecklingen i barnhälsovården.

2.2 Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

Överenskommelsen omfattar 2022 totalt 6 373 miljoner kronor och fördelas på de olika utvecklingsområdena enligt nedan.

Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav (avsnitt 3)

För utvecklingsområde Nära vård avsätts totalt 3 172 miljoner kronor. Av dessa medel avsätts 2 422 miljoner kronor till regionerna och 750 miljoner kronor till kommunerna. Av regeringens totala satsning på utvecklingsområdet avsätts 200 miljoner kronor till regionerna för arbete med att utveckla funktionen fast läkarkontakt i primärvården.

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare (avsnitt 4)

För detta utvecklingsområde avsätts totalt 2 963 miljoner kronor. Av dessa medel avsätts cirka 1 963 miljoner kronor till regionerna och 150 miljoner kronor till kommunerna för övergripande insatser. Av regeringens totala satsning på utvecklingsområdet avsätts 400 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna för att fler sjuksköterskor ska ges möjlighet att läsa till specialistsjuksköterska. Därtill avsätts 100 miljoner kronor till regionerna för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor med fördjupad kompetens inom centrala områden samt 250 miljoner kronor till regioner och kommuner för en satsning på verksamhetsförlagd utbildning (VFU).

Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025 (avsnitt 5)

För detta utvecklingsområde avsätts 100 miljoner kronor till regionerna för insatser inom strukturerad vårdinformation och standardisering. Medlen får användas till att stärka nya, redan pågående insatser eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar.

En förstärkt ambulanssjukvård (avsnitt 6)

För detta utvecklingsområde avsätts 85 miljoner kronor till regionerna.

Insatser som genomförs av SKR (avsnitt 3–6)

SKR ska stödja regionerna och kommunerna i omställningen av hälso- och sjukvården till god och nära vård och i genomförandet av insatserna inom ramen för de fyra olika utvecklingsområdena i överenskommelsen. SKR tilldelas totalt 53 miljoner kronor för detta arbete.

3. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav

Sammanfattning

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

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

För utvecklingsområdet avsätts i överenskommelsen 2022 totalt 3 172 miljoner kronor.

Stödet ska ges till regioner och kommuner för att:

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

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

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

Primärvården blir navet i hälso- och sjukvården

En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Den 1 juli 2021 trädde nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i kraft som syftar till att göra det tydligt vilket uppdrag som primärvårdsnivån har. Regeringen beslutade i maj 2020 propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164). I propositionen föreslår regeringen bl.a. ett nationellt grunduppdrag för primärvården. 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 den 17 december 2020 anges att medel bör tillföras Vetenskapsrådet för att bygga upp och utveckla forskningskompetens i primärvården. Satsningen förväntas finansiera forskarskolor inom allmänmedicin och ge möjlighet för primärvårdens personal att bedriva forskning. En aktiv dialog med primärvårdens huvudmän är ett viktigt led i utvecklingen av forskarskolorna (prop. 2020/21:60).

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, utvecklade individuell plan och en reglering av patientkontrakt. Utredningen lämnade i januari 2021 sitt slutbetänkande God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6), i vilket utredningen bl.a. beskriver olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa och lanserar en samlad modell under namnet ”Rätt stöd till psykisk hälsa” som berör hur primärvården bör arbeta med psykisk hälsa.

Vidare lämnade utredningen Styrning för en mer jämlik vård sitt slutbetänkande Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) under hösten 2019. I betänkandet presenteras förslag 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. Hälsovårdsprogrammet ska bidra till att barns och ungas fysiska och psykiska hälsa, utveckling och välmående kontinuerligt följs upp och stöts på ett likvärdigt sätt och med kvalitet under hela uppväxten. 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.

Utredningen Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd tillsattes av regeringen i juni 2020 (dir. 2020:68). Syftet är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg. Uppdraget ska redovisas senast den 1 januari 2023. Den 25 november 2021 överlämnade utredningen

delbetänkandet Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93). Utredningen föreslår en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Bland annat föreslås att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård och att behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Den pågående pandemin har visat på utmaningar i bl.a. kommunalt finansierad hälso- och sjukvård samt på behovet av att stärka samverkan mellan huvudmännen. Mot bl.a. den bakgrunden beslutade regeringen i december 2020 att tillsätta en utredning med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag. Målsättningen är att åstadkomma långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen och att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen (dir. 2020:142).

Reformeringen förutsätter personcentrering

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

Primärvårdens roll som navet i Sveriges hälso- och sjukvårdssystem skapar förutsättningar för en sammanhängande första linjens vårdnivå där insatserna i större utsträckning utgår från den enskilda människans behov och mindre utifrån hur hälso- och sjukvården organiserar sig. Att i arbetet

med omställningen till en nära vård beakta såväl somatiska som psykiska vårdbehov är därför 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.

I överenskommelsen God och nära vård 2021 pekades ett antal viktiga utvecklingsområden ut för att stödja omställningen till en nära vård i kommuner och regioner.

Det aktuella utvecklingsområdet, Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav, bygger för 2022 huvudsakligen vidare på inriktningen i överenskommelsen för 2021. Det handlar övergripande om att genomföra insatser som bidrar till omställningen till en nära vård.

För detta utvecklingsområde avsätts 2 422 miljoner kronor till regionerna och 750 miljoner kronor till kommunerna under 2022.

3.1 Insatser för att stödja omställningen till en nära vård

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

3.1.1 Generella insatser

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

datadelning och dokumentation för att möjliggöra stärkt samverkan mellan huvudmännen och andra berörda aktörer, utveckling av proaktiva arbetssätt, utveckling av arbetssätt med stöd av digital teknik samt att möta de utmaningar som finns i glesbefolkade områden samt i socioekonomiskt utsatta områden.

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

3.1.2 Särskilda insatsområden

Utöver generella insatser ska regioner och kommuner för att ta del av medlen under 2022 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 i den samverkan är att regionen och kommunerna i länet har en gemensam målbild för omställningen 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.

Hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt

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

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

Undvik slutenvård genom proaktiva arbetssätt

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

Ett ändamålsenligt resursutnyttjande för omställningen

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) bedömer att det behöver ske en överföring av resurser för omställningen till en nära vård. Resursöverföring handlar inte bara om finansiella medel utan också till exempel om kompetens, utbildning, lokaler och forskning. Resurserna skulle kunna användas mer optimalt genom t.ex. utvecklade it-stöd, tjänstgöring hos flera olika huvudmän, vårdgivare eller utförare. Den resursöverföring, bl.a. gällande kompetens och utbildning, från sjukhusvård till primärvård som beskrivs av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, ska regionerna verka för inom ramen för de insatser som görs med stöd av medlen i denna överenskommelse. Det är viktigt att detta sker stegvis och utan att patientsäkerheten äventyras eller att etiska principer, däribland behovsprincipen, inom hälso- och sjukvården åsidosätts. I arbetet med en ändamålsenlig resurssättning kan grunduppdraget för primärvården, som trädde i kraft den 1 juli 2021, behöva brytas ned ytterligare inom varje region. Regioner och kommuner ska redovisa hur de har arbetat under 2022 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 ersättningssystemens utformning. Ersättningsprinciperna är ett centralt styrmedel för regionerna. I dag varierar utformningen av regionernas ersättningssystem sinsemellan. Kunskapen om hur ersättningssystemen påverkar bl.a. tillgång, kvalitet och resursutnyttjandet i hälso- och sjukvården behöver utvecklas i syfte att bidra till ökat lärande i och mellan regioner och kommuner. Den ökade kunskapen om effekterna av ersättningssystemen ska ytterst medverka till att hälso- och sjukvården är jämlik, effektiv och ges efter behov.

Säkerställa privata aktörers medverkan i omställningen

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

3.1.3 Insatser som SKR ska genomföra

Regionerna och kommunerna behöver stöd i omställningen till en nära vård. I detta arbete har SKR en central roll. Stödet ska utvecklas i nära samverkan med regioner och kommuner samt myndigheter och utgå från regionala och lokala behov och förutsättningar. Under 2022 kommer SKR bl.a. att:

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

3.2 Insatser för att förbättra tillgängligheten i primärvården

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

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

Ett integrerat digitalt och fysiskt arbetssätt i primärvården

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

3.2.1 Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen inom utvecklingsområdet Nära Vård ska regionerna utveckla och förbättra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker såväl den digitala som den fysiska tillgängligheten i primärvården bland annat genom ett fortsatt arbete med den förstärkta vårdgarantin inom primärvården. Här ska särskilt utvecklingen av tillgängligheten i glesbefolkade 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.

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

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

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

Förutom bestämmelser om fast läkarkontakt i primärvård har det sedan 2010 funnits en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla *fast vårdkontakt*. En fast vårdkontakt ska enligt patientlagen utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Patienten ska enligt samma lag få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa detta behov och att en fast vårdkontakt utses.

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

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

Regeringens mål är att rätten till en fast läkarkontakt ska säkras för hela befolkningen. Målnivåerna behöver därför successivt ökas.

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

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

3.3.1 Insatser som regionerna ska genomföra

I regeringens budgetproposition för 2021 anges att 200 miljoner kronor årligen ska användas för 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.

För att få ta del av medlen ska följande insatser genomföras, med stöd i upprättade handlingsplaner som utgår ifrån hur målen ska uppnås på kort sikt (2022) och hur en allt större andel i befolkningen ska få en namngiven fast läkarkontakt och fast vårdkontakt på längre sikt (2025):

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

För att i övrigt få ta del av medlen inom utvecklingsområdet Nära vård ska regionerna genomföra insatser för att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet med särskild inriktning mot att erbjuda fast vårdkontakt och fast läkarkontakt till patienter i primärvården. Som exempel ska regionerna arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar.

3.3.2 Insatser som SKR ska genomföra

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

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska enligt patientlagen utgå från patientens

önskemål och individuella förutsättningar. När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. När delaktighet och medskapande diskuteras är det också mycket viktigt att närståendeperspektivet finns med, oavsett om det handlar om barn, unga eller vuxna.

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

3.4.1 Patientkontrakt ska fortsätta utvecklas

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

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

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

Patientkontraktet ska innehålla de insatser som vårdgivare och vårdtagare har kommit överens om, inklusive de insatser som patienten själv ansvarar för,

samt information om patientens fasta vårdkontakt. I detta ingår även hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Insatser som regionerna ska genomföra

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

- Fortsätta införandet av patientkontrakt utifrån upprättade handlingsplaner för hur patientkontrakt implementeras, följs upp och utvärderas samt utveckla samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården.
- Inkludera patientkontrakt i arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, inom andra sjukdomsområden än cancer, som implementeras i enlighet med beslut inom Regionernas nationella system för kunskapsstyrning.
- Ge information och utbildning till personal samt samverka med invånare och patienter för spridning av patientkontrakt.
- Bidra till utvecklingen av arbetssätt och rutiner för en strukturerad dokumentation av patientkontrakt i lokala it-stöd samt anslutning till tjänster i den nationella tjänsteplattformen.

Insatser som SKR ska genomföra

Under 2022 kommer SKR fortsätta att stödja utveckling av patientkontrakt. I SKR:s arbete ingår bland annat att:

- Tillsammans med regioner och kommuner skapa förutsättningar för erfarenhetsutbyte och lärande avseende utvecklingen och införandet av patientkontrakt.
- Stimulera och stödja införandet och uppföljningen av patientkontakt inom olika verksamhetsområden, med särskilt fokus på patienter med komplexa och omfattande behov.
- Stödja arbetet med att införa patientkontrakt som en del i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen samt i Min vårdplan cancer.
- Sprida information om patientkontrakt till invånare och patient- och funktionshinderorganisationer för att öka genomförandekraften i införandet av patientkontrakt.

- Stödja regionerna i utvecklingen av arbetssätt och rutiner för en strukturerad dokumentation av patientkontrakt i lokala it-stöd samt att ansluta till tjänster i den nationella tjänsteplattformen.

4. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Den pågående pandemin har inneburit en utmaning för vårdens medarbetare. För att möjliggöra för verksamheterna att omhänderta ett stort antal patienter svårt sjuka i covid-19 har många medarbetare behövt ställa om både när det gäller arbetsuppgifter och att utveckla sin kompetens. Flera har även arbetat under både fysiskt och psykiskt ansträngande förhållanden under lång tid. Åtgärder som syftar till att säkerställa behovet av personal i hälso- och sjukvården både på kort och på lång sikt är fortsatt viktiga. Både i spåren av covid-19 men även för att säkra tillgången till kompetens inför den demografiska utvecklingen som kommer innebära ett större behov av vårdinsatser.

4.1 Bakgrund

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

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

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

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

- Utveckling av medarbetarnas arbetssituation – innefattar ledarskap, arbetsmiljö, rätt antal medarbetare samt insatser för att behålla och utveckla medarbetare.
- Utveckling av vårdens verksamheter – innefattar förutsättningar för utvecklingsarbete, kapacitets- och produktionsplanering och verksamhetsstöd.

För 2019 enades regeringen och SKR om att förnya ovanstående överenskommelser och att lägga samman dem till en gemensam överenskommelse, En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare på totalt 3 360 miljoner kronor. Denna överenskommelse

innehöll även en satsning på 100 miljoner kronor till kommunerna för arbete med att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Därutöver tillfördes regionerna 400 miljoner kronor för 2019 för att erbjuda sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning.

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

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

4.2 Inriktningen för 2022

Det aktuella utvecklingsområdet, Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, bygger för 2022 i stort vidare på inriktningen i de tidigare överenskommelser som har nämnts ovan. Denna del i överenskommelsen omfattar både hälso- och sjukvård som bedrivs i både kommuner och regioner.

För detta utvecklingsområde avsätts totalt 2 963 miljoner kronor under 2022. Av dessa medel avsätts cirka 1 963 miljoner kronor till regionerna och 150

miljoner kronor till kommunerna (för den kommunala hälso- och sjukvården) för övergripande insatser som ska bidra till att stärka huvudmännens planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård.

Medlen för utvecklingsområdet får användas för följande områden:

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

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

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

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

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

4.3 En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård

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

sjukvård. Samtidigt är kompetensförsörjningen en stor utmaning för regioner och kommuner. Det finns därför ett behov av att fler ser vården som en intressant karriärmöjlighet och insatser för att säkra kompetensförsörjningen bör riktas mot såväl män som kvinnor.

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

En nyckel till en hållbar kompetensförsörjning inom den nära vården är att främja interprofessionella arbetssätt och goda lärandemiljöer. En sammanhållen vård av hög kvalitet förutsätter att medarbetarnas kompetenser används effektivt, vilket i sin tur kräver en god samverkan mellan huvudmännen. För detta krävs god kännedom och förståelse för såväl den egna kompetensen som för de andras kompetenser i teamet.

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

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

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

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

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

4.3.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

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

4.4 Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen

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

hälsa och ökar engagemang. En nära vård ska utgå från patientens behov och därför behöver patienter och närstående göras delaktiga i utvecklingsarbetet.

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

Arbetsgivare i regioner och kommuner behöver även nyttja potentialen i att förändra och förlänga arbetslivet för både unga och äldre. Det kan handla om att erbjuda flexibla lösningar för att få såväl fler att arbeta längre som att få fler unga att komma in tidigare på arbetsmarknaden. Arbetsgivare behöver även arbeta aktivt för att bredda rekryteringsbasen genom att underrepresenterat kön inom vissa yrkeskategorier ska söka sig till, och stanna kvar i, arbeten inom vården.

Kostnaderna för hyrpersonal uppgick 2020 till 5,6 miljarder kronor, vilket motsvarar 3,6 procent av den totala personalkostnaden. I förhållande till regionernas egna personalkostnader motsvarar det en minskning med 0,2 procentandelar jämfört med 2019. Samtidigt är det en kostnadsökning med cirka 1,6 miljarder kronor sedan 2015. 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 god arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. En bemanning med egna medarbetare har även betydelse för kontinuitet i personalgrupperna för att kunna bedriva ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Regional samverkan kring oberoende av inhyrd personal är viktigt för att nå resultat.

Ett gott ledarskap skapar förutsättningar för medarbetare att utvecklas, komma till sin rätt och göra sitt bästa för och med patienter och närstående. Ledarskapet är också avgörande för möjligheten att lyckas med den förbättring och utveckling av hälso- och sjukvårdens verksamheter som behövs. För att chefer ska ha möjlighet att utöva ett gott ledarskap och driva nödvändig utveckling krävs förståelse och kompetens i att leda förändring och en tydlig gemensam strategi för hur förändring ska åstadkommas. Det krävs också organisatoriska förutsättningar för att verksamheten ska styras och ledas på ett sätt som är väl anpassat till verksamhetens karaktär och ger

chefer tid och utrymme att leda. Det kan handla om att chefer får ett gott stöd och ett tydligt uppdrag, att ansvar och befogenheter hänger samman och att det finns möjlighet till dialog om resultat och inflytande över beslut som påverkar det egna ansvarsområdet. En utjämnning har skett mellan antalet kvinnor och män på de högsta chefsnivåerna där det råder könsbalans. På förstalinjechefnivå dominerar kvinnor. Ett fortsatt arbete behövs för att utveckla möjligheter som underlättar för kvinnor att göra fortsatt karriär i kommuner och regioner. En arbetsplats där män och kvinnor har samma möjligheter till positioner med makt och inflytande är viktig för möjligheten att rekrytera, ta tillvara på dem med rätt kompetens och vara en arbetsgivare där medarbetare vill stanna och utvecklas.

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

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

4.4.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

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

- Stödja hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö.
- Stärka förutsättningarna för ledarskapet.
- Använda kompetensen rätt utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt.
- Stärka ett teambaserat arbetssätt och samverkan mellan huvudmän.

- Minska behovet av inhyrd personal, bl.a. genom fortsatt och utvecklad regional samverkan t.ex. avseende system och rutiner för uppföljning och avrop samt samarbete vid upphandling.
- Utveckla förutsättningarna för primärvårdens medarbetare genom utvecklings-, utbildnings- eller forskningsaktiviteter, som stödjer omställning till en nära vård. Insatserna kan rikta sig till samtliga yrkesgrupper inom primärvården.

4.5 Utbilda vårdens framtida medarbetare

Lärandet i vården har stor betydelse för dess kompetensförsörjning, framtida rekryteringsmöjligheter och är en förutsättning för omställning till nära vård. Vårdens medarbetare behöver kontinuerligt utveckla sin kompetens och de behöver samtidigt utveckla nya arbetssätt som är teambaserade, personcentrerade och hälsofrämjande samt förmågan att arbeta i nya vårdmiljöer med digitalt stöd.

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

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

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

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

sig till undersköterskor, specialisering för undersköterskor och kompetensutveckling för skötare.

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

Den 1 januari 2020 inrättades ett nationellt vårdkompetensråd vid Socialstyrelsen. Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom vården. Det nationella rådet har även i uppgift att stödja utvecklingen av de regionala 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 så som exempelvis undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och läkare. Vad gäller läkare behöver exempelvis antalet ST-tjänster i allmänmedicin öka.

Ett nytt utbildningssystem för läkare har införts under 2021, med en ny läkarexamen som motsvarar ser års heltidsstudier och som ligger till grund för legitimation samt en ny bastjänstgöring (BT) som en inledande del av ST. Parallellt med att den nya läkarutbildningen och BT införs 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. Regeringen avser att återkomma när det gäller en

prestationsbunden satsning för att stimulera en ökning av antalet AT-tjänster.

4.5.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

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

- Stärka kompetensutvecklingen för medarbetarna utifrån verksamhetens behov.
- Utveckla förutsättningarna för att utöka verksamhetsintegrerat lärande i primärvården.
- Utveckla utbildnings- och handledarkapaciteten, exempelvis genom olika former av handledarutbildning och modeller för handledning.
- Utveckla goda lärandemiljöer i vården.
- Tillvarata kompetens hos personer med utländsk utbildning genom åtgärder som underlättar vägen till arbete och till svensk legitimation, t.ex. olika former av introduktionsprogram, praktik, verksamhetsförlagd utbildning, praktisk tjänstgöring och språkstödande insatser.
- Utveckla den regionala samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och lärosäten genom deltagande i sjukvårdsregionala råd.
- Förstärka det strategiska arbetet med prognoser och dimensionering av läkarnas AT och ST för att den långsiktiga tillgången till läkare ska motsvara befolkningens behov och stödja omställningen till nära vård, samt åiterrapportera om detta arbete.

4.6 Verksamhetsförlagd utbildning för bland annat sjuksköterskestudenter

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

För att regioner och kommuner ska kunna möta utbildningsbehovet och ta emot ett utökat antal hälso- och sjukvårdstudenter 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 och i kommunernas verksamheter.

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

En särskild satsning på utökade VFU-platser har som målsättning att bidra till att öka antalet studenter på sjuksköterskeutbildningen och säkerställa genomströmningen. Detta för att antalet legitimerade sjuksköterskor på sikt ska öka och därmed skapa en bredare bas för framtida rekrytering av sjuksköterskor och möjliggöra utbildning av fler specialistsjuksköterskor. Syftet med satsningen är att öka incitamenten för samtliga regioner och kommuner att ta emot fler studenter under utbildning. Förutsättningarna för de verksamhetsförlagda delarna av sjuksköterskeutbildningen behöver förbättras så att fler platser kan erbjudas och bättre möjligheter ges till att bedriva vårdutbildning i hela landet. Denna särskilda satsning syftar därför till att, som ett första steg stimulera utökningen av varaktiga platser under den 3-åriga grundutbildningens samtliga terminer. Regioner och kommuners utvecklingsarbete som görs i samverkan med lärosätena är långsiktigt och behöver åtföljas av ett kontinuerligt kvalitetsarbete dem emellan. SKR kommer att stödja kommuner och regioner i arbetet med att identifiera behov av insatser och förutsättningar som krävs. Under förutsättning att riksdagen beslutar om medel för området nästkommande år, är avsikten att satsningen vidareutvecklas bl.a. utifrån erfarenheterna från 2022.

4.6.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

Under 2022 fördelas totalt 250 miljoner kronor till de regioner och kommuner som under året utökar antalet VFU-veckor för studenter på utbildning mot sjuksköterskeexamen. Medlen fördelas utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet VFU-veckor som aktuell kommun/region står för.

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

- antalet VFU-veckor och platser som genomförts i regionens/kommunens regi genomfört för sjuksköterskeutbildningen under höstterminen 2021
- en uppskattning av antal VFU-veckor och platser som kommer att kunna genomföras i regionens/kommunens regi höstterminen 2022.

Redovisning ska ske till Socialstyrelsen senast den 30 november 2022. Utbetalning av medel sker i december 2022. Kommunernas redovisningar får om så önskas samordnas av de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). Antalet VFU-veckor och platser ska framgå på kommunnivå.

Därutöver ska SKR samordna en redogörelse över behov av insatser och förutsättningar som krävs för att regioner och kommuner ska kunna utöka antalet VFU-veckor med bibehållen kvalitet. Redogörelsen ska vara Regeringskansliet (Socialdepartementet) till handa senast den 30 november 2022.

4.7 Vidareutbildning för sjuksköterskor

Tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor är en viktig faktor för att möta kompetensbehovet inom framtidens sjukvård, inte minst i den nära vården. Trots att tillgången på sjuksköterskor ökat under senare år är antalet konstant i förhållande till befolkningen. Vidare går erfarna sjuksköterskor i pension och den demografiska förändringen ger upphov till ökad efterfrågan av välfärdstjänster. Särskilt stort är behovet av specialistsjuksköterskor. Ett sätt att stimulera medarbetarna inom hälso- och sjukvården till kompetensutveckling och att stärkas och utvecklas i sina yrkesroller är att arbeta med olika former av incitament. Regeringens nuvarande satsning på vidareutbildning för sjuksköterskor är permanent och omfattar 400 miljoner

kronor per år. Satsningen har en tillfällig förstärkning om 100 miljoner kronor årligen mellan 2020–2023.

För detta område avsätts 400 miljoner kronor till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna under 2022.

4.7.1 Insatser som regionerna och kommunerna ska genomföra

För att få ta del av medlen 2022 ska regionerna och kommunerna genomföra insatser som syftar till att stimulera sjuksköterskor till att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska, inom områden där de nationella behoven är stora eller inom prioriterade områden utifrån hälso- och sjukvårdens behov och omställning till nära vård. Vidare ska medlen, utöver de resurser regioner och kommuner redan själva förfogar över, användas på ett sätt som syftar till att fler sjuksköterskor kombinerar studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner, som delvis eller full lön under studierna och vid behov bidrag till resor.

4.8 Utvecklings- och karriärmöjligheter

För att öka attraktiviteten att bli specialistsjuksköterska och som ett led i att stärka kompetensförsörjningen samt förbättra villkoren för specialistsjuksköterskor behöver utvecklings- och karriärmöjligheter stärkas. En alltmer avancerad sjukvård kräver tillgång till välutbildade specialistsjuksköterskor som kan arbeta självständigt och ge god och säker vård till patienterna. Det är därför viktigt att stärka specialistsjuksköterskeyrkets attraktivitet. För att öka tillgången på specialistsjuksköterskor och öka attraktiviteten i yrket är det viktigt att regionerna bedriver ett aktivt utvecklingsarbete med t.ex. karriärutvecklingsmodeller, stödande av kompetensväxling och vidareutbildning. Stimulansmedlen kan bidra till regionernas arbete med att utveckla kompetens- och karriärmodeller för specialistsjuksköterskor.

För detta område avsätts 100 miljoner kronor till regionerna under 2022.

4.8.1 Insatser som regionerna ska genomföra

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

4.9 Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för utvecklingsområdet ska SKR under 2022 genomföra följande åtgärder:

- Stöd till kommuner och regioner kring utbildningsfrågor, exempelvis stödjande arbete för omställningen till en nära vård, utveckling av goda miljöer för lärande i det dagliga arbetet för nya och framtida medarbetare samt utveckling av utbildningar för olika professioner så som ny utbildningsstruktur för läkare.
- Stöd till kommuner och regioner ur ett kompetensförsörjningsperspektiv som bidrar till en omställning till en nära vård.
- Stödjande arbete för att kompetensen ska används på rätt sätt, bland annat genom spridning av goda exempel.
- Fortsätta stödja regioner och kommuner i arbetet med att minska beroendet av inhyrd personal genom regelbunden uppföljning på nationell och regional nivå, nationellt erfarenhetsutbyte samt samverkan gällande upphandling.
- Stöd till det lokala arbetet i regioner och kommuner för att ta fram, utveckla och implementera karriärmodeller bland annat genom erfarenhetsutbyte och mötesplatser.
- Stöd till kommuner och regioner när det gäller att öka sin attraktivitet som arbetsgivare och möta rekryteringsutmaningen genom identifierade rekryteringsstrategier.
- Stödja kommuner och regioner i arbetet med att identifiera behov av insatser och förutsättningar som krävs för att regioner och kommuner ska kunna utöka antalet VFU-veckor med bibehållen kvalitet.
- Stödja regionerna i arbetet med att öka antalet AT-tjänster, korta vägen till legitimation och underlätta övergången till ny utbildningsstruktur för läkare.

5. Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025

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

För att nationellt samordna arbetet med digitalisering av hälso- och sjukvård och socialtjänst har staten och SKR kommit överens om en gemensam vision, Vision e-hälsa 2025. Visionen följdes av en handlingsplan för 2017–2019 och därefter en strategi för genomförande för 2020–2022. I strategin lyfts fyra inriktningsmål fram, dessa är: individen som medskapare, rätt information och kunskap vid rätt tillfälle, trygg och säker informationshantering samt utveckling och digital transformation i samverkan.

Inom ramen för denna överenskommelse ska fokus under 2022 ligga på inriktningsmålet rätt information och kunskap vid rätt tillfälle. Ambitionen är inte att insatser inom området ska utesluta andra regionala eller nationella satsningar eller prioriteringar då denna satsning endast utgör ett stöd till regionernas eget omfattande arbete. Regeringen och SKR har även tecknat en överenskommelse om säker digital kommunikation 2022, vilken bidrar till Vision e-hälsas uppfyllande genom insatser som bidrar till inriktningsmålen om trygg och säker informationshantering i Vision e-hälsa 2025.

Regeringen har även den 13 januari 2022 beslutat om lagrådsremissen Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som bl.a. innehåller förslag på en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

För utvecklingsområdet avsätts 100 miljoner kronor 2022 till regionerna för insatser inom området strukturerad vårdinformation och standardisering som bidrar till enhetlighet. Medlen får användas till att stärka nya, redan pågående insatser eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar.

5.1 Rätt information och kunskap

Att smidigt ha tillgång till rätt information och kunskap är en förutsättning för en god arbetsmiljö där hälso- och sjukvårdens medarbetare ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens och med sådant som bidrar till bättre resultat för patienter. En datadriven hälso- och sjukvård där bästa tillgängliga kunskap finns i varje patientmöte är även grundläggande i strävan efter en mer jämlik vård. Digitaliseringen ger nya möjligheter både att effektivisera hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning och att anpassa it-stöd efter olika professioners behov.

5.1.1 Strukturerad vårdinformation och standardisering

I regionerna pågår eller förbereds införskaffandet av nya moderna vårdinformationsmiljöer eller större utvecklingar av de befintliga. Detta kommer att föra med sig helt nya tekniska möjligheter att hantera och utbyta information för vård av enskilda patienter, eller för att arbeta med prevention, uppföljning, kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling. Mot denna bakgrund har Sveriges regioner de närmaste åren större möjligheter att skapa en mer ändamålsenlig informationshantering än vad de haft på länge. För att åstadkomma detta kommer regionerna att behöva ompröva gamla synsätt och arbeta för en mer enhetlig tillämpning av innehåll.

I vårdinformationsmiljöerna ska informationen kunna användas som underlag för olika åtgärder, ibland göras tillgänglig för människor att läsa, men också kunna användas av system, till exempel för automatiserade beslutsstöd. Information behöver också i större utsträckning kunna användas över professions-, verksamhets- och huvudmannagränser, för olika syften.

En förutsättning för en effektiv informationshantering är ett sammanhållet arbete med strukturerad vårdinformation och gemensam tillämpning av standarder. Med enhetlig användning av termer och begrepp samt regiongemensam tillämpning av tekniska standarder för informationsutbyte ges förutsättningar för bättre beslutsunderlag, följsamhet till bästa tillgängliga kunskap och en god uppföljning.

Insatser som regionerna ska genomföra

För att få ta del av medlen inom ramen för detta utvecklingsområde under 2022 ska regionerna fortsatt arbeta för gemensam tillämpning av standarder. Det handlar bl.a. om att arbeta mot en mer enhetlig och strukturerad

vårdinformation samt kontinuerligt utveckla regiongemensamma arbets sätt. I detta ingår att identifiera vilken information som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt, vad som behöver göras i vårdinformationssystem för att möjliggöra dokumentation av informationen samt hur informationen ska kunna fångas och delas på ett enkelt och tryggt sätt i vårdens processer och av patientens olika vårdgivare, oberoende av driftsform eller lokalisering.

Regionerna ska också med stöd av SKR, påbörja ett arbete tillsammans med kommunerna för att öka möjligheterna för informationsutbyte över professions-, verksamhets- och huvudmannagränser.

Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för utvecklingsområdet ska SKR under 2022 genomföra följande åtgärder:

- Öka framdriften i standardiseringsarbetet och samordna regioners arbete mot en mer enhetlig informationshantering inom och över system- och vårdgivargränser. Det handlar om att skapa förutsättningar för regiongemensamma ställningstaganden kring tillämpning av standarder och framtagande av termer, koder, och informationsmängder som behöver vara gemensamma nationellt.
- SKR ska, tillsammans med regionerna, utreda och klargöra vilka förutsättningar som behöver vara på plats för att resultaten av de regiongemensamma insatserna inom strukturerad vårdinformation och standardisering ska kunna tillgängliggöras som nationella gemensamma specifikationer i den s.k. NGS-tjänsten.
- Prioritera följande områden: regiongemensam tillämpning av Snomed CT, dokumentation avseende levnadsvanor, kodverk för vårdutbud och insatser för att effektivisera informationsförsörjningen mellan vårdinformationssystem och Nationella Kvalitetsregister. I arbetet kommer SKR samverka med relevanta statliga myndigheter, bl.a. Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, samt föra en dialog med andra berörda aktörer på området, inte minst standardiseringsorganisationerna inom Sveriges Standardiseringsförbund som har regeringens uppdrag att tillvarata Sveriges intressen i det europeiska och internationella standardiseringsarbetet.
- Stödja kommuner och regioner för att förbättra möjligheterna för informationsutbyte över professions-, verksamhets- och huvudmannagränser. Den stödfunktion som upprättas på SKR i enlighet

med överenskommelse om äldreomsorgen – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus ska involveras i det arbetet.

6. Förstärkning av ambulanssjukvården

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

6.1 Stöd till utveckling av ambulanssjukvården

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

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

SOS Alarm Sverige AB är ett offentligt ägt bolag med ett särskilt beslutat samhällsuppdrag att ta emot och besvara nödsamtal och annan nödkommunikation som inkommer till nödnummer 112. Samhällsuppdraget regleras i ett avtal mellan staten och SOS Alarm. Flertalet regioner har tecknat avtal med SOS Alarm om prioritering och dirigering av resurser.

Några regioner har valt att gå samman och driva larmcentral i egen regi. Det är dock alltid SOS Alarm som besvarar 112-samtalen. En larmcentral bedömer om det finns ett behov av ambulans samt vilken prioriteringsgrad ambulansuppdraget har utifrån de tre föreskriftsreglerade prioriteringsgraderna. Därtill kan larmcentralen ge råd till den nödstälde tills ambulans anländer.

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

6.1.1 Insatser som regionerna ska genomföra

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

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

6.1.2 Insatser som SKR ska genomföra

Inom ramen för utvecklingsområdet ingår det i SKR:s arbete 2022 att:

- Stödja regionernas arbete med att utveckla ambulanssjukvården för att möta hela hälso- och sjukvårdens utveckling och behov.
- Synliggöra och sprida goda exempel som avser utveckling av ambulanssjukvården, för att möta hälso- och sjukvårdens behov och omställning till en nära vård.
- Bidra till utveckling av samarbete och samverkan avseende samordning av sjuktransporter mellan regioner och med andra aktörer som exempelvis den statliga räddningstjänsten.

7. Redovisning av regionernas och kommunernas utvecklingsinsatser

Regionerna ska redovisa genomförda insatser, uppnådda resultat och användningen av medlen inom ramen för överenskommelsen utifrån ett frågeunderlag som kommer att tas fram gemensamt av SKR och Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2022. En delredovisning ska inkomma till Socialstyrelsen senast den 30 september 2022 och slutredovisningen till Socialstyrelsen senast den 31 mars 2023. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas om det inte finns särskilda skäl mot detta och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa. Delredovisningen ska innehålla genomförda och planerade insatser samt identifierade utmaningar för det fortsatta arbetet med genomförandet av överenskommelsen.

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.

8. Medelstilleddning 2022

Totalt uppgår överenskommelsen för 2022 till 6 373 miljoner kronor. I tabellen nedan redovisas medelstilleddningen uppdelat per insatsområde och mottagare.

Överenskommelse	Belopp, kronor	Mottagare*
<i>Utveckling av den nära vården med fokus på primärvård</i>	2 422 000 000	Regionerna
<i>Utveckling av den nära vården med fokus på primärvård</i>	750 000 000	Kommunerna via RSS
<i>Goda förutsättningar för vårdens medarbetare</i>	1 963 000 000	Regionerna
	150 000 000	Kommunerna via RSS
<i>Vidareutbildning för sjuksköterskor</i>	400 000 000	Regionerna
	100 000 000	Kommunerna via RSS

Karriärtjänster för specialistsjuksköterskor	100 000 000	Regionerna
VFU-satsning	250 000 000	Kommuner och regioner
Insatser inom ramen för Vision e-hälsa	100 000 000	Regionerna
Förstärkning av ambulanssjukvården	85 000 000	Regionerna
Medel till SKR för insatser som stödjer genomförandet av överenskommelsen	53 000 000	SKR
Totalt – Överenskommelsen	6 373 000 000	

*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

9. Beräkningsmodell för fördelning av stimulansmedel till regionerna och kommunerna

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

Medlen för VFU-satsningen fördelas till de regioner och kommuner som utökar antalet VFU-veckor på sjuksköterskeutbildningen. Medlen kommer att fördelas utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet VFU-veckor som aktuell kommun/region står för.

Medlen avseende ambulanssjukvården fördelas med ett grundbelopp på 500 000 kronor per region resterande del av medlen inom denna del av satsningen fördelas utifrån befolkningsunderlag den 1 november 2021 i enlighet med bilaga 4.

Fördelningen av de resterande medlen till regionerna inom överenskommelsen som helhet sker i relation till befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 1 november 2021 i enlighet med bilaga 4.

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 2021 i enlighet med bilaga 3.

10. Ekonomiska villkor och rapportering

10.1 Ekonomiska villkor för medlen till regionerna, kommunerna och SKR

Överenskommelsen för 2022 omfattar totalt 6 373 miljoner kronor, varav 5 070 miljoner kronor är avsedda som stimulansmedel till regionerna. Totalt 1 000 miljoner kronor är avsatta till kommunerna. Ytterligare 250 miljoner kronor är avsatta för kommuner och regioner för en VFU-satsning. Därutöver får SKR ta del av 53 miljoner kronor.

Parterna är överens om att regionerna ska uppfylla vissa grundläggande krav som anges i avsnitten 3–6 i överenskommelsen för att få ta del av stimulansmedel inom överenskommelsen för 2022. En ytterligare förutsättning för att få ta del av medlen inom överenskommelsen för 2022 är att regionerna lämnar in särskilda delredovisningar senast den 30 september 2022 till Socialstyrelsen enligt avsnitt 7 i överenskommelsen.

Medlen till kommunerna utbetalas till RSS i respektive län och redovisningen av dessa medel sker i enlighet med vad som anges i avsnitt 7. Kommunerna eller annan ansvarig huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården ska ha stor påverkansmöjlighet avseende hur medlen ska användas.

Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård och sjukvård och social omsorg för budgetår 2020 uppförda anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 1 Professionssatsningen, anslagsposten 7 Personalsatsningen, anslagsposten 38 Kvalitetshöjande insatser i hälso- och sjukvården, anslagsposten 14 Karriärtjänster för specialistsjuksköterskor, anslagsposten 39 Specialistsjuksköterskeutbildning och anslagsposten 17 Stärkt ambulanssjukvård.

Beslut om utbetalning av medlen till SKR, regionerna och kommunerna (via RSS) kommer att fattas genom ett särskilt regeringsbeslut, ställt till Kammarkollegiet.

Medel till SKR och regionerna utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvirering av medel ska ske senast den 1 december 2022. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

Medlen för kommunernas insatser utbetalas till RSS i respektive län engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet.

Medel som SKR, regionerna eller kommunerna via RSS inte har använt för avsatt ändamål ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2023.

Tabell över fördelning av medel inom ramen för överenskommelsen återfinns i avsnitt 8.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur de medel som tilldelats SKR, regionerna och RSS använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2023. Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning beskrivs i bilaga 2. Ekonomichefen (eller motsvarande) på var och en av organisationerna ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisning inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

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

Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av behörig företrädare för SKR eller den region som rekvirerar medel. Medel som har rekvirerats av RSS ska undertecknas av behörig företrädare för RSS.

Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i bilaga 2, den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen.

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

10.2 SKR:s rapportering

SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2022. I delrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits under första halvåret 2022. De ska även

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

SKR ska lämna en verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2023. I verksamhetsrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits och resultatet av denna under 2022 med stöd av bidraget. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas om det inte finns särskilda skäl mot detta och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

11. Uppföljning

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och analyseras. Utöver den redovisning av insatserna som regeringen och SKR kommer överens om inom ramen för överenskommelsen har Socialstyrelsen i uppdrag att följa omställningen till en mer nära vård och i detta ingår det att följa denna överenskommelse (S2019/03056). Socialstyrelsen har även haft i uppdrag att ta fram en grund för en strategisk plan för hur myndigheten kan stödja omställningen till en god och nära vård (S2019/02110).

12. Långsiktig strategisk samverkan

En strategisk samverkan mellan regeringen och SKR är nödvändig för att omställningen till nära vård ska vara hållbar. Samverkan ska bidra till omställningen samt främja utvecklingen mot målbilden och uppföljningen av omställningen. Under 2022 ska regeringen och SKR tillsammans fortsätta att utveckla den strategiska samverkan som har påbörjats under 2020, i enlighet med bilaga 1.

13. Godkännande av överenskommelsen

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Regioner

Stockholm den 27 januari

Stockholm den 28 januari

Maja Fjaestad
Statssekreterare

Staffan Isling
Verkställande direktör



Regeringskansliet



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Socialdepartementet

Strategisk samverkan för utveckling av en god och nära vård

Förord

Runtom i Sverige pågår omställningen till en god och nära vård. 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 hälso- och sjukvårdssystem.

Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg med primärvårdens som bas. Omställningen bygger på ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är central. Det är därför av särskild vikt att framhålla det delade huvudmannaansvaret för primärvården mellan regioner och kommuner.

I överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2020 har regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommit överens om att under 2020 tillsammans utveckla formerna för en långsiktig strategisk samverkan mellan stat, regioner och kommuner för utvecklingen av den nära vården. Den

strategiska samverkan ska bland annat säkra förvaltningen av målbilden och uppföljningen av omställningen.

Detta dokument utgör grunden för denna strategiska samverkan där Socialdepartementet och SKR är ansvariga parter. En samverkan som ska ske på såväl politisk som på tjänstepersonsnivå och ta sikte på målbilden för nära vård. Respektive part ansvarar för att vid behov involvera andra relevanta aktörer. Socialdepartementet ansvarar för att vid behov involvera myndigheter och andra departement, SKR ansvarar för att vid behov involvera enskilda regioner och kommuner.

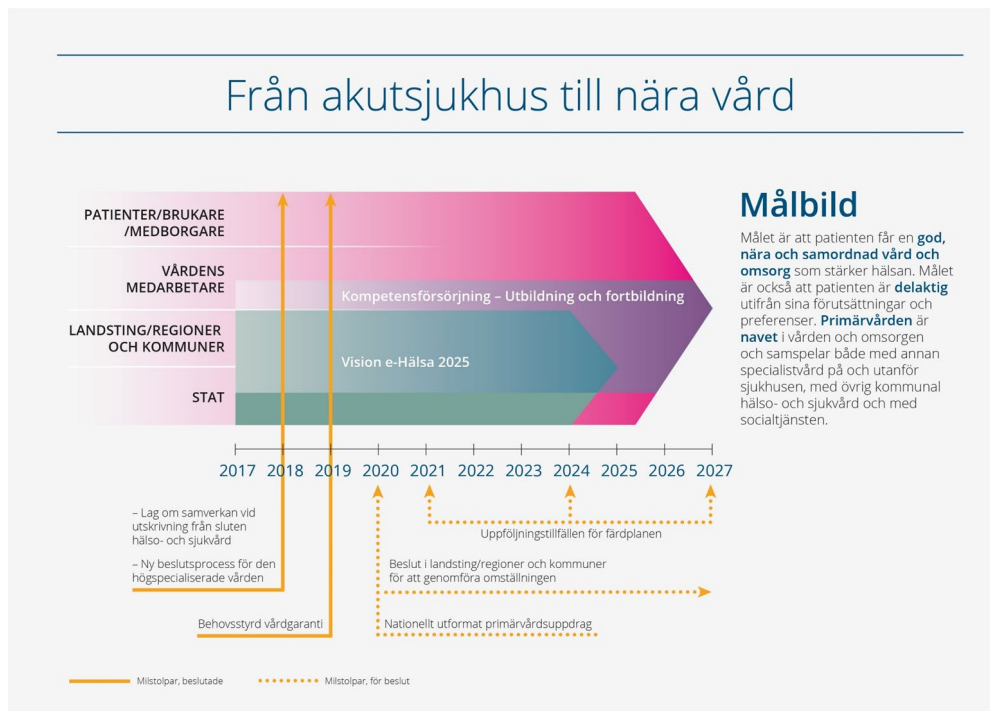
Formerna för den strategiska samverkan som framgår av detta dokument ska redovisas i bilaga till överenskommelsen God och nära vård 2022.

Målbild för omställningen till nära vård:

Den pågående omställningen till en nära och tillgänglig vård innebär att de berörda aktörerna tillsammans slår fast en tydlig riktning.

I prop. 2019/20:164 fastställs följande målbild: ”Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.”

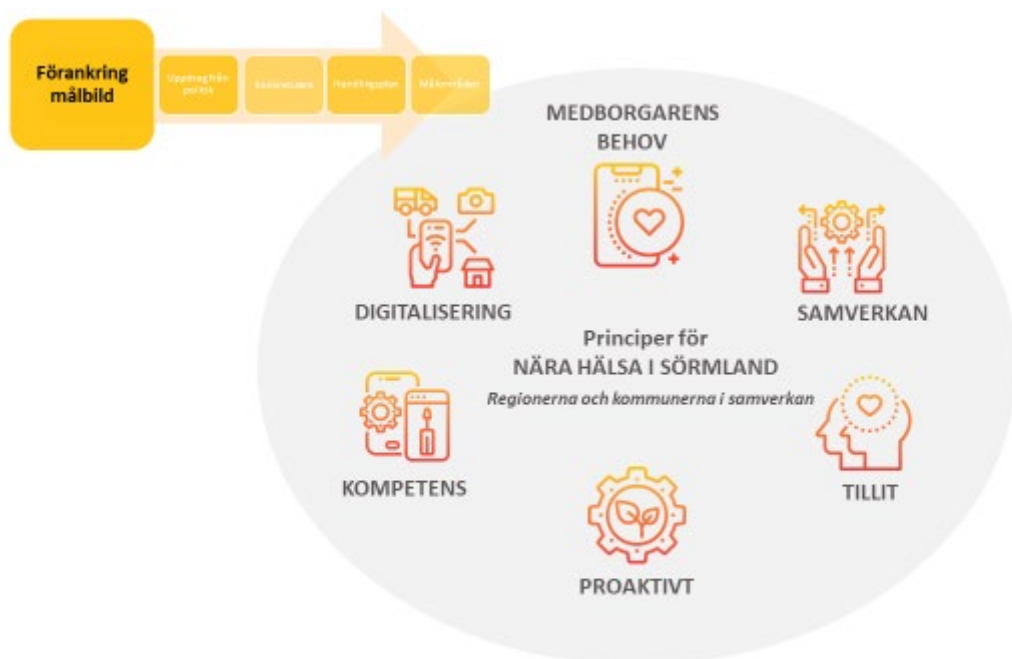
Från akutsjukhus till nära vård



Utifrån bl.a. den färdplan som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård tagit fram samt den ovan nationellt givna riktningen pågår ett intensivt arbete med att formulera gemensamma målbilder i kommuner och regioner. Den nära vården behöver växa fram utifrån regionala och lokala behov och förutsättningar. Detta kan åskådliggöras t ex genom nedanstående exempel från Sörmland

Inriktning

- Patienten och brukaren får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan.
- Patienten och brukaren är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.
- Nära vård bidrar till jämlika och hälsofrämjande insatser.
- Stödja och utveckla arbetet med samordnad individuella planer (SIP). Dels genom att öka antalet SIP:ar, dels genom att förbättra kvaliteten på de SIP:ar som görs.
- Stödja utvecklingen av välfärdsteknik och digitalisering tex öka möjligheten till hemmonitorering.
- Involvera patient och brukarmedverkan i utveckling av nära vård tex implementering av Levande bibliotek.



Övergripande inriktningsmål

Vidare ska samverkan grunda sig i den inriktning för reformen som regeringen slår fast i prop. 2019/20:164, där tre övergripande inriktningsmål anges:

- 1 Tillgängligheten till primärvården ska öka
- 2 En mer delaktig patient och en personcentrerad vård
- 3 Kontinuiteten i primärvården ska öka

I propositionen framhålls det delade huvudmannansvaret för primärvården mellan regioner och kommuner. Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen är på primärvårdsnivå.

I överenskommelsen God och nära vård 2020 är de tre perspektiven tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet väl beskrivna.

Likasa har de uppdrag som regeringen beslutat i samband med reformen i allt väsentligt koppling till de tre inriktningsmålen.

Samverkan syftar till att:

- Främja omställningen av hälso- och sjukvården till en nära vård med fokus på primärvården.
- Gemensamt förvalta målbilden och främja uppföljningen av omställningen.
- Utveckla det gemensamma lärandet på nationell nivå som grund för stöd och utvecklingssatsningar

Mål 2020–2022

Under 2020–2022 är målen att:

- Formerna för den strategiska samverkan på tjänstepersonsnivå är etablerad
- Socialdepartementets och SKR:s politiska ledningar har gemensamt inlett ett samarbete för att tillsammans främja omställningen.

Bilaga 2. 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 2021 med stöd av bidraget. SKR ska verka för att omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen ska kunna redovisas i så stor utsträckning som möjligt.

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress	1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning Överenskommelsens benämning Belopp som rekvireras Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning Överenskommelsens benämning Summa bidrag enligt överenskommelsen Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning Bankgiro/Plusgiro Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet Kostnader Kostnader (specificera större kostnadsposter) Summa kostnader Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. Datum Underskrift Namnförtydligande	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelsena och eventuella åtgärder ska också redovisas.) Namn Befattning Telefon inkl. riktnummer E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare

	Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. Datum Underskrift Namnförtydligande
--	--

Bilaga 3. Medel till kommunerna (länsvis)

Länsvis	Befolkning 1/11 - 2021	Andel befolkning	Antal insatser* per län	Andel insatser* per län	Nära vård	Vårdens medarbetare	Vidareutbildning	Totalt
Stockholm	2 411 859	23,1%	24445	6,1%	109 582 580	21 916 516	14 611 011	146 110 107
Uppsala	394 154	3,8%	15885	4,0%	29 083 663	5 816 733	3 877 822	38 778 218
Sörmland	301 382	2,9%	11132	2,8%	21 285 062	4 257 012	2 838 008	28 380 082
Östergötland	469 445	4,5%	22497	5,6%	38 001 782	7 600 356	5 066 904	50 669 042
Jönköpingslän	366 840	3,5%	16676	4,2%	28 846 295	5 769 259	3 846 172	38 461 726
Kronoberg	203 243	1,9%	14283	3,6%	20 722 571	4 144 514	2 763 009	27 630 094
Kalmarlän	246 989	2,4%	18590	4,7%	26 341 515	5 268 303	3 512 202	35 122 020
Gotland	60 972	0,6%	2625	0,7%	4 656 628	931 326	620 884	6 208 838
Blekinge	158 999	1,5%	11977	3,0%	16 966 450	3 393 290	2 262 193	22 621 933
Skåne	1 400 973	13,4%	85253	21,4%	130 435 180	26 087 036	17 391 357	173 913 573
Halland	339 903	3,3%	11122	2,8%	22 658 910	4 531 782	3 021 188	30 211 880
Västra götaland	1 743 304	16,7%	50804	12,7%	110 349 886	22 069 977	14 713 318	147 133 181
Värmland	283 169	2,7%	16360	4,1%	25 544 760	5 108 952	3 405 968	34 059 680
Örebro län	306 688	2,9%	13735	3,4%	23 922 109	4 784 422	3 189 615	31 896 146
Västmanland	278 721	2,7%	13134	3,3%	22 352 976	4 470 595	2 980 397	29 803 968
Dalarna	288 164	2,8%	15213	3,8%	24 646 080	4 929 216	3 286 144	32 861 440
Gävleborg	287 873	2,8%	8922	2,2%	18 722 829	3 744 566	2 496 377	24 963 772
Västernorrland	244 223	2,3%	12511	3,1%	20 528 645	4 105 729	2 737 153	27 371 527
Jämtland Härjedalen	131 914	1,3%	6025	1,5%	10 399 676	2 079 935	1 386 624	13 866 235
Västerbotten	274 533	2,6%	12088	3,0%	21 219 473	4 243 895	2 829 263	28 292 631
Norrbotten	249 752	2,4%	15709	3,9%	23 732 930	4 746 586	3 164 391	31 643 907
Totalt	10 443 100	1	398 986	1	750 000 000	150 000 000	100 000 000	1 000 000 000

Bilaga 4. Medel till regionerna

Region	Befolkning 1/11 - 2021	Nära vård	Vårdens medarbetare	Vidareutbildning	Karriärtjänster	Vision e-hälsa	Ambulans	Totalt
Region Stockholm	2 411 859	559 366 711	453 359 560	92 380 960	23 095 240	23 095 240	17 705 954	1 169 003 665
Region Uppsala	394 154	91 413 564	74 089 523	15 097 203	3 774 301	3 774 301	3 311 854	191 460 746
Region Sörmland	301 382	69 897 559	56 651 077	11 543 775	2 885 944	2 885 944	2 650 028	146 514 327
Region Östergötland	469 445	108 875 314	88 242 048	17 981 059	4 495 265	4 495 265	3 848 972	227 937 923
Region Jönköpings län	366 840	85 078 806	68 955 283	14 051 000	3 512 750	3 512 750	3 116 999	178 227 588
Region Kronoberg	203 243	47 136 822	38 203 791	7 784 777	1 946 194	1 946 194	1 949 915	98 967 693
Region Kalmar län	246 989	57 282 546	46 426 770	9 460 371	2 365 093	2 365 093	2 261 994	120 161 867
Region Gotland	60 972	14 140 838	11 460 968	2 335 398	583 850	583 850	934 968	30 039 872
Region Blekinge	158 999	36 875 600	29 887 202	6 090 107	1 522 527	1 522 527	1 634 283	77 532 246
Region Skåne	1 400 973	324 918 521	263 342 303	53 661 193	13 415 298	13 415 298	10 494 397	679 247 010
Region Halland	339 903	78 831 484	63 891 908	13 019 238	3 254 809	3 254 809	2 924 833	165 177 081
Västra Götalandsregionen	1 743 304	404 313 115	327 690 605	66 773 429	16 693 357	16 693 357	12 936 551	845 100 414
Region Värmland	283 169	65 673 537	53 227 562	10 846 166	2 711 542	2 711 542	2 520 098	137 690 447
Region Örebro län	306 688	71 128 145	57 648 452	11 747 010	2 936 752	2 936 752	2 687 881	149 084 992
Region Västmanland	278 721	64 641 942	52 391 466	10 675 796	2 668 949	2 668 949	2 488 367	135 535 469
Region Dalarna	288 164	66 831 995	54 166 477	11 037 489	2 759 372	2 759 372	2 555 732	140 110 437
Region Gävleborg	287 873	66 764 505	54 111 777	11 026 343	2 756 586	2 756 586	2 553 656	139 969 453
Region Västernorrland	244 223	56 641 046	45 906 843	9 354 425	2 338 606	2 338 606	2 242 262	118 821 788
Region Jämtland Härjedalen	131 914	30 593 953	24 796 007	5 052 676	1 263 169	1 263 169	1 441 061	64 410 035
Region Västerbotten	274 533	63 670 646	51 604 244	10 515 383	2 628 846	2 628 846	2 458 490	133 506 455
Region Norrbotten	249 752	57 923 351	46 946 134	9 566 202	2 391 550	2 391 550	2 281 705	121 500 492
Totalt	10 443 100	2 422 000 000	1 963 000 000	400 000 000	100 000 000	100 000 000	85 000 000	5 070 000 000